



**UNIVERSITÀ PER STRANIERI DI SIENA**

**Corso di Dottorato in Linguistica Storica, Linguistica Educativa e Italianistica  
Curriculum in Linguistica e didattica della lingua italiana a stranieri**

Ciclo XXXVIII

**Linguaggio, Cura e Potere: un'Etnografia delle Pratiche  
Sanitarie nei Contesti Multilingui in Italia**

**Tutor:**

**Prof.ssa Felicia Logo**

**Co-tutor:**

**Prof. Raymond Siebetchu**

**Prof. Ivo Quaranta**

**Dottoranda:**

**Simona Maisano**

*Per chi viaggia in direzione ostinata e contraria  
Col suo marchio speciale, di speciale disperazione  
E tra il vomito dei respinti muove gli ultimi passi  
Per consegnare alla morte una goccia di splendore  
Di umanità, di verità  
Per chi ad Aqaba curò la lebbra con uno scettro posticcio  
E seminò il suo passaggio di gelosie devastatrici e di figli  
Con improbabili nomi di cantanti di tango  
In un vasto programma di eternità  
Ricorda, Signore, questi servi disobbedienti  
Alle leggi del branco  
Non dimenticare il loro volto che dopo tanto sbandare  
È appena giusto che la fortuna li aiuti  
Come una svista  
Come un'anomalia  
Come una distrazione  
Come un dovere*

*Smisurata preghiera, Fabrizio De André, 1996*

Scrivere questa tesi in un tempo in cui il genocidio del popolo palestinese è reso visibile in diretta e, al tempo stesso, reso tollerabile dal silenzio delle istituzioni europee, significa interrogarsi sul valore stesso della ricerca e sul ruolo della conoscenza dentro i rapporti di potere. In questi mesi, anche chi ha sempre evitato di prendere posizione non può più dire di non sapere. Persino nei contesti più impermeabili, nei corridoi degli ospedali e delle università, la violenza strutturale che sorregge il nostro ordine politico si è fatta più riconoscibile. L'Europa - che ha creato, legittimato e sostenuto la costruzione coloniale di Israele - si trova oggi di fronte alle conseguenze del proprio sguardo: un sostrato coloniale che continua a modellare le sue istituzioni, le sue politiche e i suoi immaginari. Questo stesso sguardo attraversa anche i sistemi di cura, dove i corpi rifugiati vengono accolti, classificati, medicalizzati. Quando, nei miei campi di ricerca, ho osservato le visite di persone che hanno attraversato confini e guerre, ho spesso pensato a come queste nuove forme di presenza interrogano l'Europa nel suo stesso cuore. Le persone palestinesi che chiederanno asilo e assistenza sanitaria in Italia entreranno in uno Stato che non ha mai riconosciuto la Palestina, che ha legittimato, attivamente o per omissione, l'occupazione dei coloni, e che, in questo senso, continua a parlare e agire da colono. Scrivere, oggi, è anche un modo per non tacere di fronte a questo.

## Sommario

|   |    |
|---|----|
| INTRODUZIONE.....   | 7  |
| Obiettivi della Ricerca .....   | 7  |
| Quadro Concettuale e Domande di Ricerca.....  | 9  |
| Domande di ricerca .....  | 12 |
| Contesto della Ricerca: Setting Istituzionale e Normativo .....                         | 12 |
| Il quadro normativo nazionale: diritto alla salute per migranti.....                    | 13 |
| Politiche regionali e locali: Calabria e Toscana a confronto .....                      | 13 |
| Le cliniche come spazi di frontiera .....   | 14 |
| Implicazioni del contesto per la ricerca .....  | 15 |
| Approccio Interdisciplinare.....  | 15 |
| Produzione e gestione dei dati etnografici .....  | 16 |
| Analisi conversazionale: dalla macro al micro .....                                     | 17 |
| Integrazione etnografia-analisi conversazionale: superare dicotomie metodologiche ..... | 18 |
| Posizionalità riflessiva e considerazioni etiche.....                                   | 19 |
| Analisi dei dati: dal particolare al generale.....                                      | 20 |
| Struttura della Tesi .....  | 20 |
| Contributi attesi della ricerca .....   | 22 |
| Limiti e delimitazioni della ricerca .....  | 23 |
| Riflessioni finali introduttive: perché questa ricerca è importante ora .....           | 24 |
| 1    QUADRO TEORICO .....   | 26 |
| 1.1    Antropologia medica e costruzione sociale della salute .....                     | 26 |
| 1.1.1    L'Antropologia Medica come Disciplina Critica.....                             | 29 |
| 1.2    Migrazione e Determinanti Sociali della Salute .....                             | 39 |
| 1.2.1    Modelli Culturali della Salute: da Kleinman ai Determinanti Sociali .....      | 39 |
| 1.2.2    Le Barriere nell'Accesso ai Servizi Sanitari .....                             | 43 |
| 1.2.3    Barriere Cliniche e Relazionali .....  | 46 |
| 1.2.4    Barriere Comunicative e Mediazione Culturale.....                              | 47 |
| 1.2.5    Le Competenze Culturali: Dalla Competenza alla Consapevolezza.....             | 49 |
| 1.3    Verso un Approccio Decoloniale alla Salute .....                                 | 51 |

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1.3.1 | Teorie Decoloniali: Colonialità del Sapere e Corpo Razzializzato.....          | 54 |
| 1.3.2 | Corpo, Potere e Medicina Coloniale.....  | 57 |
| 1.4   | Il Linguaggio della Medicina: Costruzione Discorsiva della Realtà Clinica..... | 61 |
| 1.4.1 | Comunicazione Interculturale e Asimmetrie Interazionali.....                   | 63 |
| 1.4.2 | Mediazione Linguistico-Culturale: Teorie e Pratiche.....                       | 65 |
| 1.4.3 | Verso un Approccio Critico al Discorso Medico.....                             | 67 |
| 1.4.4 | Analisi Critica del Discorso.....  | 69 |
| 1.5   | Dal Micro al Macro: il Discorso come Costruttore di Realtà Sociale.....        | 73 |
| 2     | METODOLOGIA.....   | 77 |
| 2.1   | Approccio metodologico.....  | 77 |
| 2.1.1 | Approccio qualitativo.....   | 77 |
| 2.1.2 | Etnografia critica e antropologia medica applicata.....                        | 78 |
| 2.1.3 | Posizionamento e riflessività.....   | 79 |
| 2.2   | Disegno della ricerca.....   | 81 |
| 2.2.1 | Obiettivi e domande di ricerca.....  | 81 |
| 2.2.2 | Contesti di ricerca: tre ambulatori del terzo settore.....                     | 82 |
| 2.2.3 | Accesso al campo e negoziazione dei ruoli.....                                 | 85 |
| 2.3   | Raccolta, selezione e trascrizione dei dati.....                               | 86 |
| 2.3.1 | Osservazione partecipante.....   | 86 |
| 2.3.2 | Registrazioni audio e consenso informato.....                                  | 87 |
| 2.3.3 | Trascrizione e convenzioni.....  | 88 |
| 2.3.4 | Diario di campo e scambi informali.....  | 88 |
| 2.3.5 | Criteri di selezione dei frammenti per l'analisi.....                          | 89 |
| 2.4   | Analisi dei dati.....  | 90 |
| 2.4.1 | Analisi tematica.....  | 90 |
| 2.4.2 | Analisi del discorso orientata ai temi.....                                    | 91 |
| 2.4.3 | Triangolazione dei dati.....   | 92 |
| 2.5   | Considerazioni etiche.....   | 93 |
| 2.5.1 | Consenso informato e protezione dei partecipanti.....                          | 93 |

|       |  |     |
|-------|--|-----|
| 2.5.2 | Anonimato e confidenzialità .....  | 94  |
| 2.6   | Limiti e strategie di mitigazione .....  | 95  |
| 2.6.1 | Limiti metodologici e contestuali .....  | 95  |
| 2.6.2 | Sintesi metodologica: coerenza tra obiettivi, metodo e analisi.....                | 97  |
| 3     | IL POTERE NELLE INTERAZIONI SANITARIE MULTILINGUI.....                             | 99  |
| 3.1   | Criteri di selezione dei dati e questioni etiche .....                             | 99  |
| 3.2   | Mediazione linguistica: fragilità e fluidità .....                                 | 100 |
| 3.2.1 | Il primo caso e la costruzione collettiva del senso clinico .....                  | 100 |
| 3.2.2 | Mediazione e lingue ponte .....  | 108 |
| 3.3   | Asimmetrie comunicative e accesso al sistema .....                                 | 117 |
| 3.3.1 | «Deve fare il vaccino»: la lingua dell'accesso.....                                | 117 |
| 3.3.2 | «Hai diritto»: corpo femminile, contraccezione e barriere di accesso .....         | 120 |
| 3.4   | Trauma e salute mentale: narrazione, silenzi, diagnosi .....                       | 126 |
| 3.4.1 | Farmaci e memoria del trauma.....  | 126 |
| 3.4.2 | «Quando penso troppo»: corpo, memoria e traduzione nella parola del trauma .....   | 130 |
| 3.4.3 | Corpo come archivio della violenza: trauma, prova e traduzione istituzionale ..... | 137 |
| 3.5   | L'osservazione come parte della scena .....  | 143 |
| 3.5.1 | Osservazione e interpretariato.....  | 143 |
| 3.5.2 | Presa in carico e produzione della verità narrativa .....                          | 149 |
| 3.6   | Il caso di Francisco .....   | 152 |
| 3.6.1 | Prima consultazione: emergenza burocratica e incompetenza tecnologica .....        | 153 |
| 3.6.2 | Seconda consultazione: consolidamento cooperativo.....                             | 157 |
| 3.6.3 | Terza consultazione: routinizzazione e autonomia .....                             | 160 |
| 3.6.4 | Analisi diacronica: pattern evolutivi .....  | 163 |
| 3.7   | Implicazioni teoriche: oltre il modello della compliance.....                      | 164 |
| 3.7.1 | Implicazioni per la formazione degli operatori sanitari .....                      | 166 |
| 3.7.2 | Rilettura critica e potere all'interno dell'interazione .....                      | 168 |
| 3.7.3 | Implicazioni teoriche e per la pratica medica .....                                | 170 |
| 3.8   | Dal campo alla scrittura: l'etnografia come cura .....                             | 172 |

|     |  |     |
|-----|--|-----|
| 4   | DAL CAMPO ALLA TEORIA: LA CURA COME SPAZIO DI TRADUZIONE .....                   | 175 |
| 4.1 | Ripensare la cura: linguaggio, potere e responsabilità.....                      | 176 |
| 4.2 | Decolonizzare il linguaggio della cura.....                                      | 178 |
| 4.3 | Rendere visibile la vulnerabilità: implicazioni per la pratica e la ricerca..... | 179 |
| 4.4 | Dalla mediazione alla co-produzione: ripensare i servizi sanitari .....          | 184 |
| 4.5 | Implicazioni per le politiche sanitarie: verso un approccio sistemico .....      | 186 |
| 4.6 | Limiti e prospettive future.....   | 188 |
| 4.7 | Linguaggio, cura e potere: verso un'etnografia della traduzione.....             | 190 |
|     | CONCLUSIONI.....   | 194 |
|     | BIBLIOGRAFIA.....  | 197 |
|     | APPENDICE .....  | 212 |
|     | Trascrizione 11 ottobre 2024 .....   | 212 |
|     | Trascrizione 28 dicembre 2024.....   | 215 |
|     | Trascrizione 27 settembre 2024 .....   | 220 |
|     | Trascrizione 31 gennaio 2024 .....   | 225 |
|     | Caso longitudinale.....  | 233 |
|     | Visita n. 1, 5 aprile 2024 .....   | 233 |
|     | Visita n. 2, 19 aprile 2024 .....  | 237 |
|     | Visita n. 3, 17 maggio 2024 .....  | 241 |

## INTRODUZIONE

### *Obiettivi della Ricerca*

Questa tesi nasce dall'incontro tra un'osservazione etnografica prolungata e un interrogativo teorico persistente: cosa succede quando sistemi medici, linguistici e culturali profondamente differenti si incontrano nelle routine quotidiane dell'assistenza sanitaria? Più specificamente, come si costruiscono, attraverso le interazioni concrete tra operatori sanitari e persone assistite<sup>1</sup> con passato migratorio, quelle configurazioni di senso, potere e possibilità che definiscono l'accesso alle cure e la qualità dell'assistenza nelle società multiculturali contemporanee?

Tra ottobre 2023 e luglio 2024, ho condotto ricerca etnografica in tre cliniche del terzo settore<sup>2</sup> dedicate all'assistenza sanitaria di persone in condizione di vulnerabilità<sup>3</sup>: due situate a Cosenza, in Calabria, e una a Firenze, in Toscana. Questi contesti, caratterizzati da pluralismo linguistico e culturale, da intermittente accesso a interpreti professionali, e da organizzazioni semi-formali basate largamente sul volontariato, costituiscono laboratori privilegiati per osservare come si articolino concretamente le sfide dell'interculturalità medica nell'Italia contemporanea.

L'obiettivo principale di questa ricerca è analizzare criticamente<sup>4</sup> le asimmetrie interazionali che emergono nelle consultazioni mediche tra professionisti sanitari e persone assistite non italofofoni, con particolare attenzione alle dinamiche di mediazione linguistico-culturale<sup>5</sup>. Attraverso la combinazione di osservazione partecipante, registrazione audio di consultazioni mediche selezionate, e analisi conversazionale dettagliata, la tesi esplora come le configurazioni del potere,

---

<sup>1</sup> In questa tesi utilizzo prevalentemente il termine "persone assistite" (o "assistiti") in luogo di "pazienti", per evitare una riduzione biomedica dell'individuo alla patologia e per mantenere in primo piano la dimensione relazionale e situata della cura. Mantengo "paziente" solo quando discuto categorie e linguaggi propri del dispositivo clinico/biomedico o quando è presente in citazioni.

<sup>2</sup> Il termine "terzo settore" si riferisce a organizzazioni non-profit, incluse associazioni di volontariato, ONG, e cooperative sociali, che operano tra stato e mercato. In Italia, il terzo settore gioca ruolo cruciale nell'assistenza sanitaria a popolazioni vulnerabili, spesso colmando lacune nei servizi pubblici. Come osserva Ambrosini (2013: 148), "the third sector in Italy constitutes a significant component of the immigration reception and integration system".

<sup>3</sup> Il concetto di "vulnerabilità" è utilizzato con consapevolezza delle critiche che gli sono state mosse per rischio di essenzializzazione e passivizzazione. Come osserva Luna (2009: 129), "vulnerability should not be understood as an inherent property of individuals or groups but as contextually produced". Il termine è utilizzato in questa tesi per riferirsi a esposizione differenziale a rischi e danni prodotta da posizionamento strutturale, non a carenze intrinseche.

<sup>4</sup> L'approccio "critico" è inteso nel senso della teoria critica francofortese e dei suoi sviluppi in antropologia medica critica (Baer et al. 2003) – non semplicemente come atteggiamento scettico ma come analisi che riconosce connessioni tra conoscenza e potere, che interroga naturalizzazioni ideologiche, e che mantiene impegno emancipatorio verso trasformazione di condizioni di oppressione.

<sup>5</sup> La scelta di concentrarsi su consultazioni mediche piuttosto che su altri tipi di incontri sanitari (es. procedure diagnostiche, follow-up infermieristici) riflette riconoscimento che, come osserva Heritage e Maynard (2006: 6), "the medical consultation is the primary site where diagnostic and therapeutic work is accomplished through interaction". Tuttavia, questa scelta comporta limitazioni analitiche, escludendo altri momenti rilevanti del percorso di cura.

dell'*agency*<sup>6</sup> e della conoscenza si costruiscano momento per momento attraverso le pratiche comunicative quotidiane.

Tuttavia, come nota Cicourel, «the medical interview creates particular kinds of patients through the ways questions are asked, and responses are interpreted» (1987: 217). L'analisi non si limita quindi a documentare pratiche comunicative ma interroga i presupposti epistemologici e le strutture di potere che le informano, riconoscendo che le asimmetrie interazionali osservabili nelle consultazioni sono simultaneamente prodotti e produttrici di disuguaglianze strutturali più ampie.

In questo senso, la ricerca si colloca all'intersezione tra antropologia medica critica, sociolinguistica interazionale e studi sulla migrazione, sviluppando quello che Good definisce un approccio che «takes as its analytical focus the 'formative processes' through which Illness is shaped as personal and social reality» (1994: 65). Le consultazioni mediche non sono qui trattate come semplici scambi informativi ma come arene in cui si negoziano identità, si legittimano o si marginalizzano forme di conoscenza, e si riproducono o si contestano rapporti di potere.

Un obiettivo centrale è quindi quello di rendere visibili i meccanismi micro-interazionali attraverso cui asimmetrie macro-strutturali – legate a status migratorio, competenza linguistica, posizionamento socioeconomico, e differenze epistemiche – si articolano nelle pratiche quotidiane dell'assistenza sanitaria. Come osserva Farmer «structural violence is one way of describing social arrangements that put individuals and populations in harm's way» (2004: 307), e questa violenza strutturale si manifesta anche attraverso micro-pratiche comunicative apparentemente neutrali che sistematicamente privilegiano alcune voci a scapito di altre.

La ricerca mira, a contribuire alla comprensione critica del ruolo della mediazione linguistico-culturale. In un contesto italiano in cui la figura del mediatore<sup>7</sup> culturale rimane largamente non regolamentata e caratterizzata da «considerable variability in training, professional status, and institutional recognition», l'analisi etnografica delle pratiche concrete di mediazione può illuminare tanto le potenzialità quanto i limiti di questo ruolo professionale emergente. Come sottolineano Baraldi e Gavioli, «the presence of an interpreter fundamentally alters the participation *framework*

---

<sup>6</sup> In questa tesi, il termine *agency* non viene utilizzato come sinonimo di autonomia piena o di resistenza individuale, né come categoria valutativa positiva in sé. Viene invece inteso in senso situato e relazionale, per indicare i margini di azione e di negoziazione che si producono all'interno di specifici vincoli istituzionali, discorsivi e materiali. In questa prospettiva, l'*agency* non è esterna ai rapporti di potere, ma si esercita sempre al loro interno.

<sup>7</sup> "Mediatore linguistico-culturale" è la denominazione prevalente in Italia per figure professionali che facilitano comunicazione tra operatori sanitari e utenti non italofoni. A differenza del termine anglofono "interpreter" che enfatizza traduzione linguistica, la denominazione italiana sottolinea dimensione culturale oltre che linguistica. Tuttavia, come si discuterà più avanti nel testo, questa distinzione terminologica non risolve tensioni pratiche e teoriche riguardo al ruolo appropriato di queste figure.

of the medical encounter» (2011: 207), creando configurazioni triadiche che richiedono analisi attente alle complesse dinamiche di allineamento e affiliazione che si producono.

Un ulteriore obiettivo consiste nel problematizzare il concetto stesso di «competenza culturale» che ha dominato negli ultimi decenni i discorsi sulla diversità in medicina. Come osserva criticamente Kleinman, «cultural competence training, in the worst case, can lead to the attribution of cultural reasons to patient problems rather than recognizing that patient difficulties can be equally economic, logistic, or circumstantial» (2006: 1673). La tesi sviluppa quindi un approccio che va oltre modelli essenzialisti di differenza culturale per analizzare come le categorie stesse di «cultura», «lingua» e «competenza» vengano mobilitate strategicamente nelle interazioni cliniche, producendo effetti di potere specifici.

Infine, la ricerca ambisce a contribuire metodologicamente allo sviluppo di approcci interdisciplinari che possano integrare la sensibilità etnografica dell'antropologia medica con la precisione analitica della sociolinguistica interazionale. Come nota Sarangi, «the challenge is to develop analytical *frameworks* that can capture both the 'local' accomplishment of institutional tasks through talk and the ways such accomplishments are shaped by and reproduce broader institutional and social structures» (2010: 6). L'approccio qui sviluppato cerca di rispondere a questa sfida combinando analisi conversazionale dettagliata di consultazioni registrate con comprensione etnografica dei contesti istituzionali, biografici e sociopolitici che informano le interazioni osservate.

### *Quadro Concettuale e Domande di Ricerca*

Il quadro concettuale di questa tesi si costruisce all'intersezione di diversi filoni teorici, ciascuno dei quali contribuisce con strumenti analitici essenziali per comprendere la complessità delle consultazioni mediche interculturali. Centrale è l'approccio dell'antropologia medica critica, che rifiuta concezioni essenzialiste della cultura per analizzare come le categorie biomediche siano esse stesse produzioni culturali, storicamente situate e politicamente implicate.

Un fondamento teorico essenziale è la distinzione, elaborata da Kleinman, tra «*Disease*» (la concettualizzazione biomedica della patologia come malfunzionamento biologico) e «*Illness*» (l'esperienza soggettiva e socialmente modellata della sofferenza) (1980: 72). Sempre secondo l'autore, «patients suffer *Illnesses*; doctors diagnose and treat *Diseases*. *Illnesses* are experiences of disvalued changes in states of being and in social function; *Diseases*, in the scientific paradigm of modern medicine, are abnormalities in the structure and function of body organs and systems» (Kleinman 1988: 3).

Questa distinzione non è meramente analitica ma ha implicazioni profonde per la comprensione delle consultazioni mediche interculturali. Come osserva Good, «medical terms have meaning not by virtue of their reference to biological realities external to culture, but through their place in dense semantic networks» (1994: 116). In contesti multiculturali, questi «*semantic networks*» possono divergere radicalmente tra medici e pazienti, generando incomprensioni che non sono riducibili a semplici problemi di traduzione linguistica ma riflettono differenze epistemiche fondamentali su cosa costituisca malattia, salute e cura appropriata.

La tesi adotta quindi un approccio costruzionista che, come articola Mol riconosce che «the body multiple» – il corpo e le sue patologie sono agiti attraverso pratiche diverse piuttosto che esistere come oggetti pre-dati semplicemente percepiti in modi differenti (2002: 32). Nelle consultazioni mediche interculturali, questa molteplicità del corpo diventa particolarmente evidente quando diverse tradizioni mediche e modi di comprendere il corpo e la malattia entrano in contatto e potenziale conflitto.

Il secondo pilastro teorico è costituito dalla sociolinguistica critica e dall'analisi conversazionale applicata a contesti istituzionali. Come osserva Bourdieu, «linguistic exchanges are also relations of symbolic power in which the power relations between speakers or their respective groups are actualized» (1991: 164). Nel contesto medico, queste asimmetrie di potere sono particolarmente pronunciate, operate attraverso quello che Mishler definisce il conflitto tra «voice of medicine» e «voice of the lifeworld» – con la prima che sistematicamente marginalizza la seconda attraverso meccanismi interazionali specifici (1984: 14).

La tesi si avvale degli strumenti dell'analisi conversazionale (Sacks, Schegloff, Jefferson 1974) per esaminare i meccanismi micro-interazionali attraverso cui si costruiscono asimmetrie nelle consultazioni mediche. Come nota Heritage, «conversation analysis can reveal the 'technology' of interaction – how social actions are accomplished through talk», permettendo di identificare pattern sistematici nelle sequenze di domanda-risposta, nelle interruzioni, nei turni di parola e nelle strategie di formulazione che privilegiano alcune voci a scapito di altre (2005: 103).

Particolare attenzione è dedicata al concetto di *frame* e *footing* elaborato da Goffman (1974; 1981), che permette di analizzare come i partecipanti alle interazioni negozino continuamente le definizioni della situazione e i propri allineamenti reciproci. Come osservano Roberts e Sarangi, «frame shifts are particularly significant in intercultural medical encounters where participants may operate with different assumptions about what is relevant, appropriate, or expected» (2005: 630).

Un terzo asse teorico riguarda la comprensione critica della mediazione linguistico-culturale. Andando oltre concezioni ingenuo della traduzione come trasferimento neutrale di significati

equivalenti tra lingue, la tesi adotta prospettive che riconoscono la mediazione come pratica trasformativa che inevitabilmente produce nuovi significati. Come osserva Wadensjö, «interpreting is not merely a matter of translating words but involves coordination of interaction and often active participation in the negotiation of meaning» (1998: 7).

In contesti medici, questa dimensione trasformativa della mediazione assume particolare rilevanza. Come documentato da Angelelli, gli interpreti medici non si limitano a tradurre ma «actively construct the medical encounter through their choices of what to translate, how to translate, and when to add information or explanations» (2004: 15). La tesi esplora quindi come i mediatori culturali negozino il proprio ruolo tra ideali di neutralità (il «conduit model») e pratiche reali che richiedono *agency* interpretativa e interventi che vanno oltre la mera traduzione.

Particolarmente rilevante è la nozione di visibilità del mediatore. Come osserva Davidson, «the tension between remaining invisible as a mere translation machine and exercising professional judgment about what information is clinically relevant creates ethical dilemmas that interpreters must navigate constantly» (2000: 381). La tesi analizza come questa tensione si manifesti nelle consultazioni osservate e con quali conseguenze per la qualità dell'assistenza.

Il quarto pilastro teorico è costituito dall'approccio dell'antropologia medica critica ai determinanti strutturali della salute e della sofferenza. Come articola Farmer, «structural violence is visited upon all those whose social status denies them access to the fruits of scientific and social progress» (2004: 305). Questa prospettiva rifiuta spiegazioni individualiste o culturaliste delle disuguaglianze sanitarie per analizzare come fattori macro-strutturali – povertà, razzismo, status migratorio precario, esclusione sociale – si incorporino letteralmente nei corpi vulnerabili.

Nelle consultazioni mediche con persone migranti <sup>8</sup>, queste dimensioni strutturali sono simultaneamente onnipresenti e largamente invisibili. Come osserva Willen, «structural vulnerability may be masked in clinical encounters where the focus remains narrowly on biomedical symptoms rather than social determinants of *Illness*» (2012: 808). La tesi esplora quindi come fattori quali precarietà documentaria, barriere economiche all'accesso alle cure, traumi migratori e perdita di reti di supporto tradizionali informino le presentazioni cliniche pur rimanendo spesso non tematizzati nel discorso clinico esplicito.

---

<sup>8</sup>La distinzione tra “migrante” e “rifugiato” è complessa e politicamente carica. In questa tesi, utilizzo “migrante” come termine comprensivo che include persone con diversi status giuridici – richiedenti asilo, titolari di protezione internazionale, cittadini stranieri regolarmente soggiornanti, persone in condizione di irregolarità amministrativa. Quando rilevante per l'analisi, specifico status giuridico particolare. Questa scelta terminologica riflette riconoscimento che, come osserva Malkki (1995: 496), “the categorical distinctions between refugees and migrants often obscure more complex realities of displacement and mobility”.

### *Domande di ricerca*

La ricerca si è mossa lungo tre direttrici principali, che hanno guidato l'indagine sul campo e la successiva analisi. In primo luogo ci si è interrogati su come le asimmetrie linguistiche e di potere influenzino concretamente l'accesso alla cura e la costruzione del consenso informato in contesti multilingui. In secondo luogo l'indagine ha mirato a far emergere le strategie di resistenza e negoziazione messe in atto dalle persone assistite<sup>9</sup> e dai mediatori per riappropriarsi di una soggettività spesso negata dal dispositivo burocratico-sanitario. Infine, un interrogativo centrale ha riguardato il ruolo delle tecnologie e della mediazione digitale (come l'uso di traduttori automatici o sensori) nel riconfigurare la relazione terapeutica e il posizionamento degli attori coinvolti.

### *Contesto della Ricerca: Setting Istituzionale e Normativo*

La ricerca qui presentata si inserisce nell'ambito delle attività finanziate dal progetto *Tuscany Health Ecosystem (THE) – Implementing innovation for healthcare and well-being*, iniziativa promossa dalla Regione Toscana nell'ambito del Programma Nazionale di Ricerca e Resilienza (PNRR) per la creazione di un ecosistema dell'innovazione dedicato alla salute e al benessere. In particolare, il mio lavoro è rientrato nello *Spoke 5 – “Advanced Technologies, Methods and Materials for Human Health and Well-Being”*, di cui l'Università per Stranieri di Siena è partner attivo.

All'interno di questo quadro, la borsa quindi è stata assegnata con l'obiettivo di esplorare le dinamiche comunicative e socio-istituzionali che caratterizzano l'incontro tra servizi sanitari italiani e persone assistite non italofone, con particolare attenzione alle forme di mediazione linguistico-culturale e ai processi di accesso alla cura. L'inquadramento istituzionale del progetto ha permesso di connettere l'indagine etnografica sul campo con un più ampio riflesso di politiche sanitarie regionali e nazionali, con la speranza di aprire un dialogo tra ricerca accademica, enti del terzo settore e attori del sistema sanitario. La ricerca si è svolta in tre cliniche del terzo settore dedicate all'assistenza sanitaria di popolazioni vulnerabili, due situate a Cosenza (Calabria) e una a Firenze (Toscana). Questi contesti rappresentano configurazioni specifiche dell'intersezione tra sistema sanitario pubblico, iniziative del terzo settore, e politiche migratorie che caratterizzano l'Italia contemporanea. Per comprendere adeguatamente le dinamiche osservate è necessario situarle all'interno dei quadri normativi e delle politiche sanitarie che le informano.

---

<sup>9</sup> In questo lavoro si è scelto di utilizzare prevalentemente il termine 'assistiti' in luogo di 'pazienti' per superare la visione biomedica essenzialista che riduce l'individuo alla sua patologia, valorizzando invece la dimensione relazionale e di cura attiva all'interno dei contesti multilingui analizzati.

### *Il quadro normativo nazionale: diritto alla salute per migranti*

Il diritto alla salute per le persone migranti in Italia è regolato principalmente dall'articolo 35 del Testo Unico sull'Immigrazione (D.Lgs. 286/1998), che stabilisce una distinzione fondamentale tra diverse categorie di migranti. I cittadini stranieri regolarmente soggiornanti hanno l'obbligo di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e godono di parità di trattamento rispetto ai cittadini italiani. I cittadini stranieri in condizione irregolare hanno invece diritto alle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o essenziali, anche continuative, e ai programmi di medicina preventiva, attraverso il rilascio di un codice STP (Straniero Temporaneamente Presente).

Questa architettura normativa, pur garantendo formalmente accesso universale alle cure essenziali indipendentemente dallo status migratorio, produce nella pratica quello che Willen definisce «im/migrant 'illegality' as a social determinant of health» (2012: 808). Come osservano Geraci e Marceca, «the formal recognition of rights does not automatically translate into effective access to care, as multiple barriers – linguistic, cultural, informational, and administrative – persist» (2017: 45).

Particolarmente rilevante per questa ricerca è l'assenza di un sistema nazionale coordinato di mediazione linguistico-culturale nei servizi sanitari. A differenza di paesi come la Svezia o l'Australia, dove l'accesso a interpreti professionali è un diritto della persona assistita garantito per legge, in Italia la mediazione rimane largamente affidata a iniziative locali frammentarie e sotto-finanziate.

### *Politiche regionali e locali: Calabria e Toscana a confronto*

Le due regioni in cui si è svolta la ricerca presentano configurazioni significativamente diverse delle politiche sanitarie rivolte a migranti, riflettendo quella che Zincone (2000: 124) definisce «the fragmented and decentralized nature of Italian immigration governance».

La regione Calabria, pur essendo stata negli ultimi decenni territorio di primo approdo per flussi migratori significativi, presenta un sistema di accoglienza e assistenza sanitaria caratterizzato da risorse limitate e forte dipendenza dal terzo settore. Come documenta il Rapporto INMP (2020: 67), «la Calabria presenta tassi di ospedalizzazione evitabile per popolazione straniera significativamente superiori alla media nazionale, indicando criticità nell'accesso all'assistenza primaria». Le due cliniche cosentine in cui si è svolta parte della ricerca operano in questo contesto, fornendo assistenza medica di base e specialistica a una popolazione prevalentemente maschile composta da richiedenti asilo, titolari di protezione internazionale, e persone in condizione di irregolarità amministrativa. L'organizzazione è basata principalmente su volontariato medico e

infermieristico, con accesso intermittente a mediatori culturali forniti attraverso progetti finanziati da bandi europei a termine.

La regione Toscana ha storicamente sviluppato politiche più strutturate per l'integrazione sanitaria dei migranti. La Legge Regionale 41/2005 «Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale» ha istituito figure di sistema quali i mediatori linguistico-culturali presso le Aziende Sanitarie. Come osserva Chiarenza, la Toscana rappresenta «one of the Italian regions with more developed policies for migrant health, including systematic use of cultural mediation and training programs for healthcare staff on intercultural competence» (2019: 28). La clinica fiorentina in cui si è svolta parte della ricerca opera in questo contesto più strutturato ma rimane caratterizzata, come le omologhe calabresi, da organizzazione semi-formale basata su personale volontario o semi-volontario e da finanziamenti precari.

### *Le cliniche come spazi di frontiera*

Le tre cliniche in cui si è svolta la ricerca possono essere concettualizzate come «spazi di frontiera» – luoghi dove si incontrano e talvolta si scontrano diversi sistemi (biomedico e tradizionali), diverse lingue, diversi status giuridici e diverse concezioni del corpo, della malattia e della cura. Come osserva Fassin, «humanitarian reason operates at the intersection of moral sentiments and political technologies» (2001: 5), e queste cliniche del terzo settore incarnano questa tensione tra logiche di solidarietà e necessità di governamentalità.

Tutti e tre i contesti sono caratterizzati da utenza prevalentemente composta da cittadini stranieri (oltre il 90%), con rappresentanza significativa di diverse provenienze geografiche: Africa subsahariana (principalmente Nigeria, Ghana, Costa d'Avorio, Senegal), Nord Africa (Marocco, Tunisia, Algeria), Asia meridionale (Pakistan, Bangladesh), ed Europa orientale (Romania, Albania, Ucraina). Questa diversità linguistica e culturale rende la mediazione una necessità strutturale piuttosto che un'eccezione occasionale.

L'organizzazione del personale riflette il carattere semi-formale di questi servizi. In tutte e tre le cliniche, i medici (prevalentemente medici di medicina generale e alcuni specialisti) prestano servizio su base volontaria o con compensi simbolici. Il personale infermieristico e amministrativo è similmente caratterizzato da volontariato o contratti precari. I mediatori linguistico-culturali sono presenti in modo intermittente, spesso attraverso progetti finanziati a termine, e la loro formazione varia considerevolmente – da mediatori con certificazioni formali a parlanti bilingui senza formazione specifica reclutati ad hoc.

### *Implicazioni del contesto per la ricerca*

Questo contesto istituzionale e normativo ha implicazioni significative per l'interpretazione dei dati raccolti. Le dinamiche osservate non possono essere comprese indipendentemente dalle condizioni strutturali che le informano: la precarietà organizzativa e finanziaria delle cliniche; l'intermittenza dell'accesso a mediazione professionale; la vulnerabilità giuridica e socioeconomica di molti utenti; la dipendenza dal volontariato che, pur garantendo dedizione, comporta anche limitazioni in termini di continuità e formazione specifica.

Come osserva Farmer, «pragmatic solidarity means understanding that the suffering of the poor and marginalized is not the result of individual choices or cultural difference, but of structural violence» (2004: 308). Le consultazioni mediche analizzate in questa tesi si svolgono tutte sotto il segno di questa violenza strutturale – un contesto in cui l'accesso alle cure è garantito formalmente ma ostacolato praticamente da molteplici barriere, e in cui gli operatori sanitari tentano di fornire assistenza dignitosa nonostante risorse sistematicamente inadeguate.

### *Approccio Interdisciplinare*

La complessità del fenomeno studiato – le consultazioni mediche interculturali come arene simultaneamente linguistiche, cliniche, culturali e politiche – richiede un approccio metodologico che possa integrare strumenti analitici provenienti da diverse discipline. La ricerca adotta quindi una strategia metodologica deliberatamente interdisciplinare, combinando etnografia medica, analisi conversazionale, e prospettive critiche sull'intersezione tra potere, linguaggio e istituzionalità. Il fondamento metodologico della ricerca è costituito dall'etnografia. Tra ottobre 2023 e luglio 2024, ho condotto osservazione partecipante nelle tre cliniche per un totale di circa 300 ore distribuite in modo non uniforme: 120 ore nella clinica fiorentina, 100 ore nella prima clinica cosentina, e 80 ore nella seconda clinica cosentina.

L'osservazione partecipante ha seguito i principi articolati da Hammersley e Atkinson, secondo cui «ethnography involves the ethnographer participating, overtly or covertly, in people's daily lives for an extended period of time, watching what happens, listening to what is said, and/or asking questions through informal and formal interviews» (2007: 3). Nel mio caso, la partecipazione è stata esplicita e negoziata con i responsabili delle cliniche e con tutti i professionisti coinvolti, attraverso protocolli di consenso informato approvati dai comitati etici delle istituzioni ospitanti.

Il mio posizionamento all'interno delle cliniche è stato fluido e contestualmente negoziato. Come nota Tedlock, l'etnografia contemporanea riconosce che «the boundaries between self and other are permeable and flexible rather than fixed and rigid» (1991: 69). In alcuni momenti, il mio ruolo era

principalmente osservativo – seduta in sala d’attesa, presente ma non partecipante alle consultazioni. In altri momenti, particolarmente nelle cliniche cosentine dove la scarsità di personale era più pronunciata, venivo occasionalmente coinvolta in compiti pratici: aiutare con pratiche amministrative, accompagnare persone assistite a servizi diagnostici, o, in alcune occasioni, fornire assistenza linguistica *ad hoc* quando mediatori non erano disponibili.

Questa fluidità del ruolo, pur presentando sfide metodologiche ed etiche (discusse più avanti), ha offerto anche opportunità epistemiche preziose. Come osserva Whyte «by becoming part of the social world under study, we gain access to meanings and relationships that would remain invisible to purely observational approaches» (1984: 29). Il coinvolgimento occasionale mi ha permesso di comprendere dall’interno le pressioni strutturali che informano le pratiche degli operatori, le difficoltà pratiche della mediazione, e le strategie quotidiane attraverso cui le persone assistite e i professionisti navigano barriere linguistiche e culturali.

### *Produzione e gestione dei dati etnografici*

La produzione di dati etnografici ha seguito una metodologia multimodale che integra diverse tecniche di documentazione. Come suggerisce Emerson et al. (1995: 8), «what distinguishes ethnography from other qualitative methods is not the use of one or another research technique but rather its commitment to cultural interpretation through immersion in and engagement with the social world being studied». Le note di campo costituiscono la spina dorsale della documentazione etnografica. Seguendo l’approccio raccomandato da Emerson et al. (1995: 17), ho prodotto «*jottings*» – brevi note prese discretamente durante l’osservazione – che venivano poi espanso in *fieldnotes* dettagliati entro ventiquattro ore dall’osservazione. Queste note includono descrizioni dense delle interazioni osservate, dell’organizzazione spaziale delle cliniche, delle routine quotidiane, ma anche riflessioni metodologiche ed emotive sul mio posizionamento e sulle tensioni etiche incontrate.

Come nota Clifford (1990: 51), le note di campo non sono semplicemente registrazioni neutrali di ‘fatti’ ma sono già interpretazioni mediate dalla soggettività del ricercatore. Ho quindi adottato pratiche riflessive esplicite, distinguendo nei *fieldnotes* tra le note di pura osservazione (descrizioni il più possibile dettagliate di eventi osservati), e note più riflessive e connesse a concetti teorici e letteratura rilevante e note più metodologiche, in cui facevo riflessioni sul processo di ricerca stesso. Nel corpus della ricerca, componente cruciale è costituito dalle registrazioni audio di consultazioni mediche selezionate. Complessivamente, sulle ore di osservazione ho potuto registrare integralmente 27 consultazioni. Tutte le registrazioni sono state effettuate con consenso informato esplicito di tutti i partecipanti – medici, persone assistite, e mediatori quando presenti.

Come osserva Ten Have «recordings provide access to details of interaction that are simply not available to unaided human perception and memory» (2007: 70). La possibilità di riascoltare ripetutamente le consultazioni, di analizzare pause, sovrapposizioni, intonazioni e altre caratteristiche paralinguistiche, permette un livello di analisi micro-interazionale che sarebbe impossibile basandosi solo su osservazione diretta o memoria.

Tuttavia, come nota Duranti, «recordings are not neutral capturing devices but technological mediations that inevitably select and frame» (1997: 122). La presenza del registratore influenza potenzialmente le interazioni registrate – un effetto che ho cercato di minimizzare posizionando discretamente il dispositivo. La decisione stessa di quali consultazioni registrare comporta scelte che riflettono le opportunità pratiche disponibili, per questo motivo, in ambienti tanto dinamici l'osservazione partecipante è stata integrata da numerose conversazioni informali con operatori sanitari, mediatori e, quando possibile e appropriato, con le persone assistite. Queste conversazioni, documentate attraverso note di campo piuttosto che registrazioni formali, hanno fornito contesto cruciale per interpretare le interazioni osservate. Come nota Briggs, le interviste non dovrebbero essere trattate come semplici strumenti di «data extraction» ma come «communicative events» che possono illuminare le prospettive emiche dei partecipanti (1986: 3).

#### *Analisi conversazionale: dalla macro al micro*

La componente distintiva di questa ricerca è l'integrazione di analisi conversazionale dettagliata delle consultazioni registrate. Seguendo l'approccio sviluppato da Sacks, Schegloff e Jefferson (1974), l'analisi conversazionale si concentra sull'«ordine sequenziale» delle interazioni – come i turni di parola siano organizzati, come azioni sociali vengano compiute attraverso il linguaggio, e come i partecipanti dimostrino reciprocamente la propria comprensione di ciò che sta accadendo.

Tutte le 27 consultazioni registrate sono state trascritte utilizzando convenzioni di trascrizione Jefferson (Jefferson 2004), che catturano non solo le parole pronunciate ma anche caratteristiche prosodiche e temporali rilevanti: pause (indicate in decimi di secondo), sovrapposizioni, allungamenti di suoni, volume, intonazione. Come osserva Ochs, «transcription is a selective process reflecting theoretical goals and definitions», e la scelta di convenzioni Jefferson riflette l'interesse per le micro-dinamiche interazionali (1979: 44).

Le trascrizioni includono anche traduzioni quando necessario. Per consultazioni multilingui con presenza di mediatore, ho trascritto tutte le lingue parlate, utilizzando traduzione interlineare per rendere accessibile il contenuto ai lettori non parlanti delle lingue coinvolte. Quando la mia

competenza linguistica non era sufficiente (particolarmente per alcune lingue africane<sup>10</sup>), ho collaborato con parlanti nativi per verificare accuratezza delle trascrizioni e traduzioni.

L'analisi si è concentrata su pattern ricorrenti nell'organizzazione sequenziale delle consultazioni: strutture di apertura e chiusura; sequenze domanda-risposta e le loro variazioni; gestione di problemi di comprensione; meccanismi di riparazione conversazionale; cambio di *footing* e *frame shifts*; costruzione di affiliazione e disallineamento. Come nota Heritage, «through detailed analysis of naturally occurring interaction, we can discover the methods participants themselves use to produce and recognize intelligible social action» (2005: 106).

Particolare attenzione è stata dedicata a quello che Schegloff (1992: 111) definisce «repair» – i meccanismi attraverso cui i partecipanti affrontano problemi di produzione, comprensione o ascolto. In contesti multilingui, l'analisi di come vengano iniziate, condotte e risolte sequenze di riparazione illumina le dinamiche di competenza linguistica e autorità epistemica.

#### *Integrazione etnografia-analisi conversazionale: superare dicotomie metodologiche*

L'integrazione di etnografia e analisi conversazionale rappresenta una sfida metodologica significativa, dato che queste tradizioni hanno storicamente enfatizzato principi apparentemente in tensione. Come osserva Moerman, «conversation analysis looks for order without regard to culture, while ethnography insists that culture is essential to understanding meaning» (1988: xi).

La ricerca adotta la posizione articolata da Duranti, secondo cui «we need both the micro-analytical focus of conversation analysis and the contextual sensitivity of ethnography» (1997: 101). L'analisi conversazionale fornisce strumenti per identificare meccanismi interazionali precisi attraverso cui si costruiscono asimmetrie; l'etnografia fornisce il contesto interpretativo necessario per comprendere il significato di questi meccanismi all'interno di specifiche configurazioni istituzionali, biografiche e sociopolitiche.

Come nota Cicourel (1987: 218), «ignoring ethnographic context can lead conversation analysts to miss how institutional constraints shape what participants treat as relevant and appropriate». Conversamente, etnografia senza attenzione alla micro-organizzazione interazionale rischia di rimanere al livello di generalizzazioni che non catturano i meccanismi concreti attraverso cui si producono gli effetti sociali osservati.

Questa integrazione si riflette nella struttura analitica dei capitoli empirici, che tipicamente iniziano con contestualizzazione etnografica (chi sono i partecipanti, quali sono le circostanze istituzionali e

---

<sup>10</sup> Uso qui “lingue africane” come scorciatoia descrittiva per indicare diverse lingue e varietà parlate da persone provenienti da aree e comunità differenti; si tratta di un insieme eterogeneo (per famiglie linguistiche e repertori), e la difficoltà di trascrizione/traduzione varia caso per caso in base a risorse disponibili e competenze linguistiche in campo:

biografiche rilevanti), proseguono con analisi conversazionale dettagliata di segmenti di interazione, e concludono con interpretazione che ricollega le micro-dinamiche osservate a questioni macro-strutturali di potere, disuguaglianza e cittadinanza sanitaria.

### *Posizionalità riflessiva e considerazioni etiche*

Come nota Haraway, «feminist objectivity means quite simply situated knowledges» (1988: 583), e il riconoscimento della parzialità e *situatedness* della prospettiva del ricercatore è fondamentale per l'integrità epistemologica ed etica della ricerca. La mia posizione come ricercatrice italiana, con formazione antropologica e dottoranda all'Università per Stranieri di Siena, senza background medico formale, con competenza in italiano, inglese e spagnolo ma limitata in altre lingue rilevanti, ha inevitabilmente modellato ciò che ho potuto osservare e come l'ho interpretato. L'approccio qui adottato, si rifà alla distinzione tra prospettiva etica ed emica (Sahlins, 2000)<sup>11</sup>, laddove l'attenzione alla dimensione emica permette di far emergere i significati attribuiti dagli attori sociali alle proprie pratiche, in costante dialogo con le categorie analitiche della ricercatrice. In questo lavoro, l'etica non è intesa come mera osservanza di protocolli burocratici, bensì come un'etica della responsabilità e del riconoscimento. Essa si configura come una postura metodologica che riconosce l'asimmetria di potere intrinseca alla relazione sanitaria e si pone l'obiettivo di restituire dignità e voce alle soggettività migranti attraverso l'ascolto etnografico. Nel resto della tesi, "etica" indica dunque un'etica della responsabilità: un insieme di scelte metodologiche e relazionali che riconoscono asimmetrie, vulnerabilità e potere nelle pratiche della cura e della ricerca.

Come osserva Behar, «anthropology that doesn't break your heart just isn't worth doing» (1996: 5), e l'immersione prolungata in contesti caratterizzati da sofferenza e vulnerabilità ha generato risposte emotive intense che hanno informato (e occasionalmente complicato) il processo di ricerca. Ho cercato di gestire questa dimensione affettiva attraverso pratiche riflessive esplicite – tenendo un diario di ricerca separato dai *fieldnotes* dove documentare reazioni emotive e dilemmi etici.

La ricerca ha navigato molteplici dimensioni etiche complesse. Primo, la vulnerabilità dei partecipanti – particolarmente persone assistite in condizione di irregolarità amministrativa o con esperienze di trauma migratorio – ha richiesto cautele particolari nella gestione del consenso e della confidenzialità. Come osserva Mackenzie et al., «vulnerability is not an intrinsic property of certain groups but is contextually produced» (2007: 299), e ho cercato di adottare approcci etici che riconoscessero questa complessità. Tutte le registrazioni e i dati identificabili sono stati

---

<sup>11</sup> Qui "etico/emico" rimanda alla distinzione etic/emic (prospettiva analitica della ricercatrice vs significati e categorie rilevanti per gli attori sociali). Non va confuso con "etica" come dimensione morale: nel testo uso "etica" per indicare una postura di responsabilità situata nella ricerca e nella cura.

anonimizzati. I nomi utilizzati nella tesi sono pseudonimi. Dettagli biografici sono stati modificati quando necessario per proteggere identità senza distorcere dinamiche analiticamente rilevanti.

Secondo, il mio coinvolgimento occasionale come assistente linguistica ad hoc ha sollevato questioni etiche sulla doppia identità ricercatore-partecipante. Come osserva Wax (1979: 509), questa fluidità può compromettere «la distanza necessaria per analisi critica» ma può anche permettere «comprensione più profonda delle pressioni pratiche che informano le azioni dei partecipanti». Ho gestito questa tensione attraverso trasparenza esplicita con tutti i partecipanti riguardo al mio ruolo primario come ricercatrice e attraverso documentazione riflessiva nelle note di campo degli effetti potenziali del mio coinvolgimento.

Terzo, la restituzione dei risultati ai partecipanti è stata considerazione etica centrale. Come osserva Lather (1986: 267), la ricerca critica dovrebbe contribuire a «empowerment of the researched» piuttosto che servire solo interessi accademici di chi fa ricerca.

#### *Analisi dei dati: dal particolare al generale*

L'analisi dei dati ha seguito un processo iterativo che alterna tra «descrizione densa» (Geertz 1973) di casi particolari e identificazione di pattern ricorrenti. Come articola Burawoy, l'obiettivo è «extending theory through the intensive study of specific cases», piuttosto che generalizzazione statistica basata su campioni rappresentativi (1998: 5).

L'approccio analitico si è ispirato alla «grounded theory» (Glaser & Strauss 1967) nella sua enfasi su codifica sistematica e sviluppo di concetti teorici emergenti dai dati piuttosto che imposti a priori. Tuttavia, a differenza della grounded theory classica, non ho adottato atteggiamento di «theoretical agnosticism» ma ho dialogato costantemente con letteratura teorica rilevante, in un processo che Burawoy) definisce «extended case method» – estensione critica di teorie esistenti attraverso confronto con casi empirici anomali o illuminanti (1998: 16).

#### *Struttura della Tesi*

La tesi è organizzata in quattro capitoli che progressivamente sviluppano l'argomento dalla contestualizzazione teorica all'analisi empirica dettagliata, per concludere con riflessioni critiche sulle implicazioni dei risultati. Questa introduzione stabilisce obiettivi, quadro concettuale, contesto istituzionale, approccio metodologico e struttura complessiva della tesi.

Il primo capitolo stabilisce il *framework* teorico interdisciplinare che informa l'analisi, integrando l'antropologia medica critica, la sociolinguistica interazionale, gli studi sulla mediazione e gli approcci critici ai determinanti sociali della salute. Vengono discussi pilastri teorici essenziali come

la distinzione tra *Disease* e *Illness* (Kleinman), la violenza strutturale (Farmer) e le teorie decoloniali, sfidando i modelli essenzialisti di competenza culturale.

Nel secondo capitolo si espande la discussione metodologica, fornendo dettagli operativi sulla raccolta dati, le procedure di trascrizione e le analisi. Viene affrontato in profondità il posizionamento riflessivo e si dimostra la fertilità dell'integrazione tra etnografia medica applicata e analisi conversazionale. Il disegno della ricerca si concentra sull'approccio qualitativo-interpretativo in tre ambulatori del terzo settore (Cosenza e Firenze).

Il terzo capitolo presenta l'analisi etnografica densa delle cliniche e l'analisi dettagliata delle interazioni e della comunicazione interculturale<sup>12</sup>. Esamina come le asimmetrie comunicative si manifestino concretamente nelle consultazioni (mediate e non), con casi che esplorano la negoziazione del senso clinico, la gestione del trauma e l'accesso al sistema sanitario. Include un'analisi diacronica del caso longitudinale di Francisco, utilizzato per esplorare l'incorporazione progressiva delle logiche biomediche e il disciplinamento culturale.

Il capitolo conclusivo sintetizza i principali risultati della ricerca, sviluppando le implicazioni teoriche, metodologiche e pratiche. Propone un ripensamento della cura e del linguaggio medico in chiave decoloniale, avanzando raccomandazioni concrete per la formazione degli operatori sanitari e per l'organizzazione dei servizi, mirando a promuovere l'equità nell'accesso alle cure in contesti multiculturali.

Il percorso analitico della tesi si articola attraverso l'esame approfondito di tre configurazioni interazionali ricorrenti, emerse nel corso del lavoro etnografico condotto in tre ambulatori del terzo settore – due situati a Cosenza e uno a Firenze – attivi nell'erogazione di servizi sanitari rivolti a persone in condizione di vulnerabilità e con background migratorio (§ 3.1). Ciascuna configurazione consente di osservare una diversa declinazione del linguaggio della cura come spazio di negoziazione, asimmetria e responsabilità, mostrando come le pratiche comunicative non si limitino a trasmettere informazioni cliniche, ma contribuiscano a costruire specifiche forme di accesso, esclusione e riconoscimento all'interno dell'interazione medico-assistito.

Un primo asse di analisi è dedicato alle interazioni diadiche in assenza di mediazione professionale, in cui la comunicazione si fonda su risorse linguistiche contingenti: lingue parzialmente condivise, repertori plurilingui diseguali, gestualità o ricorso a strumenti di traduzione automatica (§ 4.1). In questi scambi, la comprensione clinica non è data a priori, ma si costruisce progressivamente attraverso strategie di riformulazione e aggiustamento reciproco. Seguendo le riflessioni di Cicourel

---

<sup>12</sup> L'uso di "interculturale" piuttosto che "transculturale" o "cross-culturale" riflette enfasi su processi dialogici e trasformativi che avvengono negli incontri tra diverse prospettive culturali, piuttosto che su semplice comparazione o giustapposizione di culture trattate come entità statiche e delimitate. Come osserva Holliday (2011: 4), "interculturality emphasizes hybridity, fluidity and negotiation rather than essentialized cultural differences".

(1992) e Gumperz (1982) sulla comunicazione asimmetrica e il *cross-talk*, il caso del giovane assistito bengalese (§ 4.1.2) mostra come il senso dell'atto clinico emerga come risultato di una costruzione collettiva, rendendo visibili i disallineamenti epistemici che attraversano la relazione di cura.

Un secondo asse analitico si concentra sulle interazioni triadiche e sulle triangolazioni di potere che si instaurano quando la pratica sanitaria si intreccia con dispositivi burocratici e giuridici (§ 4.2). I casi di Souleiman (§ 3.4.2), seguito per una richiesta di protezione internazionale, e di Samantha (§ 4.2.2), in un percorso di salute mentale segnato dal trauma, mostrano come il linguaggio medico si sovrapponga a quello amministrativo, trasformando il corpo dell'assistito in oggetto di certificazione. In queste situazioni, i referti assumono una funzione di oggettivazione istituzionale (Foucault, 1975; Bourdieu, 1994). La narrazione del dolore risulta filtrata da codici esterni, producendo forme di violenza epistemica che richiamano le riflessioni di Fanon (1961) sulla costruzione dello sguardo medico.

Il terzo asse, di natura longitudinale, segue il percorso di Francisco, assistito affetto da diabete di tipo 2 (§ 4.3). Questo caso permette di esplorare come l'adesione al trattamento non sia una semplice obbedienza, ma un processo di interiorizzazione dei saperi biomedici che ridefinisce la soggettività (Mol, 2002). Qui, il concetto di "biologie locali" di Margaret Lock (1993) permette di osservare come la patologia si iscriva in un corpo che non è solo biologico, ma sintesi di una storia migratoria e sociale. Il caso rende visibili i meccanismi di disciplinamento nella gestione della cronicità, producendo una soggettività ibrida situata all'interno del discorso medico dominante.

Attraverso questa mappa analitica, la tesi mostra come il linguaggio della cura sia un campo di forze che attraversa livelli clinici, istituzionali e politici (Bourdieu, 1991; Foucault, 1972), configurando la cura come una pratica relazionale fondata su una responsabilità reciproca che si costruisce nell'interazione quotidiana.

### *Contributi attesi della ricerca*

Questa ricerca ambisce a contribuire alla letteratura su molteplici fronti. Empiricamente, fornisce documentazione etnografica dettagliata di pratiche comunicative in contesti medici interculturali italiani – un'area ancora relativamente sotto-documentata nonostante la crescente rilevanza dei fenomeni migratori per il sistema sanitario nazionale.

Teoricamente, la tesi contribuisce all'antropologia medica critica sviluppando un *framework* analitico che integra attenzione alle micro-dinamiche linguistiche con sensibilità ai macro-determinanti strutturali della vulnerabilità sanitaria. Dialoga particolarmente con dibattiti su competenza culturale *versus* competenza strutturale, sulla natura della mediazione linguistico-

culturale, e sui meccanismi attraverso cui disuguaglianze strutturali si incorporano nei soggetti vulnerabili.

Metodologicamente, la ricerca dimostra la fertilità dell'integrazione tra etnografia medica e analisi conversazionale, offrendo un modello per studi futuri che vogliano combinare questi approcci complementari. Contribuisce anche a riflessioni metodologiche su come condurre ricerca eticamente responsabile con popolazioni vulnerabili in contesti istituzionali sensibili.

Praticamente, la tesi genera raccomandazioni concrete per migliorare formazione degli operatori sanitari, organizzazione dei servizi di mediazione, e politiche sanitarie rivolte a popolazioni migranti. Questi contributi pratici sono sviluppati in dialogo costante con i partecipanti alla ricerca, riflettendo impegno verso quella che Lather (1986) definisce «research as praxis» – ricerca che non si limita a descrivere ma contribuisce a trasformare le condizioni di ingiustizia che documenta.

### *Limiti e delimitazioni della ricerca*

Come ogni ricerca empirica, questo studio presenta limiti che devono essere esplicitati. Primo, la ricerca si è svolta esclusivamente in cliniche del terzo settore dedicate a popolazioni vulnerabili. Le dinamiche osservate potrebbero differire significativamente in contesti ospedalieri pubblici o in ambulatori di medicina generale dove persone assistite migranti con *status* regolare accedono alle cure. Come osserva Agier, «humanitarian spaces create specific regimes of interaction that may differ from mainstream healthcare settings» (2008: 58). La generalizzabilità dei risultati a contesti istituzionali diversi richiede quindi cautela.

Secondo, il campione di consultazioni effettivamente registrate *in toto* (27 totali) è relativamente limitato e riflette criteri di selezione specifici – disponibilità di persone assistite a essere registrati, la mia presenza nei momenti opportuni, considerazioni etiche che hanno escluso alcune consultazioni particolarmente sensibili. Come nota Silverman, «the issue is not sample size but the quality of analysis and the cogency of theoretical inferences» (2013: 150). Tuttavia, rimane possibile che pattern interazionali significativi non catturati nel campione esistano.

Terzo, le mie competenze linguistiche limitate (italiano, inglese, spagnolo) hanno inevitabilmente modellato ciò che ho potuto analizzare direttamente. Per consultazioni in altre lingue, la qualità dell'audio non era abbastanza buona da permettere l'uso di server di trascrizione in lingua straniera, ma questo avrebbe aperto un'ulteriore lente analitica sulla modalità di traduzione<sup>13</sup>. Come osserva Filep, «the researcher's linguistic repertoire fundamentally shapes what can be observed and analyzed in multilingual settings» (2009: 68).

---

<sup>13</sup> Si veda ad esempio <https://speechnotes.co/>.

Quarto, la dimensione temporale della ricerca ha permesso osservazione di alcuni processi longitudinali ma non trasformazioni a lungo termine. Follow-up con persone assistite oltre il periodo di ricerca non è stato generalmente possibile, limitando comprensione degli outcome a lungo termine delle consultazioni osservate.

Quinto, pur includendo voci di persone assistite attraverso osservazione delle consultazioni e conversazioni informali, la ricerca rimane fondamentalmente mediata dalla mia prospettiva come ricercatrice esterna. Approcci più radicalmente partecipativi, in cui persone assistite migranti stessi co-progettano ricerca e co-analizzano dati, potrebbero generare insight diversi e complementari. Come osserva Smith, «research through imperial eyes» (1999: 142) rischia sempre di riprodurre dinamiche coloniali che dichiara di criticare.

Questi limiti non invalidano i risultati ma ne definiscono i confini di validità. La ricerca offre «plausibilità contestuale» piuttosto che «generalizzabilità statistica» (Lincoln & Guba 1985: 316) – insight profondamente informati su dinamiche specifiche che possono illuminare fenomeni più ampi ma richiedono sempre interrogazione contestuale quando applicati ad altri settings.

#### *Riflessioni finali introduttive: perché questa ricerca è importante ora*

Questa ricerca si colloca in un momento storico particolare, caratterizzato da trasformazioni profonde nei pattern migratori globali, da crescenti disuguaglianze sanitarie, e da tensioni politiche acute attorno alla questione dell'immigrazione. In Italia, come in gran parte dell'Europa, discorsi pubblici sull'immigrazione sono sempre più caratterizzati da quella che Holmes e Castañeda definiscono «structural vulnerability compounded by discursive violence» (2016: 12), non solo condizioni materiali precarie ma anche rappresentazioni stigmatizzanti che negano umanità piena ai migranti.

In questo contesto, ricerca che documenta rigorosamente le esperienze concrete di persone migranti nel navigare sistemi sanitari, che illumina le pratiche quotidiane attraverso cui si riproducono o si contestano disuguaglianze, e che problematizza approcci apparentemente neutri come la «competenza culturale», assume rilevanza urgente. Come osserva Fassin, «the politics of life itself has become inseparable from the politics of inequality» (2012: 1).

La pandemia di COVID-19, che ha colpito in modo sproporzionato popolazioni migranti e ha esposto vulnerabilità strutturali nei sistemi sanitari globali, ha ulteriormente sottolineato l'importanza di comprendere determinanti sociali della salute e barriere di accesso alle cure. Come documenta Lancet Migration (2020: 1612), «the pandemic has revealed and exacerbated pre-existing health inequalities affecting migrants».

Ricerca che può contribuire a trasformare pratiche assistenziali verso forme più egualitarie diventa quindi non solo accademicamente rilevante ma politicamente urgente. Il momento attuale è caratterizzato da quello che Vertovec definisce «super-diversity» – «a level and kind of complexity surpassing anything many migrant-receiving countries have previously experienced» (2007: 1024). Questa super-diversità presenta sfide senza precedenti ai sistemi sanitari progettati in epoche di maggiore omogeneità linguistica e culturale. Come nota Phillimore (2015: 580), «healthcare systems across Europe are struggling to adapt to super-diverse populations». Ricerca empiricamente fondata su come navigare questa complessità diventa risorsa essenziale per policy makers e professionisti.

Infine, questa ricerca si colloca all'interno di un movimento più ampio nell'antropologia medica e nelle scienze sociali della salute verso quello che Metzl e Hansendefiniscono «structural competency» – un approccio che riconosce che «improving healthcare requires addressing the social and economic structures that produce health inequalities» (2014: 126). Andando oltre focus individuali su competenza culturale o formazione linguistica, la tesi contribuisce a questa agenda strutturale dimostrando come micro-interazioni cliniche siano inseparabili da macro-configurazioni di potere, risorse e cittadinanza.

La domanda fondamentale che anima questa ricerca è, in definitiva, quella posta da Farmer: «What kind of medicine, what kind of anthropology, and what kind of political engagement are equal to the challenges of addressing human suffering in an unequal world?» (2004: 338). Le pagine che seguono rappresentano un tentativo di rispondere a questa domanda attraverso attenzione etnografica alle specificità delle consultazioni mediche interculturali, analisi linguistica rigorosa dei meccanismi attraverso cui si costruiscono asimmetrie, e impegno critico verso la trasformazione delle condizioni di ingiustizia documentate.

# 1 QUADRO TEORICO

## 1.1 *Antropologia medica e costruzione sociale della salute*

L'Occidente, e la sua tradizione filosofica, hanno sempre fondato la legittimità delle definizioni nella norma del dualismo, cercando di incasellare la complessità della vita in cornici di senso oppositivo: bianco all'opposto di nero, soggetto all'opposto dell'oggetto, la mente diversa dal corpo. Pensando al concetto di salute secondo questo tipo di processo definitorio, l'essere in salute escluderebbe il concetto di malattia, ma per arrivare a una definizione chiara di quale sia uno stato di salute bisognerebbe considerare l'organismo sia nel suo essere biologico, che nel suo essere sociale. Se in un primo momento il concetto di salute veniva definito quindi come uno stato di assenza di malattia, è nel campo della sanità pubblica che si inizia concretamente a dare alla salute una definizione che non tiene conto semplicemente della sua condizione oppositiva.

È alla fine degli anni Quaranta che, all'atto fondativo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, venne redatta una costituzione, entrata in vigore nel 1948, in cui si definiva la salute come «a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of *Disease* or infirmity» (WHO 2020: 1). Iniziava ad emergere la consapevolezza di una nuova attenzione intellettuale, economica e politica alla salute, inquadrando l'argomento nella sfera del rapporto tra Stato e individuo, facendo emergere così il tema del diritto alla salute. La salute veniva presa in considerazione in un'ottica partecipativa, in cui diventavano centrali i problemi della distribuzione delle risorse sanitarie, e dell'accesso ai servizi sanitari pubblici.

Prendendo in considerazione l'aspetto giuridico nello specifico, la Costituzione della Repubblica Italiana con l'articolo trentadue ribadisce il diritto alla salute come diritto fondamentale, concetto proclamato nello stesso periodo dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, gli stessi concetti confluiti poi nella definizione firmata OMS, con la quale si riconosceva un diritto universale alla salute.

A trent'anni di distanza, tale definizione venne ribadita nella Dichiarazione di Alma Ata: l'OMS insieme all'UNICEF, trentaquattro Paesi e sessantasette delegati delle Nazioni Unite, con la collaborazione di alcune organizzazioni non governative, adottarono la dichiarazione di Alma Ata – che prendeva il nome proprio dal luogo della conferenza (Pizza 2005: 95). Ciò che si ribadiva era l'essenza dello stato di salute come un diritto umano fondamentale, tanto da fare in modo che fosse riconosciuto come uno dei più importanti obiettivi sociali da raggiungere a livello globale.

Infatti, le disuguaglianze in salute, molto accentuate tra paesi 'sviluppati' e 'in via di sviluppo', erano ritenute – e continuano a esserlo – come politicamente, socialmente ed economicamente

inaccettabili, e, in quanto tali, di comune interesse globale; si menzionava l'importanza della partecipazione individuale e collettiva alla pianificazione e all'attuazione della propria assistenza sanitaria; gli strumenti, i metodi e le tecnologie messe a disposizione per la realizzazione di tali principi dovevano quindi essere accessibili non solo a livello individuale, ma dovevano essere appropriati e accettabili nei livelli di interesse locale, e a un costo accessibile per la comunità in uno spirito di autosufficienza; infine si sottolineava l'importanza dell'operatività e della sinergia tra il settore sanitario e quella di altri settori sociali (WHO, 1978).

In altre parole, il diritto alla salute non poteva più rimanere slegato dalla sua componente sociale, ma anche economica e questa verità era intesa come «the key goal for health and human rights in the twenty-first century» (Farmer 2003: 296). Inoltre, si faceva finalmente riferimento alla natura processuale dello stato di salute, soggetto a continuo cambiamento ed evoluzione.

È in seno a questo contesto che tali obiettivi avevano l'ambizione di essere raggiunti entro il 2000. Venticinque anni dopo, continuano ancora ad essere ricorrenti – per non dire quasi tappa obbligatoria – nel dibattito sulla salute pubblica, e in quello più ampio della *global health*. Questo termine iniziò ad essere sempre più usato per riferirsi alla salute su scala internazionale e può essere definito come un:

« [...] interdisciplinary field of public health research, policy, and practice that measures and combats health problems worldwide, by identifying health patterns, defining determinants of health issues, and defining strategies for the alleviation of the global health burden. It places a priority on achieving equity in health across national borders and international social divisions. Given our current global interconnectedness, the mission of the field of global health is to meet the health needs of all the people on the planet through increased cooperation, coordination, and effort» (Singer, Eriksen, 2013: 10).

Riflette un cambio di prospettiva che implica uno spostamento sul piano concettuale della salute analizzata sia da un punto di vista legato al territorio, sia uno che trascende dai 'confini territoriali', come flusso di capitale, flusso di persone, idee e pratiche che spiccavano nei nostri confini politici, culturalmente costruiti (*Ivi*: 8). Il tema della salute globale, soprattutto dagli anni Novanta, diventa quindi una lente osservativa dei finanziamenti ad essa rivolti e dell'adeguatezza delle strutture nel tenere in considerazione quegli indicatori volti a monitorare le disuguaglianze sociosanitarie e socioeconomiche e si inserisce, specie nelle ultime decadi, in un contesto in cui la globalizzazione ha contribuito alla frammentazione delle politiche di salute pubblica (*Ivi*: 9).

È anche per questi motivi che L'OMS e le NU hanno fatto pressione sull'importanza del riconoscimento delle disuguaglianze economiche e sociali sotto il segno del diritto alla salute. A ciò si aggiunge un'attenzione diversa e riferita a quei fattori sociali che determinano le condizioni di

salute, con particolare riguardo alle modalità in cui le strutture sociali influiscono sullo stato di salute – direttamente o indirettamente – e ponendo l’attenzione, più nello specifico, ai determinanti sociali della salute.

Tenendo in considerazione quindi, l’influenza che fattori sociali quali status sociali, condizioni di vita e vissuti degli individui, Didier Fassin nel 1996 pubblicò uno studio sulla salute nel suo «spazio politico» in cui veniva accentuata l’analisi critica della definizione di salute, evidenziando come la salute dovesse essere definita non solo secondo la sua «rappresentazione cognitiva», ma anche secondo la sua «costruzione politica» (Pizza 2005: 92). Il mero aspetto nozionistico del termine in sé è stato contestualizzato, quindi, nel suo spazio sociale e pratico, in cui gli attori operano in funzione della salute e contribuiscono alla sua definizione in base all’addizione dei diversi significati che le si attribuiscono.

Gli esempi riportati, possono essere un punto di partenza per fornire un limitato contesto in cui la complessità dell’intenzione definitoria del concetto di salute viene articolata all’interno di alcuni dei diversi contesti nel campo della medicina. La salute si muove quindi – e ne è oggetto – in un ampissimo panorama composto da istituzioni e tentativi di legittimazione sociopolitica in cui non sempre i processi, mirati a una semantica nuova del concetto in sé, sono efficaci sul livello della partecipazione comunitaria.

Se da un lato, infatti, le definizioni fanno riferimento a una centralità delle soggettività nel processo di costruzione di salute e malattia, le abitudini pragmatiche delle prestazioni sanitarie non sono sempre orientate in questo senso. Sarebbe a carico del personale sanitario la calibratura di una prestazione del proprio servizio nell’ottica di una prospettiva culturalmente consapevole del proprio posizionamento e di quello delle persone assistite. Se è vero, dunque, che le esperienze di salute e malattia rispecchiano intrecci tra condizioni sociali, culturali, politiche e della vita relazionale-sociale dell’individuo, è opportuno prendere in considerazione lo studio della molteplicità dei campi collegati alla medicina (Scheper-Hughes, Lock, 1987: 20; Farmer 2003: 139; Quaranta 2006: 303). Questi temi sono stati – e continuano ad essere – la base fondamentale dello sviluppo dell’antropologia medica critico-interpretativa.

La definizione di salute come mera assenza di malattia si consolida in epoca moderna, parallelamente alla nascita della sanità pubblica come dispositivo di governo delle popolazioni. È necessario tuttavia sottolineare, seguendo la prospettiva storiografica di Porter (1995) e Desrosières (1998), che la sanità pubblica moderna non nasce solo come risposta clinica, ma come dispositivo statistico. La salute diventa un oggetto di ‘rendicontazione’ neoborghese, dove il corpo del cittadino viene catalogato e normalizzato per le esigenze dello Stato. In altre parole, la sanità pubblica

emerge non solo come pratica clinica, ma come campo di applicazione della statistica: il ‘corpo sociale’ diventa un oggetto misurabile attraverso i numeri. Questa ‘fiducia nei numeri’ (Porter, 1995) ha contribuito a oggettivare il paziente, spostando l’attenzione dall’esperienza soggettiva del male al dato quantitativo e alla gestione burocratica dei rischi sanitari.

### *1.1.1 L’Antropologia Medica come Disciplina Critica*

È verso la fine degli anni Settanta, in seno alla svolta post-moderna, che si iniziò a guardare alla ‘nostra’ medicina come a una particolare forma di ‘etno-medicina’. Alcuni studiosi iniziarono a lavorare sul sapere medico occidentale cercando di usare gli stessi strumenti che venivano usati sulle concezioni e sulle pratiche terapeutiche altrui; questo particolare tipo di approccio aprì alcune prospettive volte a rivelare che anche le nostre concezioni e le nostre pratiche terapeutiche sono inserite nelle maglie di logiche più ampie, che contribuiscono – anche solo in parte – a un certo ordine sociale.

Poiché per lungo tempo l’antropologia ha trovato qualche difficoltà al confronto con i saperi dominanti del proprio contesto culturale soprattutto con quei saperi che socialmente venivano – e tuttora vengono – definiti come ‘scientifici’, le ricerche in questo campo venivano condotte all’interno di interessi teorici. Pian piano si fece strada l’asserzione per cui la scienza fosse un prodotto culturale, e in quanto tale, una modalità di interpretazione e di produzione di conoscenza, il cui sviluppo risponde, talvolta, a logiche di dinamiche politico-istituzionali.

Da una concezione essenzialista della cultura, intesa quindi come qualcosa di posseduto dalle persone, si è passati ad osservare i modi di produzione interni o esterni all’Occidente, guardando ai processi di istituzionalizzazione dei saperi medici. Ciò significava far emergere la biomedicina nei termini di uno specifico sistema culturale (Quaranta 2006: X), e valutare da un lato la complessità dei punti di vista dei diversi attori sociali sulla malattia e sulla sofferenza, contribuendo, dall’altro lato, a una più ampia visione dei saperi biomedici e di medicalizzazione che vengono introdotti nello stabilirsi di un dialogo tra i soggetti sociali.

La biomedicina viene così letta all’interno di un complesso ordinamento normativo in cui le componenti sociali organizzano e naturalizzano i propri saperi medici in un’azione di costruzione dei corpi e delle loro condizioni. La biomedicina viene presentata dunque come una pratica avvolta dalla sua natura processuale, avvolta dalle sue sfaccettature culturali che vanno indagate su più livelli (Foucault 2008: 45).

### *1.1.1.1 Disease, Illness e Sickness: La Decostruzione della Malattia*

Il contributo che l'antropologia medica offre indirizza verso la considerazione della 'malattia' e della 'salute' come portatrici di plurimi significati a seconda della dimensione attraverso cui si può analizzare, utili nella decostruzione della 'naturalità' del corpo, risignificandolo come produttore di pratiche di senso (Pizza 2005: 82). Alcuni tra i principali problemi legati alla salute, quali l'assistenza sanitaria, l'insoddisfazione della persona assistita, le disuguaglianze nell'accesso alle cure e i costi non sempre sostenibili da tutte le persone, fanno fatica a trovare una soluzione tra quelle proposte dalla biomedicina tradizionale.

Uno dei tentativi proposti dalla nascente antropologia medica, volto al superamento delle dicotomie cartesiane, arriva dall'antropologo-psichiatra Arthur Kleinman e dalla sua teoria dei «modelli esplicativi». Al fine di analizzare i concetti utili alla comparazione dei sistemi medici come sistemi culturali, Kleinman propone un modello grazie al quale si riesce a comprendere come la cultura – definita come un sistema simbolico di significati che influenza sia la realtà sociale che l'esperienza personale – applichi una funzione mediatrice tra i parametri del sistema medico 'interni' ed 'esterni', diventando anche un'importante determinante del loro contenuto, effetti e cambiamenti che attraversano (Kleinman 1978: 86).

Qualsiasi sistema medico, secondo Kleinman, è caratterizzato da diverse forme di conoscenza terapeutica raggruppabili in tre diverse arene sociali o «settori»: il settore professionale, il settore popolare e il settore familiare, nei quali è possibile fare esperienza di malattia. Nel settore professionale, le forme di sapere terapeutico localmente godono di un qualche livello di istituzionalizzazione e di riconoscimento ufficiale, nel nostro caso la biomedicina. Il settore popolare «folk sector» raggruppa tutte quelle forme di conoscenza terapeutica e di pratiche terapeutiche che non godono affatto di alcun tipo di riconoscimento istituzionale, ma rappresentano, ad ogni modo, risorse a cui le persone si rivolgono. Infine, il settore familiare, «popular» è quello non professionale e fa riferimento a quell'insieme di interpretazioni attraverso cui le persone, nel loro immediato contesto di riferimento sociale, iniziano a sviluppare le prime interpretazioni delle loro esperienze problematiche di vita tramite l'elaborazione dei primi concetti di costruzione culturale della realtà clinica, aprendo la via alla definizione di un particolare itinerario terapeutico (Ivi: 87).

In aggiunta a tale complessità, lo stesso antropologo ci invita a distinguere tra due diversi livelli in cui la 'malattia' trova il suo riflesso:

«Contemporary medical practice has become increasingly discordant with lay expectations. Modern physicians diagnose and treat *Diseases* (abnormalities in the structure and function of

body organs and systems), whereas patients suffer *Illnesses* (experiences of disvalued changes in states of being and in social function; the human experience of *Sickness*). *Illness* and *Disease*, so defined, do not stand in a one-to-one relation. Similar degrees of organ pathology may generate quite different reports of pain and distress; *Illness* may occur in the absence of *Disease* [...]; and the course of a *Disease* is distinct from the trajectory of the accompanying *Illness*. Moreover, the remedies prescribed by physicians may fail to cure *Disease*, despite effective pharmacologic action, when patients fail to follow through on the medical regimen because they do not understand (or do not agree with) the physicians' stated rationale for their actions» (Kleinman, A., Eisenberg, L. and Good, B. 1978: 151).

In altri termini, Kleinman fa riferimento al *Disease* come al terreno di rilevanza e pertinenza delle dimensioni biopsichiche dell'organismo individuale, quindi colloca la malattia e la sua realtà sul piano dell'alterazione anatomico-fisiologica dell'organismo biopsichico individuale; con *Illness* invece si fa riferimento a quel processo di costruzione culturale dell'esperienza di malattia che le persone assistite pongono in essere a partire dalle loro abituali concezioni culturali. La troppa attenzione verso la *Disease* porterebbe così a eludere il processo attraverso cui gli individui danno senso alla propria esperienza di malattia. Prendere atto di ciò, porterebbe di conseguenza ad accettare la biomedicina come un'etnomedicina. L'efficacia di altre 'etnomedicine,' risiederebbe infatti nella considerazione della *Illness* rendendo così sensata l'esperienza.

Scomporre la patologia (*Disease*) e l'esperienza del disagio (*Illness*), da una parte comporta ciò che viene evidenziato da Giovanni Pizza:

«il vantaggio di questa scomposizione è quello di evidenziare in maniera più chiara la complessa varietà dei piani di significato e di azione sociale in cui il concetto di «malattia» rimanda. In più essa consente di evidenziare le contraddizioni di una definizione unilateralmente biomedica di malattia: se infatti si può dare *Disease* senza *Illness*, e viceversa, ciò mostra in maniera immediata come la biomedicina definisca la malattia senza tener conto del malessere individuale e della percezione di esso» (Pizza 2005: 84).

Questi presupposti aiutano nella comprensione del concetto per il quale la biomedicina, alla pari di qualsiasi altra medicina, non è altro che espressione di un particolare mondo sociale.

Attraverso l'analisi antropologica dei sistemi medici si può essere in grado di cogliere il significato che l'individuo ha di malattia e di salute, il significato della terapia e della cura nei diversi contesti culturali. Tale approccio consente di allontanarsi dall'errore epistemologico di ritenere che il modo occidentale di concepire la salute e la malattia sia universalmente valido, aiutando a comprendere le diverse esperienze della sofferenza altrui.

D'altra parte, questa stessa divisione si reinserisce paradossalmente nella natura dicotomica delle definizioni inserite in cornici di senso opposte che si era cercato di evitare: se si tende a guardare alla *Illness* come una 'soluzione' alla *Disease*, indirettamente si sta tendendo a sottolineare quanto la biomedicina abbia la sua efficacia nella cura del corpo, mentre gli altri sistemi medici

nell'attenzione all'esperienza che il/la persona assistita ha della malattia. Ciò può essere in parte dovuto al fatto che la cosiddetta scuola di Harvard fosse attenta alle dimensioni cognitive delle persone assistite e ciò potrebbe spiegare il 'distaccamento' dal corpo e l'esclusione di un'analisi dei processi di costruzione della *Disease*, evitando anche di porre sotto una più accurata considerazione, quei processi che invece influiscono nelle costruzioni della realtà clinica.

Negli stessi anni, stava emergendo un'altra posizione che considerava l'analisi dei rapporti clinici nella sfera della produzione sociale delle categorie biomediche. In tal senso, l'antropologo e medico Michael Taussig, andava in una direzione diversa rispetto a quella della scuola di Harvard, concentrandosi sull'impatto che il sapere e le pratiche biomediche esercitavano sulla realtà sociale. Evidenziando il processo di reificazione della realtà clinica, Taussig spiegava come anche le relazioni cliniche fossero inserite nelle maglie di specifici assetti politici che non consideravano l'esperienza di malattia nel contesto della sua dimensione sociale. L'unica cosa da fare, secondo questa visione reificante, era quella di reagire attraverso gli strumenti della biomedicina, senza considerare ciò che ruota attorno al concetto di 'sofferenza' e di 'salute', ma che indirettamente – e non a livello puramente corporeo – ne costruisce l'esperienza e il processo stesso.

Anche questi presupposti epistemologici furono messi in discussione, aprendo la strada al ragionamento di Allan Young: ciò che viene proposto, è di considerare sì la malattia a livello biomedico (*Disease*) ed esperienziale (*Illness*), ma di aggiungere a ciò l'analisi dei processi di produzione dei saperi biomedici, guardando quindi all'ambito più generale della malattia, la *Sickness*, di cui *Illness* e *Disease* si inseriscono più generalmente come modelli esplicativi, dando un input in più per quanto riguarda la contestualizzazione sociale dell'oggetto in indagine (Quaranta 2006: 15).

Le definizioni di *Disease* e *Illness* nell'accezione elaborata da Arthur Kleinman (Kleinman, A., Eisenberg, L. and Good, B. 1978: 151), si inseriscono nella teoria dei modelli esplicativi che interagiscono con la dimensione della *Sickness* (Young 1982: 257). Dunque, con il termine *Disease* ci si può riferire all'anormalità nella struttura e/o nella funzione biologica del proprio corpo, agli stati patologici – che siano o meno culturalmente riconosciuti – e al panorama del modello biomedico. Con *Illness* ci si può riferire, invece, alla percezione che la persona ha di una determinata condizione socialmente svalutata di – e non limitatamente a – malattia, nonché all'esperienza che ne fa.

Il concetto di *Sickness* a questo punto viene usato come etichetta per eventi che coinvolgono *Disease* e/o *Illness*. (Ivi: 264-65). Come ricorda Young, sempre ripercorrendo i passi di Kleinman, l'interesse nei saperi medici non perde la sua essenza clinica. Ciò significa concentrarsi su ciò che si

può definire «core clinical functions», e quindi su come i saperi medici contribuiscano alla considerazione della malattia come esperienza psicosociale, a stabilire i criteri generali accettabili per guidare il processo di cura e individuare la potenziale efficacia di trattamenti e approcci terapeutici differenti; al confrontarsi in merito agli episodi di malattia attraverso operazioni di comunicazione come la narrazione e la concettualizzazione di essi; al predisporre attività di supporto alla guarigione (interventi terapeutici e supporto alle cure); e all'affrontare i risultati terapeutici (incluse malattie croniche e morte) (*Ivi*: 265).

#### 1.1.1.2 Il Sintomo come Narrazione Culturale

Il processo clinico diventa così «a way for individuals to adapt to certain worrisome circumstances» (*Ibidem*). E in sostanza, «[n]either *Disease* nor *Illness* should be regarded as entities. Both concepts are explanatory models mirroring multilevel relations between separate aspects of a complex, fluid, total phenomenon: *Sickness*» (Kleinman, A., Eisenberg, L. and Good, B. 1978: 151).

Indagare la malattia e rivolgere l'attenzione sul sintomo, con queste premesse, significa quindi collegare l'aspetto biomedico del segno della malattia, con la narrazione che costruisce la persona assistita in seguito alla sua esperienza personale:

«Il sintomo coinvolge in maniera determinante i processi di incorporazione dell'esperienza, le forme di rappresentazione messe in campo dal soggetto sofferente e il contesto storico nel quale tali dinamiche si verificano. Esso può essere sia un veicolo di significati culturali sia la testimonianza di contraddizioni sociali» (Pizza 2005: 85).

Considerando il tema del presente elaborato, diventa cruciale sottolineare che le persone assistite a cui si fa riferimento si interfacciano con il sistema sanitario di accoglienza con tutte le barriere del caso, compresa la lingua ed eventuali traumi vissuti prima e durante il viaggio. Un'esperienza di cura che non tenga conto delle precedenti premesse teoriche, potrebbe contribuire alla causa dell'ulteriore trauma in accoglienza. È per questo motivo che, se il linguaggio è uno dei più importanti strumenti per la veicolazione dei significati dell'esperienza del malessere, lo studio della percezione soggettiva delle suddette esperienze risulta cruciale per l'esperienza di cura, sia offerta, che ricevuta. L'approccio al quale si sta facendo riferimento è quello della narrazione, anch'essa introdotta fin dai primi anni Settanta del Novecento da Kleinman. Attraverso la narrazione della *Illness*, si ha accesso al senso e all'ordine di significati che la malattia assume per il soggetto che la racconta e per di più:

«[...] il «racconto» dell'esperienza del malessere non si radica unicamente nel vissuto individuale della malattia. Esso si configura come un resoconto storico-culturale di una serie di

emozioni, credenze, scelte operative che, a posteriori o durante il malessere, vengono elaborate dal soggetto, sofferente o guarito, per rappresentare l'evento della malattia e la sua incidenza nella propria vicenda biografica. Pertanto, la narrazione mette in gioco non solo la dimensione individuale del malessere, ma contestualmente, è connessa alla produzione di significati culturali, alle relazioni sociali, alla profondità storica e ai rapporti economico-politici» (Ivi 87).

Decostruire il concetto di malattia in tutti questi tasselli analitici, rende evidente la complessità che la dimensione delle rappresentazioni biomediche esclude. In essa si intersecano tutte le maglie del tessuto sociale del soggetto che sperimenta la sua malattia, esplicitata non solo nel suo spazio individuale, ma anche sociale e culturale.

Di questi tre concetti si è voluto solo dare un accenno teorico, per costruire una cornice entro cui posizionare i temi che verranno toccati più avanti. È opportuno esplicitare che però le concezioni di salute e malattia sono state rimodellate e rianalizzate nel corso della storia dell'antropologia medica in maniera critica. Bisogna a ogni modo considerare che i quadri teorici in cui si è venuto a configurare il rapporto tra biomedicina e antropologia erano talvolta in disaccordo tra di loro. Spesso e volentieri entrambe le correnti di pensiero hanno peccato di non aver problematizzato la natura della *Disease*, generando una fase di stallo nei meccanismi del riduzionismo cartesiano (Quaranta 2006: XVI).

### *1.1.1.3 Corpo e Società: La Costruzione Sociale della Corporeità*

Così come è evidente la difficoltà di una definizione per il concetto di 'salute', è altrettanto ostico darne una per quello di corpo.

Le scienze sociali e l'antropologia in particolare hanno evidenziato come il corpo sia un campo di produzione culturale. I modi in cui gli esseri umani – in quanto attori sociali – vivono il proprio corpo, influenzano il modo in cui la vita stessa viene vissuta. Con il presente paragrafo si intende fare una ulteriore aggiunta ai presupposti teorici che stanno alla base dell'argomento che seguirà nei prossimi capitoli.

Si intende in particolare esplorare come le «tecniche del corpo» e il nostro «habitus» influenzino la realtà e viceversa, tenendo in considerazione come le culture – a loro modo egemoniche nei loro sistemi di senso – spieghino il proprio potere attraverso corpi dalle influenze morbide e simboliche che si ritrovano anche nelle nuove modalità di socializzazione dell'era contemporanea. È importante comprendere quanto i meccanismi di dominanza siano collegati alla costruzione dei corpi e di quanto siano implicati nella reiterazione e riproduzioni di dinamiche tutte culturali. È inoltre da tenere in considerazione che il potere simbolico e la cosmologia culturale hanno un ruolo cruciale nell'incarnare pratiche e significati, che si nascondono sotto le nostre azioni influenzate come esseri umani e attori sociali.

Già Foucault problematizzò in modo radicale la datità del corpo fisico, in quanto la sfera politica, economica, sociale e culturale che caratterizzano l'era neoliberista influenzano i nostri corpi mostrando come sono radicati nella varietà delle dimensioni del potere. Le soggettività possono essere considerate sia il prodotto che le forze motrici di un sistema egemonico in cui oppresso e oppressore vivono secondo gli stessi meccanismi latenti.

Ancora una volta, negli anni Sessanta e Settanta, il corpo prova ad essere studiato come un prodotto proprio di precise rappresentazioni di società. L'antropologia, come altre scienze sociali, ha iniziato a prestare attenzione ai processi dinamici delle costruzioni sociali (Détrez 2002: 57), attraverso i quali i corpi possono essere considerati il 'luogo' della soggettività. Pensare al corpo come a un 'palcoscenico' in cui si incarnano le pratiche culturali, significa che il contesto sociale è rilevante non solo perché permette di mettere in relazione quelle azioni con un periodo storico con habitus preciso (Bourdieu 1972: 64). Infatti, il corpo è l'evidenza 'fisica', il rappresentante di quel contesto sociale, anche quando ne porta le contraddizioni (Waquant 2003).

Sempre nel campo dell'antropologia medica, i lavori di Mary Douglas sottolineano quanto il corpo sia il campo di azione e produzione dell'ordine sociale (Matera 2008: 49). Grazie a una svolta critico-interpretativa, infatti, la modernità iniziò ad essere l'oggetto di un pensiero critico che mirava a problematizzare come il corpo, la salute, la malattia, fossero rinegoziate in un processo mutevole e dinamico (Quaranta 2006: 149).

Una volta 'riscoperto' il corpo, si aprì una strada in cui le riflessioni che emergevano, erano volte a rimarcare quanto fosse fondamentale indagare i processi di costruzione sociale del corpo, che è utile iniziare a introdurre con l'analisi progressiva elaborata da Mary Douglas sul sé e la società:

«The physical body can have universal meaning only as a system which responds to the social system, expressing it as a system. What it symbolizes naturally is the relation of parts of an organism to the whole. Natural symbols can express the relation of an individual to his society at that general systemic level. The two bodies are the self and society: sometimes they are so near as to be almost merged; sometimes they are far apart. The tension between them allows the elaboration of meanings» (Douglas: 1970, 87).

Secondo Douglas, il corpo sociale è quello utile per pensare al rapporto tra natura e cultura, e già con la nostra antropologia, veniva rimarcata la binarietà di un corpo diviso tra una parte individuale e una più prettamente sociale.

Alcuni anni dopo, Margaret Lock e Nancy Scheper-Hughes proposero di decostruire il concetto così come ci veniva dalla filosofia cartesiana, della dicotomia tra corpo e mente, con l'esame di tre approcci, attraverso i quali il corpo può essere osservato. Il primo, che fa riferimento alla fenomenologia esistenziale, è indicato come corpo individuale e va inteso proprio nel senso

fenomenologico dell'esperienza vissuta; il secondo è il corpo sociale che, sulla scia di Mary Douglas, è quello appropriato per pensare la natura e la società in riferimento alle sue rappresentazioni come simbolo naturale; il terzo, infine, è il corpo politico, connesso alla regolamentazione, sorveglianza e controllo degli organi sia individuali che collettivi esercitati dal potere politico (Lock, Scheper Hughes, 1987: 13; Borofksy 2001: 230).

La teoria dei tre corpi verrebbe così a proporsi come una sintesi dell'approccio fenomenologico esistenziale, quello dell'antropologia simbolica, e quello della teoria critica che si dirama in riferimento soprattutto al concetto di egemonia:

«The medical anthropological body, then, represents the intersection of the three bodies – the bodies personal, social and political. These are understood not only as three separate but overlapping levels of analysis, but as the working synthesis of the three theoretical approaches: existential phenomenology (the individual body-self); structural and symbolic anthropology (the social body); and critical theory, especially via Gramsci's (1971) notion of hegemony and Foucault's poststructuralism (the body politic)» (*Ivi*: 232).

Queste prospettive, rompendo con la visione ontologica che vede il corpo come espressione naturale della persona, arrivano a studiarlo come luogo in cui si giocano e si mettono in scena relazioni di potere e tensioni sociali. Lo studio concreto delle dinamiche storiche dei processi incorporativi di costruzione, formazione, trasformazione e legittimazione dei percorsi mostra come il corpo sia alle prese con norme e gerarchie sociali, ridefinendo una o più corporeità, sempre più sottoposte a istanze di identificazione, personalizzazione e distinzione (Fusaschi 2018: 41).

Pertanto, la comprensione dei processi di costruzione della corporeità permette di avere un accesso privilegiato all'interpretazione degli universi socioculturali: ogni individuo nel proprio contesto sociale usa e sa usare il proprio corpo. Gli attori sociali 'lavorano' o fanno 'lavorare' il corpo per dargli una o più forme dai molteplici significati, traducendo in pratica le condizioni attraverso le quali esso si trasforma in un 'nuovo' supporto comunicabile, adattato a determinati valori sociali e storici, altri talvolta, al contrario, come ostentazione di un alto grado di rifiuto degli stessi.

Queste prospettive teoriche non sono indipendenti e slegate dalle nozioni di tecniche del corpo e dai paradigmi dell'incorporazione, elaborati agli inizi degli anni Novanta. Il concetto di tecnica del corpo fu elaborato e presentato da Marcel Mauss in un report presentato nel 1934 per la Société de Psychologie di Parigi, pubblicato nel *Journal de Psychologie* nel 1936: «les façons dont les hommes, société par société, d'une façon traditionnelle, savent se servir de leur corps» (Mauss 1936: 372).

Questa nozione, connessa all'uso del corpo che gli individui fanno all'interno di uno specifico contesto sociale, ha consentito, nel campo delle scienze sociali, di considerare il corpo un soggetto socioculturale e non più un oggetto naturale (Fusaschi 2018: 45).

Le tecniche del corpo sono quindi il prodotto di un apprendimento lento strettamente connesso al contesto in cui sono immerse, e dipendono da vari fattori legati all'età, al genere, alle gerarchie sociali e così via. La diversità delle tecniche nasce dalla trasmissione di modelli attraverso l'educazione, attraverso l'imitazione di gesti e movimenti che vengono appresi e modellati secondo un habitus culturale specifico di ciascuna società. Mauss dimostra il carattere pratico e sistematico attraverso il quale l'habitus modella l'insieme di tutte le azioni quotidiane degli individui proponendo quattro principi di classificazione: una divisione delle tecniche del corpo tra i sessi, per la quale le definizioni sociali di uomo e donna conducono con i loro gesti e posture codificate culturalmente in modo distinto; una variazione dello stesso per età; una classificazione in relazione alla performance che fa riferimento, in particolare, alle competenze ed infine un approfondimento connesso alla trasmissione della forma delle tecniche.

Una volta chiarita questa classificazione, le tecniche del corpo vengono letteralmente numerate secondo uno schema biografico, in modo da mettere in ordine l'uso che gli individui ne fanno nella vita per enfatizzare le differenze, ecc. Il concetto di tecniche del corpo così illustrato ha reso possibile rileggere l'insieme dell'esperienza individuale del corpo in una logica di pratica socioculturale (*Ivi*: 47).

Grazie alla nozione di tecniche del corpo negli studi antropologici, per la prima volta, è stato possibile osservare ciò che gli uomini fanno, o sono in grado di fare, attraverso i loro corpi. È opportuno rilevare come queste considerazioni abbiano relegato il 'corpo' a mero strumento senza considerare la sua determinante sociale, strumento e mezzo di comunicazione. La stessa nozione di habitus sarà poi ripresa da Bourdieu per definirlo come: «un sistema di disposizioni durevoli e trasferibili, strutture strutturate predisposte a funzionare come strutture strutturanti» (Bourdieu, Wacquant 1992). Sono tutte quelle disposizioni che vengono acquisite, cioè incorporate letteralmente dagli individui e attraverso le quali essi sono in grado di organizzare il loro mondo. Per Bourdieu parlare di habitus significa stabilire che l'individuo, il personale, il soggettivo è sociale, anzi collettivo e per questo si configura come «una soggettività socializzata» (*Ibidem*). Le abitudini consentono agli attori di conoscere attraverso il corpo (Fusaschi, 2018: 48).

In termini di strutture strutturate, cioè in relazione ad uno specifico contesto sociale, e allo stesso tempo strutture strutturanti, fondate sull'azione degli individui, le abitudini, intese come sistemi di disposizioni, o potenzialità, operano proprio come principi latenti che guidano le scelte soggettive di ciascuno. L'incorporazione delle esperienze non è definita e non è costruita una volta per tutte; al contrario, permette al soggetto di muoversi e interpretare il mondo sociale circostante, lungo tutto il corso della vita. L'habitus costituisce la matrice dell'azione pratica, come conseguenza

dell'interiorizzazione delle condizioni di socializzazione dell'individuo. Alcune pratiche possono essere viste come l'esternalizzazione di un mondo sociale che a sua volta ha interiorizzato nel tempo un cambiamento di consuetudini, rendendo tali modelli di pratiche accettati e non più rifiutati come una volta, a dimostrazione del dinamismo insito nei diversi contesti culturali. Il sociale, di conseguenza, si stratifica e si incarna lentamente nelle persone sotto forma di disposizioni ultime o capacità predisposte a pensare, sentire e agire in modi specifici che, a loro volta, guidano gli attori sociali nel fornire risposte adeguate in relazione all'ambiente circostante (Beckert, Zafirovski 2005: 315-319).

Il corpo sociale delimita il mondo attraverso il quale viene percepito il corpo fisico, poiché tutte le categorie culturali sono legate a quelle attraverso cui viene percepita la società stessa (Douglas 2003: 72). Ma proprio perché il soggetto con il suo corpo è intrecciato nelle pieghe di un tessuto sociale collettivo, non si può trascurare un ulteriore aspetto che considera le implicazioni e i giochi di potere che si esercitano sul corpo (Foucault 1976: 98).

È tuttavia necessario distinguere, per evitare sovrapposizioni concettuali, tra le tecniche del corpo di Mauss e l'*habitus* di Bourdieu. Se per Mauss le tecniche rappresentano i modi appresi, trasmessi e tradizionali di utilizzare il corpo (l'atto pratico del camminare, del sedersi o del curarsi), l'*habitus* si configura come la matrice generativa di tali pratiche. L'*habitus* non è solo una tecnica appresa, ma un sistema di disposizioni durature e trasponibili che incorpora le strutture sociali nel corpo, rendendole 'natura'. In questo senso, nell'incontro clinico, il corpo dell'assistito non esibisce solo delle tecniche di gestione della sofferenza, ma manifesta un *habitus*, cioè una storia sociale incorporata, che entra in tensione con quello professionale e istituzionale del medico. Come suggerito da Margaret Lock nel suo concetto di biologie locali (1993), questa distinzione permette di vedere come la biologia stessa non sia un dato universale, ma il prodotto di una negoziazione costante tra disposizioni sociali (*habitus*) e risposte materiali al contesto politico ed economico.

In altri termini quindi, queste fluttuazioni nella gestione delle politiche sul corpo ci spingono a ripercorrere l'idea, già avanzata da Foucault a metà degli anni Settanta e ripresa da Margaret Lock e Scheper Hughes, secondo cui il corpo non è solo fisico e sociale, ma anche politico, cioè quella connessa alla regolamentazione, sorveglianza e controllo da parte del potere politico. Considerare il corpo politico diventa importante per comprendere la rappresentazione del processo e dell'esperienza del corpo da parte degli attori sociali che vivono all'interno di un contesto, in cui le esperienze e le dinamiche personali sono necessariamente intrecciate con giochi di forza e di potere che in esso si realizzano. La corporeità nel suo insieme è sempre più fatta oggetto di un discorso politico, di un controllo normativo della memoria di Foucault che di fatto ne determina o meno gli

usi e gli indirizzi. In questo senso il «phenomenon of the social body is the effect not of a consensus but of the materiality of power operating on the very bodies of individuals» (Gordon 1980: 55). Ciò che lo Stato intrattiene oggi con gli individui in merito alla gestione del crimine è un rapporto che trasferisce rapporti di potere all'organismo stesso, che si costituisce politicamente in conflitto.

## 1.2 *Migrazione e Determinanti Sociali della Salute*

Il diritto alla salute e la natura sociale del corpo di cui si è parlato prima, vanno adesso contestualizzati mettendo in luce a chi, in particolare, si riferiscono in questo elaborato. Avendo provato ad evidenziare quanto sia la definizione di salute, che quella di corpo facciano parte di categorizzazioni costruite in alcuni dei mondi locali simbolici, è opportuno ora focalizzarsi su quanto la contemporaneità e le sue caratteristiche influiscano sulle persone.

### 1.2.1 *Modelli Culturali della Salute: da Kleinman ai Determinanti Sociali*

La migrazione si aggiunge, a questo punto, come un ulteriore tassello utile alla comprensione di ciò che è l'oggetto del presente elaborato: persone assistite con passato migratorio che si trovano a dover interagire con il sistema sanitario del 'Paese d'accoglienza'. I processi di salute e malattia vanno quindi contestualizzati nel campo della migrazione e di quanto questa possa influire o meno sul 'risultato' dell'incontro fra sistemi medici differenti e quali siano le caratteristiche di questo incontro. I fattori che interessano la salute in relazione ai meccanismi della migrazione sarebbero le ragioni per cui vengono adottati molteplici approcci alla salute rispetto a quell'unico voluto dalla biomedicina occidentale. Se lo spazio di vita individuale e il campo sociale, ricco di relazioni soggettive della persona assistita, sono strettamente legati alla migrazione, questa diventa un fattore da tenere in considerazione rispetto al processo entro cui si inseriscono i meccanismi di salute e malattia.

Comprendendo e riconfigurando l'idea di salute che ha una persona migrante<sup>14</sup> e di come parte di quel processo sia frutto di pratiche culturali che – insieme all'individuo – transitano nel paese di accoglienza, qualsiasi esso sia e sono portatrici della storia entro cui sono state sviluppate (Young 1995: 287-291; Singer, 1996: 510). La risposta sul 'per chi' e 'perché' si parla di salute in questa tesi, è quindi quella di persone che, arrivate nel paese di accoglienza, si trovano a dover 'presentare'

---

<sup>14</sup> Nel corso della tesi il termine *migrante* non viene utilizzato come categoria identitaria stabile né come etichetta descrittiva della persona, ma come categoria situata, prodotta e resa rilevante all'interno di specifici contesti istituzionali, discorsivi e relazionali. In particolare, *migrante* indica una posizione amministrativa, giuridica e simbolica che emerge nelle pratiche di cura, nei dispositivi sanitari e nei processi di mediazione linguistico-culturale osservati sul campo. L'uso del termine riflette dunque le condizioni materiali e istituzionali in cui le persone sono interpellate come tali, piuttosto che una loro caratteristica intrinseca o permanente. Quando possibile, si utilizza l'espressione *persona assistita* per mantenere l'attenzione sulle relazioni di cura e sulle interazioni concrete, evitando una reificazione categoriale dei soggetti coinvolti.

il proprio corpo a un sistema locale diverso dal proprio, prendendo atto di quale sia la reazione medica.

Non è scontato pensare che gli/le operatori/trici sanitari/e siano preparati/e ad affrontare i bisogni di salute dei migranti, soprattutto considerando che nei percorsi di formazione non sempre sono previsti degli insegnamenti *ad hoc*. Parlare di diritto alla salute delle persone straniere vuol dire quindi considerare un grande bagaglio di dinamiche sociali che raccolgono ciò che va sotto il nome di determinanti sociali della salute.

Nelle maglie della sanità pubblica, si definiscono tali, tutti quei fattori che dipendono dalle condizioni di vita in cui i soggetti nascono, crescono e vivono e, nello specifico, si collegano alle disuguaglianze nella distribuzione di risorse, diritti e responsabilità che influenzano gli individui e il rapporto con la propria salute (Marmot, Wilkinson, 2006: 7) o, in altre parole, le condizioni in cui le persone vivono e lavorano, e che influenzano le loro opportunità di condurre delle vite sane (Labonté, Scherker 2007: 5). Alla luce di quanto esposto finora, infatti, l'approccio medico e il sistema sanitario dovrebbero tenere conto dei valori culturali e dei diversi background possibili delle persone assistite nell'interesse dello sviluppo di buone pratiche della salute. Un approccio che sfrutti al meglio le potenzialità e l'operatività delle politiche di salute pubblica significa anche tenere conto di ciò che influisce sulle 'cause' che ne determinano l'esistenza e la necessità.

Come affermato durante la World Conference on Social Determinants of Health nel 2011, i cui principi fondamentali confluiranno nella Rio Political Declaration on the Social Determinants of Health, le disuguaglianze in salute emergono in base alle condizioni sociali in cui le persone nascono, crescono, vivono, e invecchiano – a cui ci riferiamo come determinanti sociali della salute. Esse includono, inoltre, esperienze di formazione, educazione, condizione economica, condizioni lavorative, ambiente in cui si vive, e l'effettivo sistema di prevenzione e cure. Al fine di creare le condizioni quanto più favorevoli per lo sviluppo di un sistema sanitario inclusivo, equo ed economicamente sostenibile, la Commissione evidenziava l'efficacia di azioni mirate su tali determinanti:

«Evidence from research and experiences in implementing policies on social determinants of health, however, shows common features of successful action. There are five key action areas critical to addressing health inequities: (i) to adopt better governance for health and development; (ii) promote participation in policymaking and implementation; (iii) to further reorient the health sector towards reducing health inequities; (iv) to strengthen global governance and collaboration; and (v) to monitor progress and increase accountability. Action on social determinants of health therefore means that we, the representatives of Governments, will strive individually and collectively to develop and support policies, strategies, programmes and action plans, which address social determinants of health, with the support of the international community [...]» (WHO 2011: 2).

Tale supporto, consisterebbe, in particolare, nell'adozione di una migliore *governance* per la salute e lo sviluppo; nel promuovere la partecipazione nei e l'implementazione dei processi di policy-making; nel riorientare i servizi verso l'obiettivo della riduzione delle disuguaglianze in salute; nel rafforzare i processi di *governance* e di collaborazione globale; nel monitorare i progressi e aumentare la responsabilità; nel creare una rete e un'azione globale (*Ibidem*).

Per le persone in accoglienza, diventa spinoso rispondere a una delle condizioni fondamentali per non cadere nel *disempowerment*, che è la possibilità di avere il controllo sulla propria vita, oltre che quella di esigere i propri diritti e soddisfare i bisogni fondamentali per vivere una vita dignitosa (Marmot 2016: 46). Il fatto che nell'incontro con i sistemi di accoglienza di un paese 'altro', ci sia bisogno talvolta dell'accompagnamento di qualcuno che svolga anche burocraticamente il ruolo dell'accompagnatore/trice, nasconde un'iniziale dipendenza dall'aiuto di qualcun altro e ciò risalta lo squilibrio all'interno di una gerarchia sociale (Marmot 2016; Sen 2007); perciò tali disuguaglianze aumentano la propria rilevanza se contestualizzate nel processo di globalizzazione, in presenza di flussi migratori che ne evidenziano l'essenza (Quaranta 2006: 303).

Una persona che cambia paese lascia fisicamente una terra della quale però continua a portare gli stili di vita e le ragioni che hanno portato a determinate scelte che implicano anche la gestione del proprio corpo. Quest'ultima può essere condizionata dalle caratteristiche sociali e culturali dell'ambiente da cui si proviene, in quanto l'individuo esiste in relazione ad altri. La qualità di queste relazioni è ciò che influenza lo stato di benessere delle persone, che a loro volta rispondono alle aspettative sul proprio ruolo sociale, con pratiche che possono avere ripercussioni sul piano della propria salute.

L'immersione delle diverse dimensioni di significato del proprio stato di salute in un nuovo contesto comporta quindi una sorta di 'scontro' tra sistemi, che coinvolgono la sfera linguistica, la sfera medica, la sfera di genere e via dicendo. L'accesso al servizio sanitario – e al sapere sanitario di un altro paese in generale – diventa uno strumento utile non solo a prendere atto della diversità dei significati che una condizione di salute può avere in un paese diverso, ma anche un'occasione di co-costruzione del processo di risignificazione della propria condizione nel nuovo contesto. In tal senso sono utili le parole che Alessandro Rinaldi e Maurizio Marceca hanno usato per evidenziare quanto la 'salute' e la 'migrazione' abbiano un rapporto complesso e che:

«[p]er tale ragione, riteniamo che promuovere la salute delle persone straniere, più che diagnosticare e trattare quadri nosologici inconsueti, voglia dire soprattutto agire per la tutela dei diritti e per lo sviluppo di relazioni umane significative, accomunate dal tentativo di comprendersi vicendevolmente provando a superare pregiudizi e paure. È quindi una preziosa opportunità per riconsiderare la 'persona' nel suo insieme (corpo, psiche, cultura, aspettative, desideri) e all'interno del proprio contesto di vita (inserimento o fragilità sociale, effetti delle

politiche di accoglienza e d'integrazione, pregiudizi e discriminazioni).» (Rinaldi, Marceca 2017: 9).

La migrazione come fatto, non può prescindere dall'essere tenuta in considerazione nel processo di analisi delle nuove sfide che gli operatori sanitari si trovano ad affrontare nel proprio lavoro. Ancora una volta, persone assistite con passato migratorio:

«go through several experiences which ultimately affect their health particularly in settings where they face a combination of legal, social cultural, economic, behavioural and communications barriers during the migration process. Social inequities which exist in every society and between different societies mean that the freedom to lead flourishing lives and enjoy good health is unequally distributed amongst different population groups. Migrants frequently find themselves amongst those most negatively affected by these imbalances» (Davies, Basten, Frattini 2006: 3).

Considerare la migrazione come determinante sociale della salute, implica quindi la presa di coscienza del fatto che essere una persona migrante posiziona l'individuo in una condizione di vulnerabilità. Ci sono certamente diverse ragioni per cui una persona intraprende un viaggio per allontanarsi dal proprio paese, ma le difficoltà riscontrabili si diramano attraverso sfide che attraversano diverse barriere nell'accesso al servizio, che dipendono non solamente dal proprio bagaglio culturale, ma anche, spesso, da ragioni strutturali e burocratiche insite nelle politiche del paese di accoglienza.

L'assistenza sanitaria non può certamente essere l'unica risposta per un cambiamento della propria condizione di salute, ma, se da un lato può contribuire ad alimentare disuguaglianze, dall'altra, può caricarsi di un ruolo da mediatore. Il personale sanitario diventa da un lato il veicolo per la comprensione del mondo della biomedicina occidentale, e allo stesso tempo – attraverso la comprensione della posizione altrui – rappresenta una sorta di mediatore che trova un punto di incontro tra il sistema di senso entro cui si è formato professionalmente, e quello per cui presta il proprio servizio, comprendendone i bisogni. Se poi è parzialmente vero che è nelle istituzioni che si può comprendere anche come una data società vede sé stessa, adottare comportamenti adeguati nella cura delle persone migranti, apporterebbe una marcia in più per il trattamento di quella parte di popolazione vulnerabile.

Il corpo, la salute, la malattia, la prevenzione o la cura, hanno una dimensione di azione culturale, sociale e politica e producono significati culturali e sociali. In questa prospettiva la comparazione tra l'azione dell'essere malato – della persona migrante – e l'azione del curare – del paese di accoglienza – si carica di un significato che va oltre la risposta a un bisogno urgente, ma che può tradursi in campagne di prevenzione che, attraverso l'informazione e la sensibilizzazione, possono

tentare di modificare la rappresentazione che gli individui hanno di sé, in modo da modificarne i comportamenti.

Prendendo in considerazione il corpo migrante come veicolo di relazione individuale e sociale, è opportuno considerare che i fattori di rischio di cui si è fatto carico, sono il frutto di interazioni complesse che sono intrinseche nella natura sociale del corpo biologico. Questo significa non solo appurare che esso sia un'entità a sé stante su cui si può agire seguendo schemi universali, ma anche e soprattutto che è rappresentativo di altri fattori che dipendono dalle dimensioni sociali e culturali, che rivelano quanto il 'rischio' sia concatenato ad altri valori legati ad età, genere, provenienza e così via.

Il rapporto con il corpo e le trasformazioni che esso subisce, come ricorda Sayad, sono connesse generalmente alle «sollecitazioni esterne esercitate sul corpo e negli usi socialmente differenziati che se ne fanno», e che «sono tutti gli schemi corporei (incorporazione, nel senso letterale del termine, del mondo naturale e sociale) a essere alterati, nello stesso modo in cui è alterato il mondo incorporato (o incorporabile)» (Sayad 2002: 270). In tal senso, nell'immigrazione, l'emigrato fa un'altra esperienza del proprio corpo, che non solo porta il significato dell'agire culturalmente determinato dalla propria appartenenza, ma diventa strumento di un linguaggio che spesso e volentieri si sostituisce a quello parlato: «il corpo che si fa parola» (Ivi: 280).

È proprio attraverso il linguaggio e la comunicazione che si possono intravedere tutta una serie di complicazioni che determinano sia vere e proprie barriere riscontrabili nel rapporto tra migrante e servizio sanitario, sia nelle azioni che quest'ultimo cerca di promuovere nell'ottica di ridurre i fattori di 'rischio'.

### *1.2.2 Le Barriere nell'Accesso ai Servizi Sanitari*

L'accesso ai servizi sanitari, pur variando nei diversi paesi europei, è caratterizzato da alcune barriere che le persone con background migratorio devono affrontare, a prescindere dalle specificità delle diverse legislazioni naturali più o meno inclusive o discriminatorie. Finora si è cercato di elaborare concetti quali quello di salute, malattia, corpo, con l'intento di sottolineare quanto le visioni, le definizioni e la strumentalizzazione di essi vari di significato da un sistema a un altro.

Nel momento in cui tali sistemi di significato, classificazioni di significato non trovano un incontro, si generano dei limiti che non solo dipendono da dinamiche strutturali e burocratiche, ma anche dalla sensibilità dell'individuo e dalla sua capacità di veicolare l'espressione del bisogno da una parte, e la risposta ad esso dall'altra.

Per comprendere la complessità del sistema sanitario e del suo funzionamento in quanto inserito nelle maglie dell'accoglienza, è importante quindi provare a comprendere quali siano le possibili

barriere di tale sistema. Le barriere d'accesso ai servizi sanitari per i migranti che continuano a perpetuarsi nonostante i numerosi studi condotti in tal proposito, rinnovano l'interesse per la salute interculturale e l'intenzione di continuare a parlare di salute senza trascurare il contesto sociale, politico ed economico in cui si costruisce.

Può essere utile iniziare ad introdurre i risultati riportati da un'analisi sulle disparità razziali/etniche nella salute e nel sistema sanitario condotto da Joseph Betancourt et al. nel 2003. Con l'obiettivo di identificare le barriere socioculturali che si incontrano nei processi di cura, sono stati presi in considerazione specifici fattori sociali e culturali che, sulla base di principi, attitudini, valori e preferenze, incidono sulle modalità in cui il paziente possa ricevere un'assistenza qualitativamente adeguata (Betancourt et al. 2003: 295). Con queste intenzioni, è stata analizzata la letteratura accademica e le pubblicazioni di organizzazioni e fondazioni, in cui vengono evidenziate le modalità in cui barriere di tipo strutturale e culturale inficiano o ostacolano i processi di cura e di come vengono introdotte le competenze culturali per farne fronte (*Ibidem*). Ciò che è emerso, è la presenza di barriere organizzative, strutturali e cliniche, alle quali sono stati collegati eventuali possibili risultati raggiungibili applicando le competenze culturali.

È inevitabile considerare le dinamiche di organizzazione strutturale del sistema sanitario, in cui prendono forma – direttamente o indirettamente – diversi sistemi di potere e forza che ne determinano l'efficienza. La mancanza di eterogeneità nella leadership e nella forza lavoro del sistema sanitario può risultare una delle cause dell'inappropriatezza dei provvedimenti strutturali e della presa in carico (*Ivi*: 296). Al fine di organizzare il sistema di presa in carico di persone assistite con un background differente dai professionisti e dalle professioniste sanitarie – come quello migratorio – sarebbe più efficace valorizzare la presenza di quella componente con un vissuto simile. Tra le barriere organizzative rientrano la quantità di ore di lavoro e la loro distribuzione per ogni persona assistita, le difficoltà burocratiche – tra le quali rientra la legittimità al diritto alla cura in base alla documentazione del richiedente asilo – e le tempistiche necessarie per richiedere le prestazioni e successivamente usufruire del servizio (*Ibidem*). Ciò che sarebbe più auspicabile fare, mettendo in campo le competenze culturali in questo caso, consiste nel rispecchiare quanto più possibile la varietà delle persone assistite prese/i in carico (*Ibidem*).

In aggiunta a ciò, non sempre per le persone arrivate di recente in un altro paese è chiaro il funzionamento dei servizi e quali siano i diritti ad esso connessi:

«L'assenza di informazioni adeguate sul funzionamento dei servizi sanitari e dei propri diritti costituisce un primo ostacolo, soprattutto per le persone arrivate di recente. Dovendo affrontare una realtà diversa da quella conosciuta nei propri Paesi di origine, spesso in assenza di una rete sociale di supporto nei Paesi di arrivo, le persone immigrate frequentemente non sono a

conoscenza delle norme e procedure necessarie per accedere ai servizi. Inoltre, le ambiguità normative e un'azione dello stato spesso insufficiente o inadeguata per assicurare che chi lavora nei servizi conosca e applichi correttamente la normativa porta a interpretazioni arbitrarie e spesso a un accesso negato» (Bodini 2017: 51).

È inoltre da considerare che non tutte le persone che lavorano nei servizi siano al corrente delle normative, portando talvolta a interpretazioni arbitrarie che si possono tradurre in prestazioni poco adeguate o accesso al servizio negato. Ciò ha come conseguenza una progressiva svalutazione della fiducia nel sistema, che può portare a un allontanamento dal servizio stesso, per non parlare di persone burocraticamente 'non in regola', oppure che hanno avuto complicazioni in seguito a pratiche che nel paese di accoglienza sono ritenute illegali. Ciò può portare, in aggiunta alla sfiducia, la paura di un'eventuale segnalazione alle 'autorità', a discapito però dell'azione di cura in sé (*ivi*).

Sul piano amministrativo, è inoltre più complicato rispondere – per la persona migrante – alle richieste di un certo tipo di documentazione, che dipende molto spesso da tempi burocratici molto lunghi e che spesso sono concatenati allo stato sociale che la persona arrivata di recente riesce ad acquisire nel paese d'accoglienza, per non parlare della non scontata possibilità di pagare eventuali ticket per determinate prestazioni sanitarie, e per quanto riguarda nello specifico il nostro Paese, nonostante nel Testo Unico Art. 34 la legislazione italiana riconosca l'equità al diritto alla salute per gli stranieri 'regolari', questo tipo di organizzazione può risultare spesso macchinosa.

Alle difficoltà appena esposte, si aggiungono le barriere strutturali che emergono nel momento in cui la persona assistita si interfaccia con le sfide proposte dalla richiesta di cure da parte di servizi talvolta poco accoglienti. A determinare questo tipo di barriere entrano in campo la mancanza di servizi di mediazione e un'adeguata formazione a livello culturale e linguistico che si associano all'insoddisfazione della persona assistita, alla scarsa comprensione e conformità e che quindi si traducono in una inefficace qualità delle cure.

Una delle maggiori sfide è riconosciuto essere quella della comunicazione medico-paziente (Betancourt et al. 2003: 296). Affinché i processi strutturali di presa in carico nel sistema sanitario garantiscano pieno accesso a cure di qualità per tutte le persone assistite è opportuno che vengano garantiti servizi di mediazione e materiale formativo culturalmente e linguisticamente adeguato (*Ivi*: 298).

Questo tipo di barriere può essere risolto in alcuni casi anche dallo sforzo di determinate policies statali mirate proprio alla rieducazione del personale sanitario in una prospettiva più accogliente e attenta ai bisogni delle persone assistite (*Ivi*: 298). Tuttavia, come già introdotto, non si tratta soltanto di difficoltà comunicative tra medico e persona assistita, il fattore del tempo della cura, può

essere determinante per la qualità e l'efficacia delle attenzioni offerte. Sono auspicabili interventi culturalmente attenti a queste dinamiche come la raccolta di dati epidemiologici *ad hoc* in base a un'attenta mappatura dei bisogni delle persone assistite, la promozione di corsi di formazione specifici e dedicati all'attuazione di percorsi multidisciplinari.

### *1.2.3 Barriere Cliniche e Relazionali*

Le barriere cliniche hanno a che fare con la relazione tra il servizio sanitario, l'assistita e la sua famiglia. Queste possono verificarsi nel momento in cui le differenze socioculturali tra il/la persona assistita e il/la professionista non sono pienamente comprese, accettate, analizzate o capite (*Ibidem*). Come esposto nei precedenti paragrafi, le persone assistite possono avere sistemi medici differenti da quello del paese di accoglienza, così come pratiche di cura e l'attitudine nei confronti dell'attenzione medica, inclusi diversi livelli di fiducia nei/le professionisti/e sanitari/e e nel sistema sanitario.

Con l'aumentare della multiculturalità, aumenta anche il numero di persone assistite le cui prospettive sono diverse rispetto a quelle del sistema di accoglienza, e in connessione a quanto affermato, la comunicazione medico-paziente è strettamente connessa alla soddisfazione della persona assistita, all'aderenza della cura e conseguentemente, alla riuscita della cura e alla condizione di salute più in generale. Perciò da barriere linguistiche e culturali può dipendere un effetto negativo sulla comunicazione e sulla fiducia nel medico, dalla quale dipende l'insoddisfazione della persona assistita e la poca riuscita della cura, considerando non solo l'aspetto medicalizzante, ma anche le politiche di promozione e prevenzione. Inoltre, quando i/le professionisti/e non tengono in considerazione fattori sociali e culturali, si può scendere nella stereotipizzazione, dalla quale dipendono comportamenti e processi decisionali, che, nel peggiore dei casi, possono indirettamente portare ad avere atteggiamenti discriminatori ed estremamente imparziali sulle persone assistite, sulla base delle loro radici, cultura, linguaggio e stato sociale (*Ibidem*).

Introdurre le proprie competenze culturali in questo caso assicurerebbe uno sforzo nel cambiamento di attitudine da parte del/lla professionista, facendo sì che tenga conto dell'ambito relazionale in cui i processi di cura e malattia vengono espressi, comprendendo le diverse concezioni e sistemi di cura, attrezzandosi con adeguati strumenti per affrontare questi fattori in modo appropriato (*Ivi* 298).

Alla luce di ciò, sono stati creati dei percorsi 'cross-culturali' con l'obiettivo di fornire al personale in carico, gli strumenti e le conoscenze adeguate al contesto, in modo da comprendere e affrontare determinati fattori sociali e culturali nell'incontro clinico. I metodi di insegnamento forniti al

personale sanitario hanno preso un'impostazione più multiculturale in tempi più recenti. L'approccio multiculturale prevede che vengano esposti i principali processi che influiscono sulla creazione delle diverse concezioni di cura nel momento della presa in carico di persone assistite con un diverso background (*Ibidem*).

All'introduzione dello studio di particolari malattie diffuse in determinate fasce di popolazione e gruppi etnici (quella che chiameremmo etnomedicina), si aggiunge un nuovo approccio che tiene conto dei processi di comunicazione e di educazione del personale sanitario in modo da considerare l'incontro con il paziente non solo come uno scenario processuale che va dall'anamnesi alla medicalizzazione, ma come luogo di negoziazione in cui diventa cruciale l'uso dei più adatti strumenti comunicativi. Attraverso la giusta comunicazione possono essere messe in evidenza tutte quelle dinamiche che contribuiscono all'esperienza della malattia e allo stato di salute, come l'incidenza delle relazioni interpersonali, tematiche legate al genere, allontanando atteggiamenti discriminatori di ogni tipo.

Nonostante l'attenzione per le competenze culturali – di cui si parlerà più avanti – stia pian piano crescendo, i percorsi di formazione delle università prevedono ancora un'integrazione marginale di tali argomenti (*Ibidem*).

#### *1.2.4 Barriere Comunicative e Mediazione Culturale*

La comunicazione è certamente un punto centrale e critico della relazione di cura. Poter esprimere e descrivere la natura e la causa del proprio bisogno, così come comprendere le indicazioni diagnostiche e terapeutiche è sicuramente centrale al fine di una relazione di cura efficace. Se la comprensione di tale rapporto viene meno, come ricorda Sayad tra il paziente e l'istituzione medica si può stabilire:

«un rapporto ambivalente, fatto di malintesi. All'origine di questa infelice relazione, si trova il discorso che separa le esigenze comuni al corpo medico (esigenze organiciste nei riguardi di coloro i cui disturbi, al limite, dovrebbero essere attestati sperimentalmente) dalle aspettative del paziente, giudicate «aberranti», inadeguate, mal poste, nei riguardi della medicina e del potere che egli le attribuisce. Poiché non parla correttamente la «lingua» (culturale e funzionale) dell'istituzione medica, l'immigrato malato è coinvolto in un dialogo segnato da una mutua incomprensione, in quanto si aspetta dal potere medico (potere strettamente tecnico ma anche sociale, politico e addirittura magico dei medici) qualcos'altro rispetto a ciò che è oggettivamente contenuto nella logica della finalità di tale potere. Un dialogo del genere si trasforma rapidamente in violenza. Su uno sfondo conflittuale quasi istituzionalizzato, la diffidenza degli immigrati verso il verdetto medico, a loro parere sempre troppo affrettato, superficiale e di conseguenza colpevole non tanto tecnicamente quanto moralmente (non si dice: «non è un buon medico», quanto piuttosto: «è un'ingiustizia»), si oppone alla diffidenza dei medici verso tutti questi malati (quando si tratta di immigrati) che continuano a essere malati o, più esattamente, a dirsi malati, anche dopo essere stati guariti» (Sayad 2002: 246).

Per far fronte a queste incomprensioni il ricorso alla mediazione linguistico-culturale è usato come strumento privilegiato attraverso cui andare incontro ai bisogni di un'utenza straniera, culturalmente e linguisticamente differente, e ancora con le parole di Sayad:

«l'istituzione medica, «animata in primo luogo dalla preoccupazione di comprendere meglio e poi anche di agire più efficacemente, deroga dalle proprie esigenze, infrange le proprie regole ricorrendo a «prestiti»...come la pratica dell'assistenza, all'interno dei servizi ospedalieri, di alcuni «sorveglianti», connazionali del paziente, che fanno sia da interpreti sia da informatori o volgarizzatori della «cultura» d'origine degli immigrati, e in ogni caso da mediatori tra i malati di una specie (culturale) particolare e il corpo dei medici, l'autorità medica» (*Ivi*: 247).

Tali 'sorveglianti' spesso e volentieri sono fortemente limitati e schiacciati alla traduzione e all'interpretariato linguistico, con l'obiettivo primario di far capire al personale medico i bisogni delle/dei pazienti; a sua volta il personale sanitario ritradurrà quelle informazioni – che raccolgono disagi e vulnerabilità – in 'sintomi' riconducibili a una determinata causa che verranno poi ritradotti una terza volta all'utente con termini adeguati in modo tale da essere certi che il messaggio sia stato veicolato in modo corretto.

Veicolare il messaggio adeguato non si riduce così all'adozione di una lingua comune, ma a un linguaggio che rispecchi il modello di lettura della realtà della persona assistita. La fruizione dei servizi di cura dipende quindi – in maggior modo all'inizio della fase di accoglienza – dalla presenza di una figura che fa da mediatrice che si carica di una sorta di intercambiabilità di ruoli. Questo tipo di figura è ampiamente rappresentata dall'operatore di accoglienza, che quindi diventa vero e proprio facilitatore, garantendo quell'ulteriore strumento che sarebbe necessario al servizio sanitario per andare incontro ai bisogni sanitari della propria utenza.

È evidente di quanti strumenti debba essere dotato il personale sanitario affinché la relazione di cura abbia un buon esito. Le peculiarità linguistiche, culturali, le capacità comunicative – di entrambe le parti – se non adeguatamente concordate, talvolta possono limitare la co-costruzione di un processo di cura che sia comune e concorde per entrambi gli individui e, di conseguenza, per entrambi i sistemi di significato che hanno nei rispettivi bagagli culturali. Nonostante l'operatore/trice dell'accoglienza nella sua figura 'mediante' sia estremamente d'aiuto, potrebbe nascondere una mancanza da parte del servizio, degli strumenti adeguati a rispondere ai bisogni della contemporaneità, che, come si è detto, è fatta di molteplici letture della realtà, che sempre più spesso ormai interagiscono fra di loro.

Come già evidenziato le pratiche di promozione della salute si concentrano spesso sull'istanza del comportamento 'giusto' o 'sbagliato' da adottare, e non sempre tengono conto che è importante anche essere pronti e preparati a rispondere al 'comportamento sbagliato' in modo adeguato.

Sfruttare la mediazione culturale ridimensionandola spesso a una mera traduzione linguistica, sposta il focus dal fatto che il sistema sanitario nella sua totalità può rappresentare un ponte nel momento in cui il personale sanitario riesca a rispondere a tutte queste barriere, usando e mettendo in pratica le adeguate competenze culturali.

Per comprendere le frizioni comunicative negli ambulatori multilingui, è essenziale il contributo di John Gumperz (1982) sul concetto di *cross-talk*. Le incomprensioni non derivano solo da lacune lessicali, ma da diverse convenzioni contestualizzanti che portano a interpretazioni divergenti delle intenzioni comunicative. In tal senso, la ricerca di Aaron Cicourel (1992) sulla comunicazione nelle istituzioni mostra come il medico operi una continua sintesi dei dati, trasformando il racconto spesso frammentato dell'assistito in una 'storia clinica' coerente ma talvolta decontestualizzata, in cui le sfumature culturali e sociali rischiano di andare perdute.

### *1.2.5 Le Competenze Culturali: Dalla Competenza alla Consapevolezza*

Come anticipato, nel campo della medicina, è comune pensare alla conoscenza scientifica come priva di valore, e che le pratiche biomediche sono 'oltre la cultura' a causa della loro 'universalità' scientifica, senza considerare questo presupposto stesso come totalmente culturale (Napier et al. 2014: 1630). Soprattutto con il flusso migratorio che continua a caratterizzare la nostra contemporaneità, il sistema sanitario diventa terreno di accoglienza per persone assistite che, alla luce delle premesse esposte nel primo sottoparagrafo, portano con sé il proprio bagaglio culturale, di cui fanno parte diversi sistemi di cura e concezione della malattia. Un elemento che diventa imprescindibile quindi, per far sì che il sistema sanitario stesso sia un tassello funzionante delle maglie dell'accoglienza, è quello delle competenze culturali. Con questo termine si fa riferimento all' «awareness of the cultural factors that influence another's views and attitudes, and an assimilation of that awareness into professional practice» (Ivi: 1608).

Quando si pensa alla salute in termini culturali, l'elemento delle competenze culturali è cruciale: le competenze culturali aiutano a comprendere che le convinzioni e i comportamenti delle persone assistite sulla salute sono influenzati da fattori sociali e culturali (Betancourt et al. 2003: 297). Ciò diventa rilevante soprattutto quando si manifestano alcuni conflitti nella comunicazione medica, che rappresentano la ragione principale dell'inefficienza terapeutica.

Tenendo conto che l'incontro clinico è caratterizzato da molti fattori socioculturali, in un mondo multiculturale l'operatore sanitario può essere visto come un lavoratore 'cross-culturale', che deve avere le giuste conoscenze, strumenti e competenze per gestire al meglio il suo dovere di fornitore di cure. Le competenze culturali sono fondamentali per comprendere le percezioni di benessere: ammettere che il comportamento umano è influenzato da una precisa cultura anche in campo

medico significa guardare criticamente alle pratiche come naturalmente soggettive, intrinseche nella natura dell'essere umano (Napier et al. 2014: 1610). Introdurre le competenze culturali, quindi, significa presumere che l'attenzione sia posta sui modelli esplicativi e sulle percezioni di salute e malattia sia della persona assistita che dell'operatore/trice della salute. Al fine di massimizzare la resa delle prese in carico, la comprensione dei fattori culturali che influenzano i «treatment-seeking behaviours and treatment adherence» diventa cruciale dato il loro condizionamento (*Ivi*: 1615).

Tenendo quindi in considerazione le precedenti osservazioni, si può affermare che un sistema sanitario 'culturalmente competente' rispecchi e incorpori determinati assunti:

«a «culturally competent» health care system has been defined as one that acknowledges and incorporates – at all levels – the importance of culture, assessment of cross-cultural relations, vigilance toward the dynamics that result from cultural differences, expansion of cultural knowledge, and adaptation of services to meet culturally unique needs. A culturally competent system is also built on an awareness of the integration and interaction of health beliefs and behaviours, Disease prevalence and incidence, and treatment outcomes for different patient populations» (Betancourt et al. 2003: 294).

È da ribadire la necessità di essere consapevoli di quanto il contesto sociale sia determinante. Talvolta, il riduzionismo e lo scientismo tipico della biomedicina porta i professionisti e le professioniste della salute a ritenere che la propria realtà sia universale e universalmente accettata, lasciando che il particolare modo di interpretare la malattia della persona assistita passi in secondo piano, o non sia considerato in alcun modo. Al contrario, le concezioni di salute e malattia necessitano di essere analizzate sulla base della soggettività delle persone assistite e sulla modalità in cui la conoscenza e l'esperienza che ne fanno sia culturalmente negoziata nell'agire clinico (*Ivi*: 1629). I fallimenti delle disposizioni sanitarie sono amplificati dal presupposto culturale che le pratiche biomediche – essendo scientifiche e basate sull'evidenza – siano prive di valore, che la cultura sia qualcosa che gli scienziati stessi non hanno e che ostacoli la scienza (Napier et al. 2014: 1633).

Non aprirsi alla comprensione dei modelli esplicativi della persona assistita, potrebbe generare degli atteggiamenti di «non compliance» – definita come la mancata adesione da parte dei pazienti alle terapie indicate dai medici (Donovan e Blake 1992: 507).

Ancora una volta, usando le parole di Sayad:

«ciò che bisogna chiarire è la genesi stessa della relazione – a volte corrispondente, a volte totalmente divergente – tra le strutture oggettive (dell'economia o della medicina) e le abitudini, prodotte in parte da queste strutture ma necessarie al loro funzionamento. Qui come altrove (cioè nell'economia), non è per caso che la questione in qualche modo sorga da sé, nella realtà, sotto forma di una discordanza permanente tra le disposizioni dei soggetti e il mondo entro cui si muovono e agiscono...l'astrazione oggettivistica su cui concordano spesso gli economisti si

ritrova anche tra i medici, che sembrano ignorare anch'essi il fatto che il soggetto degli atti medici, proprio come il soggetto degli atti economici, sia un uomo concreto, reale, proprio quello con cui nella pratica ha a che fare l'economia (o la medicina), e non un qualche uomo astratto, come quello che viene postulato dalla teoria economica (o medica)» (Sayad 2002: 251).

È stato evidenziato come il dialogo tra l'istituzione medica e la propria utenza sia carico di condizioni implicite che agiscono secondo i propri modelli di 'razionalità' e che quindi quando essi non combaciano, si può cogliere una distorsione, risolvibile più facilmente se entrambe le parti condividono il 'senso' di una «rivendicazione legittima» della propria condizione.

Più precisamente, se gli eventuali conflitti interpretativi tra medico e persona assistita rimangono silenti, il rischio che si corre è quello di far indirettamente allontanare la persona assistita dalla cura prevista, condizionati dalle loro riletture delle informazioni mediche. Queste eventuali situazioni potrebbero essere evitate con un'adeguata operazione di mediazione tra medico e persona assistita attraverso processi di formazione più attenti alle competenze culturali e sistemi di consulenza e supporto attenti alla negoziazione tra modelli esplicativi.

### *1.3 Verso un Approccio Decoloniale alla Salute*

Le riflessioni fin qui sviluppate sulla costruzione sociale della salute, del corpo e sulle dinamiche di potere che attraversano i sistemi medici, aprono necessariamente a una questione più profonda: quella della colonialità del sapere biomedico e della necessità di un approccio decoloniale alla pratica sanitaria. Come sottolineato da diversi studiosi di antropologia medica critica, l'approccio critico dell'antropologia medica coinvolge un esame di come le strutture di potere impattano la salute e i sistemi sanitari, nonché una valutazione del ruolo del potere e dell'accesso diseguale nella creazione e applicazione delle politiche (Farmer 2003: 40).

Il concetto di colonialità, elaborato dal sociologo peruviano Aníbal Quijano, permette di comprendere come le relazioni di dominio coloniale non si siano esaurite con la fine del colonialismo politico, ma continuino a operare attraverso dispositivi epistemologici, culturali e simbolici. Nel campo della salute, questa colonialità si manifesta attraverso quella che potremmo definire come una naturalizzazione della superiorità biomedica, che relega altri sistemi medici al rango di 'credenze', 'superstizioni' o, nel migliore dei casi, 'medicine tradizionali' da studiare nella loro efficacia secondo parametri biomedici. In questa prospettiva, la questione non riguarda soltanto quale sapere venga riconosciuto come legittimo, ma quali condizioni rendano possibile che alcuni saperi circolino come verità, mentre altri vengano esclusi, svalutati o ricodificati. Riprendendo la lezione foucaultiana sull'"ordine del discorso", il discorso non appare come uno spazio neutro di espressione, ma come un campo regolato da procedure che selezionano, autorizzano e

gerarchizzano ciò che può essere detto, da chi, con quale statuto e con quali effetti di verità. In ambito sanitario, queste procedure contribuiscono a definire quali narrazioni di malattia siano considerabili pertinenti e quali invece vengano trattate come rumore, eccesso o deviazione rispetto al registro biomedico dominante (Foucault 1972).

Come evidenziato dagli studi di antropologia medica, la storia della medicina coloniale mostra che «the sites of imperial occupation often served as laboratories for medical strategies later taken up by the colonizers» (Greene et al. 2013: 42). La salute era infatti una preoccupazione centrale per i progetti imperiali europei fin dalle prime spedizioni marittime verso il Nuovo Mondo, l’Africa e l’Asia, in parte a causa della mortalità devastante associata al cosiddetto Scambio Colombiano (*Ivi*: 64). Le differenze nella suscettibilità alle malattie epidemiche tra colonizzatori e colonizzati alternativamente aiutarono e minacciarono i piani di espansione imperiale, e le ideologie razziali furono utilizzate per giustificare l’impero (*Ibidem*).

Il razzismo strutturale rappresenta uno dei dispositivi centrali attraverso cui la colonialità si perpetua nei sistemi sanitari contemporanei. Le disparità razziali nella salute non sono riducibili a differenze individuali o culturali, ma riflettono sistemi organizzati di disuguaglianza che operano a livello istituzionale. La costruzione del corpo come terreno politico, già problematizzata da Foucault in modo radicale, mostra come:

«la sfera politica, economica, sociale e culturale che caratterizzano l’era neoliberista influenza i nostri corpi mostrando come sono radicati nella varietà delle dimensioni del potere. Le soggettività possono essere considerate sia il prodotto che le forze motrici di un sistema egemonico in cui oppresso e oppressore vivono secondo gli stessi meccanismi latenti» (*Ibidem*).

Nel contesto delle migrazioni, queste dinamiche assumono particolare rilevanza. Le persone migranti, come evidenziato nel paragrafo precedente, si trovano spesso a navigare sistemi sanitari che non solo non riconoscono i loro saperi e pratiche di cura, ma che possono anche riprodurre forme di discriminazione e marginalizzazione. Il personale sanitario può «involontariamente riprodurre gerarchie ed esclusioni se gli aspetti culturali e linguistici non vengono riconosciuti. L’atteggiamento ‘involontario’ è in questo senso inteso come il prodotto di quelle strutture strutturate, l’habitus (Bourdieu 1972: 64), collegato a uno specifico contesto sociale che è il prodotto e il produttore allo stesso tempo di una certa struttura, e di un certo sistema, operando come principi ‘latenti’ che guidano le scelte soggettive.

Un approccio decoloniale alla salute implica necessariamente il riconoscimento e la valorizzazione di epistemologie alternative che possano dialogare con, piuttosto che essere subordinate alla biomedicina. Come suggerito dall’antropologia medica critica, è necessario sviluppare approcci

culturali critici che possano fornire una comprensione più completa di come i processi politico-economici su larga scala vengano sistematicamente incorporati, senza tuttavia ridurre la salute e la malattia a meri termini e meccanismi biologici.

Questo significa riconoscere che esistono molteplici modi di intendere e praticare la salute, ognuno dei quali porta con sé una propria legittimità epistemologica. Il concetto kleinmaniano dei modelli esplicativi acquista qui una nuova rilevanza: non si tratta semplicemente di ‘tradurre’ altri saperi medici nei termini della biomedicina, ma di creare spazi di dialogo e negoziazione in cui diverse forme di conoscenza possano coesistere e arricchirsi reciprocamente.

Un approccio decoloniale alla salute non si limita a questioni teoriche, ma ha implicazioni concrete per la pratica sanitaria quotidiana. In primo luogo, richiede una riflessione critica sui determinanti sociali della salute che vada oltre una semplice catalogazione di ‘fattori di rischio’ per interrogarsi sui processi storici e politici che hanno prodotto e continuano a riprodurre le disuguaglianze sanitarie.

L’antropologia medica ha iniziato a sviluppare un importante corpus di studi su come le forze politiche ed economiche sia globali che societarie siano presenti nelle condizioni di salute locali e nelle istituzioni mediche studiate dagli etnografi (Waitzkin 1981: 77). Questi studi rappresentano uno sforzo per comprendere le questioni sanitarie alla luce delle forze politiche ed economiche più ampie che modellano le relazioni interpersonali, plasmano il comportamento sociale, generano significati sociali e condizionano l’esperienza collettiva (*Ibidem*).

In secondo luogo, un approccio decoloniale richiede una trasformazione delle pratiche di formazione del personale sanitario, che devono includere non solo competenze culturali, intese in senso riduttivo, ma una comprensione critica dei rapporti di potere che attraversano gli incontri clinici. Questo significa sviluppare quella che potremmo chiamare una ‘consapevolezza decoloniale’ che permetta ai professionisti sanitari di riconoscere e interrogare i propri pregiudizi e assunzioni, nonché di creare spazi di dialogo genuino con le persone assistite.

La sfida di un approccio decoloniale alla salute è, in ultima analisi, epistemica. Si tratta di immaginare e costruire forme di conoscenza e pratica medica che possano integrare diversi saperi senza gerarchizzarli, che possano riconoscere la complessità dell’esperienza umana della malattia e della salute senza ridurla a parametri standardizzati, e che possano contribuire a processi di giustizia sociale piuttosto che riprodurre disuguaglianze esistenti.

Questo processo richiede lo sviluppo di una formazione focalizzata – attraverso programmi di laurea esistenti o nuovi in antropologia medica – nella teoria critica, nei metodi di ricerca, nell’etica e nelle applicazioni che aiutino a promuovere un’antropologia medica di e contro le forme di

violenza strutturale che caratterizzano molti sistemi sanitari contemporanei. È necessario riconoscere che la salute è centrale per il benessere umano ed è interconnessa con la maggior parte degli altri aspetti della cultura e delle arene della vita sociale (Turner, Bruner 1986: 352).

La prospettiva decoloniale non implica un rifiuto tout court della biomedicina, ma piuttosto una sua ricontestualizzazione all'interno di un panorama più ampio di saperi e pratiche di cura. Si tratta di creare quelle che Arthur Kleinman chiamava zone di contatto terapeutiche, spazi in cui diversi sistemi medici possono incontrarsi e dialogare in condizioni di parità, contribuendo così a processi di cura più comprensivi ed efficaci.

Come ricorda Sayad, ancora una volta, nel contesto migratorio «il corpo che si fa parola» (Sayad 2002: 280) diventa strumento di un linguaggio che spesso e volentieri si sostituisce a quello parlato, portando con sé non solo il significato dell'agire culturalmente determinato dalla propria appartenenza, ma anche l'esperienza di una trasformazione epistemica necessaria per navigare tra mondi di significato diversi.

In questo senso, l'approccio decoloniale alla salute si configura non solo come una critica all'esistente, ma come un progetto costruttivo di trasformazione delle pratiche sanitarie in direzione di una maggiore giustizia epistemica e sociale.

### *1.3.1 Teorie Decoloniali: Colonialità del Sapere e Corpo Razzializzato*

Il pensiero decoloniale offre una lente critica fondamentale per comprendere come le strutture di potere coloniali continuino a operare nei sistemi sanitari contemporanei, perpetuando forme di dominio epistemico e corporeo che vanno ben oltre la fine formale del colonialismo. Come evidenziato da Quijano, la colonialità rappresenta un pattern di potere che emerge con il colonialismo moderno, ma che si estende ben oltre i limiti delle amministrazioni coloniali, operando attraverso quello che definisce come «matrice coloniale del potere» (Quijano 2000).

La colonialità del sapere, concetto centrale nell'analisi di Quijano, si manifesta nell'imposizione di un sistema epistemico specifico – quello occidentale/europeo – come unico modello valido di conoscenza, relegando altri sistemi di sapere alla categoria di credenze, folklore o conoscenze primitive. Nel campo della salute, questa dinamica si traduce nell'egemonia del modello biomedico occidentale che, come sottolinea Quijano, non solo domina attraverso la sua presunta scientificità, ma attivamente delegittima e marginalizza altri sistemi medici e concezioni del corpo, della salute e della malattia.

La biomedicina, in questa prospettiva decoloniale, non rappresenta semplicemente un sistema medico più efficace, ma costituisce un dispositivo di potere che opera attraverso quella che Quijano

definisce come colonialità dell'essere e colonialità del sapere. La colonialità dell'essere si riferisce alla dimensione ontologica del pattern coloniale di potere, ovvero al modo in cui l'esistenza sociale e l'esperienza vissuta di certi gruppi sono negate o inferiorizzate. Nel contesto sanitario, questo si manifesta nella negazione della validità dell'esperienza corporea e delle concezioni di salute delle persone assistite migranti, le cui narrazioni di malattia vengono sistematicamente tradotte e ridotte alle categorie biomediche dominanti.

L'opera di Frantz Fanon fornisce un contributo cruciale per comprendere la dimensione psicologica e corporea della colonialità nel contesto sanitario. In *Pelle nera, maschere bianche*, Fanon analizza come il razzismo coloniale non operi solo attraverso l'esclusione politica o economica, ma si inscriba profondamente nel corpo e nella psiche dei soggetti razzializzati (Fanon 1952). La sua analisi dell'esperienza vissuta del corpo nero in contesti dominati dalla bianchezza offre strumenti teorici fondamentali per comprendere come le persone assistite migranti e razzializzate sperimentino l'incontro con le istituzioni sanitarie occidentali.

Fanon evidenzia come il corpo razzializzato sia costantemente oggetto di uno sguardo che lo definisce, lo categorizza e lo patologizza. Nel contesto sanitario contemporaneo, questa dinamica si riproduce attraverso processi di razzializzazione della malattia, dove certi sintomi, comportamenti o concezioni della salute vengono automaticamente associati all'origine culturale della persona assistita piuttosto che essere considerati nella loro specificità individuale. Come sottolinea Fanon, il soggetto razzializzato si trova in una condizione di sovradeterminazione esterna dove la sua soggettività viene costantemente negata a favore di stereotipi razziali e culturali.

La nozione fanoniana di zona dell'essere e zona del non-essere è particolarmente rilevante per comprendere le dinamiche sanitarie. La zona dell'essere è quella in cui si situa il soggetto coloniale, caratterizzata dal pieno riconoscimento dell'umanità e della soggettività. La zona del non-essere, invece, è quella in cui vengono relegati i soggetti colonizzati, caratterizzata dalla negazione sistematica dell'umanità e della capacità di produrre conoscenza valida. Nel contesto sanitario, le persone assistite migranti si trovano spesso nella zona del non-essere, dove le loro concezioni di salute, le loro narrazioni di malattia e le loro pratiche di cura vengono sistematicamente invalidate o patologizzate.

Walter Mignolo sviluppa ulteriormente questa analisi attraverso il concetto di opzione decoloniale, che rappresenta la possibilità di *delinking*, ovvero di scollegamento dalle logiche della colonialità (Mignolo 2011). L'opzione decoloniale nel campo sanitario non implica semplicemente il rifiuto della medicina occidentale, ma la creazione di spazi epistemici plurali dove diversi sistemi di conoscenza possano coesistere e dialogare senza che uno domini sugli altri. Come sottolinea

Mignolo, la decolonialità non è un nuovo universalismo, ma un pluriversalismo che riconosce la legittimità di diverse forme di conoscenza e di esistenza.

Nel contesto italiano, le analisi decoloniali assumono particolare rilevanza se considerate in relazione all'esperienza migratoria contemporanea. Come evidenziato da Sayad, la condizione migrante è caratterizzata da una «doppia assenza» che riflette dinamiche profondamente coloniali (Sayad 2002). Il migrante è assente nel paese di origine e assente come soggetto pieno nel paese di arrivo, occupando una posizione liminale che riecheggia la zona del non-essere fanoniana. Questa condizione si riflette chiaramente nell'accesso alle cure sanitarie, dove il migrante viene spesso trattato non come soggetto portatore di una propria epistemologia della salute, ma come problema da gestire o oggetto di interventi sanitari paternalistici.

La prospettiva decoloniale rivela come la medicina occidentale operi attraverso quello che Castro-Gómez definisce come «hybris del punto zero», ovvero la pretesa di osservare il mondo da una posizione neutrale e universale (Castro-Gómez 2005). Questa hybris si manifesta nella convinzione che la biomedicina rappresenti un sapere oggettivo e universalmente valido, negando la sua natura culturalmente specifica e storicamente situata. Come evidenziato dalle analisi decoloniali, la biomedicina è profondamente radicata in concezioni occidentali del corpo, della persona e della relazione con la natura che non sono universali ma rappresentano una specifica visione del mondo.

L'applicazione delle teorie decoloniali al campo sanitario implica il riconoscimento che la salute e la malattia non sono semplicemente fenomeni biologici, ma sono sempre culturalmente costruite e politicamente mediate. Come sottolinea Lugones, la colonialità opera attraverso l'imposizione di un sistema di classificazione sociale che include non solo la razza ma anche il genere, la classe e altri marcatori di differenza (Lugones 2008). Nel contesto sanitario, questo si traduce in forme intersezionali di oppressione dove le donne migranti, ad esempio, subiscono forme specifiche di violenza epistemica che combinano razzismo, sessismo e classismo.

La critica decoloniale al sistema sanitario non si limita a denunciare le disuguaglianze nell'accesso alle cure, ma questiona più radicalmente i fondamenti epistemologici della medicina occidentale e la sua pretesa di monopolio sulla definizione di salute e malattia. Come evidenziato da Dussel, la modernità occidentale si è costruita attraverso la negazione e l'occultamento dell'Altro, e questa dinamica continua a operare nelle istituzioni sanitarie contemporanee (Dussel 1995). La decolonizzazione della salute implica quindi non solo l'inclusione di diversi gruppi nell'accesso alle cure, ma la trasformazione epistemologica del sistema sanitario stesso verso forme più plurali e dialogiche di produzione di conoscenza sulla salute.

### 1.3.2 *Corpo, Potere e Medicina Coloniale*

L'analisi delle connessioni tra medicina, colonialismo e costruzione razziale del corpo rivela dimensioni cruciali per comprendere le dinamiche contemporanee della salute globale e delle disuguaglianze sanitarie. Come evidenziato da Anderson, lo sviluppo della medicina tropicale all'inizio del XX Secolo non può essere separato dal progetto imperiale e dalle sue logiche di dominio razziale (Anderson 1996: 94). La medicina tropicale emerge non come risposta neutrale ai problemi sanitari delle colonie, ma come tecnologia specifica di governo coloniale che opera attraverso la costruzione di corpi razzializzati e spazi patologizzati.

Anderson mostra come l'immunità diventi una categoria centrale per articolare differenze razziali naturalizzate. Gli europei vengono costruiti come corpi vulnerabili che richiedono protezione speciale dai miasmi tropicali, mentre i corpi nativi vengono concettualizzati come naturalmente adattati ma potenzialmente pericolosi come reservoir di patogeni. Questa logica dell'immunità differenziale giustifica simultaneamente la segregazione razziale e l'intervento medico come forme di protezione della salute pubblica.

La medicina coloniale opera attraverso quello che Greene, Basilico, Kim e Farmer definiscono come un «dispositivo di intervento civilizzatore» che legittima il dominio coloniale attraverso il linguaggio della salute pubblica (Greene et al. 2013: 33). Gli interventi sanitari coloniali non sono semplicemente tentativi di migliorare le condizioni di salute delle popolazioni locali, ma tecnologie di *governance* che riorganizzano spazi, corpi e popolazioni secondo logiche coloniali di controllo e sfruttamento.

Questo approccio coloniale alla medicina lascia eredità durature che continuano a operare nei sistemi sanitari postcoloniali. Come sottolineano gli autori, molte delle istituzioni, pratiche e concezioni che caratterizzano la salute globale contemporanea sono radicate nelle logiche e nelle pratiche della medicina coloniale. La verticalità degli interventi, la focalizzazione su malattie specifiche piuttosto che su sistemi sanitari complessivi, la concezione delle popolazioni del Sud del mondo come beneficiarie passive di interventi decisi altrove, riflettono continuità con l'approccio coloniale.

Michela Fusaschi contribuisce a questa analisi attraverso la sua critica antropologica della naturalizzazione del corpo e dei processi di incorporazione (Fusaschi 2018). Fusaschi mostra come il corpo non sia mai un dato naturale ma sia sempre il prodotto di processi sociali, culturali e politici di costruzione. La frase «corpo non si nasce, si diventa» parafrasa e radicalizza la famosa affermazione di Simone de Beauvoir, estendendo l'analisi costruzionista dal genere al corpo nel suo insieme.

L'analisi di Fusaschi è particolarmente rilevante per comprendere come i processi di razzializzazione operino attraverso l'*embodiment*. I corpi razzializzati non sono semplicemente corpi con caratteristiche fisiche diverse, ma corpi costruiti come diversi attraverso processi sociali che attribuiscono significati differenziali a caratteristiche corporee. Questi processi di razzializzazione corporea hanno effetti materiali sulla salute, influenzando l'accesso alle cure, la qualità del trattamento ricevuto, e la stessa esperienza incorporata della malattia.

Christine Détrez sviluppa ulteriormente questa prospettiva attraverso la sua analisi della «costruzione sociale del corpo» (Détrez 2002). Détrez mostra come ogni aspetto dell'esperienza corporea – dalla percezione del dolore alle pratiche di igiene, dalle concezioni della fertilità alle modalità di cura – sia culturalmente mediato e socialmente costruito. Il corpo naturale è già sempre un corpo culturale, inscritto in significati sociali e strutturati da relazioni di potere.

Nel contesto delle migrazioni sanitarie, questa prospettiva costruzionista è cruciale per comprendere come le differenze culturali nella concezione del corpo e della salute riflettano diverse modalità di costruzione sociale dell'*embodiment* piuttosto che caratteristiche naturali o essenziali di diversi gruppi culturali. Le pratiche di cura dei migranti non sono espressioni di tradizioni immutabili ma modi specifici di costruire socialmente l'esperienza corporea.

Warwick Anderson evidenzia come la medicina tropicale sviluppi tecnologie specifiche per gestire i corpi 'out of place' – europei nei tropici, nativi negli spazi urbani coloniali (Anderson 1996: 106). Questa gestione dei corpi 'fuori luogo' opera attraverso architetture sanitarie specifiche – ospedali segregati, quartieri sanitari, cordoni sanitari – che materializzano gerarchie razziali attraverso l'organizzazione spaziale della salute pubblica.

L'analisi di Anderson rivela come lo spazio e il corpo siano co-costitutivi nelle pratiche di medicina coloniale. I corpi vengono categorizzati e gestiti attraverso la loro collocazione spaziale, mentre gli spazi vengono organizzati secondo concezioni razzializzate dei corpi che li abitano. Questa logica spazio-corporea della medicina coloniale continua a operare in forme modificate nei contesti urbani contemporanei, dove la salute dei migranti viene spesso gestita attraverso dispositivi di segregazione spaziale e categorizzazione corporea.

La prospettiva postcoloniale sulla medicina rivela come molte delle pratiche che consideriamo normali nella biomedicina contemporanea siano radicate in logiche coloniali di dominio e controllo. La rappresentazione della persona assistita come corpo passivo da curare, la concezione del medico come autorità epistemica esclusiva, la riduzione dell'esperienza di malattia alle sue manifestazioni oggettivabili, riflettono modalità di relazione emerse nei contesti coloniali e che continuano a strutturare le interazioni mediche contemporanee. Nel contesto italiano, l'analisi postcoloniale della

medicina è particolarmente rilevante per comprendere come l'esperienza coloniale italiana – spesso minimizzata o rimossa dalla memoria collettiva – continui a strutturare le relazioni con i migranti contemporanei in particolare quelli provenienti dalle ex colonie italiane in Africa. Come evidenziato da Bodini, molte delle barriere nell'accesso alle cure per i migranti in Italia riflettono logiche di esclusione e marginalizzazione che hanno radici storiche profonde (Bodini 2017: 45).

Rinaldi e Marceca sviluppano questa analisi mostrando come un approccio antropologico alla salute e migrazione debba necessariamente includere una critica delle eredità coloniali che continuano a strutturare i sistemi sanitari europei (Rinaldi, Marceca 2017: 7). Gli autori evidenziano come molte delle difficoltà che i migranti affrontano nell'accesso alle cure non siano semplicemente problemi di comunicazione interculturale ma riflettano strutture più profonde di esclusione e marginalizzazione. La medicina coloniale ha inoltre prodotto forme specifiche di conoscenza medica che continuano a influenzare la pratica medica contemporanea. Come mostrato da Anderson, la costruzione di categorie nosologiche specifiche per i 'tropici' (malattie tropicali, medicina tropicale, patologie endemiche) non riflette semplicemente differenze epidemiologiche oggettive ma costruisce attivamente geografie mediche gerarchiche che associano certi spazi e popolazioni a specifici regimi patologici (Anderson 1996: 115).

Questa costruzione di geografie mediche razzializzate ha effetti duraturi sulla percezione contemporanea della salute dei migranti. I corpi migranti vengono spesso automaticamente associati a specifici rischi sanitari – tubercolosi, malattie infettive, patologie 'esotiche' – che riflettono più l'eredità delle categorie coloniali che reali profili epidemiologici. Questo processo di 'tropicalizzazione' della salute migrante costruisce i migranti come potenziali portatori di patogeni piuttosto che come soggetti che necessitano di cure. L'*embodiment* coloniale opera anche attraverso la costruzione di specifiche forme di soggettività medica che persistono nei contesti postcoloniali. La persona assistita viene costruito come soggetto passivo, incapace di autodiagnosi accurata, necessitante di interventi esterni per la propria salvezza. Questa costruzione della soggettività medica coloniale si riproduce nelle interazioni contemporanee tra personale sanitario occidentale e persone assistite migranti, dove la competenza medica viene sistematicamente localizzata nella competenza professionale mentre la conoscenza esperienziale della persona assistita viene delegittimata.

La critica postcoloniale alla medicina evidenzia inoltre come i concetti di 'sviluppo' e 'progresso' medico siano profondamente radicate in logiche evolutive che posizionano la medicina occidentale come apice di un processo di sviluppo lineare. Questa narrativa evolutiva occulta la

contemporaneità e la sofisticazione di altri sistemi medici, costruendoli come ‘tradizionali o ‘primitive’ e quindi superati dalla modernità biomedica.

Nel contesto delle migrazioni sanitarie, questa logica evolutiva si manifesta nella tendenza a interpretare le pratiche di cura dei migranti come ‘residui tradizionali’ destinati a essere superati attraverso l’educazione sanitaria e l’acculturazione biomedica. Questa interpretazione nega la possibilità che i migranti possano mantenere e sviluppare pratiche di cura alternative non per ignoranza ma per scelta informata o per necessità strutturale.

Questo approccio non implica un relativismo epistemologico, ma la creazione di spazi di ‘ecologia dei saperi’ in cui le diverse tradizioni mediche possano coesistere e arricchirsi reciprocamente, senza il predominio di una sulle altre.

L’analisi del corpo politico rivela come le disuguaglianze sanitarie contemporanee siano inscritte nei corpi attraverso processi di incarnazione che riflettono posizioni strutturali nella società. I corpi dei migranti portano letteralmente inscritte le conseguenze della violenza strutturale – malnutrizione, stress, traumi, malattie legate alla povertà – che riflettono le condizioni sociali e politiche della loro esistenza piuttosto che le caratteristiche individuali o culturali.

Comprendere il corpo come simultaneamente biologico e sociale, individuale e collettivo, richiede approcci analitici in grado di cogliere questa complessità senza ridurre l’esperienza corporea a uno solo dei suoi aspetti. L’antropologia medica critica propone quadri integrati che riconoscono come la biologia e la società siano co-constitutive piuttosto che domini separati, e come l’esperienza della malattia sia sempre contemporaneamente incarnata e sociale. Il corpo dell’assistito migrante non può essere considerato un’entità biologica universale. Seguendo la prospettiva di Margaret Lock (1993), è necessario parlare di biologie locali: la realtà biologica è sempre mediata dalla cultura e dal contesto socio-politico. In contesti di vulnerabilità, la patologia (come il diabete o l’ipertensione) si intreccia con le traiettorie migratorie, lo stress da accoglienza e le abitudini alimentari modificate, producendo vissuti corporei unici che sfidano la standardizzazione dei protocolli biomedici.

Nel contesto della migrazione sanitaria, questo approccio integrato è fondamentale per sviluppare interventi che affrontino, sia i bisogni sanitari immediati delle popolazioni migranti, sia le condizioni strutturali che producono disuguaglianze sanitarie. La decolonizzazione della medicina richiede non solo cambiamenti nelle pratiche cliniche ma trasformazioni più ampie nelle strutture sociali, economiche e politiche che determinano chi si ammala, di cosa, e chi ha accesso alle cure.

#### *1.4 Il Linguaggio della Medicina: Costruzione Discorsiva della Realtà Clinica*

Come evidenziato da Byron Good, il linguaggio della medicina clinica si caratterizza per essere un linguaggio squisitamente tecnico delle scienze della vita, profondamente radicato in una concezione naturalistica della relazione tra linguaggio, biologia ed esperienza (Good 2006: 13). Questa concezione, tuttavia, nasconde la natura profondamente costruttiva del discorso medico, che non si limita a descrivere una realtà oggettiva preesistente, ma contribuisce attivamente alla sua costruzione sociale e culturale. In linea con questa impostazione, il discorso clinico può essere inteso come una pratica istituzionale che produce effetti di verità, operando entro un ordine del dicibile e del legittimo che non è mai puramente tecnico o naturale (Foucault 1972).

Nel processo clinico, i sintomi delle persone assistite vengono progressivamente trasformati attraverso quello che Good definisce come un processo di decodificazione, nel quale il compito interpretativo del medico consiste nel tradurre le espressioni simboliche della persona assistita nei termini dei rispettivi referenti somatici soggiacenti (Good 2006: 14). Questo processo di traduzione non è neutrale, ma implica una trasformazione fondamentale dell'esperienza soggettiva del disagio in categorie biomediche predefinite. L'esperienza del disagio, comunicata nel linguaggio della cultura, viene interpretata alla luce di una fisiologia alterata e conduce inevitabilmente a una diagnosi medica.

Il paradigma interpretativo in antropologia medica ha assunto una posizione fortemente interazionista, secondo cui la biologia, le pratiche sociali e il significato interagiscono nell'organizzazione della malattia come oggetto sociale ed esperienza vissuta (Good 2006: 84). Ogni evento di malattia richiama molteplici contesti e interpretazioni, ognuno dei quali offre una specifica visione del mondo. Le interpretazioni della natura di una malattia implicano sempre la storia del discorso che ne forma l'interpretazione e il loro contesto è sempre quello delle relazioni di potere locali.

La ricerca antropologica ha sviluppato strumenti analitici per comprendere come il significato si costruisca nel discorso medico attraverso reti semantiche che permettono di correlare domini di significato associati a simboli centrali e sintomi nel linguaggio medico (Good 2006: 86). Queste reti rappresentano associazioni profondamente culturali che appaiono ai membri di una società come parte della natura o come costanti del mondo sociale, configurandosi spesso come parte di strutture egemoniche. Tali domini riflettono e provocano forme di esperienza e relazione sociale, facendo della malattia una vera e propria sindrome di significati e di esperienze.

Un aspetto cruciale emerge dall'analisi dei casi clinici: i sintomi acquistano significato non solo in relazione alla loro origine fisiologica, ma in rapporto a un campo più ampio di simboli che

emergono nella conversazione medica. Come dimostra Good attraverso il caso dell'emorragia rettale (Good 2006: 150), il significato dei sintomi non deriva da una corrispondenza diretta con stati fisiologici, ma emerge da un complesso sistema di relazioni semiotiche. Seguendo l'intuizione strutturalista di Lévi-Strauss, il significato si forma attraverso la distinzione e la divisione di domini empirici o concettuali, ponendo in opposizione significati che appartengono a sistemi più ampi (Good 2006: 150).

L'analisi del discorso medico rivela come l'unità narrativa non derivi dalla spiegazione razionale della causa o dalla struttura narrativa della storia di vita della persona assistita, ma da complessi sistemi di relazioni semiotiche presenti nel discorso (Good 2006: 152). Questo aspetto sottolinea la natura culturalmente specifica della costruzione del significato in ambito sanitario, dove la struttura formativa del discorso diventa l'oggetto stesso dell'esperienza medica della persona assistita.

La ricerca ha dimostrato che i linguaggi del dolore culturali organizzano l'esperienza della malattia e il comportamento in modi significativamente differenti in ogni società, suggerendo che la cultura può fornire vie etnocomportamentali finali comuni specifiche per ogni contesto (Good 2006: 84). Inoltre, è stato studiato il ruolo delle pratiche terapeutiche nella costruzione clinica della realtà, mostrando come le pratiche retoriche associate alle attività terapeutiche abbiano effetti significativi sui processi di guarigione (Good 2006: 85).

Un elemento fondamentale che emerge dall'analisi è la tensione tra quella che Mishler (1984) definisce la «voice of medicine» e la «voice of lifeworld». Come sottolineano Orletti e Iovino, si manifesta uno iato caratteristico dell'interazione medico-paziente tra la visione biomedica espressa dalla *voice of medicine* e il vissuto soggettivo della persona assistita con le sue concezioni popolari del corpo e della malattia (Orletti, Iovino 2018: 12). Questa separazione ha conseguenze concrete sulla qualità della cura, poiché le barriere linguistiche possono essere alla base di errori diagnostici e trattamenti terapeutici inappropriati (Orletti, Iovino 2018: 13).

L'approccio interpretativo non si focalizza solo sulla rappresentazione, ma indaga come il significato e le pratiche interpretative interagiscano con i processi sociali, psicologici e fisiologici per produrre forme distintive di malattie e traiettorie della malattia (Good 2006: 85). Questo aspetto sottolinea la natura dinamica e processuale della costruzione del significato in ambito sanitario, dove l'uso del linguaggio per organizzare la realtà diventa strumento centrale per dare forma all'esperienza della malattia.

Come evidenzia criticamente Good, le istituzioni della medicina moderna sono spesso plasmate per ricostruire il mondo della vita con scarsa perizia, e le irrazionalità della medicina come istituzione politica e sociale contribuiscono spesso alla distruzione del mondo quotidiano del sofferente (Good

2006: 195). Questa osservazione sottolinea la necessità di sviluppare approcci più sensibili alla dimensione culturale e sociale dell'esperienza di malattia.

#### *1.4.1 Comunicazione Interculturale e Asimmetrie Interazionali*

L'interazione medico-paziente rappresenta un caso paradigmatico di comunicazione asimmetrica istituzionale, dove le dinamiche di potere si manifestano attraverso specifici meccanismi linguistici e interazionali. Come definisce Orletti, un'interazione si considera asimmetrica quando un partecipante ha più potere interazionale degli altri (Orletti 2000: 18). Nel contesto sanitario, questa asimmetria assume caratteristiche particolari, configurandosi come una relazione duplicemente asimmetrica (Orletti, Iovino 2018: 26).

La prima dimensione dell'asimmetria è sociale: solo il medico rappresenta l'autorità istituzionale nel contesto sociale in cui l'interazione ha luogo. La seconda dimensione è epistemica, dovuta alla disparità di conoscenze tra gli interlocutori in ambito terapeutico e diagnostico (Orletti, Iovino 2018: 26). Questa doppia asimmetria genera specifiche dinamiche comunicative che vanno ben oltre la semplice trasmissione di informazioni mediche.

Nelle interazioni asimmetriche sanitarie emerge la figura del «regista», che controlla il potere relazionale attraverso meccanismi specifici (Orletti 2000: 18). Il regista apre e chiude l'interazione delimitandone i confini, attribuisce il diritto a parlare attraverso l'etero-allocazione dei turni, mette in atto mosse che stabiliscono una rilevanza condizionale per tutto ciò che segue, ed esercita un controllo sui temi di discussione dall'introduzione alla conclusione.

Un aspetto particolarmente rilevante è la presenza della cosiddetta «agenda nascosta» (Orletti 2000: 29), caratterizzata da elementi critici che rivelano la natura del controllo medico sull'interazione. Come evidenziato da Frankel, Mishler e Todd, esiste un controllo totale che il medico assume sull'interazione attraverso la formulazione di domande che delimitano i temi di discussione senza esplicitare le connessioni reciproche. Spesso il medico passa apparentemente da un tema all'altro senza che la persona assistita possa comprendere il perché, mantenendo la persona assistita in una condizione di assoluta mancanza di conoscenza del ragionamento sottostante. Inoltre, si manifesta una tendenza a escludere tutto ciò che la persona assistita dice riguardo esperienze personali, percezioni soggettive e considerazioni sociali secondo un atteggiamento di selettività biomedica.

L'uso di tecnicismi nella comunicazione medica svolge una funzione che va oltre la mera precisione terminologica. Come evidenzia Goffman, la lingua per il medico diventa un «territorio rituale» che sottolinea la distanza epistemica dalla persona assistita (Orletti, Iovino 2018: 26). Serianni distingue tra tecnicismi specifici, utilizzati esclusivamente nella loro accezione tecnica, e tecnicismi collaterali, espressioni stereotipiche non necessarie alle esigenze della denotatività linguistica ma

preferite per la loro connotazione tecnica (Orletti, Iovino 2018: 44). È proprio l'uso dei tecnicismi collaterali che contribuisce a rendere la lingua medica difficile e ad aumentare la distanza epistemica tra medico e persona assistita.

La lingua della medicina, in particolare la sua complessità terminologica, svolge la funzione sociale di delimitare e separare gli ambiti epistemici degli agenti coinvolti nell'interazione, ribadendo la distinzione tra chi sa e chi non sa (Orletti, Iovino 2018: 32). Questa funzione sociale del linguaggio tecnico non è casuale, ma rappresenta un meccanismo attivo di mantenimento delle gerarchie di potere nell'interazione clinica.

La natura asimmetrica dell'interazione medico-persona assistita si manifesta attraverso quello che Linell definisce come diversi tipi di dominanza interazionale (Orletti 2000: 14). La dominanza quantitativa si riferisce alla differenza tra i partecipanti in termini di quantità di spazio interazionale a disposizione. La dominanza interazionale riguarda la possibilità di mettere in atto mosse forti, che danno inizio a una sequenza e determinano le azioni di chi deve rispondere, versus mosse deboli che rispondono alle iniziative altrui. La dominanza semantica si manifesta nel controllo sugli argomenti portati in discussione e nella capacità di imporre il proprio punto di vista. La dominanza strategica è legata a fattori esterni e si può valutare a posteriori guardando ai risultati raggiunti.

Particolare rilevanza assume l'analisi delle interazioni nativo-non nativo, caratterizzate da una relazione in cui il non nativo occupa una posizione subordinata e il nativo una dominante per la distanza linguistica, culturale e sociale che divide i partecipanti (Orletti 2000: 111). L'asimmetria sociale è spesso accentuata dai ruoli che i soggetti nativi e non nativi rivestono nelle situazioni sociali in cui hanno maggiormente occasione di incontrarsi. In tali situazioni, il nativo entra con un ruolo fortemente dominante che viene riconfermato attraverso scelte linguistiche, comunicative e interazionali specifiche.

Come evidenzia Maynard, il potere di controllo da parte del medico sull'interazione terapeutica, per quanto scontato, non è l'effetto automatico della pressione istituzionale (Orletti, Iovino 2018: 32). Chi prende parte all'interazione costituisce e mette in atto l'asimmetria nel discorso medico e in tal modo produce e riproduce i tratti delle strutture sociali. Questo processo di co-costruzione dell'asimmetria rivela come le dinamiche di potere non siano semplicemente imposte dall'alto, ma emergano dall'interazione stessa attraverso specifiche pratiche discorsive.

Nonostante la natura asimmetrica dell'interazione, le persone assistite, in quanto membri attivi e agentivi nel rapporto comunicativo, fanno emergere la loro voce in modi e gradi diversi nelle varie fasi dello scambio (Orletti, Iovino 2018: 34). Come sottolineano Heritage e Robinson, emerge il problema della «dottorabilità del problema»: la persona assistita deve simultaneamente mostrare

consapevolezza di qualcosa che non è nella norma e che richiede la competenza specifica di un professionista (Orletti, Iovino 2018: 35). Questo rappresenta quello che Halkowski definisce come «il problema del paziente», caratterizzato dal conflitto tra la ricerca di credibilità come soggetto razionale e il coinvolgimento personale nell'esperienza di malattia.

#### 1.4.2 *Mediazione Linguistico-Culturale: Teorie e Pratiche*

La mediazione linguistico-culturale emerge come risposta alle crescenti necessità comunicative nelle società multiculturali, configurandosi come un processo complesso che va ben oltre la semplice traduzione linguistica. In questa prospettiva, la mediazione linguistico-culturale può essere ulteriormente problematizzata attraverso il contributo di Cristiana Giordano, che analizza la traduzione come pratica istituzionale profondamente intrecciata a processi di produzione del soggetto migrante. Nel suo lavoro *Migrants in Translation* (2012), Giordano mostra come le pratiche di traduzione nei contesti di assistenza, accoglienza e cura non si limitino a trasferire significati da una lingua all'altra, ma contribuiscano attivamente alla costruzione di specifiche figure morali, giuridiche e cliniche del "migrante", rendendo alcune narrazioni legittime e altre opache o indicibili. La traduzione emerge così come una tecnologia di governo che agisce sulla possibilità stessa di essere riconosciuti come soggetti degni di cura, protezione o diritto, inscrevendo le esperienze migratorie all'interno di cornici istituzionali predefinite. Questa prospettiva consente di leggere la mediazione linguistico-culturale non solo come strumento di facilitazione comunicativa, ma come spazio in cui si articolano relazioni di potere, forme di controllo morale e processi di soggettivazione, particolarmente rilevanti nei contesti sanitari interculturali (Giordano, 2008). Come evidenziato da Machetti e Siebetchu, il linguaggio stesso è il risultato della continua interazione sociale e diviene strumento attraverso cui ciascun individuo può ricostruire e interiorizzare elementi che riguardano la costruzione del proprio pensiero e le proprie modalità di apprendimento (Machetti, Siebetchu 2017: 17). Questa concezione dinamica del linguaggio sottolinea come la comunicazione interculturale sia fondamentalmente un processo di costruzione condivisa di significati.

La mediazione si attiva nel momento in cui si stabilisce un contatto che richiede sempre uno scambio tra differenti elementi e differenti contesti, in una dimensione in cui la componente individuale e quella sociale interagiscono (*ibidem*). Come evidenziato da Caune, questo processo rappresenta un mezzo di regolamentazione sociale e una modalità di sviluppo sociale culturale propria di ciascuna delle attività umane, poiché il processo di mediazione è connaturato ai rapporti tra l'uomo e il suo ambiente sociale (Machetti, Siebetchu 2017: 20). L'uomo entra in rapporto con

il suo ambiente sociale tramite il linguaggio, rendendo questo rapporto mai immediato ma sempre mediato da forme simboliche e processi di significazione decisivi per la formazione dell'identità umana.

La natura processuale della mediazione emerge chiaramente dalla sua definizione come processo interazionale fortemente ancorato a un contesto che nel suo svolgersi determina la creazione di uno spazio «terzo» (*ibidem*). È un meccanismo di co-costruzione di tale spazio che funziona come forma di riconciliazione tra due o più partecipanti a un dato evento. Questo spazio terzo non è semplicemente un punto di incontro neutrale, ma un luogo di negoziazione attiva dove i significati vengono costruiti, decostruiti e ricostruiti attraverso l'interazione.

Nel contesto sanitario, la mediazione assume caratteristiche specifiche legate alla complessità del rapporto medico-paziente in situazioni interculturali. Come evidenziato dalla ricerca, costruire, negoziare e trasmettere significati non rappresenta una mera operazione linguistica, ma riguarda operazioni innanzitutto generalmente semiotiche, che hanno a che fare con la costruzione, la negoziazione e il contatto fra le culture e la loro trasmissione (Machetti, Siebetcheu 2017: 32). La mediazione linguistico-culturale si arricchisce della mediazione sociale attraverso la presenza di un intermediario che facilita l'evento comunicativo. La percezione della salute può cambiare significativamente da una cultura all'altra, e i concetti di malattia, guarigione, salute e dolore assumono significati diversi da un paese all'altro (Di Santo 2013: 52). L'esempio della percezione e gestione della gravidanza illustra chiaramente questa diversità: mentre in Italia è fortemente medicalizzata, in Africa non è interessata da tale processo e il rapporto tra donna incinta e ginecologo è meno frequente, non solo per la carenza di infrastrutture ma anche per differenti concezioni culturali della gravidanza stessa.

L'analisi delle barriere comunicative rivela diversi livelli di complessità che vanno ben oltre la semplice traduzione linguistica (Colasanti, Geraci 2013). Le barriere prelinguistiche si riferiscono ai casi in cui si cerca di denotare oggetti che non si possono mostrare e far vedere, come le sensazioni interne che non possono essere interpretate univocamente in quanto variano da un organismo all'altro (Machetti, Siebetcheu 2017: 101). Le barriere linguistiche non riguardano solo la persona assistita straniero ma anche il personale sanitario italiano che spesso non è in grado di interagire nella lingua della persona assistita, generando errori doppi nella traduzione dalla lingua locale alla lingua intermedia e da questa all'italiano.

Le barriere semiotiche coinvolgono la medicina come sistema simbolico e la necessità di far dialogare le diverse concezioni della malattia come chiave di un buon intervento terapeutico. Le barriere socioculturali sono determinate da fattori interni ed esterni, includendo l'universo invisibile

dei soggetti coinvolti nella comunicazione, le caratteristiche relative ai modi di pensare, all'attitudine, ai principi relazionali e religiosi, nonché allo stile cognitivo e comunicativo (Machetti, Siebetcheu 2017: 105-106).

Come evidenziato da Mazzetti, la relazione terapeutica transculturale può rappresentare una trappola a due esche (Machetti, Siebetcheu 2017: 107). La prima esca è l'istintivo rifiuto di operare con un approccio transculturale, che spinge a scartare a priori i percorsi di terapia non occidentali senza cercare di entrare nel merito di una possibile validità scientifica. La seconda esca si riferisce a un approccio esotico alla persona assistita, la cui differenza culturale appare in grado di spiegare situazioni di fronte alle quali il medico occidentale si sente disarmato.

La ricerca identifica diversi scenari operativi della mediazione in ambito sanitario (Machetti, Siebetcheu 2017: 109). L'uso della lingua ufficiale del paese della persona assistita da parte del medico permette una comunicazione diretta ma comporta il rischio di non approfondire adeguatamente la malattia. L'impiego dell'interprete offre sicurezza nella traduzione letterale ma richiede una formazione culturale elevata, poiché l'interprete stesso può censurare o distorcere alcune risposte per non trasmettere informazioni che potrebbero mettere in cattiva luce la persona assistita e la sua comunità. L'impiego del personale sanitario straniero garantisce competenza culturale diretta, mentre l'impiego del mediatore linguistico-culturale offre un approccio integrato.

In Italia, il lavoro del mediatore si concentra in tre attività principali: front office per accoglienza e orientamento all'accesso nella struttura sanitaria; back office per servizi amministrativi e traduzione di documenti; intervento a distanza attraverso mediazione telefonica o videoconferenza (*ibidem*). La situazione ideale sarebbe rappresentata dalla presenza di personale sanitario con competenze adeguate e consapevolezza linguistica e culturale, rendendo medici e infermieri essi stessi dei mediatori.

Come evidenziato da Gavioli, molte delle ricerche che hanno analizzato interazioni mediate da chi non è un professionista della traduzione si sono concentrate più sugli errori traduttivi o sui problemi linguistici che su ciò che avviene nella comunicazione, trascurando il ruolo del mediatore culturale nel senso socio-antropologico (Gavioli 2009: 14). Questa prospettiva sottolinea l'importanza di considerare la stretta relazione che si stabilisce fra le azioni linguistiche del mediatore, il contesto istituzionale e gli aspetti relativi alle culture istituzionali o etniche dei partecipanti.

#### *1.4.3 Verso un Approccio Critico al Discorso Medico*

Questa sezione introduce alcuni strumenti sociolinguistici utili a leggere il discorso medico come pratica situata. Come evidenziato dalla ricerca, il principale contributo teorico alla riflessione sulla

complessità linguistica viene dalla *Critical Discourse Analysis*, che dalle origini analizza il ruolo centrale della lingua nell'intreccio tra ideologia, potere e disuguaglianza (Orletti, Iovino 2018: 16). La pragmatica, come definita da Levinson, rappresenta l'insieme di quelle indagini linguistiche che rendono necessario il riferimento al contesto, dove il termine contesto indica l'identità dei partecipanti, i parametri spazio-temporali dell'evento comunicativo e le credenze, le conoscenze e le intenzioni di chi partecipa all'evento (Levinson 1983: 20). È lo studio della lingua in una prospettiva funzionale che cerca di spiegare aspetti della struttura linguistica facendo riferimento a pressioni e cause non linguistiche, comprendendo sia gli aspetti della struttura linguistica che dipendono dal contesto sia i principi di uso e comprensione della lingua. In questa tesi, la pragmatica è rilevante perché consente di leggere le consultazioni come eventi situati, in cui l'interpretazione di ciò che conta come 'informazione clinica' dipende dalla partecipazione, dalle aspettative e dalle asimmetrie tra i soggetti coinvolti.

Come evidenziato da Balboni, il principio cooperativo di Grice funziona all'interno di una data lingu-cultura (nel senso proposto dall'autore e non può essere assunto come universale: molte incomprensioni in contesti interculturali emergono proprio quando i partecipanti non condividono aspettative implicite su ciò che è pertinente, appropriato o cooperativo nello scambio (Balboni 1999: 36). Anche l'opposizione esplicito/implicito, e più in generale la forza pragmatica di un atto comunicativo, risulta socialmente regolata: le possibilità di essere espliciti nelle richieste, nei dissensi o negli ordini variano in funzione di norme situate, soprattutto in contesti gerarchici e istituzionali. Queste differenze non vanno lette come tratti "naturali" dei parlanti, ma come effetti di posizionamenti sociali e aspettative normative. In tale prospettiva, genere, status, razzializzazione e posizione socioeconomica interagiscono nel determinare chi può essere esplicito, quando e a quale costo, con implicazioni dirette per l'accesso alla parola e la negoziazione del senso nelle consultazioni sanitarie.

Baraldi sottolinea come la comunicazione sia coordinamento di azione e comprensione che crea informazione, evidenziando la rilevanza dell'azione, della comprensione e della produzione dell'informazione attraverso varietà di espressioni verbali e non verbali (Baraldi 2003: 25). La comunicazione si inserisce all'interno di un processo autopoietico dato da sequenze di comunicazioni, determinate dal fatto che ciascuna comprensione avvia una nuova azione comunicativa. Un processo autopoietico di comunicazioni determina un sistema sociale, definito come processo autopoietico di comunicazioni.

La struttura sociale crea riferimenti in base ai quali un processo di comunicazioni può continuare, tracciando la differenza tra la comunicazione ammessa in un sistema e quella che resta esclusa

(Baraldi 2003: 27). Le strutture dei sistemi sociali sono forme di comunicazione che orientano la comunicazione stessa, consentendo di realizzare collegamenti selettivi tra le comunicazioni che fanno parte di un determinato processo.

Come evidenziato da Foucault nell'analisi della spazializzazione medica, esiste una spazializzazione terziaria che riguarda il luogo e l'ambiente in cui la malattia sorge e si sviluppa (Bazzanella 2005: 97). Nell'ambito teorico della medicina classificatrice, si rischiarano i tratti di una natura selvaggia della malattia, via via deviata e modulata dalla complicazione delle strutture sociali. Quanto più ci si approssima a un'ambientazione spogliata di sovrastrutture culturali, tanto più facilmente la malattia assume un assetto fenomenico paradigmatico, agevolando l'ipotesi diagnostica.

L'ospedalizzazione consente la riabilitazione dello sguardo e l'approfondimento del carattere empirico della malattia, instaurando un circolo chiuso tra lo sguardo medico che scopre il segreto della malattia e la visibilità che rende possibile la percezione (Bazzanella 2005: 98). Lo sguardo e le strutture profonde della visibilità sono isomorfi, come se fossero intessute da un medesimo linguaggio e dagli stessi codici percettivi. Nella clinica, essere visto ed essere parlato comunicano nella verità manifesta della malattia, poiché non c'è malattia se non nell'elemento del visibile e dell'enunciabile.

Questo approccio critico al discorso medico rivela come le pratiche linguistiche e discorsive non siano semplicemente strumenti di comunicazione, ma dispositivi attivi nella costruzione della realtà clinica e nella riproduzione di specifiche relazioni di potere. La necessità di sviluppare un approccio decoloniale alla salute emerge proprio da questa consapevolezza critica delle dimensioni politiche e culturali del linguaggio medico, aprendo la strada a forme alternative di concezione e pratica della cura che possano integrare diversi saperi e prospettive epistemologiche.

#### *1.4.4 Analisi Critica del Discorso*

L'analisi critica del discorso fornisce strumenti teorici e metodologici fondamentali per comprendere come il linguaggio medico non sia semplicemente un veicolo neutro di trasmissione di informazioni, ma costituisca un dispositivo attivo di costruzione della realtà sociale e di riproduzione di specifiche relazioni di potere. L'approccio genealogico di Michel Foucault rappresenta un punto di partenza cruciale per questa analisi, rivelando come il discorso medico moderno si sia costituito attraverso specifiche pratiche di potere-sapere che hanno trasformato non solo la conoscenza medica ma la stessa concezione del corpo, della malattia e della normalità.

In *Nascita della clinica*, Foucault analizza come il discorso medico moderno emerga attraverso una trasformazione dello sguardo che rende il corpo trasparente all'osservazione scientifica (Foucault 1963). Questa trasformazione non è semplicemente tecnica: implica una riorganizzazione epistemologica che rende possibile l'oggettivazione medica e separa, almeno in parte, il corpo dal soggetto. La clinica si configura così come un dispositivo in cui la malattia viene fatta "parlare" attraverso il corpo della persona assistita, ma entro procedure e pratiche che contribuiscono attivamente a costruire ciò che pretendono di scoprire.

Questa impostazione risulta ancora più chiara se si considera la nozione di formazione discorsiva, che consente di analizzare il discorso medico non come somma di enunciati, ma come insieme di regole che determinano cosa può essere detto, da chi, in quali circostanze e con quale autorità (Foucault 1969). Il discorso medico costituisce una formazione discorsiva caratterizzata da criteri di inclusione ed esclusione che delimitano quali soggetti possano legittimamente parlare di salute e malattia e quali forme di conoscenza vengano riconosciute come valide.

Su questa base, il concetto di regime di verità permette di leggere la medicina moderna come un ordine discorsivo che stabilisce i meccanismi attraverso cui una società distingue enunciati veri e falsi, valorizza certe procedure di produzione della verità e attribuisce statuto a chi è autorizzato a dirla (Foucault 1976). Nel campo sanitario, ciò si traduce nella tendenza a privilegiare alcune forme di evidenza e a marginalizzarne altre, con effetti diretti sulla definizione di ciò che "conta" come sapere clinico.

È in continuità con questa prospettiva che la nozione di biopolitica diventa rilevante: il potere moderno non opera solo reprimendo, ma anche producendo soggettività, corpi e popolazioni (Foucault 1976). In ambito sanitario, ciò si manifesta attraverso pratiche di classificazione, attraverso diagnosi e interventi che sono al tempo stesso tecniche e politiche, e che contribuiscono a costruire categorie di soggetti (ad esempio, la persona assistita 'normale', 'difficile', 'non aderente') entro griglie di intelligibilità biomedica.

Se Foucault consente di leggere la clinica come dispositivo di produzione della verità, Bourdieu permette di osservare come tale verità venga fatta valere e riconosciuta attraverso rapporti di forza simbolici. In *Ce que parler veut dire*, il linguaggio è descritto come un mercato in cui circolano risorse e legittimità, e in cui le asimmetrie non dipendono solo dalle intenzioni individuali, ma dalla distribuzione diseguale del capitale linguistico e dal riconoscimento istituzionale di certe forme di parola (Bourdieu 1982). Questo quadro risulta utile per leggere le asimmetrie discorsive osservate sul campo (cap. 3), anche quando non sono apertamente conflittuali o intenzionali.

Nel contesto medico, la violenza simbolica si manifesta, tra le altre cose, attraverso l'imposizione di un linguaggio tecnico-specialistico che può funzionare come meccanismo di distinzione e legittimazione dell'autorità. La violenza simbolica opera 'per magia' senza costrizione fisica, ma solo appoggiandosi su disposizioni incorporate e su forme di riconoscimento che rendono l'ordine istituzionale plausibile e naturale (Bourdieu 2001). Nel campo sanitario, queste disposizioni includono la credenza nella competenza medica, l'interiorizzazione di una presunta incompetenza in materia di salute e l'accettazione della legittimità dell'autorità professionale.

In questo senso, il concetto di *habitus* è utile per comprendere come le dinamiche di potere si riproducano nelle pratiche: un *habitus* professionale si costruisce anche attraverso la formazione, che inculca non solo conoscenze tecniche ma modi di percepire, pensare e agire in relazione alla malattia e alle persone assistite (Bourdieu 1972). Questo può includere la tendenza a privilegiare il sapere esperto rispetto all'esperienza vissuta e a mantenere distanze simboliche che preservino l'autorità professionale.

Nel quadro teorico adottato in questa tesi, la nozione di biopolitica e quella di violenza simbolica non vengono quindi intese come prospettive alternative o giustapposte, ma come concetti analiticamente affini. Entrambe consentono di leggere, da angolazioni diverse ma complementari, la regolazione istituzionale dei corpi e delle soggettività, nonché le asimmetrie che si producono nelle pratiche comunicative della cura. Questa affinità elettiva costituisce uno degli assi interpretativi dell'analisi empirica che segue.

James Paul Gee sviluppa ulteriormente questa analisi attraverso il suo approccio alla *Critical Discourse Analysis*, distinguendo tra *discourse* con la d minuscola, che si riferisce al linguaggio in uso, e *Discourse* con la D maiuscola, che si riferisce a modi di essere nel mondo o forme di vita che integrano parole, azioni, valori, credenze, simboli, strumenti, oggetti, tempi e luoghi (Gee 1999). Il Discourse medico, in questa prospettiva, non include solo il linguaggio tecnico della medicina ma l'intero insieme di pratiche, rituali, oggetti, spazi e relazioni che costituiscono il mondo medico.

L'analisi di Gee rivela come i *Discourse* siano sempre ideologici, nel senso che promuovono specifiche prospettive sul mondo sociale e naturale che servono gli interessi di particolari gruppi sociali. Il *Discourse* medico promuove una visione del mondo che privilegia le competenze tecnico-scientifiche, individualizza i problemi di salute separandoli dai loro contesti sociali e politici, e legittima specifiche forme di autorità e controllo sociale attraverso la medicalizzazione.

Ruth Wodak, altra figura centrale della *Critical Discourse Analysis*, sottolinea come il discorso sia simultaneamente costituito socialmente e costitutivo della società (Wodak 2001). Questa prospettiva dialettica è particolarmente rilevante per comprendere come il discorso medico sia modellato da

strutture sociali più ampie – rapporti di classe, relazioni di genere, dinamiche razziali – mentre simultaneamente contribuisce a riprodurre e trasformare queste stesse strutture.

Norman Fairclough sviluppa un modello tridimensionale dell'analisi critica del discorso che distingue tra testo, pratica discorsiva e pratica sociale (Fairclough 1992). Nel contesto medico, il livello testuale include l'analisi degli elementi linguistici specifici – terminologia tecnica, modalità, strutture sintattiche. Il livello della pratica discorsiva riguarda i processi di produzione, distribuzione e consumo dei testi medici. Il livello della pratica sociale si riferisce alle relazioni di potere, alle ideologie e alle lotte egemoniche che si manifestano attraverso il discorso medico.

L'approccio della CDA rivela come il discorso medico operi attraverso strategie discorsive specifiche che naturalizzano relazioni di potere asimmetriche. La tecnicizzazione del linguaggio serve non solo a garantire precisione comunicativa ma a escludere i non-esperti dal processo di produzione di conoscenza sulla salute. L'individualizzazione dei problemi di salute attraverso il discorso medico occulta le determinanti sociali e politiche della malattia. La patologizzazione di comportamenti e condizioni che non si conformano alle norme biomediche estende il controllo medico su aree sempre più ampie dell'esperienza umana.

L'analisi critica del discorso rivela inoltre come le asimmetrie di potere si riproducano attraverso specifiche strategie linguistiche nell'interazione medico-persona assistita. Come evidenziato da Van Dijk, il controllo dell'accesso al discorso costituisce una forma fondamentale di potere sociale: chi controlla il discorso controlla indirettamente le menti e le azioni degli altri (Van Dijk 2008). Nel contesto medico, questo controllo si manifesta attraverso l'agenda nascosta della consultazione, il controllo dei turni di parola, la selezione dei temi rilevanti, e l'interpretazione autoritativa dei sintomi della persona assistita.

Teun Van Dijk sviluppa il concetto di «quadrato ideologico» per analizzare come i gruppi dominanti rappresentino sé stessi e gli altri attraverso il discorso (Van Dijk 1998). Questo schema prevede l'enfasi degli aspetti positivi del gruppo dominante e di quelli negativi dell'out-group, mentre gli aspetti negativi del gruppo dominante e quelli positivi dell'out-group vengono minimizzati o occultati. Nel discorso medico, questo si traduce nell'enfasi sulla competenza e dedizione dei professionisti sanitari contrapposta all'incompetenza e non-compliance delle persone assistite, particolarmente di quelli appartenenti a gruppi marginalizzati.

La prospettiva della CDA è particolarmente rilevante per l'analisi delle dinamiche interculturali in ambito sanitario. Come sottolinea Blommaert, il discorso opera sempre attraverso «ordini indexicali» che stabiliscono gerarchie di valore tra diverse forme linguistiche e culturali (Blommaert 2005). Nel contesto sanitario multiculturale, le pratiche discorsive riflettono e

riproducono gerarchie che privilegiano sistematicamente le forme comunicative e le concezioni di salute associate ai gruppi dominanti.

L'analisi critica del discorso medico rivela come questo operi attraverso quello che Fairclough definisce come «colonizzazione discorsiva», ovvero l'estensione di un tipo di discorso da un dominio sociale a un altro (Fairclough 1992). Il discorso biomedico colonizza progressivamente altri domini della vita sociale, trasformando problemi sociali in problemi medici ed estendendo la logica medicalizzante ad aree sempre più ampie dell'esperienza umana.

### *1.5 Dal Micro al Macro: il Discorso come Costruttore di Realtà Sociale*

La comprensione del rapporto tra le interazioni microsociali e le strutture macrosociali rappresenta una questione teorica e metodologica centrale per l'analisi delle dinamiche di potere nell'ambito sanitario. Come evidenziato da Giddens nella sua teoria della strutturazione, le strutture sociali non esistono indipendentemente dalle azioni degli individui, ma sono simultaneamente il mezzo e il risultato delle pratiche sociali ricorsive (Giddens 1984). Nel contesto sanitario, questo significa che le strutture di potere che caratterizzano il sistema medico si riproducono attraverso le interazioni quotidiane tra medici e persone assistite, mentre queste stesse interazioni sono modellate dalle strutture istituzionali preesistenti.

Il discorso rappresenta il meccanismo chiave attraverso cui questa dialettica micro-macro si realizza concretamente. Come sottolinea Fairclough, il discorso è simultaneamente costituito dalle strutture sociali e costitutivo di queste strutture (Fairclough 1992). Le conversazioni medico-persona assistita non sono semplicemente eventi comunicativi isolati, ma momenti di riproduzione e potenziale trasformazione di più ampie relazioni di potere sociale. Ogni interazione clinica contribuisce a confermare o mettere in discussione la legittimità dell'autorità medica, le concezioni dominanti di salute e malattia, e le gerarchie sociali che strutturano l'accesso alle cure.

La sociolinguistica interazionale, sviluppata da John Gumperz, fornisce strumenti analitici cruciali per comprendere come le dinamiche macro-sociali si manifestino nelle interazioni faccia a faccia (Gumperz 1982). Il concetto di «contextualisation cues» – segnali di contestualizzazione – rivela come i partecipanti a un'interazione utilizzino indizi linguistici e paralinguistici per interpretare il significato sociale della situazione e orientare di conseguenza le proprie azioni. Insieme all'analisi di Cicourel (1992), questi autori dimostrano come il senso di uno scambio non risieda solo nelle parole, ma nella capacità degli attori di richiamare conoscenze sociali pregresse, rendendo la conversazione il luogo in cui le istituzioni 'accadono' concretamente. Nel contesto medico, questi segnali includono l'uso di terminologia tecnica, il controllo dello spazio fisico, la gestione dei turni

di parola, e altre strategie che stabiliscono e mantengono gerarchie di status. L'analisi del discorso non è dunque un esercizio tecnico, ma lo strumento per decodificare come le disuguaglianze macro-strutturali si incorporino nella micro-meccanica della conversazione.

Dell Hymes, attraverso lo sviluppo dell'etnografia della comunicazione, ha mostrato come ogni evento comunicativo sia strutturato da regole culturalmente specifiche che determinano chi può dire cosa, a chi, quando, dove, come e perché (Hymes 1974). Nel contesto sanitario, queste regole non sono esplicite ma operano attraverso quello che Bourdieu definisce come 'senso pratico', ovvero una conoscenza incorporata delle regole del gioco sociale che orienta l'azione senza passare attraverso la riflessione cosciente.

L'approccio etnometodologico di Harold Garfinkel rivela come l'ordine sociale non sia un dato preesistente ma una realizzazione pratica continua che richiede il lavoro attivo degli attori sociali (Garfinkel 1967). Nel contesto delle interazioni mediche, questo significa che l'autorità del medico, la passività della persona assistita, e altre caratteristiche dell'ordine istituzionale devono essere continuamente prodotte e riprodotte attraverso le pratiche interazionali. L'analisi conversazionale sviluppata da Harvey Sacks mostra come questo lavoro di produzione dell'ordine sociale avvenga attraverso meccanismi sequenziali precisi che organizzano l'alternanza dei turni, la gestione delle riparazioni, e l'ordinamento delle azioni (Sacks 1992).

La prospettiva di Erving Goffman sull'ordine dell'interazione fornisce un quadro teorico per comprendere come le strutture sociali si materializzino nelle situazioni faccia a faccia attraverso quello che definisce come «lavoro della faccia» e «gestione delle impressioni» (Goffman 1967). Nel contesto medico, questo lavoro include le strategie attraverso cui medici e persone assistite costruiscono e mantengono identità sociali appropriate alla situazione, gestiscono potenziali minacce alla dignità reciproca, e negoziano i confini tra competenza professionale ed esperienza personale.

Il concetto goffmaniano di «frame» è particolarmente rilevante per comprendere come le definizioni della situazione emergano dall'interazione e orientino l'azione dei partecipanti (Goffman 1974). In ambito sanitario, il *frame* dominante è quello della «consultazione medica», che stabilisce specifiche aspettative sui ruoli dei partecipanti, sui tipi di conoscenza considerati rilevanti, sui modi appropriati di presentare i problemi di salute, e sui criteri per valutare il successo dell'interazione. Tuttavia, le persone assistite possono portare *frame* alternativi – la conversazione tra persone, il supporto emotivo, la negoziazione di servizi, che possono entrare in conflitto con il *frame* medico dominante.

Ben Rampton, attraverso i suoi studi sul «crossing» linguistico, mostra come gli individui possano attraversare confini linguistici e culturali nelle loro pratiche comunicative, utilizzando risorse linguistiche associate ad altri gruppi sociali (Rampton 1995). Nel contesto sanitario multiculturale, queste pratiche di crossing possono rappresentare strategie attraverso cui le persone assistite non madrelingua negoziano la loro posizione nella gerarchia sociale e culturale dell'istituzione medica. Tuttavia, come sottolinea Rampton, il crossing non è sempre un garante di agentività, ma può anche riprodurre stereotipi e rafforzare gerarchie esistenti.

Jan Blommaert sviluppa il concetto di «ordini indexicali» per analizzare come le gerarchie sociali si riflettano nelle valutazioni sociali delle risorse linguistiche (Blommaert 2005). Gli ordini indexicali determinano quali forme linguistiche e comunicative vengano percepite come legittime, competenti, o appropriate in specifici contesti. Nel campo sanitario, questi ordini privilegiano sistematicamente le competenze comunicative associate ai gruppi sociali dominanti, mentre marginalizzano o patologizzano le pratiche comunicative dei gruppi subordinati.

La teoria dei sistemi sociali di Niklas Luhmann offre una prospettiva particolare sul rapporto micro-macro, concependo la società come sistema di comunicazioni piuttosto che sistema di individui (Luhmann 1995). In questa prospettiva, le interazioni faccia a faccia rappresentano sistemi sociali di breve durata che operano attraverso la selezione e l'elaborazione di comunicazioni. I sistemi organizzativi, come gli ospedali, emergono attraverso la connessione di queste interazioni in reti stabili di comunicazione che si autoriproducono nel tempo.

L'approccio sistemico di Luhmann è particolarmente rilevante per comprendere come il sistema sanitario operi attraverso codici binari – sano/malato, normale/patologico – che orientano la comunicazione e riducono la complessità dell'esperienza umana a categorie gestibili dal sistema (Luhmann 1990). Tuttavia, questa riduzione di complessità implica necessariamente l'esclusione di aspetti dell'esperienza che non si conformano ai codici sistemici, generando quello che Luhmann definisce come «rumore» del sistema.

La sociologia pragmatica francese, sviluppata da Luc Boltanski e Laurent Thévenot, propone un approccio alternativo che focalizza l'attenzione sulle competenze critiche degli attori sociali e sulla loro capacità di giustificare le proprie azioni facendo riferimento a diversi «ordini di giustificazione» (Boltanski, Thévenot 1991). Nel contesto sanitario, medici e persone assistite possono fare riferimento a diversi regimi di giustificazione – efficienza tecnica, equità sociale, cura personale, autonomia individuale – che possono entrare in tensione tra loro.

Questa prospettiva è particolarmente interessante per l'analisi delle situazioni interculturali, dove medici e persone assistite possono fare riferimento a diversi sistemi culturali di giustificazione delle

pratiche di salute. La competenza degli attori sociali non consiste solo nell'applicazione di regole prestabilite ma nella capacità di navigare tra diversi regimi di giustificazione e di costruire compromessi praticabili tra logiche potenzialmente contraddittorie.

Il rapporto micro-macro si configura quindi come un processo dialettico continuo dove le strutture sociali si materializzano attraverso le pratiche interazionali mentre queste stesse pratiche contribuiscono a riprodurre o trasformare le strutture. Nel contesto sanitario, questo significa che ogni interazione medico-persona assistita rappresenta simultaneamente un momento di riproduzione dell'ordine medico istituzionale e un'opportunità potenziale di trasformazione di questo ordine attraverso pratiche alternative di costruzione del significato, negoziazione dell'autorità, e definizione dei problemi di salute.

La comprensione di questa dialettica micro-macro è cruciale per sviluppare strategie di trasformazione del sistema sanitario che non si limitino a modifiche strutturali dall'alto ma lavorino sulla trasformazione delle pratiche comunicative quotidiane attraverso cui si riproducono le disuguaglianze e le esclusioni. L'approccio decoloniale alla salute deve quindi integrare l'analisi critica delle strutture sistemiche con l'attenzione alle possibilità di trasformazione che emergono dalle pratiche interazionali concrete, riconoscendo che la decolonizzazione della salute passa necessariamente attraverso la decolonizzazione delle pratiche discorsive che costituiscono quotidianamente la realtà sanitaria.

## 2 METODOLOGIA

### 2.1 *Approccio metodologico*

#### 2.1.1 *Approccio qualitativo*

La presente ricerca adotta un approccio metodologico qualitativo, riconoscendo la natura socialmente costruita della realtà e l'importanza di comprendere i significati che gli attori sociali attribuiscono alle proprie esperienze. Come sottolineato da Denzin e Lincoln (2011: 3), la ricerca qualitativa è un'attività situata che colloca l'osservatore nel mondo, consistendo in un insieme di pratiche interpretative che rendono il mondo visibile attraverso rappresentazioni che includono note di campo, interviste, conversazioni, fotografie, registrazioni e promemoria personali.

Nel contesto specifico dell'antropologia medica, l'approccio qualitativo si rivela particolarmente appropriato per investigare le complesse dinamiche che caratterizzano l'incontro tra sistemi medici diversi, le esperienze soggettive di salute e malattia, e i processi attraverso cui si costruiscono significati culturali intorno al corpo e alla cura. L'epistemologia che guida questa ricerca si basa sulla «conoscenza situata» teorizzata da Haraway (1988: 581), riconoscendo che ogni conoscenza è incorporata e posizionata, e che la pretesa di oggettività neutrale nasconde specifiche posizioni di potere.

L'approccio interpretativo adottato trova le sue radici nella tradizione etnografica di Geertz (1973: 14), che enfatizza la necessità di un'interpretazione densa capace di andare oltre la semplice descrizione dei comportamenti osservabili per accedere ai concetti con cui i membri di una cultura costruiscono la propria esperienza. Comprendere una cultura significa accedere ai sistemi di significato che orientano l'azione sociale, e questo richiede un'immersione prolungata nel contesto di ricerca e un'attenzione particolare ai significati emergenti dall'interazione sociale.

Come evidenziato da Good (1994: 85), l'antropologia medica interpretativa non si limita alla rappresentazione ma indaga come il significato e le pratiche interpretative interagiscano con i processi sociali, psicologici e fisiologici per produrre forme distintive di malattie e traiettorie della malattia. Questo approccio riconosce che l'esperienza della malattia è sempre culturalmente mediata e che i significati attribuiti alla salute e alla cura emergono dall'interazione tra diversi sistemi di conoscenza e pratiche sociali.

L'adozione del paradigma interpretativo implica inoltre un'attenzione particolare alle dimensioni narrative e discorsive dell'esperienza di salute e malattia. Come sottolineato da Kleinman (1988: 49), l'esperienza di malattia è sempre inserita in narrazioni più ampie che connettono l'esperienza individuale del disagio a significati culturali condivisi e a strutture sociali specifiche. La ricerca

qualitativa interpretativa deve quindi essere capace di catturare questa complessità narrativa e di analizzare i processi attraverso cui le storie individuali di malattia si intrecciano con discorsi culturali più ampi sulla salute, il corpo e la cura.

### *2.1.2 Etnografia critica e antropologia medica applicata*

L'etnografia critica rappresenta l'approccio metodologico centrale di questa ricerca, integrando gli strumenti tradizionali dell'etnografia antropologica con una prospettiva critica attenta alle relazioni di potere e alle disuguaglianze strutturali. Come definita da Thomas (1993: 4), l'etnografia critica è un tipo di riflessione che esamina la cultura, la conoscenza e l'azione, guidata da principi etici manifesti per criticare la società, il potere, l'ingiustizia e la sofferenza.

Seguendo l'approccio dell'antropologia medica critica sviluppato da Singer e Baer (2018: 23), questa ricerca riconosce che i fenomeni sanitari non possono essere compresi separatamente dai più ampi processi politici, economici e sociali che strutturano l'esperienza della salute e della malattia. L'etnografia critica in ambito sanitario implica quindi un'attenzione simultanea alle esperienze individuali di salute e malattia e ai determinanti strutturali che modellano queste esperienze.

L'approccio etnografico adottato integra l'osservazione partecipante con l'analisi del discorso, riconoscendo che le pratiche comunicative sono simultaneamente pratiche di potere che costruiscono e riproducono asimmetrie sociali. Come sottolineato da Hammersley e Atkinson (2007: 3), l'etnografia non è semplicemente un metodo, ma un modo particolare di lavorare che richiede partecipazione nella vita quotidiana delle persone per un periodo di tempo esteso, osservando ciò che accade, ascoltando ciò che viene detto, ponendo domande, raccogliendo qualsiasi dato sia disponibile per fare luce sui temi oggetto di ricerca.

L'etnografia medica, come sviluppata da ricercatori come Arthur Kleinman e Byron Good, richiede un'attenzione particolare alla complessità semiotica dell'esperienza di malattia e alle multiple dimensioni attraverso cui si costruiscono i significati della salute e della cura. Questo approccio non si limita a descrivere pratiche e credenze ma indaga i processi attraverso cui l'esperienza del disagio viene costruita culturalmente e le modalità attraverso cui diverse forme di conoscenza medica competono e si integrano nella pratica clinica (Good, 2006: 25).

La dimensione applicata dell'antropologia medica che guida questa ricerca riflette l'impegno a produrre conoscenze che possano contribuire concretamente al miglioramento dei servizi sanitari per le popolazioni migranti. Come sottolineato da Singer (2009: 189), l'antropologia medica applicata non si limita alla produzione di conoscenza accademica ma aspira a tradurre i risultati

della ricerca in raccomandazioni pratiche per policy makers, professionisti sanitari e organizzazioni che lavorano con le persone migranti.

Come evidenziato da Scheper-Hughes (1995: 419), l'antropologia medica critica deve essere «Anthropology with the gloves off», un'antropologia che non si nasconde dietro pretese di neutralità, ma riconosce apertamente il proprio impegno per la giustizia sociale e la trasformazione delle strutture oppressive. Questo orientamento critico implica un'attenzione particolare alle voci e alle esperienze dei soggetti marginalizzati, evitando di riprodurre dinamiche di appropriazione epistemica che caratterizzano spesso la ricerca accademica su popolazioni vulnerabili.

### *2.1.3 Posizionamento e riflessività*

La riflessione sul mio posizionamento durante la raccolta dei dati rappresenta un elemento metodologico fondamentale per la validità e l'eticità della ricerca qualitativa, particolarmente quando si tratta di ricerche che coinvolgono popolazioni marginalizzate e tematiche sensibili come la salute dei migranti. Come sottolineato da Englund (1994: 82), il posizionamento riflette lo spazio sociale che occupiamo e come questo spazio influenzi le nostre interpretazioni di e le nostre relazioni con gli altri.

Il mio ingresso nel campo è avvenuto in una posizione ibrida: ricercatrice, ma spesso percepita e mobilitata come interprete 'improvvisata' o facilitatrice. Questo posizionamento mutevole – oscillante tra osservatrice, collaboratrice e talvolta risorsa linguistica – ha inciso sia sull'accesso che sulla trama delle interazioni osservate. Accettare o rifiutare determinati ruoli ha significato ridefinire continuamente i confini tra partecipazione e distanza analitica. In questa ricerca, la metodologia dell'osservazione partecipante è stata declinata attraverso una postura di ascolto etnografico<sup>15</sup>. Se l'etnografia classica si è spesso fondata su un orientamento prevalentemente oculocentrico<sup>16</sup>, incentrato sullo sguardo come modalità privilegiata di conoscenza del campo, l'ascolto etnografico sposta l'attenzione sulla dimensione sonora, relazionale ed etica dell'incontro.

---

<sup>15</sup> La nozione di ascolto etnografico si colloca all'intersezione di diverse tradizioni teoriche: da un lato, le critiche all'oculocentrismo in antropologia e l'attenzione alla dimensione sensoriale dell'esperienza; dall'altro, l'antropologia medica interpretativa e morale, che ha mostrato come la cura e la sofferenza siano inseparabili dai modi in cui vengono narrate, ascoltate o rese indicibili. A queste prospettive si affianca il contributo dell'etnografia linguistica e della sociolinguistica interazionale, che consente di trattare silenzi, esitazioni e disallineamenti non come rumore, ma come dati analiticamente rilevanti. In questo senso, l'ascolto etnografico non designa una tecnica specifica, ma una postura epistemologica e riflessiva che integra attenzione linguistica, sensibilità etnografica e responsabilità etica.

<sup>16</sup> Per una critica all'oculocentrismo in antropologia e una riflessione sull'ascolto come modalità epistemica, si vedano in particolare Feld (1996, 2015) e l'antropologia dei sensi. L'attenzione alla dimensione etica, relazionale e incarnata dell'ascolto trova fondamento nell'antropologia medica interpretativa e morale (Kleinman 1988; Kleinman, Das, Lock 1997) e nelle riflessioni di Veena Das sull'etnografia come pratica situata e responsabile (Das 2007). Sul piano linguistico-interazionale, l'analisi dei silenzi, dei disallineamenti e delle interazioni "bloccate" si colloca nel solco della etnografia linguistica e della sociolinguistica interazionale (Gumperz 1982; Sarangi 2006; Rampton et al. 2004; Niemants 2014).

Non si tratta di contrapporre vedere e sentire, ma di interrogare criticamente le gerarchie sensoriali e epistemiche che hanno storicamente orientato le pratiche etnografiche, soprattutto in contesti istituzionali fortemente regolati come quello sanitario.

L'ascolto etnografico non coincide con un atto passivo di registrazione del parlato, né con una mera tecnica di raccolta dati linguistici. È piuttosto una pratica situata e relazionale che mira a cogliere ciò che accade negli interstizi del linguaggio: i silenzi, le esitazioni, i cambi di registro, le interruzioni e quelle che in letteratura sono state definite interazioni "paralizzate", ovvero momenti in cui il disallineamento comunicativo sospende temporaneamente la possibilità stessa di procedere nello scambio. Prestare attenzione a questi micro-eventi significa riconoscere che ciò che conta come informazione clinica, come racconto legittimo o come evidenza rilevante non è dato in anticipo, ma viene negoziato all'interno di rapporti di potere, vincoli istituzionali e vulnerabilità situate.

In questo senso, l'ascolto etnografico costituisce una lente privilegiata per accedere alla dimensione incorporata e relazionale della cura, senza forzarne la traduzione immediata nei termini del sapere biomedico. La "verità" della cura non risiede esclusivamente nel dato clinico o diagnostico, ma emerge nella negoziazione dei significati che avviene tra corpi e voci, tra ciò che può essere detto, ciò che resta implicito e ciò che risulta difficile o impossibile da articolare. Porsi in ascolto implica quindi un'esposizione alla parzialità, all'incompiutezza e alla fragilità dei racconti, assumendo che anche questi elementi costituiscano dati analiticamente e eticamente rilevanti.

Adottare una postura di ascolto etnografico è, infine, una scelta che ha una valenza esplicitamente riflessiva e politica. Significa riconoscere l'asimmetria di potere che struttura l'incontro clinico e interrogare il ruolo della ricercatrice all'interno di questo campo di forze, evitando di riprodurre una posizione di estrazione o di traduzione autoritativa delle esperienze altrui. In questo senso, l'ascolto etnografico non è soltanto uno strumento analitico, ma una modalità di presenza nel campo che mira a restituire dignità alle grammatiche del vivere che il sistema istituzionale tende a marginalizzare, silenziare o riscrivere.

Come ricercatrice è stato anche necessario riconoscere le implicazioni di potere insite in questa posizione. Seguendo le riflessioni di Spivak (1988: 271) sulla possibilità per il subalterno di parlare, si riconosce che ogni ricerca che abbia per oggetto situazioni che hanno a che fare con spazi e soggetti 'marginalizzati' rischia di riprodurre dinamiche di appropriazione epistemica se non è condotta con particolare attenzione alle voci e alle *agency* dei soggetti coinvolti.

La consapevolezza del proprio posizionamento implica anche il riconoscimento dei privilegi associati alla posizione di ricercatore accademico e della responsabilità etica di utilizzare questi

privilegi per amplificare le voci dei soggetti di ricerca piuttosto che sostituirsi ad esse. Come evidenziato da Hooks, la ricerca condotta da membri di gruppi privilegiati su comunità marginalizzate deve essere guidata da un impegno esplicito per la giustizia sociale e la trasformazione delle strutture oppressive (Hooks 1984: 123).

Il processo di riflessività metodologica è stato mantenuto durante tutta la ricerca attraverso la tenuta di un diario di ricerca che documenta non solo le osservazioni empiriche ma anche le reazioni emotive, i dubbi metodologici, le sfide etiche e i processi di negoziazione dell'accesso al campo. Il diario rappresenta una fonte di dati importante per l'analisi ma anche uno strumento di controllo metodologico che ha permesso di monitorare l'influenza del mio posizionamento sui dati raccolti e sulle interpretazioni prodotte.

## 2.2 *Disegno della ricerca*

### 2.2.1 *Obiettivi e domande di ricerca*

La presente ricerca si propone di investigare le dinamiche comunicative e le pratiche discorsive che caratterizzano l'incontro tra persone assistite migranti e servizi sanitari italiani, con particolare attenzione ai processi attraverso cui si costruiscono significati condivisi sulla salute, sulla malattia e sulla cura in contesti interculturali. L'obiettivo generale dello studio è quello di comprendere come le differenze culturali, linguistiche e sociali influenzino la qualità della comunicazione medico-persona assistita e, conseguentemente, l'efficacia dei percorsi di cura, con particolare attenzione alle dinamiche di potere nelle interazioni asimmetriche.

Questo obiettivo principale si articola attraverso diverse dimensioni di indagine interconnesse. La ricerca mira innanzitutto a identificare e categorizzare le principali barriere comunicative che emergono nell'interazione tra persone assistite migranti e professionisti sanitari italiani, distinguendo tra barriere linguistiche, culturali, strutturali e relazionali. Un secondo obiettivo specifico riguarda l'analisi dei processi attraverso cui persone assistite migranti e professionisti sanitari negoziano significati differenti relativi a salute, malattia, corpo e pratiche di cura, esplorando le strategie discorsive utilizzate per costruire comprensioni condivise.

La ricerca si propone inoltre di esaminare il ruolo della mediazione linguistico-culturale nei processi comunicativi, valutando efficacia, limiti e modalità di intervento in diverse tipologie di incontri clinici. Come evidenziato da Angelelli (2004: 23), il mediatore non è mai una figura neutrale ma un attore sociale che contribuisce attivamente alla costruzione del significato nell'interazione tripartita.

Un ulteriore obiettivo specifico consiste nell'esplorare le esperienze soggettive delle persone assistite migranti nei loro percorsi di accesso e utilizzo dei servizi sanitari, con particolare attenzione alle narrazioni di malattia e alle strategie di adattamento culturale. Parallelamente, la ricerca investiga le percezioni e le pratiche dei professionisti sanitari nell'incontro con persone assistite migranti, analizzando competenze culturali, atteggiamenti e strategie professionali adottate. Infine, la ricerca aspira a sviluppare raccomandazioni basate su evidenze per il miglioramento della comunicazione interculturale in ambito sanitario e per la formazione del personale sanitario. Questo obiettivo riflette l'orientamento applicato della ricerca e l'impegno a tradurre i risultati dell'analisi etnografica in indicazioni pratiche per migliorare la qualità dei servizi sanitari per le popolazioni migranti, seguendo l'approccio dell'antropologia medica applicata che aspira a collegare la ricerca accademica con l'intervento sociale concreto.

La domanda di ricerca centrale quindi, ruota intorno alla comprensione di come le pratiche comunicative e discorsive modellano l'incontro clinico tra persone assistite migranti e servizi sanitari in Italia, e quali dinamiche di potere, negoziazione di significato e costruzione di soggettività ne emergono.

Questa domanda centrale si articola in interrogativi più specifici che esplorano attraverso quali processi discorsivi persone assistite migranti e professionisti sanitari negoziano significati relativi alla salute e alla cura; quale ruolo svolge la mediazione linguistico-culturale nei processi comunicativi e quali sono le sue potenzialità e limitazioni; come vivono e narrano i persone assistite migranti le loro esperienze di accesso e utilizzo dei servizi sanitari; quali competenze, atteggiamenti e strategie caratterizzano l'approccio dei professionisti sanitari ai persone assistite migranti.

Come sottolineato da Good (2006: 152), la costruzione di significati condivisi in contesti clinici non è mai un processo neutrale ma coinvolge sempre negoziazioni di potere e autorità epistemica. Le domande secondarie della ricerca esplorano variazioni e specificità contestuali, investigando quali differenze emergano nell'interazione comunicativa tra diverse tipologie di servizi sanitari e come varino le dinamiche comunicative in relazione a variabili sociodemografiche delle persone assistite.

### *2.2.2 Contesti di ricerca: tre ambulatori del terzo settore*

Il lavoro sul campo si è svolto tra settembre 2023 e luglio 2024 in tre ambulatori del terzo settore situati in due città italiane: Firenze e Cosenza. La scelta di lavorare su tre presidi (due in Calabria e uno in Toscana) non risponde a un intento di rappresentatività statistica né a una comparazione "regionale" in senso stretto. È stata piuttosto guidata da una logica di triangolazione qualitativa e di contrasto situato: osservare come alcune dinamiche ricorrenti (mediazione linguistica informale, asimmetrie comunicative, produzione istituzionale della "verità" clinica) si modulino in contesti

organizzativi differenti del terzo settore. In questa prospettiva, la triangolazione è intesa come convergenza di fonti e livelli di osservazione (registrazioni e trascrizioni, note etnografiche, documenti e routine istituzionali, e confronto tra casi), finalizzata a rafforzare la solidità interpretativa senza appiattare le differenze locali. La scelta di questi contesti è stata quindi guidata da criteri di rappresentatività, accessibilità e rilevanza rispetto agli obiettivi della ricerca, seguendo un approccio di campionamento teorico che privilegia la variazione delle condizioni osservate. Tali spazi costituiscono ambienti di cura informale e spesso frammentaria, inseriti in un sistema sociosanitario in cui l'assistenza a persone assistite migranti o in condizioni di vulnerabilità linguistica e sociale è garantita in modo diseguale. In quanto realtà associative, questi ambulatori si collocano ai margini del Servizio Sanitario Nazionale, ma, come appuntato nel diario di campo dopo una conversazione informale con uno dei medici volontari, ne colmano alcune lacune strutturali offrendo prestazioni sanitarie primarie a soggetti che altrimenti risulterebbero esclusi o marginalizzati:

*Ricorda che all'inizio erano praticamente solo loro. Oggi per fortuna ci sono altri centri e "si tende a normalizzare". Ma insiste: "Noi siamo nati come unità di primo soccorso, però è logico che le persone devono avere la loro iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale. Questo fatto qua a un certo punto si è fermato. Invece deve diventare una cosa istituzionalizzata, un circuito regolare. Altrimenti... non è che puoi supplire. Ci vuole l'iscrizione al servizio, poi a un certo punto tu devi chiudere, cioè io devo chiudere." Gli rispondo: non dovrete avere ragione d'esistere. Lui sorride, allarga le braccia: "Oooohhh benissimo! Capito? Nati per estinguerci, non per durare. Ovviamente siamo in una situazione che si perderà ancora per parecchio tempo, con questo governo qua. (Diario di campo 8/11/2023).*

Le visite mediche che vi si svolgono non rispondono soltanto a bisogni clinici, ma incorporano anche aspetti amministrativi, documentali e relazionali che si intrecciano con le storie migratorie e con le pratiche di accoglienza istituzionale.

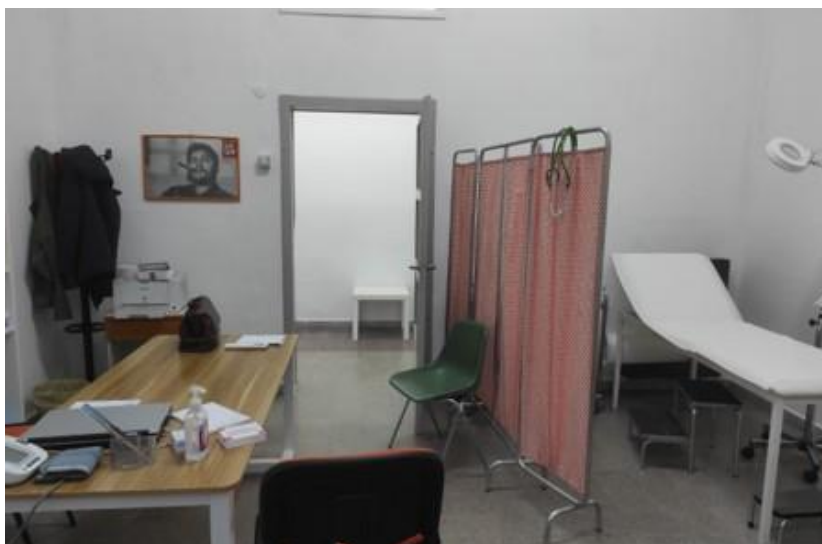
Nel primo contesto, un ambulatorio gestito da una storica rete di associazioni cosentine, ho potuto osservare il funzionamento di un'équipe multidisciplinare composta da medici volontari, mediatori linguistici e operatori dell'accoglienza. Il ruolo della mediazione linguistico-culturale era istituzionalizzato, anche se limitato da risorse intermittenti. Le visite si svolgevano spesso in un clima di cooperazione tra i diversi attori, ma anche di tensione latente dovuta alla pressione dei tempi e alla precarietà delle risorse.



*Ambulatorio 1 Corridoio d'attesa.*

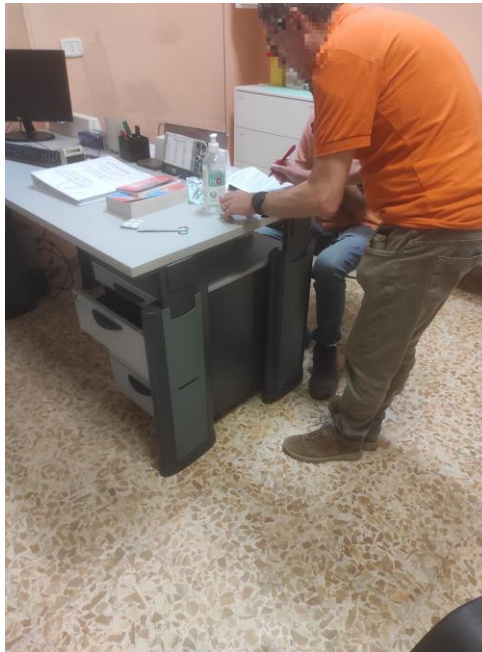
Il secondo contesto, situato a Cosenza, presentava una configurazione più informale: l'ambulatorio era gestito da una sola figura medica, senza mediatori strutturati, e con un'utenza prevalentemente francofona proveniente dall'Africa occidentale.

Le interazioni erano più dirette ma anche maggiormente esposte al rischio di incomprensioni linguistiche e silenzi comunicativi.



*2 Ambulatorio 2, stanza per le visite con MMG*

Il terzo ambulatorio, a Firenze, era caratterizzato da un'organizzazione più snella e da una visione della cura centrata sul rapporto diretto tra medico e persona assistita, con scarsa presenza di figure terze ma con una forte enfasi sulla costruzione di relazioni di fiducia nel tempo.



*Ambulatorio 3, il medico spiega al persona assistita la terapia*

Queste differenze tra i tre contesti hanno rappresentato una risorsa analitica importante, permettendo di osservare come le pratiche comunicative si plasmino in base alla configurazione istituzionale, alle lingue parlate, alle aspettative implicite e alla possibilità o impossibilità di tradurre linguaggi e vissuti. I contesti non sono stati assunti come casi statici da comparare, ma come ambienti dinamici in cui la mia presenza ha avuto effetti, generando forme di attenzione, sospensione, performance o, al contrario, dissimulazione.

### *2.2.3 Accesso al campo e negoziazione dei ruoli*

L'accesso al campo si è costruito nel tempo, attraverso relazioni personali, contatti accademici e collaborazioni già attive in progetti di ricerca e formazione. La mia posizione di dottoranda è stata presentata ai referenti delle strutture durante incontri informali e successivamente formalizzata in accordi orali e scritti, che includevano la possibilità di assistere alle visite mediche, registrare interazioni e mantenere un diario di osservazione.

La negoziazione dell'accesso è avvenuta in modo differenziato a seconda del contesto: in alcuni casi ha richiesto settimane di presenza silenziosa e partecipazione laterale, in altri è stata immediatamente accettata come occasione di confronto e valorizzazione della propria pratica. Nel centro di Firenze gestito dalla rete associativa, l'accesso è stato facilitato dalla presenza di una cultura organizzativa aperta alla ricerca e alla formazione. Nel contesto cosentino, più informale, la negoziazione è passata attraverso la costruzione graduale di un rapporto di fiducia personale con il medico responsabile.

La mia presenza è stata inquadrata talvolta come esterna (osservatrice, studentessa), talvolta come prossima ai ruoli dell'équipe, soprattutto quando accompagnavo le persone assistite o aiutavo nella traduzione di moduli o documenti. Questo posizionamento fluido ha influenzato non solo la quantità e qualità dei dati raccolti, ma anche le relazioni di fiducia, il tipo di discorso prodotto, e le configurazioni interazionali che si sono generate. L'ambivalenza tra insider e outsider ha costituito una dimensione cruciale dell'osservazione etnografica, rendendo evidente come la produzione di conoscenza non possa essere separata dal mio posizionamento sociale e affettivo.

L'accesso al campo si è intrecciato con il più ampio contesto politico e normativo italiano ed europeo, segnato da un crescente irrigidimento delle politiche migratorie e da una precarizzazione dei servizi per i richiedenti asilo. Le istituzioni coinvolte nella presa in carico sanitaria delle persone assistite osservate erano spesso attraversate da tensioni tra logiche di cura e logiche di controllo, che si riflettevano anche a livello micro nelle interazioni osservate. La ricerca si è svolta, dunque, in ambienti fortemente politicizzati, dove la cura non è mai neutra, e l'osservazione del campo ha richiesto un costante esercizio di riflessività e di ascolto situato.

### *2.3 Raccolta, selezione e trascrizione dei dati*

#### *2.3.1 Osservazione partecipante*

L'osservazione partecipante ha rappresentato il metodo principale di raccolta dati di questa ricerca etnografica, permettendo di documentare in tempo reale le dinamiche comunicative che si sviluppano negli incontri tra persone assistite migranti e professionisti sanitari. Come sottolineato da Spradley (1980: 3), l'osservazione partecipante è una strategia di ricerca che coinvolge simultaneamente l'analisi di documenti, l'intervista di informatori, la partecipazione diretta e l'osservazione, l'introspezione e l'osservazione di sé.

La tecnica dell'osservazione partecipante in contesti sanitari presenta sfide metodologiche ed etiche specifiche legate alla sensibilità degli argomenti trattati, alla vulnerabilità delle persone assistite e alla necessità di non interferire con i processi di cura. Il mio ruolo è stato negoziato caso per caso

con i professionisti sanitari e le persone assistite, variando da osservatore non partecipante a partecipante-osservatore in base alle circostanze specifiche e al consenso dei soggetti coinvolti.

Durante i diciotto mesi di ricerca, ho osservato 186 visite mediche. Le osservazioni sono state condotte in diverse tipologie di incontri clinici, dalle visite ambulatoriali di routine alle consultazioni d'urgenza, dai colloqui di prima accoglienza ai follow-up di persone assistite cronici. Particolare attenzione è stata prestata alle dinamiche non verbali della comunicazione, inclusi gesti, posture, utilizzo dello spazio, espressioni facciali e altri elementi paralinguistici che spesso assumono particolare rilevanza nella comunicazione interculturale. Come evidenziato da Hall (1976: 95), la comunicazione non verbale può trasmettere significati culturali cruciali che spesso sfuggono all'attenzione cosciente degli interlocutori.

Il focus dell'osservazione includeva le strategie comunicative adottate dai diversi attori, i momenti di incomprensione o conflitto, le negoziazioni di significato, l'utilizzo di strumenti di mediazione linguistica o culturale, e le modalità attraverso cui si costruivano o si rompevano alleanze terapeutiche. Ho prestato attenzione anche agli aspetti materiali dell'interazione, come l'organizzazione degli spazi, l'utilizzo di documenti e supporti visivi, e l'influenza dell'ambiente fisico sui processi comunicativi.

Le note etnografiche venivano redatte tra note descrittive, che documentano fatti osservabili, note analitiche, che includono interpretazioni preliminari del ricercatore, e note metodologiche, che riflettono sui processi di ricerca e sulle decisioni metodologiche. Questa strutturazione delle note ha facilitato successivamente il processo di analisi e ha permesso di distinguere tra osservazioni empiriche e interpretazioni del ricercatore.

### *2.3.2 RegISTRAZIONI audio e consenso informato*

La registrazione audio delle visite non è stata possibile in tutti i casi: in alcune situazioni, l'accesso alla registrazione è stato facilitato dalla familiarità con l'équipe medica e dalla disponibilità delle persone assistite; in altri casi, invece, la presenza di ostacoli linguistici, il carattere delicato del motivo della visita, o l'urgenza del contesto, hanno reso impossibile la registrazione.

La selezione delle visite da registrare ha seguito una logica di opportunità e sensibilità etica. Nessun dato è stato raccolto senza esplicito consenso informato da parte di tutti i soggetti coinvolti, reso in forma orale o scritta a seconda del contesto. Particolare attenzione è stata posta nel rispettare i principi della protezione dei dati personali e della riservatezza, sia durante la registrazione, sia nella fase di archiviazione e anonimizzazione.

Nelle situazioni di emergenza comunicativa, quando la traduzione del concetto di privacy o consenso informato risultava culturalmente opaca, il consenso è stato co-costruito spiegando

finalità, rischi e benefici in modo dialogico, con l'eventuale supporto di mediatori. In alcuni casi è stato necessario optare per un consenso verbale registrato, documentando le condizioni in cui veniva espresso.

Come sottolineato da Hugman, Pittaway e Bartolomei (2011: 1275), la ricerca con rifugiati e richiedenti asilo richiede un'attenzione particolare alle dinamiche di potere e alla possibilità che i partecipanti si sentano obbligati a partecipare per paura di conseguenze negative per il loro status. I nomi propri e ogni riferimento identificabile sono stati sostituiti da pseudonimi. Sono stati implementati accorgimenti per minimizzare i rischi di riconoscibilità attraverso pseudonimizzazione sistematica, rimozione di elementi identificativi, e conservazione dei file audio su dispositivi con accesso limitato.

### 2.3.3 *Trascrizione e convenzioni*

Le registrazioni sono state trascritte integralmente, con una particolare attenzione alle caratteristiche interazionali del parlato, come pause, sovrapposizioni, riformulazioni, autocorrezioni, esitazioni. Come sottolineato da Ochs (1979), la trascrizione non è un'operazione meramente tecnica ma costituisce un primo e fondamentale atto analitico. L'obiettivo non è stato quello di produrre trascrizioni micro-dettagliate secondo i criteri della *conversation analysis*, quanto piuttosto di rendere visibili le scelte linguistiche salienti e gli scambi di significato che rivelano asimmetrie o negoziazioni implicite.

La difficoltà di trascrivere conversazioni rumorose, frammentate e spesso interrotte da telefoni o altre persone presenti ha imposto scelte interpretative forti e una perdita inevitabile di sfumature prosodiche. Tuttavia, queste difficoltà tecniche riflettono le condizioni materiali in cui si svolge la cura negli ambulatori osservati e costituiscono esse stesse un dato etnografico significativo. Ogni trascrizione è stata riascoltata più volte per garantirne l'accuratezza e per iniziare a familiarizzare profondamente con il materiale.

### 2.3.4 *Diario di campo e scambi informali*

Il diario di campo ha avuto un ruolo centrale nell'intero processo di raccolta dati. Redatto in forma quasi quotidiana durante il periodo di osservazione, ha funzionato come strumento di documentazione, ma anche di elaborazione riflessiva. Attraverso il diario, ho potuto esplorare le mie reazioni, i momenti di disorientamento, le tensioni tra ruoli, e le implicazioni affettive e politiche della mia presenza nel campo.

Come evidenziato dalla letteratura sull'etnografia critica (Emerson et al., 1995; Davies, 2008), la scrittura del diario non rappresenta un atto neutro ma una pratica di posizionamento, in cui il dato

empirico si intreccia con le condizioni della sua emersione. Le note del diario seguono una struttura che distingue tra descrizioni degli eventi osservati, riflessioni analitiche preliminari, reazioni emotive, e questioni metodologiche emergenti.

Oltre alle osservazioni sistematiche, gran parte della raccolta dati si è basata su scambi informali con medici, mediatori e persone assistite al termine delle visite o durante le pause. Questi momenti, seppur non sistematicamente registrati, sono stati annotati nel diario e hanno offerto spunti interpretativi fondamentali per comprendere il contesto e le rappresentazioni che i diversi attori hanno della comunicazione sanitaria.

Questi scambi informali si sono spesso rivelati fonti preziose di informazioni, capaci di rivelare aspetti della cultura professionale e delle dinamiche istituzionali che difficilmente emergono in contesti più formali. In alcuni casi, questi colloqui hanno consentito di esplicitare tensioni latenti o cornici culturali che durante la visita non erano emerse verbalmente. La molteplicità di fonti – audio, note etnografiche, diario – riflette la necessità di adottare una prospettiva densa e multistrato, capace di rendere conto della complessità delle pratiche comunicative in contesti sanitari multilingui.

### *2.3.5 Criteri di selezione dei frammenti per l'analisi*

I frammenti discorsivi selezionati per l'analisi non sono stati scelti in base a criteri di rappresentatività statistica, ma per la loro densità interazionale, per la capacità di rendere visibili processi discorsivi rilevanti, e per la presenza di tensioni interpretative che illuminano il funzionamento delle asimmetrie comunicative nella pratica clinica. L'obiettivo non è produrre generalizzazioni universali, bensì costruire una lettura situata di fenomeni ricorrenti che emergono in modo emblematico in alcuni momenti delle interazioni registrate.

La selezione è avvenuta attraverso un processo iterativo, guidato da una doppia attenzione: da un lato, l'ascolto e la rilettura sistematica dei dati audio e delle trascrizioni, alla ricerca di sequenze in cui si rendessero evidenti posizionamenti, negoziazioni o incomprensioni; dall'altro, il confronto continuo con le osservazioni etnografiche annotate nel diario di campo, che ha permesso di contestualizzare le dinamiche discorsive alla luce delle relazioni costruite nel tempo, delle routine istituzionali e delle micro-politiche dell'interazione.

L'analisi si è concentrata su tre configurazioni comunicative: interazioni condotte in una lingua apparentemente condivisa tra medico e persona assistita, ma attraversate da malintesi e disallineamenti pragmatici; interazioni mediate da un mediatore linguistico-culturale, in cui la triangolazione apre a dinamiche complesse di rappresentazione e delega; interazioni in cui io stessa

assumo un ruolo ibrido (interprete, facilitatrice, osservatrice), incidendo sull'andamento e sul significato dell'incontro.

Queste situazioni condividono la presenza di un multilinguismo asimmetrico che non si riduce alla differenza di codice, ma riguarda l'accesso all'autorità discorsiva e alla legittimità epistemica. I frammenti sono stati selezionati anche in base alla loro capacità di mostrare come i partecipanti costruiscono, contestano o riconfigurano la propria posizione nella consultazione medica.

L'approccio analitico adottato è quello della *critical linguistic ethnography*, che intreccia l'attenzione ai dettagli micro-interazionali con una riflessione costante sulle cornici istituzionali e ideologiche che strutturano il discorso. Come sottolineato da Roberts e Sarangi (2005), si è posta particolare attenzione ai momenti rivelatori, ovvero passaggi in cui le routine comunicative vengono interrotte da domande, esitazioni, ironie o incomprensioni che segnalano la presenza di *frame* alternativi o in conflitto.

## 2.4 *Analisi dei dati*

### 2.4.1 *Analisi tematica*

L'analisi tematica rappresenta l'approccio principale per l'identificazione, l'analisi e il reporting dei pattern tematici all'interno dei dati raccolti. Come definita da Braun e Clarke (2006: 79), l'analisi tematica è un metodo per identificare, analizzare e riportare pattern (temi) all'interno dei dati, organizzando e descrivendo il dataset in ricco dettaglio e spesso interpretando vari aspetti del tema di ricerca.

Il processo di analisi tematica ha seguito un approccio induttivo, permettendo ai temi di emergere dai dati piuttosto che essere imposti da *framework* teorici prestabiliti, pur mantenendo un dialogo costante con la letteratura teorica rilevante. La fase iniziale di familiarizzazione con i dati ha coinvolto la lettura e rilettura ripetuta di tutti i materiali raccolti, incluse trascrizioni delle registrazioni, note etnografiche e documenti analizzati, con l'obiettivo di immergersi completamente nel contenuto e iniziare a notare pattern e significati emergenti.

Successivamente, si è proceduto con un'analisi in cui ogni segmento di testo rilevante è stato etichettato con un codice che ne catturasse il significato essenziale. In questa fase, l'obiettivo era rimanere il più possibile aderenti al linguaggio e alle categorie dei partecipanti, frammentando i dati per aprirli a nuove possibilità interpretative.

Attraverso la scrittura di memo analitici, ho iniziato a esplorare le relazioni tra queste categorie, le loro proprietà e le loro dimensioni, passando da un livello descrittivo a uno più interpretativo. Questo processo ha portato all'identificazione di una serie di temi ricorrenti che attraversavano

l'intero corpus di dati. Questi temi non erano semplicemente argomenti, ma veri e propri fili conduttori che permettevano di organizzare e interpretare la complessità delle esperienze osservate, come ad esempio la burocratizzazione della sofferenza, la negoziazione dell'autorità epistemica o il corpo come archivio della storia migratoria.

#### 2.4.2 *Analisi del discorso orientata ai temi*

Parallelamente all'analisi tematica, un'attenzione specifica è stata dedicata all'analisi del discorso delle interazioni cliniche trascritte, seguendo l'approccio della *discourse analysis* orientata ai temi sviluppato da Roberts e Sarangi (2005). Questo livello di analisi, più micro e focalizzato sulle pratiche linguistiche, ha permesso di rendere operative le premesse dell'etnografia critica esplorando come le più ampie strutture di potere e le asimmetrie di conoscenza si manifestassero nelle pieghe dell'interazione quotidiana.

L'analisi si è concentrata su specifici fenomeni discorsivi. Ho esaminato le strutture di partecipazione e la gestione dei turni di parola, notando chi parlasse, quando, per quanto tempo e chi aveva il potere di interrompere o di allocare il turno successivo (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974). Ho analizzato le scelte lessicali e l'uso di registri linguistici diversi (ad esempio, il passaggio dal linguaggio tecnico-specialistico della medicina a un registro più colloquiale), interpretandoli come strategie per costruire o ridurre la distanza sociale (Ferguson, 1959; Halliday & Martin, 1993; Sarangi, 2004).

Un'attenzione particolare è stata rivolta alle modalità di formulazione delle domande, distinguendo tra domande aperte, chiuse, suggerite, retoriche o considerate come pratiche che possono abilitare o limitare la narrazione della persona assistita (Heritage & Robinson, 2006; Frankel, 1984; Mishler, 1984; Zandvliet et al., 2004). Tale distinzione risulta cruciale nella distribuzione dell'autorità discorsiva e nell'istaurarsi di rapporti simmetrici o asimmetrici tra medico e persona assistita (Heritage, 2010). Ho studiato le strategie di framing, ovvero i modi in cui i partecipanti inquadrano un problema (ad esempio, come puramente biologico o come socio-emotivo), e le negoziazioni di *footing* (Goffman, 1981), cioè i cambiamenti nel posizionamento e nell'allineamento reciproco durante la conversazione. Particolare attenzione è stata posta sull'analisi dei repertori linguistici individuali e delle biografie comunicative dei parlanti-persone assistite (Gumperz, 1982; Blommaert & Rampton, 2011; Roberts et al., 2014), elementi centrali per comprendere le strategie di agentività linguistica, i percorsi di acquisizione e i processi di ibridazione, soprattutto nei contesti migratori. In questa prospettiva, il concetto di *cross-talk* elaborato da Gumperz risulta particolarmente rilevante per analizzare i disallineamenti interpretativi che emergono quando i partecipanti si orientano a cornici socio-culturali differenti, producendo fraintendimenti che non

dipendono esclusivamente dalla competenza linguistica, ma dal modo in cui segnali pragmatici e aspettative vengono interpretati nei contesti istituzionali. In questa stessa direzione si collocano i lavori di Rampton sulle pratiche di *crossing* (1995) che mostrano come l'attraversamento dei confini linguistici possa costituire una risorsa situata di posizionamento e negoziazione identitaria in contesti caratterizzati da asimmetrie di potere. Analogamente, gli studi di Harris condotti nelle *inner city schools* londinesi (1997) rendono visibile come le risorse linguistiche circolino all'interno di relazioni istituzionali, razzializzate e di classe, producendo effetti concreti di inclusione ed esclusione. Queste competenze e storie linguistiche influenzano sia l'accesso alla risorsa della parola sia la possibilità effettiva di negoziare senso e posizionamento nei dialoghi istituzionali (Sarangi, 2004; Pantouvakis et al., 2022).

L'analisi si è focalizzata inoltre sui processi di costruzione discorsiva dell'identità di persona assistita migrante, delle competenze culturali professionali, e delle dinamiche di potere che caratterizzano gli incontri clinici interculturali. È stata prestata attenzione alle strategie retoriche utilizzate dai diversi attori per legittimare le proprie posizioni, negoziare autorità epistemica, e costruire alleanze o distanze relazionali.

L'analisi ha incluso l'esame delle modalità linguistiche utilizzate per riferirsi alla diversità culturale, alle barriere comunicative, alle competenze professionali e ai bisogni delle persone assistite, esplorando come diverse scelte lessicali e sintattiche riflettessero e costruissero specifiche concezioni della comunicazione interculturale. Come evidenziato da Potter e Wetherell (1987: 149), i repertori interpretativi sono elementi costitutivi del senso comune che forniscono le risorse discorsive per costruire versioni della realtà sociale.

L'analisi di questi micro-fenomeni non è stata fine a sé stessa, ma costantemente messa in relazione con i temi più ampi emersi dall'analisi tematica, in un processo di continua triangolazione tra il micro-livello dell'interazione e il macro-livello delle strutture sociali e culturali.

#### 2.4.3 *Triangolazione dei dati*

La triangolazione dei dati rappresenta una strategia metodologica fondamentale per aumentare la credibilità e la completezza dell'analisi, attraverso la combinazione sistematica di diverse fonti di dati, diversi metodi di raccolta, e diverse prospettive analitiche. Come definita da Denzin (1978: 291), la triangolazione è la combinazione di metodologie nello studio dello stesso fenomeno, permettendo di superare i *bias* intrinseci che derivano dall'utilizzo di singoli metodi o singole fonti di dati.

La triangolazione metodologica combina osservazioni etnografiche, registrazioni audio e scambi informali per costruire una comprensione multidimensionale dei processi comunicativi interculturali

in ambito sanitario. Le osservazioni dirette delle interazioni cliniche vengono confrontate con le riflessioni retrospettive documentate nel diario di campo per identificare convergenze e divergenze tra comportamenti osservati e interpretazioni emergenti nel tempo.

La triangolazione delle fonti combina le prospettive registrate nelle interazioni con le osservazioni delle dinamiche non registrate e gli scambi informali per costruire una comprensione multi-perspettiva delle dinamiche comunicative osservate. Le diverse prospettive permettono di identificare punti di convergenza e divergenza nelle interpretazioni degli stessi eventi, rivelando come diversi posizionamenti sociali e professionali influenzino la percezione e la valutazione dei processi comunicativi interculturali.

La triangolazione temporale coinvolge il confronto tra osservazioni condotte in momenti diversi dello stesso contesto, permettendo di cogliere l'evoluzione delle competenze comunicative, delle strategie di adattamento e delle dinamiche relazionali. Questo approccio è particolarmente importante per comprendere come si sviluppino nel tempo le competenze interculturali e come si modifichino le strategie di comunicazione attraverso l'esperienza ripetuta.

La triangolazione spaziale combina osservazioni nei tre diversi ambulatori per identificare pattern comuni e specificità contestuali, permettendo di distinguere tra caratteristiche universali della comunicazione interculturale in ambito sanitario ed elementi che dipendono da specifiche configurazioni organizzative o professionali. Come sottolineato da Flick (2004: 178), la triangolazione non mira necessariamente a raggiungere un'unica versione vera degli eventi ma a costruire una comprensione più completa e sfaccettata dei fenomeni studiati.

Il processo di triangolazione include la ricerca attiva di casi negativi o disconfermanti che possano sfidare le interpretazioni emergenti, seguendo il principio dell'induzione analitica che richiede la continua revisione delle ipotesi interpretative alla luce di nuovi dati.

## 2.5 *Considerazioni etiche*

### 2.5.1 *Consenso informato e protezione dei partecipanti*

La ricerca con popolazioni migranti in contesti sanitari presenta sfide etiche specifiche legate alla vulnerabilità dei partecipanti, alla sensibilità dei dati raccolti e alle potenziali implicazioni delle informazioni condivise. Il processo di consenso informato è stato progettato per garantire che tutti i partecipanti avessero una comprensione chiara degli obiettivi della ricerca, dei metodi utilizzati, dei potenziali rischi e benefici, e dei loro diritti come partecipanti alla ricerca.

I documenti di consenso informato sono stati preparati in diverse lingue per facilitare la comprensione da parte dei partecipanti non italofoeni, e interpreti qualificati sono stati utilizzati

quando necessario per garantire che il consenso fosse veramente informato e volontario. Particolare attenzione è stata prestata all'utilizzo di un linguaggio accessibile che evitasse terminologie tecniche o accademiche che avrebbero potuto ostacolare la comprensione.

Il processo di consenso informato ha incluso informazioni dettagliate sui metodi di raccolta dati, specificando quando e come sarebbero state condotte osservazioni, registrazioni audio e colloqui informali. È stato spiegato chiaramente che la partecipazione era volontaria e che i partecipanti potevano ritirarsi dalla ricerca in qualsiasi momento senza conseguenze per l'assistenza sanitaria che ricevevano.

Particolare attenzione è stata prestata alle questioni di consenso in contesti di osservazione partecipante, dove la presenza del ricercatore può influenzare le dinamiche dell'interazione clinica. In questi casi, il consenso è stato negoziato tanto con i professionisti sanitari quanto con le persone assistite, e è stato rispettato il diritto di entrambi di rifiutare la presenza del ricercatore senza dover fornire spiegazioni.

Per i partecipanti in situazioni di particolare vulnerabilità, come richiedenti asilo o persone con status giuridico precario, sono stati sviluppati protocolli specifici che garantissero che la partecipazione alla ricerca non potesse in alcun modo compromettere la loro situazione legale o l'accesso ai servizi. È stato spiegato chiaramente che le informazioni raccolte erano riservate e che non sarebbero state condivise con autorità o istituzioni che potrebbero utilizzarle in modo dannoso per i partecipanti.

La ricerca è stata impostata nel rispetto della normativa italiana ed europea in materia di protezione dei dati personali (GDPR 2016/679) e delle linee guida etiche delle scienze sociali. Ogni fase – dall'accesso al campo, alla registrazione delle interazioni, alla trascrizione e restituzione – è stata negoziata con i soggetti coinvolti, sulla base del principio del consenso informato, inteso come processo e non come atto puntuale (Molyneux & Geissler, 2008).

### *2.5.2 Anonimato e confidenzialità*

La protezione dell'anonimato e della confidenzialità dei partecipanti rappresenta una priorità etica fondamentale, particolarmente importante in una ricerca che coinvolge popolazioni potenzialmente vulnerabili e che esplora tematiche sensibili legate alla salute e alle esperienze migratorie. Tutte le informazioni identificative sono state rimosse dai dati di ricerca e sostituite con pseudonimi che preservassero l'anonimato dei partecipanti.

I dati raccolti vengono conservati in archivi sicuri con accesso limitato al solo team di ricerca, e tutti i materiali che contengono informazioni identificative vengono conservati separatamente dai dati di

ricerca. Le registrazioni audio delle visite sono state trascritte rimuovendo tutti i dettagli identificativi e le registrazioni originali vengono cancellate secondo un programma prestabilito.

Sono stati implementati accorgimenti per minimizzare i rischi di riconoscibilità: ho sistematicamente usato pseudonimi; ho rimosso o alterato elementi identificativi (nomi di luoghi, dettagli biografici specifici); conservazione dei file audio; limitazione dell'accesso ai dati grezzi ai soli membri del team di ricerca. Nell'uso di vignette etnografiche, le situazioni sono state talvolta composite, fondendo più eventi simili per evitare l'identificazione diretta dei partecipanti.

Particolare attenzione è stata prestata alla protezione dell'anonimato nelle pubblicazioni e presentazioni dei risultati della ricerca, utilizzando descrizioni che preservino l'utilità analitica dei dati senza permettere l'identificazione dei partecipanti. Questo include l'alterazione di dettagli non essenziali come date specifiche, nomi di luoghi o istituzioni, e caratteristiche demografiche che potrebbero rendere identificabili i partecipanti.

Come evidenziato da Bourgois (1995: 13), l'etnografo ha la responsabilità etica di proteggere i partecipanti anche quando questo può limitare le possibilità di pubblicazione o diffusione dei risultati. La confidenzialità assume dimensioni particolarmente complesse quando la ricerca coinvolge professionisti sanitari e persone assistite nello stesso contesto, richiedendo strategie specifiche per garantire che le informazioni condivise da un gruppo di partecipanti non compromettano le relazioni professionali o terapeutiche con altri partecipanti.

## *2.6 Limiti e strategie di mitigazione*

### *2.6.1 Limiti metodologici e contestuali*

La ricerca presenta diversi limiti metodologici che è importante riconoscere e discutere per permettere una valutazione critica dei risultati e delle interpretazioni prodotte. Un primo limite riguarda la generalizzabilità dei risultati, caratteristica intrinseca della ricerca qualitativa che privilegia la profondità dell'analisi rispetto alla rappresentatività statistica. I risultati sono specifici per i contesti studiati e per i partecipanti coinvolti, e la loro trasferibilità ad altri contesti richiede una valutazione attenta delle somiglianze e differenze contestuali.

Ogni ricerca è attraversata da contingenze: accessi revocati, tempi istituzionali, stanchezze relazionali. Nel mio caso, i principali limiti hanno riguardato la discontinuità degli accessi agli ambulatori, dovuta a cambi organizzativi interni e a conflitti tra operatori; la difficoltà a registrare alcune interazioni triadiche medico-persona assistita-mediatore per resistenze dei professionisti o mancanza di tempo per ottenere consensi formali; la traduzione e trascrizione di conversazioni

plurilingue, frammentate e rumorose, che hanno imposto scelte interpretative forti e una perdita inevitabile di sfumature prosodiche.

Il processo di selezione dei partecipanti, pur seguendo criteri di massima variazione, può aver introdotto *bias* di selezione legati alla disponibilità e volontà di partecipare alla ricerca. Persone con esperienze particolarmente negative o traumatiche nei servizi sanitari potrebbero essere meno disponibili a partecipare, così come persone con competenze linguistiche molto limitate o in situazioni di grande vulnerabilità sociale.

La presenza del ricercatore durante le osservazioni cliniche può aver influenzato i comportamenti dei partecipanti, introducendo quello che viene definito effetto dell'osservatore o reattività. Sia i professionisti sanitari che le persone assistite possono aver modificato i loro comportamenti comunicativi consci della presenza di un osservatore, potenzialmente enfatizzando comportamenti considerati socialmente desiderabili e minimizzando altri aspetti delle loro interazioni.

Il mio posizionamento può aver limitato l'accesso a certi tipi di informazioni o aver influenzato il modo in cui i partecipanti migranti hanno condiviso le loro esperienze. Come evidenziato da Merriam et al. (2001: 405), i ricercatori 'insider' e 'outsider' hanno accesso a diversi tipi di informazioni e possono ottenere narrazioni diverse dagli stessi partecipanti.

I risultati della ricerca sono inoltre influenzati dalle caratteristiche specifiche del contesto geografico, politico e sociale in cui è stata condotta, limitando la trasferibilità dei risultati ad altri contesti con caratteristiche diverse. Il periodo storico in cui è stata condotta la ricerca può aver influenzato i risultati, considerando che le dinamiche migratorie, le politiche sanitarie e gli atteggiamenti sociali verso la migrazione sono soggetti a cambiamenti nel tempo.

Come sottolineato da Vertovec (2007: 1024), la «super-diversità» che caratterizza molti contesti migratori contemporanei rende sempre più difficile la generalizzazione di risultati da un contesto all'altro. Le tradizioni professionali e formative del personale sanitario locale rappresentano un ulteriore elemento di specificità contestuale che influenza significativamente i risultati.

Per affrontare tali limiti sono state adottate strategie di adattamento durante la progettazione e la conduzione della ricerca. La triangolazione di metodi, fonti e prospettive rappresenta la strategia principale per aumentare la credibilità e la completezza dell'analisi, permettendo di identificare e correggere possibili distorsioni derivanti dall'utilizzo di singoli metodi o singole fonti di informazione.

Sono state utilizzate triangolazione tra diverse fonti (osservazioni non registrate, note immediatamente successive, colloqui informali); uso di vignette sintetiche quando la registrazione non era possibile; analisi focalizzata su sequenze interattive 'dense' invece che sull'intero corpus;

ritorni periodici ai servizi per verificare interpretazioni emergenti. Questi vincoli non sono solo ostacoli, ma parte integrante della ‘grammatica del campo’: rendono visibili le condizioni materiali, affettive e politiche in cui la cura si svolge e la ricerca si insinua.

La riflessività metodologica continua, documentata attraverso un diario di ricerca, permette di monitorare l’influenza del posizionamento del ricercatore sui dati raccolti e sulle interpretazioni prodotte. Questo processo include la documentazione delle reazioni emotive del ricercatore, dei processi di negoziazione dell’accesso, e delle sfide incontrate, permettendo di valutare criticamente l’impatto di questi fattori sui risultati.

La diversificazione dei contesti di ricerca e la prolungata presenza sul campo aiutano a ridurre l’effetto dell’osservatore e a catturare una gamma più ampia di dinamiche comunicative. L’osservazione ripetuta nello stesso contesto permette ai partecipanti di abituarsi alla presenza del ricercatore e di comportarsi in modo più naturale. Come evidenziato da Mays e Pope (2000: 51), la credibilità della ricerca qualitativa dipende significativamente dalla trasparenza sui processi di ricerca e sulle strategie adottate per garantire il rigore metodologico. L’esplicitazione dettagliata dei criteri di selezione dei partecipanti, dei processi di raccolta e analisi dei dati, e delle decisioni metodologiche prese durante la ricerca permette ai lettori di valutare criticamente la qualità e la trasferibilità dei risultati.

### 2.6.2 Sintesi metodologica: coerenza tra obiettivi, metodo e analisi

In conclusione, la metodologia adottata – etnografia discorsiva critica, osservazione partecipante, registrazione e analisi delle interazioni, riflessività posizionata – si allinea agli obiettivi di questo lavoro: comprendere come la comunicazione clinica, in contesti di migrazione, sia un luogo di produzione di significati, poteri e vulnerabilità, e come attraverso il linguaggio la cura possa essere resa possibile, ostacolata o trasformata.

La scelta di strumenti ‘lenti’ e qualitativi non è semplicemente una preferenza disciplinare, ma una necessità epistemologica per cogliere la complessità processuale della relazione di cura, i suoi non detti, le sue frizioni e le sue possibilità trasformative. Come sottolineato da Blommaert (2013: 138), l’etnografia sociolinguistica può offrire contributi significativi ad altre discipline proprio attraverso la sua capacità di rivelare le micro-dinamiche attraverso cui si costruiscono e si negoziano i significati sociali.

Il percorso metodologico descritto in questo capitolo fornisce le basi per l’analisi che seguirà nei capitoli successivi, dove i dati empirici raccolti saranno esaminati alla luce del *framework* teorico delineato nei primi capitoli, con l’obiettivo di contribuire tanto alla comprensione accademica dei

fenomeni comunicativi interculturali in ambito sanitario, quanto al miglioramento concreto delle pratiche di cura per le popolazioni migranti.

### 3 IL POTERE NELLE INTERAZIONI SANITARIE MULTILINGUI

#### 3.1 Criteri di selezione dei dati e questioni etiche<sup>17</sup>

L'analisi dei casi presentati in questo capitolo si colloca all'intersezione tra una lettura biopolitica della cura, intesa come insieme di pratiche istituzionali che governano corpi, tempi e accessi, e una prospettiva attenta alle forme di violenza simbolica che si producono nelle interazioni cliniche attraverso il linguaggio, la traduzione e la distribuzione asimmetrica della parola. Questa doppia lente consente di leggere i dati non come semplici scambi comunicativi, ma come luoghi in cui potere, cura e significazione si co-producono. Durante i quindici mesi di lavoro di campo ho osservato complessivamente 186 momenti interazionali, distribuiti in tre contesti sanitari: un ambulatorio del terzo settore a Cosenza, un'équipe multidisciplinare per la presa in carico di vittime di tortura nella stessa città, e un ambulatorio associativo a Firenze.

Questi spazi, pur diversi per struttura e finalità, condividono un carattere informale e solidale: sono luoghi in cui la cura si produce nella tensione tra dispositivi biomedici, vincoli amministrativi e pratiche quotidiane di accoglienza.

Nel complesso, circa centosessanta degli eventi osservati corrispondono a visite mediche vere e proprie, mentre le restanti osservazioni riguardano colloqui informali, momenti di attesa o coordinamento tra operatori, anch'essi inclusi nel diario di campo in quanto parte integrante della scena comunicativa.

Non tutte le visite sono state registrate in audio. In numerosi casi persone assistite e operatori hanno espresso consenso alla mia presenza come osservatrice, ma non alla registrazione sonora,

---

<sup>17</sup> Nel corso della tesi, i termini *etica* e *giustizia* non vengono impiegati come categorie astratte o universalizzanti, né come principi normativi dati per acquisiti. Al contrario, essi sono intesi come nozioni situate, storicamente e politicamente connotate, che prendono forma all'interno delle pratiche concrete di cura, delle interazioni istituzionali e delle relazioni di potere osservate sul campo.

Il riferimento all'*etica* riguarda principalmente una postura di ricerca e di intervento che si esprime nell'attenzione al posizionamento dell'etnografa, alla responsabilità nei confronti delle persone coinvolte e alla riflessività rispetto agli effetti prodotti dalla ricerca stessa. In questo senso, l'uso del termine non coincide con una concezione moralistica o prescrittiva, né con un richiamo a codici etici formali, ma rimanda a una pratica situata di ascolto, mediazione e presa in carico delle conseguenze epistemiche e relazionali del lavoro di campo.

Analogamente, il riferimento alla *giustizia*, e in particolare all'espressione *cura giusta* o *medicina giusta*, non indica un ideale normativo astratto, ma una tensione empiricamente osservabile verso forme di cura che tengano conto delle disuguaglianze strutturali, linguistiche e istituzionali che attraversano i contesti sanitari studiati. La giustizia è qui intesa come processo relazionale e pratico, che si costruisce "una traduzione alla volta" nelle interazioni quotidiane, piuttosto che come un principio esterno applicabile in modo uniforme.

Questa prospettiva consente di leggere l'etnografia non solo come metodo di indagine, ma come pratica etico-politica situata, capace di rendere visibili le frizioni, le asimmetrie e le possibilità di trasformazione che emergono nei dispositivi di cura osservati.

soprattutto in situazioni di particolare vulnerabilità (visite psicologiche, narrazioni di violenza). In tali casi, ho preferito non registrare, sostituendo la documentazione Verbatim con note etnografiche dense, redatte subito dopo l'interazione.

L'insieme dei materiali è quindi eterogeneo: comprende registrazioni audio, trascrizioni, note di campo, diari riflessivi e vignette etnografiche. La selezione delle dieci interazioni presentate in questo capitolo si fonda su criteri teorici ed etici: ciascun episodio è stato scelto per la sua capacità di illuminare un nodo analitico specifico – mediazione linguistica, accesso ai servizi, trauma e il mio posizionamento come ricercatrice – e per la possibilità di essere restituito nel rispetto dell'anonimato e del consenso informato.

Come sottolineano Lincoln e Guba (1985: 314), la validità in una ricerca qualitativa risiede nella trasparenza del processo di selezione e nella ricchezza interpretativa che i casi consentono di sviluppare. In questa prospettiva, la varietà dei formati (registrazione, trascrizione, descrizione etnografica) non rappresenta un limite, ma un modo di rendere conto della pluralità epistemica che attraversa la cura nei contesti multilingui. Tutti i riferimenti identificabili sono stati anonimizzati<sup>18</sup>: nel testo si indicano solo le città (Cosenza, Firenze) e i ruoli generici (medico, persona assistita, mediatore, operatore). Le registrazioni e le trascrizioni integrali verranno conservate in archivio protetto, in conformità con le procedure etiche del progetto.

### 3.2 *Mediazione linguistica: fragilità e fluidità*

#### 3.2.1 *Il primo caso e la costruzione collettiva del senso clinico*

L'interazione è tratta da una registrazione audio dell'interazione clinica che si svolge l'11 ottobre presso un ambulatorio del terzo settore a Cosenza. Sono presenti un medico, un operatore della struttura e una persona assistita di origine bengalese; nel corso della visita interviene anche un altro assistito arabofono. La visita riguarda una ferita al piede che presenta segni di infezione. L'interazione avviene in assenza di un mediatore linguistico formale.

Operatore: *ferro un chiodo qualcosa di conficcato dentro che poi lui...*

Medico: *eh vabbè c'è rimasto.*

Operatore: *e sì, fondamentalmente c'è quello che è... E in più l'altro problema che ha è che lui non riesce a chiudere...* [alla persona assistita]: *show doctor, show.*

[La persona assistita fa vedere la ferita]

Medico: *pain?*

Operatore: *pain...*

---

<sup>18</sup> Tutti i nomi che seguiranno nei capitoli sono nomi di fantasia.

Medico: *tu che [parli]... English?* [rivolto alla persona assistita]  
Operatore: *poco poco, little little.*  
Medico: *allora, quando?* [mima con la mano la domanda “da quanto tempo?”, sempre rivolto alla persona assistita]  
Operatore: *più o meno una ventina di giorni fa, si è fatto male, che questo me lo sono già fatto dire.*  
Medico: *eh ma vediamo se concorda* [all’operatore, riferendosi alla persona assistita].  
Operatore: *ok.*  
Medico: *dimmi, dimmi* [prendono cellulare per guardare insieme il calendario]  
Persona assistita: *one one one.*  
Medico: *quando, 1° ottobre? Di questo mese?*  
Operatore: *1° ottobre? september?*  
Persona assistita: *no ehm...*  
Operatore: *october? october?* [con tono basito] *No september.*  
[La persona assistita annuisce]  
Operatore: *ok.*  
[Il medico inizia la visita, osserva il piede]  
Medico: *e il chiodo?* [vuole capire quanto grande] *tipo questo qua?* [indica un chiodo sul muro per capire la dimensione]  
[Momento di confusione, non si capisce la dinamica, alla fine il medico conclude che la persona assistita si è graffiato con un chiodo]  
Medico: *Aaah, ho capito sei andato a tirare del sangue e poi e quindi ha fatto infezione. Allora, non ci premere. Va bene, allora...*  
[Il medico continua a guardare il piede]  
Medico: *e vabbè allora chissu [sic] ha fatto infezione.*  
Operatore: *solo infezione, quindi non ci sono altri problemi.*  
Medico: *nono.*  
[Si sovrappongono]  
Operatore: *correlati... essi chissu è ru coso, è ru pus [sic]. Si, allora questo è il coso, il pus.*  
Medico: [alla persona assistita] *Yellow, giallo, non buono, pus pus.*  
Operatore: *non c’è niente quindi di... Antipatico.*  
Medico: *no no perché lui non è che si è... Cioè non aveva il chiodo dentro, lui facendo così si è tagliato.*  
Operatore: *no io avia capitu [sic] invece che lui lo aveva estratto, almeno quando ho parlato con uno... Io ho parlato proprio con uno di lingua.*  
Medico: *eh.*  
Operatore: *che quindi mi ha tradotto, ehm, e lui mi diceva che lui ha avuto questa cosa e che poi lui lo ha proprio estratto. non è che si è fatto male.*  
Medico: *blood?* [alla persona assistita]  
Persona assistita: *no no.*  
[Si sentono rumori in sottofondo]  
Medico: *allora, chiodo, qua dentro?* [mima]  
Persona assistita: *nono.*  
Medico: *e allora ha fatto così?* [mima il gesto del farsi un graffio con oggetto contundente e fischia il movimento]  
[La persona assistita cerca di parlare ma non si capiscono, la situazione diventa un po’ più concitata e l’operatore ha l’intenzione di prendere il cellulare per usare Google Translate]  
Operatore: *Arabic? o Bengala?* [intende il Bengali, chiede alla persona assistita]  
[La persona assistita continua a provare a parlare un po’ ma non riesce]  
Operatore: *Bangladesh?* [continua a chiedere in un modo in cui si potessero capire per chiedere quale lingua preferisse]  
[Persona assistita annuisce]  
Operatore: *Aspè[tt]a.* [esce perché il telefono non prende e vogliono provare a usare Google Translate]

Operatore: *problem internet uskala internet. Ma non c'è linea qua possibile? No!*  
 Persona assistita: *Arabic?*  
 Operatore: *No arabic no arabic...*  
 Medico: *possiamo vedere se c'è qualcuno che ci sta qua fuori.*  
 Operatore: *ah coso!*  
 [Escono entrambi, sia il medico che l'operatore, cercano quindi un'altra persona che aspettava il suo turno per la visita, arabofona. Passa un po' di tempo.]  
 Medico: *vieni vieni, che mi dai una mano* [alla persona assistita X].  
 Operatore: *parli arabo?*  
 [Persona assistita X annuisce]  
 Medico: *allora, lui parla arabo.*  
 [Iniziano loro due a parlare in arabo]  
 Persona assistita X: *ha detto che è uscita acqua.*  
 Medico: *uscita acqua? gli devi chiedere come si è fatto male, come si è fatto male.*  
 Persona assistita X: *ha detto con un legno.*  
 Medico: *con un legno??*  
 Persona assistita X: *eh sì, pare che sì.*  
 Medico: *ah con un legno qua! non chiedo?*  
 Operatore: *ha cangiatu tuttu.*  
 Persona assistita X: *nono con un legno.*  
 Medico: *quindi un pezzo di un legno gli è entrato dentro.*  
 Persona assistita X: *ha detto di sì.*  
 Medico: *e come si è fatto male? Dove?*  
 [Le persone assistite parlano in arabo e persona assistita X traduce simultaneamente]  
 Persona assistita X: *entrato mentre sua... Ha detto dopo uscita acqua, come liquidi, ha detto quando fa così gli fa male.*  
 Medico: *quando fai così ti fa male* [mima il premere sulla pelle].  
 Persona assistita: *sisisi!*  
 Medico: *allora allora okay, allora, dobbiamo fare la stessa cosa, ci facciamo la pulizia e il cos, se non dovesse guarire, va visto se c'è rimasto qualcosa dentro.*  
 Operatore: *e come lo dobbiamo vedere?*  
 Medico: *eh va poi tagliato e pulito. Adesso proviamo a farlo senza ovviamente tagliare niente.*  
 [Nel frattempo le persone assistite continuano a parlare arabo mentre il medico spiega all'operatore cosa sta andando a fare]  
 Medico: *vedi che ci sta... Ti faccio male?*  
 Persona assistita: *no no.*  
 Medico: *comunque si deve prendere un po' di antibiotico, ma è tutto ok.*  
 [Operatore ringrazia, si salutano tutti ed escono dalla stanza.]

La visita è focalizzata su una ferita al piede che presenta segni di infezione e pus. Fin dalle prime battute, lo scambio è caratterizzato da una profonda incertezza sulla dinamica dell'infortunio, oscillando tra l'ipotesi di un chiodo e quella di un graffio. Il medico tenta ripetutamente di scavalcare la mediazione dell'operatore per cercare una conferma diretta dall'assistito, utilizzando il mimo, la comparazione visiva con oggetti presenti nella stanza e il calendario di un cellulare per definire la tempistica dell'evento.

La situazione si fa concitata quando emerge un'incomprensione tra l'operatore, che aveva precedentemente parlato con un altro intermediario linguistico, e i riscontri visivi del medico. Il

tentativo di utilizzare strumenti digitali come Google Translate fallisce per l'assenza di connessione internet nei locali dell'ambulatorio.

Per superare l'impasse, il medico e l'operatore decidono di cercare assistenza all'esterno della stanza, coinvolgendo un altro uomo in attesa. Attraverso questa triangolazione spontanea in lingua araba, la narrazione del paziente cambia radicalmente: l'oggetto contundente viene identificato non più come un chiodo, ma come un pezzo di legno penetrato nel piede. Lo spazio della clinica si configura come un luogo in cui la diagnosi emerge progressivamente attraverso interazioni successive e tentativi di chiarificazione. In questo senso, la verità clinica non è data in modo immediato, ma prende forma attraverso una catena di traduzioni estemporanee e l'uso del corpo come mappa del dolore. L'incontro dell'undici ottobre si apre in *medias res*, senza un turno di accoglienza formale, ma dentro una trama già avviata tra medico e operatore. L'ingresso della persona assistita avviene in silenzio, mentre la voce dell'operatore anticipa e traduce il suo racconto:

Operatore: *ferro un chiodo qualcosa id conficcato dentro che poi lui...*

Medico: *eeeh vabbè c'è rimasto.*

Operatore: *e sì, fondamentalemente c'è quello che è... E in più l'altro problema che ha è che lui non riesce a chiudere... [all'assistito]: show doctor, show.*

Il paziente, qui, diventa oggetto enunciato più che soggetto parlante. Come nota Heritage (1984), la sequenza iniziale di un incontro medico tende a definire i ruoli discorsivi: chi detiene la parola costruisce il *frame* epistemico entro cui l'altro può muoversi. L'operatore, con un inglese minimo e un repertorio misto di dialetto e italiano, introduce l'evento come fatto compiuto, e il medico risponde assumendo la diagnosi («c'è rimasto»). L'interazione è dunque triadica fin dall'inizio, ma instabile: il paziente è presente fisicamente, ma la sua voce è rimandata o sospesa.

Quando il medico prova a riaprire la relazione diretta – «pain?» – l'operatore ripete l'enunciato senza tradurlo, generando un *echo turn* che conserva la forma ma non il contenuto. È una «traduzione fantasma» (Niemants 2014): il segno linguistico si sposta ma non porta con sé significato. La persona assistita rimane in attesa, e il gesto sostituisce la parola.

Medico: *allora, quando? [mima con la mano la domanda «da quanto tempo?»]*

Operatore: *più o meno una ventina di giorni fa, si è fatto male, che questo me lo sono già fatto dire.*

In questo scambio si vede bene come il *repair* – inteso non come correzione ma come pratica di riparazione della comprensione (Schegloff et al. 1977) – diventi il motore stesso dell'interazione. Il medico tenta di produrre un turno visivo, l'operatore lo completa verbalmente, ma la fonte

dell'informazione rimane ambigua («me lo sono già fatto dire»). Qui il sapere clinico non deriva da un'esperienza condivisa ma da una catena di interpretazioni: ciò che Bourdieu (1982) chiamerebbe un campo di forze simboliche, dove ogni atto linguistico redistribuisce l'autorità di parlare.

Il momento in cui i tre si chinano sul calendario per cercare una data («dimmi, dimmi») è emblematico: la conoscenza diventa gesto coordinato, un joint action nel senso di Goodwin (2000). La materialità dell'oggetto – il calendario – sostituisce temporaneamente la lingua come mediatore. Quando la persona assistita dice «one one one», il medico tenta una traduzione ipotetica («quando, 1° ottobre?»), subito confermata e corretta in un ping-pong triadico tra medico, operatore e persona assistita. Questa micro-sequenza mostra in atto ciò che Gee (2014) definisce «Discorsi come pratiche di allineamento»: non si tratta solo di parole, ma di come gli interlocutori si posizionano rispetto al sapere che stanno co-costruendo.

L'interazione si muove così tra frammenti di lingue, gesti, e sguardi, senza che nessuno possieda pienamente il discorso. La persona assistita è, letteralmente, tradotta a più voci; eppure, proprio in questa molteplicità, la cura prende forma.

Dopo un momento di apparente comprensione reciproca, la comunicazione si inceppa nuovamente. Il medico cerca di chiarire la dinamica dell'incidente, ma le risposte della persona assistita restano vaghe, segnate da esitazioni e alternanza di lingue. L'operatore, nel tentativo di tradurre, introduce ulteriori incertezze:

Medico: *allora, chiodo, qua dentro?* [mima]

Assistito: *no, no.*

Medico: *e allora ha fatto così?* [mima il gesto del farsi un graffio con oggetto contundente e fischia il movimento]

Persona assistita: *(cerca di parlare ma non si capisce).*

Operatore: *Arabic? o Bengala?*

Qui l'ordine sequenziale collassa: nessun turno è pienamente riconosciuto, e i partecipanti oscillano tra codici e tentativi di significazione. La CA ci mostra come, in tali momenti, il silenzio e l'esitazione non siano vuoti comunicativi, ma *eventi di disallineamento epistemico* (Heritage 2012). Il linguaggio si interrompe non perché manchi, ma perché si moltiplica: troppi codici competono per la legittimità interpretativa.

Quando l'operatore propone l'uso del telefono – «Aspè[tt]a. Problem internet, *uskala* internet» – l'interazione entra in una sospensione che Niemants (2014) definirebbe «interazione paralizzata»: l'applicazione tecnologica diventa il nuovo mediatore simbolico, ma il fallimento della connessione («non c'è linea qua possibile?») restituisce brutalmente la materialità della comunicazione. Il corpo

del medico, il gesto, e la voce esitante dell'operatore si fanno carico del vuoto lasciato dall'algoritmo.

Questo momento di stallo rende visibile la dipendenza epistemica della medicina contemporanea dalla traduzione come pratica materiale e tecnologica. Non è solo una pausa nella conversazione, ma un'interruzione nell'accesso al sapere medico: chi non parla la lingua dominante rimane escluso non solo dalla parola, ma anche dalla possibilità di far esistere la propria esperienza come «dato clinico».

Il tentativo di rimediare arriva attraverso l'inclusione di un'altra assistita, arabofona:

Medico: *possiamo vedere se c'è qualcuno che ci sta qua fuori.*

Operatore: *ah coso!*

Medico: *vieni vieni, che mi dai una mano.*

Operatore: *parli arabo?*

Assistita X: *(annuisce)*

Con l'ingresso della nuova interlocutrice, il *participation framework* (Goffman 1981) si riconfigura. Il campo dell'interazione non è più medico-paziente-operatore, ma un gruppo in cui i confini tra chi traduce, chi cura e chi viene curato si fanno porosi. L'assistita X diventa mediatrice improvvisata, spostando la distribuzione di potere linguistico: la sua voce, non istituzionale, diventa chiave per riattivare il flusso comunicativo.

Medico: *e come si è fatto male? Dove?*

Assistita X: *ha detto con un legno.*

Medico: *con un legno??*

Assistita X: *eh sì, pare che sì.*

Medico: *ah con un legno qua! non chiedo?*

Operatore: *ha cangiatu tuttu.*

Questo scambio mette in scena una *ricostruzione collettiva del reale*: il «chiodo» diventa «legno», l'oggetto dell'infezione cambia natura, e con esso cambia la narrazione della malattia. La diagnosi si produce attraverso una serie di eventi di traduzione (Roberts & Sarangi 2005) in cui la verità medica non è data, ma co-costruita.

La frase dialettale dell'operatore – «*ha cangiatu tuttu*» – è quasi una chiosa metalinguistica: riconosce l'instabilità stessa del discorso come condizione della cura. In questa scena, la polifonia (Bakhtin 1981) non è solo linguistica ma epistemologica: più voci, più idiomi, più mondi simbolici si intrecciano nella costruzione del senso.

Il medico, concludendo – «ti faccio male?», «si deve prendere un po' di antibiotico, ma è tutto ok» – riporta la conversazione dentro i confini del *frame* biomedico. Ma l'ordine ristabilito è solo

apparente: la diagnosi nasce da un'azione collettiva, da un «joint sense-making» (Gee 2014) che ha richiesto la negoziazione di corpi, gesti e lingue.

Questo episodio mostra dunque che la «mediazione» non è un supporto esterno alla comunicazione, bensì il luogo stesso in cui la cura si fa possibile. Il *repair* non corregge un errore: crea il mondo condiviso in cui la persona assistita può essere curato.

Una volta ristabilito un minimo di comprensione grazie alla mediazione improvvisata della persona assistita arabofona, il medico riporta gradualmente l'interazione entro un formato clinico riconoscibile. Il passaggio è netto: da una scena collettiva e caotica, in cui i ruoli erano fluttuanti, si ritorna a un dialogo più lineare, medico-persona assistita, mediato solo a tratti.

Medico: *allora allora okay, dobbiamo fare la stessa cosa, ci facciamo la pulizia e il cos, se non dovesse guarire, va visto se c'è rimasto qualcosa dentro.*

Operatore: *e come lo dobbiamo vedere?*

Medico: *eh va poi tagliato e pulito. Adesso proviamo a farlo senza ovviamente tagliare niente.*

In questa sequenza, il medico reintroduce una forma di *sequenza direttiva* (Heritage & Maynard 2006): la lingua torna a funzionare secondo una logica gerarchica, dove il sapere e l'iniziativa risiedono da un solo lato. Tuttavia, la conversazione conserva ancora tracce di cooperazione: il «dobbiamo» («dobbiamo fare la stessa cosa») segnala un ritorno al plurale, un noi che ricompone, anche linguisticamente, il rapporto terapeutico. È una formula di inclusione che maschera, ma non cancella, l'asimmetria.

Durante la fase di esame, il medico tenta di ripristinare il ritmo tipico dell'interazione clinica, fatto di domande chiuse, conferme e istruzioni operative.

Medico: *vedi che ci sta... Ti faccio male?*

Assistito: *no, no.*

Medico: *comunque si deve prendere un po' di antibiotico, ma è tutto ok.*

Il «*tutto ok*» segna il ritorno del *frame* di normalità. È un atto linguistico che, pur apparentemente neutro, racchiude una dimensione di potere: sancisce la chiusura del ciclo diagnostico, il ristabilirsi dell'ordine biomedico e la riappropriazione del controllo da parte del medico. Tuttavia, come mostra Das (2007), la normalità è sempre il prodotto di un lavoro linguistico e relazionale: la pace apparente della scena nasconde la fatica della traduzione e la vulnerabilità di chi vi partecipa.

La conclusione dell'incontro, con il ringraziamento dell'operatore e i saluti reciproci, restituisce un'immagine di efficienza clinica, ma questa efficienza è il risultato di una negoziazione continua.

La cura, in questo caso, non è stata semplicemente erogata: è stata costruita nel tempo, attraverso breakdown, tentativi di riparazione e la mobilitazione di risorse linguistiche e umane impreviste.

L'episodio mette in evidenza il carattere situato e collettivo della medicina quando è praticata in contesti multilingui. Come ricorda Hammersley (1990), l'analisi etnografica non può ridursi alla descrizione di ruoli: deve mostrare come questi si formano e si disgregano nel corso dell'interazione. Qui, la figura del medico emerge come quella di un coordinatore discorsivo, più che di un'autorità sovraordinata. L'operatore agisce da 'ponte semantico', e l'assistita X, inaspettatamente, diventa l'elemento che riattiva la circolazione di senso.

In una prospettiva ispirata a Gee (2014), si può dire che la pratica discorsiva qui osservata costruisca un Discorso della cura che eccede la competenza linguistica: la comprensione diventa un atto distribuito tra persone, gesti e oggetti. La lingua non è solo un mezzo di comunicazione, ma tecnologia relazionale (Mol 2008) che tiene insieme frammenti di mondi.

Così, la chiusura di questa visita non segna una conclusione lineare, ma il ritorno a un equilibrio precario. Il «tutto ok» del medico, lungi dall'essere la fine del dialogo, è piuttosto una sospensione: un tentativo di riportare la complessità all'interno di una forma rassicurante. È in questa oscillazione – tra disordine e ordine, fra voce e traduzione – che si materializza il linguaggio della cura.

### 3.2.1.1 *Co-produzione del sapere clinico*

Questo episodio mostra in modo emblematico come la comunicazione sanitaria, in un contesto multilingue e informale, si regga su un equilibrio costantemente negoziato tra asimmetria e cooperazione. La fragilità della mediazione non è un incidente da correggere, ma la condizione ordinaria entro cui si produce la cura. Ogni *repair*, ogni gesto, ogni pausa costruisce un frammento di senso condiviso, in cui la medicina prende forma non come sapere già dato ma come atto relazionale (Heritage 1984: 259).

L'instabilità linguistica – passaggi tra italiano, inglese, dialetto, arabo e tentativi di Bengali – mette in luce la natura ecologica del discorso medico (Niemants 2014: 88): la comunicazione si adatta continuamente ai vincoli materiali, alle competenze e alla presenza contingente di altri attori. In questo senso, la traduzione diventa un processo collettivo, non un servizio tecnico: una pratica che ridefinisce ruoli e gerarchie.

Come suggerisce Gee (2014: 29-30), ogni «Discorso» è un modo di essere nel mondo, e qui il Discorso della cura emerge come spazio di co-presenza e improvvisazione. Il medico parla e agisce in più registri simultanei – clinico, gestuale, pedagogico – mentre l'operatore e la persona assistita – mediatrice introducono forme vernacolari di sapere. La diagnosi stessa («ha fatto infezione») nasce da questa polifonia, in cui il linguaggio non è strumento neutro ma mezzo di coordinamento sociale (Goodwin 2000: 148).

Seguendo Das (2007: 66), si può dire che il «quotidiano della cura» qui non coincide con la normalità medica, ma con l'insieme di micro-azioni che mantengono l'ordinario di fronte alla frattura comunicativa. L'atto di parlare, tradurre e ascoltare diventa una forma di riparazione del mondo.

### 3.2.2 *Mediazione e lingue ponte*

L'interazione ha luogo il 27 settembre presso l'ambulatorio Auser e vede il coinvolgimento di un medico, un mediatore, un operatore della struttura, la ricercatrice e Omir, un assistito originario del Pakistan arrivato in Italia da circa quattro mesi. La visita si apre con un tentativo di recupero dell'identità e della storia clinica dell'assistito, in un clima caratterizzato da una costante "caciara" e sovrapposizione di voci che riflette l'informalità e la densità relazionale del contesto. Il dialogo si sviluppa attraverso una complessa catena di traduzioni tra l'italiano e l'arabo, lingua ponte utilizzata dal mediatore nonostante l'assistito non sia madrelingua.

Il cuore della visita è duplice: da un lato la valutazione di problemi fisici immediati, dolori allo stomaco ed emorroidi, e dall'altro la raccolta dell'anamnesi migratoria, che il medico delega parzialmente alla ricercatrice. La narrazione del viaggio emerge come un elemento inscindibile dallo stato di salute attuale: Omir ripercorre le tappe tra Pakistan, Dubai, Egitto e Libia, descrivendo la durezza della traversata in mare verso la Calabria, segnata dalla mancanza di acqua e cibo e dal pianto dei compagni di viaggio al termine del carburante. Il medico e il mediatore oscillano tra momenti di serietà clinica e scambi scherzosi sulle abitudini alimentari e il consumo di alcolici, fino a giungere alla prescrizione di farmaci e alla spiegazione pratica delle modalità di cura. Lo spazio dell'ambulatorio si configura così come un luogo dove il trauma del viaggio e la precarietà del corpo presente si intrecciano con il tentativo istituzionale di fornire non solo farmaci, ma anche istruzioni per una gestione autonoma della salute in un contesto di nuova cittadinanza.

Medico: *non mi ricordo...*

Persona assistita: *[ripete il nome]*

Medico: *chiedo scusa ma io...*

Mediatore: *te l'ho portato il primo giorno... quello che aveva il... tumore...*

Persona assistita: *[parla al mediatore]*

Mediatore (traduzione): *okay no problem.*

Medico: *facciamo così...*

*[parlano in arabo]*

Mediatore: *messiè Omir*

Medico [a me]: *allora poi l'anamnesi del viaggio se ti interessa la puoi fare tu, non ci sono problemi... anche perché tu parli in inglese, così poi mi dici tu. allora, Omir, scusa, adesso sentiamo il cuore*

Mediatore: *[traduce, parlano]*

Mediatore [al persona assistita]: *ok, possiamo cominciare.*

Mediatore [al persona assistita]: *respira.*  
 Operatore: *mo cà n'imparamu puru l'arabo*  
 Medico: *lui fa sport?*  
 Mediatore: [traduce]  
 Persona assistita: *no.*  
 Medico: *ha battito lento.*  
 Mediatore: [traduce]  
 (Nota: il mediatore parla lentamente, la persona assistita viene dal Pakistan perciò non è madrelingua.)  
 Medico: *ti faccio male?*  
 Mediatore: [traduce]  
 Medico: *hai dolore qua?*  
 Medico: *brucia o hai dolore?*  
 Mediatore: [traduce]  
 Persona assistita: *alcune volte brucia e alcune volte dolore*  
 Medico: *allora questo è un fatto di stomaco*  
 Persona assistita: [parla; mediatore gli indica dove]  
 Medico: *qua, l'intestino... come quello che c'ha è un fatto di stomaco... okay. (lo fa girare)*  
 OMIR... *okay Omir. qual è il problema questo?*  
 Persona assistita: [parla]  
 Mediatore: *sì*  
 Persona assistita: [parla ancora]  
 Mediatore: *gli viene il dolore sempre qua allo stomaco*  
 Medico: *con le emorroidi come va?*  
 Mediatore: [traduce]  
 Persona assistita: *c'è dolore*  
 Medico: *allora deve cercare... quindi c'ha prurito e dolore... deve cercare di non mangiare roba piccante... le spezie*  
 Mediatore: [traduce]  
 Medico (in tono scherzoso): *gli devi dire che non deve bere birra!!*  
 Mediatore: *eh appunto, glielo sto dicendo per questo! sul serio! vuoi dirgli che non deve bere più alcol?*  
 Medico: *ah io scherzavo perché pensavo...*  
 Mediatore: *no no!*  
 Medico: *allora alcol no! perché se no!!*  
 Mediatore [in italiano al persona assistita]: *ha sentito?!*  
 Operatore: *è bravo!*  
 [iniziano a scherzare]  
 Medico (con traduzione simultanea): *specialmente la birra*  
 Mediatore: [traduce]  
 Medico: *che bevi?*  
 Mediatore (senza tradurre): *whisky*  
 Medico: *ah!*  
 Operatore: *hann'i passà u tiempu, dottò*  
 [caciara]  
 Persona assistita: [parla]  
 Mediatore (traduce): *ok, lui mangia riso, la pasta e la carne, va bene?*  
 Medico: *sì, l'importante è non molto alcol*  
 Mediatore: [traduce e chiede] *il latte va bene pure, dottò?*  
 Dottore: *il latte... non molto, perché se no...*  
 Mediatore: [traduce]  
 Mediatore: *ok, il tè pure?*  
 Medico: *il tè va bene*  
 Mediatore: *ok [traduce]*

Mediatore: *caffè?*  
 Dottore: *ah ma tu proprio...*  
 Persona assistita: *[parla]*  
 Medico: *lui da quando è venuto dal Pakistan*  
 Mediatore: *qua in Italia? è arrivato insieme a Islam (altro persona assistita, quindi 4 mesi)*  
 Dottore: *ah quindi da poco, 14 aprile... Pakistan...*  
 Mediatore: *no, Pakistan, Dubai, Egitto, Libia... e in Libia è stato... [chiede al persona assistita] un anno in Libia, poi da Libia a qua*  
 Dottore: *e quindi...*  
 Operatore: *è stato un po' perché lui ha lavorato*  
 Medico: *in Libia buono?*  
 Mediatore: *[traduce e dice] ah okay, c'è sempre problema ovviamente in Libia però lui era diverso perché lavorava*  
 Dottore: *dove hai lavorato?*  
 Mediatore: *[traduce]*  
 Persona assistita: *eeeh... idraulico*  
*[rumore e caciara, non avevano capito subito]*  
 Dottore: *non hai avuto problemi, no?*  
 Persona assistita: *no problem*  
 Dottore: *ok, e da Libia a qui sei venuto con barca?*  
 Mediatore: *[traduce]*  
 Persona assistita: *era una più grande perché erano 700 persone*  
 Dottore: *e quanti giorni?*  
 Mediatore: *[traduce]*  
 Persona assistita: *7 giorni... è bella dura questa... no acqua, no mangiare*  
 Dottore: *problemi sulla barca?*  
*(il medico parla sopra): tutto bene? tutti bene?*  
 Mediatore: *[traduce] anche perché hanno finito pure il carburante quindi la gente piangeva la maggior parte del tempo*  
 Dottore: *sono arrivati tutti?*  
 Mediatore: *[traduce] sono tutti arrivati*  
 Dottore: *e dove siete arrivati in Sicilia?*  
 Mediatore: *[traduce] Calabria*  
 Operatore: *a Vibo sono arrivati!*  
*[iniziano a parlare tutti insieme, caciara]*  
 Dottore: *va bene*  
 Persona assistita: *[cerca di parlare]*  
 Dottore: *dimmi*  
 Persona assistita: *[non chiaro]*  
 Mediatore: *[traduce] l'hanno portato qua in Calabria a Vibo, e poi da Vibo qua a Cosenza*  
 Dottore: *ma lui è arrivato dove, sempre a Vibo?*  
 Mediatore: *sì sì, e quindi poi da Vibo è venuto qua*  
 Persona assistita: *[parla]*  
 Mediatore: *[traduce] quando era in Libia non ha avuto problemi di emorroidi, è stato tranquillo. Appena è arrivato qua, dopo un po', ha cominciato a soffrire*  
 Persona assistita: *[parla ancora]*  
 Mediatore: *allora, dolore lui riesce a sopportarlo*  
 Medico: *è il prurito*  
 Mediatore: *è il prurito che non riesce a sopportare*  
 Dottore: *ci vuole una pomata e un coso...*  
 Persona assistita: *[inizia a parlare di nuovo]*  
 Mediatore: *[traduce] non riesce a stare molto seduto*  
 Medico: *perché sono fuori?*  
 Mediatore: *[traduce] mmm*

Persona assistita: *[riparla]*  
 Mediatore: *[traduce]* c'è una cosa che è proprio uscita fuori  
 Dottore: *allora, quando ti lavi, (traduzione simultanea), acqua tiepida, poi spingere dentro, metti la pomata*  
*[il mediatore spiega il procedimento al persona assistita]*  
 Dottore: *e gli devi dire che deve andare regolarmente in bagno, non deve avere paura di avere dolore*  
 Mediatore: *[traduce]*  
 Dottore: *poi dopo che sei andato, lavi, metti pomata*  
 Mediatore: *[traduce]*  
 Dottore: *poi se continua si prende pure delle compresse poi, per il momento solo la pomata*  
 Mediatore: *[traduce]*  
 Persona assistita: *ok, no problem*  
*[mediatore e persona assistita continuano a parlare mentre il dottore cerca medicinali nello scaffale]*  
 Dottore: *ma per lo stomaco... non hanno rinchiuso i così che proprio... che ci vorrebbe un poco di Malox...*  
*[parlano in arabo senza tradurre]*  
*[mediatore e operatore parlano di altro, il medico trova la pomata e si riavvicina]*  
 Dottore (gesticolando): *mattina, morning, e sera, ok?*  
*[la persona assistita capisce dal gesto]*  
 Dottore: *avete dei fermenti lattici?*  
 Operatore: *no, dottò...*  
 Medico: *non tenete niente...*  
*[parlano sopra]*  
 Dottore [al mediatore]: *allora, gli ho dato del pantoprazolo per lo stomaco, gliel'ho dato io*  
 Operatore: *allora scusatemi che non ho seguito che stavo seguendo un altro ragionamento*  
 Dottore: *bella cosa...*  
 Operatore: *eh, avete ragione*  
*[il dottore inizia a scrivere le prescrizioni]*  
 Operatore: *grazie, scusate*  
 Dottore: *questa è quella delle emorroidi*  
 Operatore: *che è quella in quel modo [mima la forma della pipetta]*  
 Dottore: *esatto, e poi questo, e poi i fermenti, guarda puoi prendere... Enteroac...*  
 Operatore: *quanti fermenti servono più o meno?*  
 Dottore: *glieli devi far prendere almeno solo la mattina oppure mattina e sera è meglio*  
 Operatore: *sì, ma di solito quanti miliardi...? [si riferisce ai probiotici]*  
 Dottore: *no ma questi di solito sono solo in un modo*  
 Operatore: *ah ok.*  
 Dottore: *se no ci prendi l'Enterogermina, quello che gli puoi prendere, pure da 400 miliardi. ecco qua.*  
 Operatore: *possiamo fare entrare l'altro?*  
 Persona assistita: *[fa gesti]*  
 Operatore: *c'è un altro problema? ah, forse aspettate che c'è un altro problema...*  
 Mediatore: *[traduce]* *ah ok, dice che il naso è sempre secco da qua, e poi la sera anche la gola...*  
 Dottore: *questo probabilmente è anche il reflusso che ha*  
 Mediatore: *[traduce]*  
*[tutti insieme si confermano che è tutto ok, ripetono la somministrazione delle medicine]*  
 Persona assistita: *[ricomincia a parlare, il mediatore spiega]*  
 Persona assistita: *ok*  
*[saluti finali]*

L'avvio è emblematico di ciò che Goffman chiamerebbe *disattunement frame*: un momento in cui il medico non riconosce la persona assistita e il mediatore interviene per ripristinare la continuità biografica e relazionale (1981: 129). In questo gesto si gioca un micro-atto di potere: la memoria medica, che nella struttura istituzionale è garanzia di continuità, qui deve essere supplita da una memoria relazionale esterna, quella del mediatore.

La voce del mediatore – «te l'ho portato il primo giorno» – istituisce una genealogia implicita della cura, ma anche un ownership discorsivo: è lui, non il medico, a garantire la continuità narrativa. La persona assistita resta per ora silente, collocato in un *frame* di parlato per altri.

La scena si riorganizza quando il medico mi coinvolge direttamente («allora poi l'anamnesi del viaggio se ti interessa la puoi fare tu»), riconoscendo la mia competenza linguistica in inglese. Questo passaggio introduce una dimensione meta-discorsiva cruciale: la consapevolezza della necessità di *riorganizzare i ruoli partecipativi* per garantire comprensione. Come osserva Heritage (2012: 68), in contesti multi-partecipanti il medico diventa un «manager dell'interazione», non solo un clinico.

Mediatore (all'assistito): *Ok, possiamo cominciare. Respira.*

Operatore: *Mo cà n'imparamu puru l'arabo.*

L'umorismo dell'operatore – in dialetto, «ora impariamo anche l'arabo» – apre una fessura relazionale nel registro medico. È un momento di distensione che, come mostra Goodwin (2000: 155), produce affiliazione non attraverso il contenuto ma attraverso la forma. Il riso, il tono, la battuta in dialetto costruiscono una cornice di familiarità in cui le distanze linguistiche vengono temporaneamente sospese.

Quando il medico chiede «lui fa sport?» e il mediatore traduce con calma, l'interazione assume il ritmo di una routine collaborativa. Il mediatore parla lentamente ma riesce a mantenere una comunicazione bilanciata, sostenendo la comprensione reciproca. Tuttavia, proprio la lentezza e l'indeterminatezza del suo discorso mostrano la porosità della mediazione: la traduzione non è mai pienamente trasparente, ma continuamente reinterpretata.

Medico: *Brucia o hai dolore?*

Assistito: *Alcune volte brucia e alcune volte dolore.*

Medico: *Allora questo è un fatto di stomaco.*

In questo scambio si manifesta una caratteristica ricorrente nelle visite mediate, che è quella della semplificazione. Il medico ascolta, sintetizza e riformula, riducendo la complessità del sintomo a un

*frame* clinico («un fatto di stomaco»). È una strategia di efficienza comunicativa, ma anche un atto epistemico che riassegna la voce al linguaggio della medicina (Sarangi 2010: 168).

Quando il medico passa alla domanda sulle emorroidi, il tono cambia e la sequenza diventa quasi giocosa:

Medico: *Con le emorroidi come va?*

Mediatore: *(Traduce)*

Assistito: *C'è dolore.*

Medico: *Allora deve cercare di non mangiare roba piccante... Le spezie.*

Medico (scherzando): *Gli devi dire che non deve bere birra!!*

Mediatore: *Eh appunto, glielo sto dicendo per questo! Sul serio!*

Qui la *ri-voicing* (Goodwin 1997: 110) si fa evidente: il mediatore non si limita a tradurre, ma interagisce con il tono ironico del medico, amplificando il gioco. Il confine tra traduzione e partecipazione collassa: il mediatore parla *con* e non solo *per*. Questo passaggio segna il momento di massima collaborazione comunicativa: la lingua diventa uno spazio di complicità e di affetto, non solo di trasmissione.

L'ironia – «allora alcol no! perché se no!!» – apre un campo di moral talk (Briggs 2005: 192), dove la cura assume anche il valore di norma sociale. Il divieto di bere diventa non solo prescrizione medica, ma ammonimento etico, condiviso in un registro familiare e quasi scherzoso. La battuta dell'operatore – «è bravo!» – suggella la scena, riconoscendo l'efficacia dell'ironia come forma di alleanza terapeutica.

Questa parte dell'interazione mette dunque in luce come la mediazione stabile non equivalga a neutralità. Al contrario, il traduttore-mediatore agisce come co-autore del discorso medico, intrecciando voce clinica, voce morale e voce relazionale. Come sostiene Gee (2014: 43), il significato non risiede solo nelle parole ma nelle *pratiche di posizionamento* che esse creano: qui, la relazione di cura si fonda su un continuo riposizionamento dei parlanti all'interno di una trama linguistica plurale.

Medico: *lui da quando è venuto dal Pakistan?*

Mediatore: *qua in Italia? è arrivato insieme a Islam (altro assistito, quindi 4 mesi).*

Dottore: *ah quindi da poco, 14 aprile... Pakistan...*

Mediatore: *no, Pakistan, Dubai, Egitto, Libia... e in Libia è stato... (chiede all'assistito) un anno in Libia, poi da Libia a qua.*

Dottore: *e quindi...*

Operatore: *è stato un po' perché lui ha lavorato.*

Questa sequenza, apparentemente secondaria, costituisce invece una svolta interazionale: l'attenzione si sposta dal sintomo corporeo al percorso migratorio, e la voce del mediatore diventa il

canale principale per l'emersione della storia personale. Il medico, con la domanda «da quando è venuto?», apre uno slot biografico che nel modello clinico serve a comprendere il contesto patogenetico (Heritage & Maynard 2006: 10), ma nel contesto migratorio assume una valenza simbolica: è la domanda che permette al persona assistita di riemergere come soggetto storico, non solo biologico.

Il mediatore, tuttavia, non si limita a tradurre: narra. Riorganizza il racconto della persona assistita («Pakistan, Dubai, Egitto, Libia») costruendo una micro-cartografia della mobilità, che si intreccia alla voce dell'operatore («è stato un po' perché lui ha lavorato»). In questo modo, la visita si trasforma in un piccolo laboratorio di traduzione interculturale dove il dolore fisico e la memoria del viaggio si intrecciano.

Medico: *In Libia buono?*

Mediatore: *Ah okay, c'è sempre problema ovviamente in Libia però lui era diverso perché lavorava.*

Medico: *Dove hai lavorato?*

Mediatore: *((Traduce)).*

Assistito: *Eeh... Idraulico.*

Il turno «in Libia buono?» – con la forma abbreviata e quasi infantile – mostra un interessante *register shift*: il medico semplifica la struttura linguistica per adattarsi al livello di comprensione presunto della persona assistita, ma allo stesso tempo abbassa il registro istituzionale. Si crea un tono di prossimità, un parlare «a metà strada» (Blommaert 2010: 56), che riflette la negoziazione costante dei codici.

La risposta «idraulico», pronunciata lentamente, è accolta con un breve momento di confusione («non avevano capito subito»), che genera un effetto di baraonda, risate e correzioni. Qui il riso non è semplice leggerezza: è una forma di «alignment repair» (Jefferson 1984: 350), una strategia collettiva per sciogliere la tensione e ristabilire l'ordine interazionale.

Segue un passaggio di forte densità narrativa:

Dottore: *e da Libia a qui sei venuto con barca?*

Mediatore: *((traduce)), era una più grande perché erano 700 persone.*

Dottore: *e quanti giorni?*

Mediatore: *((traduce))*

Assistita: *7 giorni... [Il mediatore: è bella dura questa] ... No acqua, no mangiare.*

Qui si apre un racconto che supera i confini dell'anamnesi. La persona assistita porta nel discorso medico la memoria della traversata, e lo fa in un linguaggio misto di inglese elementare e

intonazione emotiva. Il medico partecipa con domande rapide, ma la sua voce si fonde a quella del mediatore, fino a confondersi: «problemi sulla barca?», «tutto bene? tutti bene?».

L'uso sovrapposto dei turni produce quello che Goodwin definisce cooperative *overlap*: una sovrapposizione non competitiva ma solidale, in cui i partecipanti condividono l'urgenza emotiva del racconto (2018: 223). Quando il mediatore aggiunge «anche perché hanno finito pure il carburante quindi la gente piangeva la maggior parte del tempo», introduce un elemento di testimonianza che non proviene dalla persona assistita ma dal proprio filtro narrativo. È un gesto di *revoicing empatico* (Matos 2021: 44), dove la voce del mediatore si confonde con quella dell'altro, nel tentativo di rendere dicibile un trauma collettivo.

Il medico, con la domanda «sono arrivati tutti?», riprende la regia discorsiva e, per un attimo, sembra riportare la narrazione entro il *frame* clinico: un controllo informativo, quasi epidemiologico. Tuttavia, ciò che avviene è un passaggio di soglia: l'evento traumatico entra nel discorso medico attraverso il filtro della traduzione, trasformandosi da memoria politica in sintomo corporeo.

Come nota Veena Das, l'esperienza della violenza non entra nella parola medica come racconto di dolore, ma come «rumore di fondo», che si sedimenta nelle pieghe del discorso quotidiano (2007: 93). Qui la traversata emerge come frammento disperso, inglobato nella logica della visita ma non del tutto assimilato.

La sequenza successiva conferma questa assimilazione parziale:

Mediatore: *quando era in Libia non ha avuto problemi di emorroidi, è stato tranquillo. Appena è arrivato qua, dopo un po', ha cominciato a soffrire.*

Medico: *è il prurito.*

Mediatore: *è il prurito che non riesce a sopportare.*

La storia del viaggio si richiude così nel corpo, tradotta in una logica medico-sintomatica. Il dolore che prima apparteneva al tempo della migrazione diventa «prurito», «infezione», «stomaco». Il passaggio non è casuale: è un atto discorsivo che, come scrive Fassin, converte la biografia morale in biologia clinica (2007: 109).

L'interazione continua tra il piano narrativo e quello prescrittivo:

Dottore: *allora, quando ti lavi, acqua tiepida, poi spingere dentro, metti la pomata.*

Mediatore: *((spiega al persona assistita)).*

Qui il gesto del medico e la spiegazione del mediatore si sovrappongono, producendo un *ensemble* multimodale (Goodwin 2000: 159): la cura diventa performativa, visiva, tattile. La lingua torna ad essere corpo, e il corpo, a sua volta, si fa linguaggio.

In chiusura, quando il medico pronuncia «mattina, morning, e sera, ok?», la persona assistita capisce dal gesto e risponde senza parole. È un ritorno al silenzio come forma di comprensione, un *silenziamento comunicativo* (Rampton 2015: 62) che non implica esclusione ma piuttosto una forma di ascolto incarnato.

### 3.2.2.1 *Fiducia, temporalità e biografia migrante nella cura mediata*

Questo incontro mostra in modo esemplare come la comunicazione medica, quando attraversata da lingue e biografie multiple, diventi un dispositivo di traduzione del mondo più che un semplice scambio informativo. A differenza del caso della persona assistita bengalese, qui la mediazione non si rompe: resta fragile ma continua, costruendo uno spazio interazionale in cui il linguaggio medico e quello biografico coesistono senza annullarsi.

La presenza del mediatore garantisce una comprensione minima, ma introduce anche una propria tonalità morale e affettiva: egli ride, riformula, aggiunge dettagli, fino a diventare co-autore della storia clinica. Come osserva Sarangi (2010: 168), la mediazione non è mai un atto neutrale di trasferimento, ma una performance di identità, in cui si intrecciano competenza linguistica, ruolo istituzionale e relazionalità situata. La lentezza della CA consente di vedere come ogni turno di parola si costruisca in funzione di quello altrui, in un sistema di adattamenti progressivi che reggono la conversazione anche quando il linguaggio sembra non bastare.

Il medico, da parte sua, esercita un tipo di autorità che non si impone dall'alto ma si ridefinisce attraverso il dialogo. Il suo parlare semplificato – «in Libia buono?» – rappresenta una strategia di accomodamento linguistico (Giles et al. 1991: 20), ma anche un gesto di prossimità simbolica: abbassare il registro significa riconoscere il limite della propria posizione epistemica. Come suggerisce Gee (2014: 43), il significato non nasce dalla correttezza linguistica ma dall'uso situato: l'efficacia discorsiva dipende dalla capacità di negoziare, di «fare mondo» con le parole disponibili. L'interazione tra medico, mediatore e persona assistita costruisce così una scena che è, al tempo stesso, terapeutica e narrativa. Il racconto della traversata emerge come frammento di vita e viene subito reintegrato nel lessico della cura – il corpo che ricorda attraverso il dolore. Kleinman sottolinea che la narrazione della malattia è sempre una traduzione: dall'esperienza vissuta (*Illness*) alla categoria biomedica (*Disease*) (1988: 47). In questa visita, la traduzione non avviene solo tra lingue, ma tra forme di conoscenza: la storia migrante diventa dato clinico, ma conserva le tracce del trauma che la attraversa.

Il riso condiviso, le interruzioni, le sovrapposizioni e perfino la baraonda che punteggiano l'incontro non sono segni di disordine: sono pratiche di affiliazione conversazionale (Jefferson 1984: 357), che rinnovano continuamente la fiducia reciproca e tengono insieme i frammenti di senso. Come mostra Das (2007: 92), la cura non è mai un atto compiuto, ma una serie di gesti che «riportano la vita dentro l'ordinario» dopo la disgregazione.

Il caso di Omir suggerisce che la comunicazione mediata, quando funziona, non lo fa perché cancella le differenze, ma perché le attraversa. Il linguaggio della cura nasce dalla pluralità stessa: dalle voci che si sovrappongono, dai gesti che completano le parole, dalle traduzioni che reinventano il significato. In questa polifonia relazionale, il sapere medico si ridefinisce come saper stare nell'incertezza – una competenza che non si misura in precisione linguistica, ma in capacità di ascolto distribuito e reciproca fiducia.

Come nota Fassin (2007: 109), la biomedicina nei contesti migratori diventa un campo etico prima che tecnico, dove la verità del corpo e la verità della vita si intrecciano. La voce di Omir, filtrata, riformulata, intrecciata alle voci del medico e del mediatore, non si perde: diventa parte di un racconto condiviso, in cui la cura è anche un atto di riconoscimento.

### 3.3 *Asimmetrie comunicative e accesso al sistema*

In questa sezione l'analisi si basa su note di diario di campo, raccolte durante l'osservazione partecipante, poiché l'interazione descritta non è stata audio-registrata.

#### 3.3.1 *«Deve fare il vaccino»: la lingua dell'accesso*

*È un pomeriggio di attesa presso l'ambulatorio. Sul lettino si alternano persone con storie e accenti diversi: un giovane che attende un certificato per l'attività sportiva, un uomo camerunense che racconta la rotta attraverso Niger e Tunisia, un assistito con «puntini» sul corpo rapidamente esclusi come scabbia durante una telefonata, un altro ancora che tenta di spiegare un'irritazione cutanea con l'aiuto di Google Traduttore. Nel mezzo di questo flusso di incontri e diagnosi, verso le 17: 30, entra una madre con la figlia: il motivo dichiarato è un semplice raffreddore. La visita si apre con domande ordinarie – da quanto dura, se ci sia febbre – ma subito devia verso un altro terreno. Quando il medico chiede l'età della bambina e scopre che non è ancora iscritta alla scuola dell'infanzia, formula un enunciato che sposta la cornice dell'interazione: «deve fare il vaccino, altrimenti non può andare». Da quel momento, l'incontro clinico si trasforma in un'interazione normativa. La madre resta sorpresa – non sapeva dell'obbligo – e il dialogo procede su un piano pratico: dove recarsi, se la procedura è gratuita, se può farla anche senza documenti.*

*(Diario di campo 04/10/2023).*

Questa nota di campo mostra come una conversazione apparentemente semplice – una madre che chiede un consulto per la figlia – possa rivelare la trama di esclusioni e soglie che definiscono

l'accesso ai diritti. La domanda del medico, « quanti anni ha? », sembra un'innocua richiesta informativa ma funziona come svolta deontica, aprendo uno spazio di controllo che eccede il sintomo. Da quel punto, il discorso medico assume una funzione regolativa: dal lessico descrittivo («raffreddore», «tosse») si passa al lessico prescrittivo («deve», «altrimenti non può»), che vincola la possibilità di cura e di frequenza scolastica a una condizione esterna alla relazione clinica. Come nota Fairclough, le forme linguistiche di obbligazione non sono semplici marcatori grammaticali, ma dispositivi di potere che collocano gli interlocutori in posizioni asimmetriche (1992: 3). La madre, destinataria dell'imperativo istituzionale, si trova così a rispondere non più a una domanda medica, ma a un comando burocratico.

Nell'organizzazione dei turni conversazionali, questa asimmetria si manifesta nella sequenza: domanda sull'età – verifica di iscrizione – imposizione normativa – richiesta di chiarimento. La madre non contesta la regola, ma chiede «come fare», «dove andare», «se costa»: domande brevi, operative, orientate alla sopravvivenza comunicativa. Il suo turno non espande l'informazione, ma la restringe al necessario. È una risposta dispreferita nel senso di Schegloff (2007: 80), cioè una replica che segnala subordinazione piuttosto che resistenza, costruendo un fragile equilibrio tra accettazione e domanda d'aiuto. In questo spazio minimo si esercita una forma di *agency* limitata, che non si oppone ma si adatta. La micro-interazione, dunque, mette in scena ciò che Good descrive come tensione fra voce e riduzione: la voce della madre c'è, ma è ridotta al gesto di chiedere indicazioni su come adempiere (2006: 152).

A legittimare questa trasformazione del parlato in norma è una condizione materiale: la famiglia, rom e non censita anagraficamente, non riceve le lettere di invito vaccinale dell'ASL. L'informazione istituzionale – che per altri cittadini arriva come documento – qui non ha canale di trasmissione. Come osservano Atkinson e Coffey (2004: 58), l'assenza di documenti è anche assenza di discorso: quando i documenti non circolano, non circola la parola istituzionale che consente di agire. In questa scena, il medico si fa portavoce di quel documento mancante, traducendo in voce la norma. Ma la traduzione arriva tardi: giunge quando la finestra di iscrizione è già passata e la madre può solo cercare di «rientrare» nei tempi della burocrazia.

La scena, osservata nel suo sviluppo discorsivo e istituzionale, illumina un nodo ricorrente: la convergenza tra linguaggio, burocrazia e disuguaglianza. L'ascolto etnografico mostra che la condizione di esclusione non nasce all'interno dell'incontro clinico, ma vi si manifesta attraverso la lingua. Quando il medico enuncia la regola – «deve fare il vaccino, altrimenti non può andare» – si attiva una sequenza condizionale che mette in relazione due campi semantici e materiali diversi: la salute e la cittadinanza. La cura non è più soltanto risposta a un bisogno fisiologico, ma diventa un

atto di ammissione dentro o fuori un ordine istituzionale. In questo senso, il linguaggio della cura si fa anche linguaggio dell'accesso.

L'asimmetria che ne deriva non è soltanto relazionale ma strutturale. Essa prende forma nel modo in cui la voce della madre viene inglobata dentro un discorso che la precede e la eccede. Come ha notato Prior (2003: 2), le pratiche discorsive che accompagnano i documenti burocratici «non rappresentano semplicemente il mondo, ma lo fanno esistere amministrativamente». Qui, la parola del medico agisce come surrogato di un documento non recapitato: un atto linguistico che sostituisce la lettera mancante, e nel farlo produce una forma di appartenenza condizionata. L'informazione non è più neutra, ma performativa: stabilisce chi ha diritto di accesso, e a quali condizioni.

Sul piano micro-interazionale, il ritmo *turn-taking* è lineare ma diseguale. Il medico introduce le informazioni con assertività, riducendo lo spazio per l'elaborazione narrativa; la madre risponde con brevi domande pratiche, senza introdurre elementi autobiografici. L'interazione resta ancorata a un *frame* istituzionale che non ammette deviazioni. Ciò che viene escluso non è la persona, ma la possibilità di raccontarsi come persona. In termini di analisi del discorso critico, potremmo dire che la madre viene «riarticolata» come destinataria di un dispositivo normativo (Fairclough 1992: 3), non più come interlocutrice nella costruzione di significato.

Sul piano etnografico, la scena invita a riflettere sulla circolazione diseguale della parola istituzionale. L'assenza di un indirizzo anagrafico non è un dettaglio tecnico: è una condizione che si traduce in silenzio amministrativo. Il «non sapere» della madre, il non aver ricevuto la comunicazione dell'obbligo vaccinale, non è ignoranza, ma il prodotto di una invisibilità sistemica. L'antropologia medica ci ricorda che la malattia e la cura non sono mai soltanto biologiche, ma sempre socialmente distribuite (Kleinman 1980: 71). Qui, la distribuzione riguarda l'informazione stessa: chi riceve la lettera può scegliere, chi non la riceve apprende la norma quando è già in ritardo.

Nel diario di campo annoto che «la bambina avrebbe potuto perdere un altro anno». È un pensiero che intreccia empatia e allarme, ma che al tempo stesso espone la propria posizione osservante. Come osservano Fine (1994: 70) ed England (1994: 82), il lavoro etnografico implica una continua «vigilanza sul sé», un controllo delle proprie proiezioni, affinché la descrizione non diventi stereotipo. La riflessività, qui, non è un'aggiunta ma un metodo: consente di tenere insieme la vulnerabilità osservata e quella dell'osservatore, entrambe inscritte nelle strutture del campo.

L'analisi di questo caso restituisce con chiarezza ciò che Arthur Kleinman chiama esperienza morale della cura (Kleinman 2006: 3): la dimensione in cui le pratiche mediche si intrecciano con le

norme morali e civiche che regolano l'appartenenza. La frase «deve fare il vaccino» non è solo un consiglio medico ma un atto che istituisce una frontiera. È attraverso questa frontiera che la biopolitica, nel senso foucaultiano, entra nella conversazione: definendo chi è incluso nella sfera dei diritti e chi resta fuori.

L'assenza della registrazione, in questo caso, non rappresenta un limite ma un tratto epistemologico del campo. Come ricordano Lincoln e Guba (1985: 314), alcune forme di sapere etnografico non si lasciano catturare dal nastro, ma emergono nella scrittura e nella memoria analitica. La nota di diario non è solo una testimonianza, ma un modo di restituire ciò che «resta fuori dal microfono»: la burocrazia che entra nella stanza, le assenze che si fanno silenzio, le parole che arrivano troppo tardi. In questa prospettiva, la trascrizione impossibile diventa essa stessa dato: una prova della materialità del campo e della fragilità comunicativa che attraversa la cura.

La conclusione della scena lascia intravedere un margine di *agency*, seppur minimo. La madre, pur sorpresa, cerca di capire, di adeguarsi, di trovare un percorso. Il medico, nel suo ruolo, diventa traduttore di una norma che la famiglia non avrebbe potuto conoscere. La cura si piega così all'ordine della procedura, e la procedura si fa destino. È in questa piega che la pratica discorsiva si rivela come biopolitica quotidiana: non nei grandi decreti, ma nelle piccole conversazioni in cui la vita e il diritto si intrecciano. Il passaggio dal raffreddore al vaccino non è quindi un incidente conversazionale, ma una forma strutturale della cura in contesti di esclusione.

Questo caso apre, in filigrana, la riflessione sul successivo dove la questione dell'accesso torna, ma traslata sul corpo femminile e sulle barriere di genere. Se qui l'oggetto della cura è una bambina sospesa tra infanzia e cittadinanza, nel prossimo episodio la posta in gioco sarà la capacità delle donne migranti di esercitare una scelta informata su sé stesse, dentro sistemi di comunicazione e potere altrettanto asimmetrici.

### 3.3.2 «Hai diritto»: corpo femminile, contraccezione e barriere di accesso

L'interazione si svolge il 28 dicembre presso l'ambulatorio ginecologico di Serra Spiga, a Cosenza, e coinvolge una ginecologa, una persona assistita di 25 anni originaria dell'Africa subsahariana e la ricercatrice, che funge da testimone e, a tratti, da consulente informale sulle procedure amministrative. Il nucleo della visita è rappresentato dalla presenza di un impianto contraccettivo sottocutaneo che la donna porta nel braccio da circa cinque anni, un tempo ritenuto eccessivo dalla medica, che ne ipotizza l'inefficacia e la necessità di una rimozione chirurgica. Lo spazio clinico è segnato da una precarietà materiale e organizzativa: la ginecologa è costretta a utilizzare la luce di un cellulare per sopperire alle carenze dell'illuminazione ambulatoriale e lamenta l'assenza di una reale privacy durante le manovre di visita e l'ecografia.

Il dialogo mette in luce il “limbo” burocratico in cui si trova la persona assistita, la quale, pur essendo regolarmente dotata di codice fiscale, non è a conoscenza del proprio medico di base e per mesi è stata “rimbalzata” tra diverse strutture. La ginecologa e la ricercatrice discutono apertamente delle difficoltà nel produrre impegnative tramite codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) o codice fiscale, evidenziando come l’atto della cura sia costantemente mediato e rallentato da barriere istituzionali. La narrazione clinica si sposta poi sul corpo dell’assistita, inquadrato dalla medica attraverso la lente della “sindrome metabolica”: il peso corporeo, la familiarità con il diabete e gli sfoghi cutanei diventano segni di un’alterazione che eccede la sfera ginecologica. L’ambulatorio emerge quindi come un luogo di diagnosi trasversale dove la vulnerabilità sociale e l’opacità dei percorsi amministrativi si riflettono nella fisicità di un impianto “scaduto” che il sistema sanitario fatica a gestire.

*È una mattina d’inverno. La persona assistita, giovane donna di origini camerunesi, entra e nella stanza dove rimaniamo la persona assistita, la dottoressa e io. Il primo scambio verbale stabilisce già il tono: «Capisci l’italiano? Un po’?». La donna annuisce, con un sorriso esitante. Da quel momento, l’intera consultazione è segnata da un fragile equilibrio tra comprensione e fraintendimento, con la dottoressa che alterna frasi brevi, gesti esplicativi e lunghi monologhi in cui spiega – spesso rivolgendosi a me – le decisioni da prendere.*

*Il motivo della visita è un impianto contraccettivo sottocutaneo che la persona assistita porta da diversi anni. La dottoressa cerca di capirne la durata e l’efficacia: «forse glielo dovremmo far togliere... mi sa che cinque anni è tanto», dice rivolgendosi a me. La persona assistita ascolta, annuisce, ma non sempre afferra i dettagli tecnici. Quando la ginecologa chiede «Tu sai come si chiama? Te l’hanno dato un foglietto?», la giovane risponde solo con gesti; la comprensione si costruisce più per indizi che per parole.*

*Il linguaggio della dottoressa è al tempo stesso tecnico e relazionale. Passa dal «vediamo come toglierlo» al «le mestruazioni ce le hai?», con un tono a metà tra la spiegazione e l’interrogatorio. Ogni domanda medica è anche un piccolo test linguistico: la persona assistita risponde con sì/no, talvolta con un’eco della parola italiana («adesso», «solo qui»). Il registro comunicativo resta così sbilanciato: il medico parla in subordinate e ipotesi («forse ha una sindrome metabolica, dobbiamo farla dimagrire»), la persona assistita offre conferme minime che servono a mantenere la conversazione in moto.*

*Nel corso della visita, l’attenzione della ginecologa si sposta più volte tra il piano corporeo e quello amministrativo. «Tu hai il codice fiscale allora? Hai l’assistenza? Hai diritto al medico di base», dice, scandendo le parole quasi come un mantra civico. La giovane donna annuisce, ma io a un certo punto intervengo: «Non lo sapeva. L’altra volta aveva detto che non ce l’aveva il medico». Questo scambio produce un piccolo corto circuito epistemico: la persona assistita è presente ma la sua voce si dissolve nel dialogo tra il medico e me mentre discutiamo su di lei. L’oggetto dell’incontro si moltiplica: non più solo l’impianto contraccettivo, ma la questione della presa in carico e dell’appartenenza al sistema sanitario.*

*(Diario di campo, 20/12/2023).*

L’interazione scivola così tra piani: quello clinico (l’esame del corpo, la palpazione dell’impianto, la prescrizione di analisi), quello istituzionale (le impegnative, il codice STP, la burocrazia sanitaria) e quello morale, dove la dottoressa, in tono di incoraggiamento, ripete: «Hai diritto». È

un'affermazione che contiene una doppia forza: riconoscimento e correzione. La persona assistita, che fino a quel momento ha risposto quasi solo con monosillabi, si sente interpellata non come individuo ma come cittadina mancante, qualcuno a cui 'spetta' qualcosa che non sapeva di avere.

L'intera scena mostra come la cura si configuri come un campo multilivello in cui le pratiche di linguaggio sono anche pratiche di inclusione. Tuttavia, come suggerisce Roberts (2000: 135), l'inclusione comunicativa non coincide necessariamente con l'inclusione simbolica: un'interazione apparentemente empatica può riprodurre gerarchie di sapere. Quando la dottoressa usa il plurale inclusivo («vediamo come togliere», «le dobbiamo far fare»), la prima persona del plurale funziona più come presa di possesso che come condivisione.

L'asimmetria si manifesta anche nella gestione spaziale e sensoriale dell'incontro. L'ambiente non garantisce piena privacy; la dottoressa commenta: «Poca privacy, sì, perché non è chiusa del tutto». Io illumino con la torcia del cellulare, la persona assistita si stende sul lettino e ubbidisce alle istruzioni con movimenti meccanici. Qui la voce si sospende e parla il corpo: l'impianto da rimuovere diventa il punto di condensazione tra vulnerabilità fisica e vulnerabilità amministrativa.

In questo primo quadro, la comunicazione avviene in una tensione costante tra cura e disciplina, tra traduzione e sovrapposizione. Il linguaggio si fa medium della biopolitica quotidiana: attraverso domande apparentemente neutre («Hai capito per il peso?», «Ti richiamiamo»), si costruisce un percorso di normalizzazione che, pur mosso da premura, produce un ordine di soggettività dove il corpo femminile migrante è sempre già oggetto di correzione, di aggiustamento, di «perdita di peso».

La conversazione tra la ginecologa e la persona assistita mostra in modo paradigmatico la coesistenza di due registri che raramente si incontrano in condizioni di equilibrio: il discorso biomedico e quello amministrativo. Entrambi, pur con intenzioni di cura, finiscono per costruire il corpo della persona assistita come luogo di verifica e di regolazione. L'impianto contraccettivo, il peso corporeo, la glicemia, il codice STP e la privacy diventano momenti di un'unica trama: la traduzione materiale del potere biopolitico nella relazione clinica.

Nella sequenza, la dottoressa agisce come «voce della norma» (Fairclough 1992: 4), traducendo la burocrazia in linguaggio pratico e prescrittivo. L'imperativo «devi dimagrire», ripetuto più volte, non ha solo una funzione clinica ma morale, inscrivendo la corporeità della paziente in un modello di conformità occidentale e femminile che coincide con la salute. Come osserva Foucault (1976: 139), la biomedicina contemporanea non si limita a curare, ma disciplina; non elimina la vita, ma la ordina. Qui l'ordine si manifesta nel linguaggio: la parola «dobbiamo» scandisce la progressione dei turni – «dobbiamo farle fare le analisi», «dobbiamo farla dimagrire», «dobbiamo far togliere questo

coso» – e costruisce una soggettività dipendente, in cui la volontà della paziente si dissolve dentro la grammatica dell'obbligazione collettiva.

Attraverso la lente dell'analisi del discorso proposta da Gee, l'incontro può essere letto come una pratica di *identity building*: ogni frase della ginecologa non si limita a trasmettere un'informazione, ma costruisce una posizione sociale (2014: 28). Il «noi» che ricorre («noi qua forse no», «noi non facciamo impegnative», «noi le scriviamo gli esami») non designa una comunità di cura, ma un fronte istituzionale compatto contrapposto all'interlocutrice. La persona assistita è nominata in terza persona anche quando è presente: «lei ha il codice fiscale», «lei non lo sapeva», «le dobbiamo far fare». La distanza grammaticale diventa distanza epistemica.

Sul piano interazionale, i turni sono fortemente sbilanciati. Le mosse della persona assistita sono prevalentemente di tipo confermativo o ecoico: «sì», «ok», «solo qui». Non vi è quasi mai un'espansione narrativa o una riformulazione personale. Il significato emerge dal contesto e dalle inferenze che la dottoressa costruisce a partire dal proprio *frame* professionale. Si osserva quella che Heritage (2013: 380) definisce asimmetria epistemica: il sapere di uno dei partecipanti è presupposto come dominante, e la conversazione serve a confermare, non a negoziare, la validità di quel sapere.

L'atto di tradurre per la persona assistita – gesto che la dottoressa compie più volte, anche senza un mediatore – assume una valenza simbolica forte. Non è solo un tentativo di rendere comprensibile, ma un modo di rappresentare l'altro, sostituendosi alla sua voce. In più punti, intervengo per chiarire elementi amministrativi, come il possesso del medico di base o il codice STP; ma anche in questo scambio la persona assistita rimane oggetto del discorso, mai pienamente soggetto. L'effetto complessivo è quello che Das (2007: 40) descrive come «discesa nell'ordinario»: il potere non si esercita con atti straordinari, ma con pratiche minute, discorsi quotidiani, forme di sollecitudine che diventano dispositivi di controllo.

Un altro aspetto centrale è la connessione tra linguaggio e corporeità. Quando la ginecologa dice «Brava, rilassati», «Mettilo qui», «Stendi bene», l'istruzione assume una forma performativa che guida la persona assistita nel rendere il proprio corpo docile, disponibile all'esame. Tuttavia, la ripetizione degli imperativi non è violenta: è gentile, protettiva, quasi affettuosa. In questo senso, il potere si traveste da cura. Come ha sottolineato Mol (2008: 33), la medicina non è mai un insieme univoco di pratiche, ma una «logica della cura» che continuamente negozia tra controllo e accompagnamento. Qui la logica prevalente è quella del prendersi cura attraverso la correzione: curare significa aggiustare, normalizzare, portare entro parametri standard.

La scena offre anche una finestra preziosa sulla produzione discorsiva del «diritto alla cura». Quando la ginecologa ripete «Hai diritto», lo fa come se quella frase potesse, da sola, compensare anni di esclusione. Il diritto diventa enunciato, non condizione. Eppure, proprio in quella enunciazione si apre uno spazio di possibile soggettivazione: per la prima volta la persona assistita è nominata come titolare di un diritto, non solo come portatrice di un problema. È il momento in cui la biopolitica si piega, e la cura torna, per un attimo, linguaggio di riconoscimento.

L'uso simultaneo di italiano, francese e gesti mostra la complessità semiotica dell'incontro. La lingua si fa «veicolo di mondi sociali» (Blommaert 2005: 25): la dottoressa parla da un mondo istituzionale che misura, pesa, prescrive; la persona assistita da un mondo pragmatico che ascolta, imita, accetta. Non c'è un codice comune, ma un continuo lavoro di adattamento reciproco. Questo scarto linguistico è anche uno scarto epistemologico: la medicina occidentale parla attraverso il linguaggio dell'evidenza, mentre la persona assistita risponde nel linguaggio dell'esperienza.

Sul piano riflessivo, la mia presenza – partecipo al dialogo, traduco parzialmente, reggo la luce del telefono durante l'ecografia – introduce un ulteriore livello di osservazione. L'etnografia non si limita qui a descrivere la relazione medico-persona assistita, ma la include come parte di un triangolo più ampio di mediazione. Come ricorda Hammersley (1990: 598), ogni osservazione è anche una forma di partecipazione che altera il campo. Il mio corpo entra letteralmente nella scena, proiettando la luce che permette al medico di vedere, e diventando così un attore sociale nella catena di cura.

L'interazione si chiude con una frase che sintetizza l'intera tensione del caso: «Hai diritto, tu hai diritto». È una dichiarazione che riconosce e insieme istituisce, includendo attraverso la stessa grammatica con cui la norma esclude. La lingua della cura, in questo episodio, non è semplicemente uno strumento di comunicazione, ma il luogo in cui si gioca la cittadinanza stessa del corpo migrante.

In questa prospettiva, il caso di Yvanat può essere letto come un'istanza di cura amministrata: un dispositivo discorsivo in cui la pratica medica e la pratica burocratica coincidono. La ginecologa cura spiegando, prescrivendo, insegnando; ma ogni gesto di spiegazione è anche un atto di regolazione. È nella ripetizione di «devi» e «hai diritto» che si costruisce la soggettività della persona assistita: non come corpo malato, ma come cittadina precaria in via di regolarizzazione.

L'incontro tra Yvanat e la ginecologa lascia in sospeso una domanda che attraversa l'intero capitolo: fino a che punto la cura può farsi inclusiva quando si fonda su strutture linguistiche e burocratiche che restano escludenti? La scena descritta non mostra indifferenza o ostilità, ma piuttosto una tensione tra intenzione e forma. La dottoressa è attenta, si ferma a spiegare, insiste sul

diritto di accesso; eppure, il suo linguaggio è quello di chi traduce dall'interno di un sistema, non di chi costruisce uno spazio nuovo. La cura si muove quindi entro i limiti di un dispositivo che, come direbbe Das (2007: 48), «porta la violenza del mondo dentro l'ordinario».

L'analisi del discorso rivela che la maggiore asimmetria non è tra le lingue, ma tra i tempi: il tempo lento dell'apprendimento e quello urgente dell'istituzione. La persona assistita apprende il proprio diritto nel momento stesso in cui deve esercitarlo; il linguaggio, invece di precedere l'azione, la insegue. Questa temporalità differita è tipica dei contesti migratori, dove il sapere burocratico arriva «in ritardo» e la vita scorre nel frattempo. La ginecologa, nel suo ruolo, diventa così intermediaria del tempo istituzionale, colmando un vuoto che non le spetterebbe ma che la pratica clinica le impone di abitare.

Sul piano più ampio, l'episodio mostra come le differenze di genere si intreccino con quelle di lingua e di cittadinanza. Il corpo femminile migrante appare simultaneamente medicalizzato e sorvegliato: oggetto di cura e di disciplina, destinatario di indicazioni dietetiche, controlli, e raccomandazioni morali. Tuttavia, proprio in questa sovrapposizione emergono i margini di una possibile resistenza. L'«ok» pronunciato da Yvanat alla fine della visita non è mera sottomissione, ma un modo di restare nella relazione, di riconoscere la cura senza consegnarsi completamente ad essa. È, come direbbe Mol (2008: 88), un piccolo atto di *tinkering*, un aggiustamento che permette di «fare la cura» senza rinunciare a sé.

L'ultima frase della ginecologa – «Hai diritto» – suona dunque come una soglia ambivalente: dichiarazione di inclusione e insieme memento della sua precarietà. In quell'enunciato si condensa il senso biopolitico della scena: il diritto non è posseduto, ma concesso, continuamente rinnovato attraverso la parola di chi detiene l'autorità linguistica. La voce della persona assistita, breve e frammentaria, si colloca ai margini di questa concessione, ma proprio per questo diventa indice della sua realtà.

Dal punto di vista della tesi, questo caso chiude la sezione sull'accesso e apre quella dedicata al trauma, spostando l'attenzione dalla voce limitata alla voce spezzata. Se qui la difficoltà è comprendere e farsi comprendere entro un dispositivo istituzionale, nei casi successivi la questione diventerà la possibilità stessa di raccontare l'esperienza del dolore, di tradurre la memoria del corpo in linguaggio. La domanda che attraversa entrambe le sezioni resta la stessa: come si parla – e come si tace – nei confini della cura?

### 3.4 Trauma e salute mentale: narrazione, silenzi, diagnosi

L'analisi che segue in tutto il paragrafo si basa interamente sulle note di campo raccolte durante l'osservazione partecipante.

#### 3.4.1 Farmaci e memoria del trauma

*Entro mentre stanno cercando di mettere ordine tra pezzi di vita e burocrazia. La psichiatra prova a ricostruire i passaggi: «Vivi ancora nello stesso posto? E sul permesso di soggiorno, il ricorso... a che punto siete?». L'andamento è spezzato, con risposte brevi, come se le parole inciampassero prima di arrivare. Mi siedo accanto, pronta a facilitare quando serve.*

*Affiorano riferimenti agli atti: «Avevamo preparato un certificato per l'avvocato [nome], giusto? Sai quando andrai dal giudice? In commissione?» La persona assistita non è sicura delle date. La psichiatra dice che per la prima fase le cose sono andate avanti; per la seconda parlerà lei direttamente con l'avvocato. Intanto ricostruisce la storia clinica: «Con noi il percorso è a buon punto. Ci conosciamo da quattro anni: all'inizio stavi molto male, eri in una struttura [nome omissso], e ti avevano impostato una terapia che poi abbiamo confermato». Lui annuisce. Ripercorrono anche le visite: lei ricorda un incontro ad aprile, poi a maggio; a luglio forse è passato in ambulatorio ma non con lei.*

*Si spostano sul farmaco. La psichiatra chiede: «Stai ancora prendendo la lanzarina?» (lo dice così; probabilmente olanzapina). Ricordiamo insieme che ad agosto aveva finito le compresse, lei lo aveva fatto rifornire; poi di nuovo a settembre. Le dosi precise non emergono chiaramente dall'audio precedente, ma il regime è serale più mattutino da qualche tempo. «E adesso come va? La stai prendendo? Ti senti più tranquillo?» Lui conferma, poi confessa a mezza voce che alcuni mesi fa aveva provato da solo a ridurre. La psichiatra si irrigidisce appena: «Non devi restare senza medicine. Possiamo valutare una riduzione, ma con noi. L'ultima volta, 6-7 mesi fa, quando hai preso di meno, sei peggiorato: umore giù, confusione, quell'episodio che ti ha spaventato».*

*Resta il tema della mattina. La psichiatra propone un tentativo: togliere la dose mattutina e vedere come va, con la possibilità di ripristinarla subito se compaiono segnali di peggioramento. Poi riformula, per non forzarlo: «Se preferisci, facciamo una cosa più graduale: la mattina prendi mezza compressa. Funziona da ansiolitico e intanto valutiamo». Lui esita. Io ripeto lentamente lo schema per accertarmi che abbia capito: sera come ora; mattino, metà. A quel punto dice: «Possiamo provare». La psichiatra chiarisce ancora: «La sera resti con la tua dose abituale; la mattina, per ora, mezza. La volta scorsa avevi ansia soprattutto al mattino, vediamo se così regge». Gli chiede se si sente tranquillo; lui annuisce. La sensazione è di un equilibrio fragile, che va toccato con cautela.*

*Si organizza il seguito: «Torni la settimana prossima e vediamo come va. Se stai peggio, rimetti subito la dose intera del mattino». Poi il discorso torna sugli incastri legali: il certificato per l'avvocato [nome]. «Lo chiediamo al dottore che segue la parte legale», dice lei, «e io redigo comunque una certificazione per la cartella». Le chiede per quanto tempo serva; la risposta non è chiara, ma concordano che non è urgente a giorni, se lo fosse, l'avvocato avrebbe già sollecitato. Fissano un controllo a breve, ma non il lunedì immediatamente successivo: lo spostano al primo disponibile in cui lui può presentarsi.*

*Prima dei saluti, riaffiora un ricordo che pesa. La psichiatra rievoca l'esordio, quando non era stata possibile la presa in carico sul momento: «Avevamo chiesto all'operatore di accompagnarti in Pronto Soccorso, serviva un altro tipo di intervento». Da lì, racconta, era seguito l'invio al servizio di salute mentale territoriale; non è chiaro se CIM o CSM. «Per fortuna poi ti sei ripreso», dice. «Quando ti abbiamo conosciuto stavi davvero malissimo». La persona assistita annuisce, aggiunge qualcosa sulla paura che gli è rimasta attaccata, una paura che lo fa aggrappare al farmaco più che alla prescrizione stessa. La psichiatra lo*

*riconosce: l'obiettivo, ora, è non togliere il sostegno senza rete. Per questo l'aggiustamento è minimo, reversibile, continuamente monitorato.*

*Quando ci alziamo, mi resta addosso l'immagine di una bilancia: da un lato la tutela legale che richiede documenti, tempi, firme; dall'altro la tutela clinica che si misura in quarti di compressa, nell'andatura incerta del mattino. In mezzo, la voce dell'assistita, che prova a tenere insieme paura e fiducia abbastanza a lungo da tornare la settimana prossima.*

*(Diario di campo, 19/10/23).*

Nel colloquio tra la psichiatra e D., rifugiato di lungo corso, la parola si muove con cautela, come se attraversasse un terreno che potrebbe franare a ogni passo. Il tempo dell'incontro è quello della stabilizzazione: dopo anni di terapie, il sintomo più acuto è passato, ma la fiducia resta fragile. «Possiamo provare», dice la persona assistita, accettando la riduzione di mezza compressa, e in quel «possiamo» si riconosce la trama etica dell'intera relazione.

La scena si apre tra documenti e ricordi: la psichiatra cerca di mettere ordine nei fascicoli, mentre le domande oscillano tra aspetti clinici («stai ancora prendendo la lanzarina?») e legali («a che punto siete con il ricorso?»). Questo intreccio di registri mostra come, nei percorsi di salute mentale dei richiedenti asilo, la presa in carico non possa mai essere solo terapeutica. La cura è sempre anche un lavoro amministrativo, una «burocrazia del trauma» (Ticktin 2011: 43) in cui i certificati e i referti diventano strumenti di legittimazione del dolore.

L'andamento discorsivo dell'incontro rispecchia questa duplicità. I turni della psichiatra sono lunghi, razionali, ancorati a una sintassi ordinata che tenta di riempire le lacune della memoria della persona assistita. Le risposte di D., invece, sono brevi, ellittiche, spesso ridotte a un sì, un annuire, un gesto. È una grammatica della sopravvivenza: la lingua si accorcia per non riaprire ciò che la mente tenta di chiudere. Il trauma, come scrive Das (2007: 15), «rimane intrappolato nella vita ordinaria, riemerge nei piccoli inciampi del linguaggio, nelle parole che non arrivano a fine frase».

La psichiatra non forza la narrazione, ma cerca una forma di continuità minima: «Torni la settimana prossima e vediamo come va». L'obiettivo non è la guarigione, ma la tenuta nel tempo, la possibilità che la persona assistita resti in cura senza cadere nel vuoto che separa un controllo dall'altro. La regolazione del farmaco – togliere mezza compressa, poi eventualmente ripristinare – diventa un gesto di cura graduata, una forma di equilibrio tra autonomia e dipendenza. Come ricorda Mol (2008: 21), la cura non è un atto, ma una pratica di aggiustamento continuo, «una politica del fragile».

Ciò che colpisce è il modo in cui la relazione terapeutica si costruisce attraverso una doppia traduzione. La prima è linguistica: il lessico medico («dose», «farmaco», «ansiolitico») deve essere

costantemente riformulato in parole che la persona assistita possa capire. La seconda è biografica: la storia del trauma deve essere ricondotta a un ordine narrativo che la clinica possa trattare. Ma in questo passaggio, molto si perde. La sofferenza non è narrata, è gestita. L'emozione resta ai margini della prescrizione, come un rumore di fondo che nessuno nomina ma che struttura l'intero scambio. Dal punto di vista dell'organizzazione conversazionale, la psichiatra mantiene un *frame* epistemico alto (Heritage 2012: 5): detiene la conoscenza del farmaco, del decorso, della cronologia, e al tempo stesso guida l'interazione verso la chiusura. La persona assistita accetta la posizione di chi ascolta e conferma, ma dentro questa asimmetria emerge una forma sottile di *agency*: quando confessa di aver ridotto da solo la dose, mette in gioco un sapere corporeo che sfida l'autorità medica. È un gesto di autonomia che viene immediatamente regolato («non devi restare senza medicine»), ma che rivela la dimensione esperienziale della cura.

Nel micro della conversazione, il trauma si manifesta non come racconto ma come memoria farmacologica. La stabilità psichica è legata alla continuità del farmaco più che alla parola. «Hai paura di restare senza medicine?» chiede la psichiatra. «Sì», risponde D., e quel sì vale più di molte narrazioni. È la paura del crollo, della perdita di contenimento, ma anche del ritorno di un passato che la terapia tenta di addomesticare. In questo senso, il farmaco diventa un oggetto di ancoraggio (Good 2012: 189): un dispositivo che traduce il trauma in materia dosabile, tangibile, prevedibile.

Il linguaggio della psichiatra – rassicurante ma direttivo – funge da cornice regolativa del rischio. «Se stai peggio, rimetti subito la dose intera»: l'avverbio «subito» segna la soglia del pericolo, quella che separa la sperimentazione dalla ricaduta. La cura è una linea sottile, percorsa a tentoni. La persona assistita è invitata a «provare», ma sotto il vincolo del controllo clinico. Qui il discorso terapeutico si intreccia con il discorso della disciplina: l'autonomia è concessa, ma condizionata alla vigilanza.

Come accade spesso nei contesti di salute mentale legati alla migrazione, la terapia si sposta così dal piano della parola a quello della presenza. «Torni la settimana prossima» non è solo un'indicazione logistica, ma una forma di legame: l'atto di tornare è parte della cura. È ciò che Das (2015: 9) definisce la ripetizione dell'ordinario come antidoto alla dissoluzione del trauma. Ogni visita rinnova il contratto silenzioso che tiene insieme vita psichica e appartenenza sociale.

La visita del 19 ottobre mostra in modo esemplare come il trauma, nel contesto della cura psichiatrica dei migranti, venga tradotto in un linguaggio che lo protegge ma anche lo riduce. Il dolore non è qui negato, ma ricondotto a una griglia di equilibrio clinico che permette di «tenerlo dentro i margini del curabile» (Good 1994: 118). Il farmaco diventa la forma linguistica della sofferenza: un modo per dire il trauma senza dirlo, per renderlo gestibile, dosabile, monitorabile.

In questa operazione, il sapere medico agisce come un dispositivo di contenimento epistemico: ciò che non può essere raccontato, può essere misurato; ciò che non può essere detto, può essere prescritto. La cura assume così i tratti di una governamentalità del dolore (Foucault 1976), in cui la funzione del terapeuta non è tanto decifrare l'esperienza soggettiva quanto mantenerla entro una soglia di vivibilità. «Non devi restare senza medicine» è la formula di questa soglia, insieme rassicurante e normativa.

Tuttavia, proprio nella sua apparente passività, la voce di D. introduce un'altra logica. Riducendo da solo la dose, mettendo in discussione la prescrizione, egli tenta di riappropriarsi del proprio corpo e della propria memoria. È un gesto di autonomia, ma anche di rischio: la possibilità di perdere il contenimento coincide con quella di riacquistare una forma di *agency*. La psichiatra lo richiama all'ordine terapeutico, ma lo fa in un modo che riconosce la paura sottostante – una paura che è già parte del processo di cura. La relazione terapeutica, in questo senso, è un equilibrio di reciproche dipendenze: il medico ha bisogno che la persona assistita resti nella cura, la persona assistita ha bisogno che la cura resti prevedibile.

Dal punto di vista discorsivo, il trauma emerge non come evento, ma come regime di interazione: la voce esitante, le pause, le correzioni e gli echi che punteggiano il colloquio sono tracce di una memoria corporea che non può ancora diventare racconto. Come scrive Kleinman (1988: 32), «il trauma non è solo ciò che è accaduto, ma ciò che continua ad accadere ogni volta che non può essere detto». La clinica, nel caso di D., diventa allora un luogo di sospensione: un laboratorio di linguaggio dove la sofferenza resta implicita, trattenuta tra la parola e il farmaco.

È in questo spazio sospeso che si situa la mia funzione, testimone silenziosa ma parte integrante della scena. Il gesto di riformulare la posologia «sera come ora; mattino, metà» non è un semplice atto di chiarimento linguistico: è una forma di accompagnamento etico, un modo di garantire che il significato non si perda nella traduzione. L'etnografia, qui, non osserva dall'esterno, ma sostiene la comunicazione dall'interno, diventando essa stessa una tecnologia di cura (Rampton et al. 2015: 8).

Il caso di D. chiude così un cerchio aperto nei capitoli precedenti: quello della voce fragile. Se nei casi di mediazione linguistica e di accesso burocratico la difficoltà era capire e farsi capire, qui la questione è più profonda: cosa resta da dire quando la lingua non basta più? La voce del trauma, nella stanza della psichiatra, non è scomparsa; è solo diventata un battito ritmico tra prescrizione e risposta, tra la cura che contiene e il corpo che resiste. In questa dinamica, la regolazione istituzionale del corpo e del racconto biografico può essere letta come un dispositivo biopolitico che opera anche attraverso forme di violenza simbolica, normalizzate nelle pratiche comunicative della cura.

### 3.4.2 «Quando penso troppo»: corpo, memoria e traduzione nella parola del trauma

L'interazione si svolge il 31 gennaio presso l'ambulatorio di Cosenza e vede la partecipazione di un avvocato, un medico e un assistito di origine senegalese. Il colloquio si configura come uno spazio di consulenza integrata, dove la dimensione legale e quella clinica si sovrappongono per rispondere a un'urgenza burocratica: l'assistito, dopo un tentativo fallito di regolarizzazione autonoma in Questura, è stato colpito da un decreto di espulsione. Lo scambio è teso a ricostruire una narrazione coerente del percorso migratorio, dal Senegal alla Libia, fino all'arrivo a Catania nel 2017, finalizzata alla presentazione di una domanda di asilo reiterata.

Il contesto è caratterizzato da una profonda densità informativa, in cui l'avvocato delinea le criticità procedurali e le lacune della Commissione Territoriale, mentre il medico conduce un'anamnesi mirata a far emergere i segni fisici del trauma. Il corpo dell'assistito diventa il luogo in cui ricercare le prove delle violenze subite durante la detenzione a Sabratha: le cicatrici sotto l'orecchio, al braccio e al ginocchio, insieme a un dolore persistente alla schiena, vengono indagate non solo per fini diagnostici, ma come elementi necessari alla futura certificazione medico-legale. La discussione si sposta poi sulla salute mentale, evidenziando sintomi di ansia e disturbi del sonno riconducibili al trauma vissuto. L'ambulatorio emerge così come un dispositivo di protezione che tenta di trasformare la sofferenza individuale in una "verità" giuridicamente spendibile, attraverso la prescrizione di esami strumentali (come la radiografia dorsale) e la pianificazione di percorsi psicologici, in una corsa contro i tempi ristretti imposti dalla normativa sull'immigrazione.

*Avvocato: E infatti stavate insieme, ha detto Eugenio, perché sapevo, naturalmente sei tu che tu avevi questo sportello in un altro posto, però... una cosa del genere. Abbiamo cominciato.*

*Dottore: Lo Spirito Santo... ah ecco, poi ci siamo trasferiti lì.*

*Avvocato: Alla sede?*

*Dottore: Emilia si occupa... prima lavoravamo assieme delle pizze, poi adesso lei si occupa delle pizze e io faccio solamente ambulatorio.*

*Avvocato: Ah ecco, sono ambulatorio. No, ma sono andato spesso da Emilia. Però poi ci sono stati dei periodi, sempre dei lunghi di vuoto: si ricordano delle emergenze, di poter fare una visita, e ci volevano addirittura mesi. Vabbè, c'è stato pure il fatto della pandemia/post-pandemia che non c'erano magari i medici disponibili... sono stati sempre, diciamo, non sempre... cioè le esigenze erano difficili da proprio essere soddisfatte. Allora, adesso... sì, magari la situazione: allora lui praticamente ha lasciato il paese nel 2016, poi è venuto qua nel 2017, ha fatto un'ultima richiesta.*

*C'è stato un dirigente del tribunale che ha seguito l'avvocato Campochiaro (che è sempre dell'AGI, perché io faccio parte pure dell'AGI; insieme ad Eugenio ho fatto anche dei corsi in Cassazione). Però a dicembre del 2022 questo ricorso in Cassazione è stato dichiarato inammissibile perché in sostanza erano tutte questioni di merito (la Cassazione è giudice di legittimità). Insomma, è andata male.*

*Poi, in realtà, lui, che succede? A un certo punto, come capita spesso, si è perso... di sua iniziativa. A un certo punto è venuto da me, di venerdì 17 gennaio, quando praticamente ha fatto una grande sciocchezza perché è andato da solo in Questura, con un appuntamento. In*

realità lui ha il suo diritto: può fare la reiterata (la seconda domanda d'asilo). Però con quell'appuntamento, che sono quelli che poi, tra l'altro, gli hanno ritirato i [documenti] classici, a un certo punto cosa hanno fatto? Hanno ritirato questo appuntamento e gli hanno fatto il decreto di espulsione di venerdì 17. Vabbè, infatti l'ho pure abbastanza cazziato.

Comunque, al di là di questo, gli ho detto: tu questo appuntamento in realtà l'hai preso il 6 ottobre. Dovevi venire da me, perché ti avrei detto di non andare assolutamente in Questura: avremmo chiesto noi l'appuntamento per la domanda reiterata, che è un tuo diritto. Lui è andato da solo e ha detto "ma io volevo chiedere l'asilo"; però loro, quando è andato il 6 ottobre, in realtà gli hanno dato un appuntamento generico dei rinnovi dei permessi di soggiorno. Quindi, quando si è presentato il 17, gli hanno dato, a quel punto, tardivamente, [provvedimenti] per il Governo. Infatti, gli ho fatto una bella cazziata. Mi ha chiamato, è venuto... Adesso, comunque, sto preparando, perché, tra l'altro, hanno quasi dimezzato i termini: il ricorso contro l'espulsione l'hanno ridotto a 20 giorni; quindi, sto preparando questo ricorso per venerdì al Giudice di Pace e, in più, siccome questa era la sua volontà, deposito prima il ricorso, poi farò una PEC in Questura dove chiederò un appuntamento, perché lui vuole comunque fare questa domanda di asilo reiterata. In realtà l'aveva già manifestata con quel famoso appuntamento, però non si era saputo spiegare bene.

Allora, dalla sua storia, perché ho chiesto la visita? Lui ha trascorso un periodo in Libia: un anno e mezzo; è stato arrestato e ha subito violenze; è stato percosso e ha cicatrici sul corpo (sotto l'orecchio sinistro, al braccio, al ginocchio) e poi sente dei dolori. Insomma, c'è la...

Dottore: ...storia.

Avvocato: ...è che lui praticamente scappa dal paese per motivi familiari: avrebbe dovuto continuare a studiare, il padre non voleva; quindi, è scappato per questo motivo (non voleva fare quello che il padre imponeva). In Libia ha subito queste violenze, poi è riuscito a scappare ed è arrivato in Italia. Oltre a questo, mi diceva pure che quando ha subito questo [in Libia] ... ovviamente non vuole cambiare [versione]; lavora comunque per rientrare [nell'iter]. Quindi lavora anche in questi giorni, soprattutto dopo aver capito quello che ha combinato con l'espulsione. Adesso diciamo che ha un problema di ansia: non ha preso mai farmaci, però riferisce difficoltà a dormire (si sveglia durante la notte) e un po' di inappetenza; cose che col trauma ci possono stare. Ripeto: non ha preso farmaci.

Dottore: Parli quindi francese... Francese, ok. Quando sei partito? 2016. Quanti anni avevi quando sei partito?

Persona assistita: Sono partito... 20...

Dottore: 22 anni? Sei partito solo. Dove volevi andare? Sei partito per andare dove?

Persona assistita: [Incomprensibile]... partito... sì...

Dottore: Sei andato in Niger. Quanto tempo ci hai messo per venire? Più o meno 2-3 settimane, quindi sei solamente passato. Come hai viaggiato?

E sei arrivato in Libia: dopo 6-7 mesi in Libia, quando sei arrivato? Hai fatto un anno e 2...

Persona assistita: ...mesi.

Avvocato: In Libia hai fatto un anno e due mesi. Prima sei stato in Senegal; poi quanto ci hai messo per arrivare? A febbraio 2016 hai lasciato il paese: quanto tempo per arrivare in Libia? Qualche settimana, quindi.

Dottore: Quindi diciamo da marzo 2016 sei arrivato in Libia. E cosa hai fatto? Ti pagavano...?

Persona assistita: Erano...

Dottore: ...lavori per un giorno oppure lavori...

Persona assistita: ...per...

Dottore: ...15 giorni? Cioè: a giornata? E dove dormivi? Dove? E poi cos'è successo? Cosa è successo in Libia?

Avvocato: In quale città ti hanno arrestato? Prima sei stato a Sabha, poi dici Sabratha? Sì? Dove ti hanno arrestato?

Persona assistita: A Sabratha.

Avvocato: Chi ti ha arrestato? Chi erano questi che ti hanno arrestato? Chi ti ha portato in carcere? Al-Militia boys? Sì, la...

Dottore: E per andare... ti... hanno portato... ti ha arrestato chi? Chi ti ha arrestato?

Persona assistita: *[Ripete] Arrestato...*

Dottore: *La mafia [milizie]. E dove ti hanno arrestato: in città oppure fuori città? Perché poi sei andato verso il mare per poter passare. E dove ti hanno portato?*

Avvocato: *A casa? Non ho capito.*

Dottore: *Quando ti hanno arrestato, dove sei stato in carcere?*

Persona assistita: *[Poco chiaro] ...vai da...*

Dottore: *Eri solo oppure c'erano altre persone? Quante persone c'erano più o meno? C'erano solo uomini oppure anche donne? C'erano bambini, tutti assieme? E dove dormivate? Sempre a terra? Un'unica stanza? Una stanza grande... ho capito. E vi davano da mangiare poco, poco, poco. Senti, quanto tempo sei stato in carcere?*

*[Voce non chiara]: Due mesi... sei stato... e quindi sei andato via nel...*

Avvocato: *...2018? Febbraio...*

Dottore: *...2016 dalla Libia?*

Avvocato: *Aspetta: lui è arrivato in Italia il 15 aprile 2017. Quanto è durato il viaggio dalla Libia all'Italia? Tu sei arrivato il 15 aprile 2017: quanti giorni è durato?*

Persona assistita: *Il viaggio...*

Dottore: *Non tutta la giornata: quindi meno di un giorno. Ho capito. Sei venuto in barca: barca a motore? Grande o piccola?*

Avvocato: *Mediterraneo... ma prima eravate nella stessa barca o hai cambiato barca? E dove sei...*

Dottore: *...arrivato? Sicilia: Lampedusa? Sicilia Catania? A Catania direttamente. E poi da Catania?*

Persona assistita: *E...*

Dottore: *Poi quando sei arrivato in Calabria, a Cosenza, da Sicilia? Quattro anni sei stato in Sicilia, poi sei venuto in Calabria. In Calabria dove sei arrivato: qui a Cosenza oppure prima in un'altra città?*

Avvocato: *Abiti proprio lì?*

Persona assistita: *Sì, sì.*

Dottore: *Ho capito. Senti un poco: in Libia mi racconti un po' cos'è successo quando sei stato in carcere? Come ti hanno picchiato?*

Avvocato: *Come ti...*

Dottore: *...picchiavano: con un bastone di legno? Di ferro? Sì. Hanno usato la corrente con te? No, solo picchiato. Ti hanno picchiato sempre, continuamente?*

*[Voce continua]: Ogni giorno. E dove ti hanno picchiato? In testa? Nel corpo? Ti hanno dato botte in testa? Di nuovo qui; e poi sulla schiena; sotto i piedi. Ti hanno legato? Ti hanno sospeso? Hai visto altre persone legate e girate? Solo picchiate? Hai visto qualcuno che è morto? E cosa facevano dei morti? Li buttavano fuori oppure restavano dentro? Riuscivate a dormire? No, non riuscivi a dormire. Allora facciamo così: vediamo un pochino... come mai non ti hanno sospeso? Non lo sai.*

Avvocato: *E come sei scappato poi? [la persona assistita: Incendio]. Vi eravate parlati tra di voi?*

Dottore: *Ok, per cercare di fuggire. Dopo che sei riuscito a fuggire, dove sei andato?*

Persona assistita: *[Incomprensibile]... dove ero stato fermato ho lasciato... andato avanti sempre...*

Dottore: *Quanto tempo sei stato prima di prendere la nave?*

Avvocato: *Dopo che sei scappato, quanto tempo è passato prima che hai preso la nave? Qualche giorno? Uno, due, tre...?*

Dottore: *Quindi sei stato direttamente sulla spiaggia? Dove sei stato? Dove hai dormito? Sapevi che da lì sarebbe passata la nave oppure partiva la barca per...?*

Avvocato: *Più o meno mi trovo con quello che avevo segnato. Vabbè, l'avvocato qui raccontava la storia in generale, però mi trovo: prima Sabha e poi Sabratha, dove è stato arrestato dagli Arab boys (milizie) per due mesi; veniva picchiato quotidianamente; gli è stato fratturato, da verificare il polso destro. Poi è scoppiato l'incendio ed è riuscito a scappare. Alla Commissione: io ho anche il verbale; mi pare coincida. Posso dare sia il verbale*

dell'audizione che le prime due pagine del ricorso che riepilogano la storia e il diniego della Commissione, su quale base... perché non sono attinenti; innanzitutto non hanno approfondito (quasi sempre non approfondiscono) le violenze in Libia. A volte dipende che loro non lo dicono proprio o lo sminuiscono come cosa di passaggio; invece è importante. Anche quando lo dicono, poi la Commissione non approfondisce con l'intervista.

Qui dice: motivo perché è scappato... ha studiato. Ha fatto le scuole (elementari e medie), poi ha fatto il falegname a casa. La Commissione ha dichiarato... poi seguito nel mare, viaggi: Burkina Faso, Niger (due settimane ad Agadez), poi Libia. Ha vissuto in Libia un anno e due mesi tra Sabha e Sabratha; a Sabha andava ogni giorno in piazza a cercare lavoro (a volte sì, a volte no), vita difficile, senza mangiare e senza un posto dove dormire. Il paese non era tranquillo. A Sabratha è stato catturato dagli arabi, tenuto prigioniero circa due mesi; picchiato ogni giorno. Un giorno è scoppiato un incendio, è riuscito a scappare rifugiandosi nella foresta, poi da lì è partito.

Però qui, alla Commissione, "non è uscito benissimo"; a me ha fatto vedere [segni]. Dice: "sì, mi hanno picchiato", però non è uscito bene alla Commissione. La Commissione l'ha avuta in Sicilia (Commissione di Catania); decreto di rigetto perché non è nel servizio di accoglienza? – No, no, no.

Dottore: A casa tua "in gabbia". Non stavi bene: non ti piaceva stare a casa, "in gabbia". Perché?

Persona assistita: Prima, quando ero stato... andato a scuola... il mio esame l'ho fatto bene. Mio padre... io ho fatto bene, ma mio padre non vuole che io faccia di più. Io voglio fare, voglio andare avanti. Lui ha detto: "tu devi ripetere questa classe; se vai avanti io non posso pagare la tua scuola". Quindi ho detto a mio padre: io non posso ripetere questo, forse devo andare. Ho fatto bene, per questo...

Dottore: Ma papà ti richiama?

Persona assistita: Sì... prima ha detto: "quando tu non vuoi ripetere questo..."

Dottore: Quanti fratelli siete a casa? – Due, più piccoli. – Sorelle? – Due sorelle. –, Quindi siete cinque. Ti senti con... non con tuo padre (con lui non ti senti)?

Avvocato: Tua mamma è morta?

Dottore: Ti senti ogni tanto? Stanno bene? Sì, diciamo ok.

Avvocato: Che religione sei, se posso chiedere?

[Avvocato – discorso tecnico]: Certificazione per [procedimenti] legittimi: adesso, non volendo saltare, non avremo almeno nulla, anche se poi ci potrebbe essere giustificativo psichiatrico e quant'altro, però entro 20 giorni/un mese faccio il ricorso; il giorno dell'udienza porto una certificazione che attesti... E poi, finito [poco chiaro] ... Lui, ripeto, non ti ha fatto più... poi ha chiamato... però lui ha...

E poi contestualmente deposito il ricorso accennando un pezzo di questo [poco chiaro] e attivo la procedura presso la Commissione con certificato medico che attesta queste cicatrici.

Tramite un mio cliente e amico... Io volevo fare una ["oggi" / [poco chiaro]], però lui non aveva spiegato bene. Ho detto: "no, tu non lo puoi fare": c'è pendenza in Cassazione. Quando è venuto da me, la Cassazione non aveva ancora deciso. "Tu quando finisce la Cassazione...". Poi ho chiamato e ho detto: guardate... però lui spesso è sparito; non c'è stato... E poi, invece di chiamare, è venuto a Cosenza e ha fatto una richiesta di protezione speciale... che hanno dichiarato subito inammissibile.

Prima si andava anche da soli; adesso riconosco... tutte cose illegittime. Intanto ti costringono perché l'avvocato o un operatore legale ti fa l'appuntamento per formalizzare la tua volontà... e quindi, purtroppo, si è mosso di testa sua. Infatti, ho detto: "tu, per cui vieni a Cosenza...". Nell'ultimo anno hanno cambiato un sacco di cose; quando le norme si sovrappongono non è facile. Infatti, facciamo convegni, giornate, perché è difficile pure per noi specialisti seguire modifiche normative continue che si sovrappongono. Ci sono interpretazioni difformi... Quello di non aspettare la Cassazione...

Però ci sono i risultati: si riesce ad avere un permesso. Ieri mi ha chiamato un assistito tornato a casa in Africa con la protezione speciale dopo dieci anni: belle soddisfazioni umane. Abbiamo fatto la festa pure a un nostro uomo che ha ricongiunto i familiari dopo tanti anni, adesso che si

*è sistemato. Sono belle soddisfazioni dal punto di vista umano.*

*C'è una materia, diritto dell'immigrazione, con poche norme e una marea di tutto... [poco chiaro].*

*Facciamo lezioni... gli studenti vogliono sapere... Quando ci sono casi particolari, servono anche relazioni, e come no: il vostro supporto è fondamentale. In realtà il quadro europeo... usciranno nuovi regolamenti; la storia diventerà sempre più difficile. Non è un disegno politico neutro: fanno decreti che non favoriscono canali regolari. In Germania stanno ampliando ingressi per ricerca lavoro; da noi decreto flussi rimandato... quote sempre poche.*

*Rispetto alle esigenze... e poi truffe: c'è gente che si è fatta truffare. Alcuni li ho salvati... ma se uno è senza scrupoli è terribile.*

*Ho detto: "se mi capita, conosco aziende..."; ovviamente truffando perché risultava una persona e poi era un'altra... A Roma hanno una scopertura... ma non sono alimentate dallo Stato con leggi adeguate; si favorisce di fatto il traffico. La disperazione paga, e poi trovi chi se ne approfitta (come in tutti i settori).*

*Dottore: C'è un...*

*Avvocato: C'è un ragazzo fuori che ti sta aspettando, ok?*

*Dottore: Sì. Lui dovrebbe fare una radiografia a livello dorsale: ha una prominente vertebrale; dice che ha avuto... dovremmo fare questa radiografia: conviene farla? – Sì, perché se ci fosse un esito di frattura...*

*Avvocato: Sì.*

*Dottore: Ecco qua... Quindi la prescrivi? – Sì, la prescriviamo. Dove la può fare? Vediamo un po'.*

*Poi, su questo [scalpo], qui non c'è nulla: non ho visto nulla; ho guardato per bene, non avevano messo tutti i capelli... Lui però... sì.*

*Avvocato: A te serve pure la sua storia, no? Ah, va bene. Perfetto, ok. E al ginocchio?*

*Dottore: E poi ho un paio di segni che potrebbero essere dovuti, siccome diceva che l'hanno picchiato...*

*Avvocato: Tutto... i fianchi?*

*Dottore: Sì, potrebbe essere. Esattamente: la radiografia, perché questo è l'unico punto dove lui ha dolore.*

*Avvocato: Sì.*

*Dottore: E quindi potrebbe esserci pure un esito di frattura o qualcosa. Vabbè, questo l'ho visto: conviene farlo fare. Per il resto va...*

*Avvocato: ...bene. Ok. Invece, per il proseguo psicologico, potremmo fissargli...*

*Dottore: Possiamo fare due strade: una è quella dell'équipe (forse la più... sì), oppure, se qui ci sono gli psicologi, quest'altra strada.*

*Avvocato: Però forse quella è la più veloce.*

*Dottore: Questo qui: la radiografia conviene farla. Dovrebbe farla... Il codice fiscale tu ce l'hai? [Persona assistita: Sì.] Può fare l'impegnativa anche per stranieri. Quanto tempo ci vuole? Deve farla in ospedale oppure in una struttura convenzionata?*

*Dottore: Qualsiasi convenzionata: se vai, va bene.*

*Avvocato: Bene.*

*Dottore: Mi compri i dati? Questa è la prescrizione della radiografia.*

*Avvocato: Invece per la certificazione?*

*Dottore: Potrei farla pure entro domani.*

*Avvocato: Sì. L'unica cosa: vediamo se riusciamo, perché entro un mese ci potrebbe essere l'udienza; la certificazione la vorrei fare per produrla.*

*Dottore: Comunque devo... vedere la radiografia per capire se c'è qualche cosa.*

*Avvocato: Devo aggiornare; prima ci organizziamo. Questa va fatta subito, allora.*

*Dottore: Giusto, per vedere...*

*Avvocato: ...se è più completa.*

*Dottore: Esattamente: se ci fosse un ulteriore trauma, lo inseriamo.*

*Avvocato: E lo inseriamo, sì.*

*Dottore: Perché d'altro lui non riferisce nulla. Ritorno a ripetere: le uniche cicatrici sono*

*queste tre; e poi questo dolore alla schiena. Siccome ha pure una prominenza di una vertebra, vorrei capire se è un esito di frattura: perciò vale la radiografia. D'altro non ha nulla di particolare.*

*Avvocato: Abbiamo finito.*

*Dottore: Finito.*

*Avvocato: Ok, allora ciao. Valerio, grazie. Ciao.*

L'incontro con Souleiman si svolge nell'ambulatorio a Cosenza, assume subito il tono di una doppia udienza: sanitaria e giuridica. Accanto al medico è presente l'avvocato, che introduce il caso, ricostruendo con tono serrato la sequenza di ricorsi, date e decreti di espulsione. «A un certo punto è venuto da me, di venerdì 17 gennaio» dice, «e ha fatto una grande sciocchezza perché è andato da solo in Questura...». Il racconto scorre in un flusso logico-forense, in cui il corpo della persona assistita non è ancora visibile: esiste solo come soggetto di un atto amministrativo.

*Avvocato: ...è che lui praticamente scappa dal paese per motivi familiari: avrebbe dovuto continuare a studiare, il padre non voleva; quindi, è scappato per questo motivo (non voleva fare quello che il padre imponeva). In Libia ha subito queste violenze, poi è riuscito a scappare ed è arrivato in Italia. Oltre a questo, mi diceva pure che quando ha subito questo [in Libia] ... ovviamente non vuole cambiare [versione]; lavora comunque per rientrare [nell'iter]. Quindi lavora anche in questi giorni, soprattutto dopo aver capito quello che ha combinato con l'espulsione. Adesso diciamo che ha un problema di ansia: non ha preso mai farmaci, però riferisce difficoltà a dormire (si sveglia durante la notte) e un po' di inappetenza; cose che col trauma ci possono stare. Ripeto: non ha preso farmaci.*

*Dottore: Parli quindi francese...Francese, ok. Quando sei partito? 2016. Quanti anni avevi quando sei partito?*

*Persona assistita: Sono partito... 20...*

*Dottore: 22 anni? Sei partito solo. Dove volevi andare? Sei partito per andare dove?*

*Persona assistita: [Incomprensibile]... partito... sì...*

*Dottore: Sei andato in Niger. Quanto tempo ci hai messo per venire? Più o meno 2-3 settimane, quindi sei solamente passato. Come hai viaggiato? E sei arrivato in Libia: dopo 6-7 mesi in Libia, quando sei arrivato? Hai fatto un anno e 2...*

*Persona assistita: ...mesi.*

*Avvocato: In Libia hai fatto un anno e due mesi. Prima sei stato in Senegal; poi quanto ci hai messo per arrivare? A febbraio 2016 hai lasciato il paese: quanto tempo per arrivare in Libia? Qualche settimana, quindi.*

*Dottore: Quindi diciamo da marzo 2016 sei arrivato in Libia. E cosa hai fatto? Ti pagavano...?*

*Persona assistita: Erano...*

*Dottore: ...lavori per un giorno oppure lavori...*

*Persona assistita: ...Per...*

*Dottore: ...15 giorni? Cioè: a giornata? E dove dormivi? Dove? E poi cos'è successo? Cosa è successo in Libia?*

*Avvocato: In quale città ti hanno arrestato? Prima sei stato a Sabha, poi dici Sabratha? Sì? Dove ti hanno arrestato?*

*Persona assistita: A Sabratha.*

*Avvocato: Chi ti ha arrestato? Chi erano questi che ti hanno arrestato? Chi ti ha portato in carcere? I Militia boys?*

L'interazione, inizialmente monopolizzata dall'avvocato, si trasforma in un dialogo triadico in cui la parola della persona assistita appare ritardata e frammentaria, continuamente filtrata e ripresa. Dal punto di vista conversazionale, si configura un modello di *floor control* condiviso (Goffman 1981; Drew & Heritage 1992): nessuno dei tre interlocutori detiene stabilmente il turno, e i confini tra narrazione, consulenza e diagnosi sfumano.

Quando l'avvocato introduce la «storia», la transizione è segnata da una micro-ripetizione del medico – «storia» – che segnala la presa in carico clinica e al tempo stesso ne traduce la funzione istituzionale: il racconto deve diventare prova. La narrazione di Souleiman, mediata dalle domande, si inserisce così in un *frame* duplice: terapeutico e probatorio. Come osserva Das (2007: 41), nei contesti di violenza politica «la testimonianza è sempre negoziata tra la necessità di raccontare e la forma che l'istituzione impone al racconto».

Nel micro dei turni, il linguaggio si carica di indizi di potere. L'avvocato costruisce frasi lunghe, subordinate, dense di gergo giuridico («ricorso in Cassazione dichiarato inammissibile», «domanda reiterata»), mentre il medico interviene con unità più brevi, pragmatiche, fondate su verbi modali e azioni («vediamo», «facciamo»). La persona assistita, invece, parla per frammenti («partito... sì... 22 anni...»), spesso non udibili, alternando l'italiano a parole spezzate. È una triade linguistica dove la distribuzione della parola rispecchia la gerarchia istituzionale: il diritto precede la biografia, la diagnosi segue la sentenza.

Quando il medico chiede: «In Libia cosa è successo?», lo spazio discorsivo si apre. Il tono cambia, la voce della persona assistita emerge – esitante, discontinua – e la narrazione del trauma prende forma: «mi hanno picchiato... ogni giorno... sotto i piedi... in testa». L'avvocato riformula («quindi due mesi di prigionia, ogni giorno picchiato, frattura del polso destro...»), trasformando la memoria in un linguaggio forense, mentre il medico traduce in corporeità clinica: «prominenza vertebrale», «radiografia». È un processo di traduzione multipla: dal trauma vissuto al racconto orale, da questo alla registrazione scritta, infine al referto medico.

L'analisi conversazionale di questo segmento rivela una sequenza tipica di *inquiry-story repair*: ogni domanda («dove ti hanno arrestato?», «con cosa ti picchiavano?») apre una breve risposta della persona assistita, seguita da una ripresa dell'avvocato che riformula o amplia. La ripetizione sistematica dei pronomi («chi ti ha arrestato?», «chi erano questi??» «chi ti ha portato in carcere?») costruisce una forma di interrogatorio che mira a produrre coerenza narrativa più che comprensione empatica. Heritage (2012: 19) osserva che in questi casi la domanda clinica e quella giudiziaria condividono una stessa logica epistemica: stabilire i fatti piuttosto che ascoltare la sofferenza.

Il corpo, in questa conversazione, diventa così un campo di verifica: ogni segno visibile deve corrispondere a un evento narrato. «Sotto l'orecchio sinistro, al braccio, al ginocchio», enumera l'avvocato; «prominenza vertebrale», conferma il medico. Il dolore, da esperienza soggettiva, si fa evidenza oggettiva. Come scrive Fassin (2008: 541), «il dolore del rifugiato deve essere visibile per essere credibile»: le cicatrici diventano un linguaggio politico, l'unico che l'istituzione riconosca. Nel registro micro, il tono del medico è partecipe ma operativo: «Ti hanno picchiato con un bastone di legno? Di ferro? Hanno usato la corrente con te?» Ogni domanda è una micro-traduzione della violenza in lessico clinico, in un tentativo di nominare senza sopraffare. Ma l'effetto cumulativo è ambivalente: nel ritmo serrato delle domande, il trauma rischia di diventare un inventario di lesioni.

### 3.4.3 *Corpo come archivio della violenza: trauma, prova e traduzione istituzionale*

L'incontro con Souleiman si apre in una forma di dialogo già stratificata. Prima ancora che la persona assistita parli, la scena è dominata dalle voci dell'avvocato e del medico, che si riconoscono, si salutano, si scambiano frammenti di contesto:

*Avvocato: E infatti stavate insieme, ha detto Eugenio, perché sapevo... che tu avevi questo sportello in un altro posto...*

*Dottore: Lo Spirito Santo [è il nome del Quartiere] ... ah ecco, poi ci siamo trasferiti lì.*

L'ingresso della persona assistita è mediato da un lungo preambolo narrativo: «Lui praticamente ha lasciato il paese nel 2016, poi è venuto qua nel 2017...», dice l'avvocato, costruendo una cornice cronologica e giuridica. La biografia di Souleiman si dispiega inizialmente come caso legale, più che come racconto di vita. Nel linguaggio dell'interazione, la voce dell'avvocato ha un ritmo giuridico, assertivo, che orienta il *frame* interpretativo: l'obiettivo è «preparare il ricorso», «attivare la domanda reiterata», «fare la certificazione».

Dal punto di vista conversazionale, questo lungo turno iniziale funziona come prefazione epistemica (Heritage & Clayman 2010: 28): stabilisce l'autorità del parlante e definisce il tipo di sapere rilevante nella stanza. Il medico ascolta, interviene a intermittenza («...storia», «ah ecco»), segnando il passaggio dalla cornice legale a quella clinica. È in questo gesto di eco – *storia* – che la dimensione biografica della persona assistita torna disponibile, seppur tradotta in un lessico medico-giuridico.

Quando l'avvocato spiega: «ha trascorso un periodo in Libia... è stato arrestato e ha subito violenze; ha cicatrici sul corpo», la parola «violenza» appare per la prima volta, ma non per voce del soggetto che l'ha subita. Come nota Das (2007: 41), nei contesti burocratici della sofferenza «la

testimonianza non appartiene più interamente a chi parla, ma a chi la riceve e la riscrive». In questa scena, il racconto del trauma è già un racconto *in delega*.

A questo punto il medico prende parola e la redistribuisce:

Dottore: *Francese, ok. Quando sei partito? 2016. Quanti anni avevi quando sei partito?»*

Persona assistita: *Sono partito... venti...»*

Dottore: *Ventidue anni? Sei partito solo. Dove volevi andare?»*

È il primo momento in cui la voce di Souleiman diventa udibile, ma resta fragile, frammentata, continuamente riscritta nella forma interrogativa del medico. L'interazione si struttura come una serie di domande a catena, ciascuna fondata sull'incompletezza della risposta precedente. L'effetto, discorsivamente, è quello che Atkinson e Drew (1979: 104) chiamano «repair loop»: la domanda non cerca tanto l'informazione quanto la conferma della coerenza narrativa.

Mentre il medico spinge verso una temporalità lineare – «quanto tempo ci hai messo?», «sei andato in Niger?», «sei arrivato in Libia?», la risposta della persona assistita introduce ellissi, sospensioni, esitazioni. La conversazione diventa una lotta gentile tra due ritmi del tempo: quello burocratico, che deve chiudere le date e fissare i fatti, e quello memoriale, che riapre le ferite.

Quando l'avvocato aggiunge: «In Libia ha subito queste violenze, poi è riuscito a scappare ed è arrivato in Italia... quando ha subito questo [in Libia] ... ovviamente non vuole cambiare [versione].» il trauma viene iscritto in un linguaggio della coerenza e della prova. L'espressione «non vuole cambiare versione» mostra come la credibilità – più che la sofferenza – diventi il vero oggetto di negoziazione. L'interazione costruisce così un doppio registro: quello della cura, che si occupa del dolore, e quello del diritto, che si occupa della verità.

Il medico tenta una mediazione tra questi due mondi. Nelle sue domande brevi («ti pagavano?», «dove dormivi?» «cosa è successo in Libia?»), cerca di spostare il discorso sul corpo, introducendo una dimensione sensoriale («ti hanno picchiato?», «dove?», «con cosa?»). Ogni volta, il racconto si traduce in una topografia del dolore: «sotto l'orecchio sinistro, al braccio, al ginocchio». Il trauma, da narrazione di eventi, diventa mappa anatomica.

In questo passaggio, la conversazione mostra la sua struttura più profonda: è un atto di traduzione istituzionale. La sofferenza viene trasformata in linguaggio clinico («prominenza vertebrale») e poi in linguaggio legale («certificazione medica», «radiografia», «prova documentale»). Ciò che nasce come parola individuale diventa documento, ciò che nasce come corpo sofferente diventa corpo probatorio. È il processo che Fassin (2008: 541) definisce «biopolitica della testimonianza»: la vita si fa visibile solo quando diventa evidenza.

### 3.4.3.1 La parola ferita e la prova del corpo

Il momento in cui Souleiman comincia a parlare del carcere segna una svolta netta nel ritmo della conversazione.

Dottore: *In Libia mi racconti un po' cos'è successo quando sei stato in carcere? Come ti hanno picchiato?*

Persona assistita: *Ogni giorno. In testa... nel corpo... sotto i piedi.*

La voce della persona assistita è spoglia, essenziale. Le risposte arrivano per frammenti, come se il linguaggio dovesse fermarsi prima di ferire ancora. La violenza prende forma attraverso una sintassi ridotta al minimo, che conserva l'immediatezza dell'esperienza corporea. Come osserva Veena Das (2007: 87), «nei racconti del trauma, il linguaggio si piega sul corpo, ne assume il ritmo, la fatica, la discontinuità».

Il medico, nel tentativo di documentare il dolore, moltiplica le domande:

Dottore: *Ti hanno legato? Ti hanno sospeso? Hai visto altre persone legate e girate? Hai visto qualcuno che è morto?*

Persona assistita: *Sì... ogni giorno picchiato... qualcuno morto.*

La sequenza si configura come una catena di interrogazioni cumulative: ogni domanda contiene la risposta precedente e la spinge un passo oltre, come a costruire un fascicolo orale della sofferenza. Conversazionalmente, è una forma di *elicitation sequence* (Atkinson & Drew 1979), in cui l'ascoltatore guida la narrazione imponendo un ordine tematico e temporale. Ma in questo caso, l'ordine non serve tanto a comprendere quanto a certificare.

L'avvocato interviene spesso in sovrapposizione:

Avvocato: *Quindi a Sabratha sei stato arrestato dagli Azma boys... due mesi... venivi picchiato quotidianamente... ti hanno fratturato il polso destro.*

La sua voce trasforma il racconto in linguaggio giuridico, traducendo le immagini in categorie di prova. Il trauma, così, passa da esperienza a evidenza: una sequenza di fatti da allineare a un documento preesistente («posso dare sia il verbale dell'audizione che le prime due pagine del ricorso...»). È il momento in cui il corpo di Souleiman smette di essere solo corpo e diventa archivio: ciò che deve essere letto, misurato, autenticato.

L'effetto discorsivo è duplice. Da un lato, la riformulazione dell'avvocato produce coerenza narrativa, colmando le ellissi del racconto («prima Sabha e poi Sabratha...»); dall'altro, sottrae al

persona assistita la proprietà del proprio discorso. Come nota Good (1994: 136), nei dispositivi medico-legali la persona assistita è invitato a raccontare, ma l'istituzione gli insegna come farlo. In questo spazio triadico, il medico assume il ruolo di *traduttore epistemico* (Fassin & Rechtman 2009): deve rendere il dolore leggibile sia clinicamente sia giuridicamente. Quando dice

*Dottore: Siccome diceva che l'hanno picchiato... conviene fare una radiografia: potrebbe esserci un esito di frattura.*

L'esame diagnostico non è solo cura, ma anche *prova documentale*. Il referto medico diventa il mezzo attraverso cui il trauma ottiene cittadinanza amministrativa. Prior (2003) parlerebbe di «trasformazione del documento in agente sociale»: la radiografia sarà la voce più autorevole della persona assistita.

Nel linguaggio dell'interazione, questa traslazione è marcata da continui passaggi deittici: «questo» (il segno sul corpo), «lì» (la schiena), «qua» (la cicatrice). Ogni gesto del medico che tocca o indica sostituisce un pezzo di racconto:

*Dottore: Sotto l'orecchio sinistro, al braccio, al ginocchio... e poi questo dolore alla schiena.*

È una topografia della violenza, dove il dolore viene geolocalizzato per essere riconosciuto. Come scrive Fassin (2008: 542), «nella burocrazia della compassione, la verità del corpo supplisce all'incertezza della parola».

### 3.4.3.2 Il corpo-documento e le forme della visibilità

Negli ultimi minuti dell'incontro, la scena si sposta dalla memoria al documento.

*Avvocato: La certificazione la vorrei fare per produrla [in udienza].*  
*Dottore: Devo vedere la radiografia per capire se c'è qualche cosa.*

Qui la parola *vedere* acquista una doppia valenza: clinica e giuridica. «Vedere» non è più solo l'atto medico dell'osservazione, ma l'atto probatorio del rendere visibile. Il trauma dovrà apparire, in un'immagine radiologica o in una formula scritta, per poter esistere ufficialmente.

Il corpo di Souleiman, in questa rete di sguardi e dispositivi, diventa un oggetto – testimone: un supporto di memoria che parla per immagini. Ma, come ricorda Das (2007: 95), ciò che l'immagine mostra non è mai tutto ciò che il corpo sa. Nella traduzione dal dolore al documento si perde sempre qualcosa: il tono, il silenzio, la pausa, l'incertezza – elementi che nell'interazione stessa costituivano la verità del trauma.

Il passaggio è sottile ma decisivo: l'oggetto della cura non è più il dolore della persona assistita, ma la sua *tracciabilità*. La diagnosi diventa una pratica di scrittura. L'immagine radiologica, che «mostra» la possibile frattura, è anche un dispositivo di legittimazione: stabilisce un confine tra il dicibile e il credibile.

Il linguaggio clinico si fonde con quello legale in un registro di precisione amministrativa: «siccome ha pure una prominenza di una vertebra, vorrei capire se è un esito di frattura: perciò vale la radiografia». L'uso del verbo *valere* è rivelatore: l'esame 'vale' non solo per capire, ma per dimostrare. Come scrivono Atkinson e Coffey (2004: 58), «i documenti non rappresentano semplicemente la realtà, la producono: sono strumenti performativi che costruiscono ciò che pretendono di descrivere». In questa stanza, il dolore prende valore solo nella misura in cui può essere archiviato.

Nel parlato del medico, la corporeità di Souleiman diventa campo di verifica: «questo l'ho visto: conviene farlo fare». La frase oscilla tra la cura e la burocrazia, tra il prendersi cura e il *fare*. La persona assistita ascolta, risponde poco; la parola è ormai tutta nelle mani di chi deve scrivere, firmare, trasmettere. Il corpo, invece, resta lì, oggetto e pretesto insieme.

Dottore: *Perché d'altro non ha nulla di particolare.*  
Avvocato: *Abbiamo finito.*

Il sollievo della chiusura è anche un atto di separazione: la storia si conclude nel momento in cui diventa gestibile. Il trauma, che aveva aperto la visita come narrazione viva, si richiude nel linguaggio neutro del modulo. È ciò che Fassin definisce politica della compassione documentata: il dolore deve essere reso leggibile per poter essere preso in carico (2008: 539).

Ma questa leggibilità ha un costo. La traduzione del vissuto in referto produce un effetto di riduzione: ciò che è stato detto, mostrato e toccato nella stanza diventa solo una serie di segni su carta. L'interazione, così, rende visibile un paradosso profondo: la sofferenza è riconosciuta solo quando si lascia ridurre a categoria amministrativa.

Nell'interazione tra medico e avvocato si gioca, in forma discorsiva, la tensione tra due regimi di verità: il sapere medico, che cerca la causalità, e il sapere giuridico, che cerca la coerenza. Il primo vuole «capire se c'è una frattura»; il secondo «produrre la certificazione». In mezzo, la voce della persona assistita si fa eco, scompare tra formule, riemerge appena: «Sì.» / «Ok.»

Sono micro-risposte, ma dense di significato. In quell' «ok» si condensa l'intera asimmetria: la resa linguistica alla macchina istituzionale, ma anche un gesto di fiducia minima, sufficiente a sostenere la relazione terapeutica.

A livello teorico, questa scena mette in dialogo due dimensioni della cura che raramente si incontrano: la cura come ascolto (Tronto 1993; Mol 2008) e la cura come prova (Fassin 2011). Quando il medico e l'avvocato discutono di certificazione, stanno in realtà ridefinendo il perimetro del curabile: ciò che può essere riconosciuto come lesione è ciò che entra nei confini del diritto. Il dolore senza referto resta fuori.

L'analisi discorsiva mostra come questi confini siano costruiti attraverso scelte linguistiche minute: i verbi modali («conviene fare», «possiamo fare», «devo vedere»), le ripetizioni rassicuranti («va bene, sì, conviene farlo»), e le formule di chiusura («abbiamo finito»). Ogni turno contribuisce a spostare il trauma dal registro dell'esperienza a quello della procedura.

Sul piano etnografico, la scena rende visibile la grammatica della credibilità: l'intreccio di voci e sguardi che trasforma la sofferenza in atto riconoscibile. La radiografia diventa un documento politico tanto quanto medico; il corpo, un archivio vivente che deve essere letto con competenze incrociate. Come nota Good (2006: 152), «le istituzioni della cura si muovono tra due logiche: quella della comprensione e quella della registrazione», Souleiman si trova esattamente nel punto in cui queste due logiche si toccano.

Dal punto di vista decoloniale, la scena offre un esempio emblematico di ciò che Fanon (1952) chiamava «violenza epistemica del vedere»: l'obbligo di rendersi visibile secondo i codici dell'altro. La radiografia, il referto, la certificazione – tutti strumenti apparentemente neutrali – diventano dispositivi di potere che trasformano il corpo migrante in testo da leggere. È un processo di oggettivazione burocratica che si presenta come cura, ma produce anche invisibilità simbolica: ciò che non è radiografabile non esiste.

Nella chiusura, il saluto rapido («ok, ciao») segna la riconsegna del corpo all'amministrazione. L'incontro si dissolve nella sequenza di adempimenti che lo seguiranno: «ricorso», «certificato», «PEC in Questura». Ma nel silenzio che resta – quello della persona assistita che non parla più – rimane la traccia più autentica del trauma: quella che sfugge al documento, che nessuna radiografia potrà restituire.

Come osserva Das (2007: 102), «alcune forme di dolore non cercano testimoni, ma complici silenziosi». In questa stanza, il medico e l'avvocato sono entrambi testimoni e complici; e il ricercatore, in ascolto, registra la tensione di un linguaggio che, nel tentativo di *mostrare* il dolore, rischia sempre di riscriverlo.

### 3.5 *L'osservazione come parte della scena*

Nei casi che seguono, la ricerca smette di essere soltanto un atto di osservazione e diventa una pratica partecipata, dove la mia stessa presenza modifica la configurazione dell'incontro clinico. Se nei casi precedenti la voce della persona assistita si confrontava con quella del medico, del mediatore o dell'istituzione, qui entra in gioco una terza dimensione: quella di chi osserva che, nel momento in cui traduce o interviene, diventa parte della scena.

L'idea di «neutralità etnografica» si incrina nella concretezza della mediazione linguistica. Da interprete/ricercatrice non sono solo testimone, ma anche agente comunicativo che filtra, chiarisce, ricompone i significati. Questo spostamento impone una doppia attenzione: da un lato alle dinamiche interazionali, dall'altro alle implicazioni epistemologiche e affettive del farsi voce d'altri (Ingold 2014; Clifford & Marcus 1986; England 1994).

Come osserva Rampton (2007: 585), la presenza dell'etnografo «non disturba» semplicemente la scena, ma la costituisce: la ricerca sul linguaggio non si limita a descrivere le condizioni di comunicazione, ma le co-produce. In questi casi, la partecipazione diventa condizione di possibilità stessa del dato, e l'interazione una forma di conoscenza incarnata.

#### 3.5.1 *Osservazione e interpretariato*

##### 3.5.1.1 *Il caso di Samantha*

*La psicologa accoglie Samantha con un tono dolce ma diretto. Gli ricorda che si erano visti due settimane prima e che, allora, gli aveva suggerito di prendere le gocce anche al mattino. Gli chiede come si senta, se nota differenze da quando ha aumentato la dose. Lui risponde che va meglio: il mal di testa si è ridotto, si sente meno stanco, anche se l'energia non è ancora tornata del tutto.*

*La conversazione scorre lenta, punteggiata da pause e da momenti in cui il linguaggio si fa incerto. La psicologa prova a esplorare i significati che Samantha attribuisce a quei sintomi: «Nel tuo Paese, quando una persona ha mal di testa o si sente molto stanca, come si spiega di solito? Qual è la causa?». Lui ascolta in silenzio, poi abbozza un ricordo frammentato, in parte in inglese, in parte nella propria lingua: una «dottoressa» che lo aveva visitato, dei disturbi simili vissuti da altri. Le parole arrivano spezzate, come pezzi di una memoria che non si lascia ricomporre facilmente.*

*La psicologa insiste con delicatezza: gli chiede se questi sintomi siano comparsi anche prima di partire, o se siano iniziati dopo i «problemi politici». Samantha annuisce. Dice che dopo quegli eventi ha cominciato a sentirsi senza forza, con la testa pesante, senza energia. Quando cerca di spiegare il perché, le frasi si interrompono, si mescolano con brevi segmenti in inglese («this happened after your problems»). Poi aggiunge, quasi sottovoce, che pensa spesso alla famiglia, e che quello pensiero non lo lascia mai in pace.*

*La psicologa gli chiede se, anche adesso che vive in Italia, prova ancora paura. Lui riflette a lungo, poi dice di sì: «you know this feel and the danger», conosci ancora quella sensazione e il pericolo. È una paura che non ha più un oggetto preciso, ma che resta nel corpo.*

*Si parla allora della moglie e del figlio, rimasti in India. La psicologa osserva che dev'essere molto difficile pensare a loro da lontano. Samantha annuisce, lo sguardo fisso sul tavolo. Lei*

prova a incoraggiarlo: «È buono che non siano soli. Cosa ti dicono al telefono?». Lui risponde che le chiamate sono brevi, che è complicato parlare liberamente, che a volte ricevono parole di minaccia. Non sa dire bene quando sia accaduto, «forse un mese fa», ma la voce si incrina mentre lo racconta.

La psicologa ricomponne con dolcezza il senso del discorso: «Capisco meglio, allora, perché ci sono giorni in cui hai più mal di testa o meno energia. È la preoccupazione per loro». Samantha annuisce ancora, e la stanza resta in silenzio per qualche secondo.

Verso la fine, la psicologa riporta il colloquio su un piano pratico: conferma la terapia, 13 gocce la mattina, 13 la sera e fissa il prossimo incontro per l'8 gennaio alle 10:30, insieme a un'altra persona assistita. Samantha conferma, ringrazia. Si accerta di non avere altri appuntamenti medici quel giorno. «Allora abbiamo finito», dice la psicologa sorridendo, «ci rivediamo dopo le feste».

Quando lui esce, la stanza si svuota lentamente. Restano sul tavolo il bicchiere d'acqua e la penna, e nella mia mente l'eco di una lingua a metà, spezzata tra il ricordo e la cura, tra la distanza geografica e quella affettiva. Il corpo, ancora una volta, traduce ciò che la parola non può dire: la stanchezza come sintomo, ma anche come forma di memoria.

(Diario di campo, 18/12/23).

La lingua della cura è qui una lingua mista, fatta di italiano, inglese e frammenti nella lingua madre della persona assistita.

«*You know this feel and the danger*».

Nelle parole spezzate di Samantha si percepisce una fatica che non è solo sintomatica ma anche semiotica: la difficoltà di tenere insieme i registri del dire quando il dolore attraversa più idiomi. Ogni esitazione, ogni parola lasciata in sospeso diventa un luogo di interpretazione condivisa tra persona assistita, terapeuta e me.

La scena mostra in forma nitida ciò che Rampton (2007) e Blommaert (2010) definiscono co-costruzione del significato nei contesti in cui più voci intervengono: la significazione emerge non da un'unica voce, ma dall'interazione tra voci che si inseguono, si correggono, si traducono a vicenda. La psicologa guida la conversazione con domande aperte, ma io, presente come interprete di appoggio, in più momenti riempio quasi i vuoti, parafrao, riformulo in inglese o in italiano semplificato. L'intervento linguistico diventa così un gesto di cura, ma anche di riformulazione epistemica (Spotti 2018): l'interpretazione non traduce soltanto parole, ma sceglie cosa rendere visibile del discorso della persona assistita.

La scena è scandita da micro-sequenze di allineamento:

Psicologa: *Nel tuo Paese, quando una persona ha mal di testa o si sente molto stanca, come si spiega di solito?*»

Persona assistita: *In my country... sometimes doctor say... because of... thinking too much*».

(Appunti per la traduzione 18/12/23)

Il colloquio con Samantha si svolge in uno spazio intimo, ma attraversato da assenze linguistiche. In questa micro-coreografia linguistica la cura si costruisce tra le lingue. Il «mal di testa» non è solo un sintomo biomedico ma anche una categoria culturale di sofferenza, che rinvia a una etiologia morale («thinking too much») radicata in altre cosmologie del corpo e della mente (Kirmayer 1996; Kleinman 1988). La psicologa ascolta, riformula, accoglie la traduzione come parte del processo terapeutico.

Da un punto di vista discorsivo, l'interazione rivela la presenza di turni coautoriali: il significato si produce nel passaggio da una voce all'altra, secondo una dinamica di distribuzione dell'autorità (Sarangi 2010). Nel mio ruolo ibrido, non sono solo spettatrice ma interfaccia pragmatica; ogni parola contribuisce a stabilire il campo semantico entro cui il dolore diventa interpretabile.

Il mal di testa di Samantha si configura così come una forma discorsiva di memoria: una traccia corporea del pensiero che non trova canale di espressione. La traduzione, in questo contesto, agisce come cura linguistica: non guarisce, ma tiene aperto il legame tra voce e ascolto.

«È la preoccupazione per loro», dice la psicologa, riannodando il filo tra sintomo e biografia.

Questa frase, apparentemente semplice, è un atto di ricomposizione narrativa: restituisce continuità a un discorso interrotto, traducendo l'angoscia in linguaggio condiviso. È ciò che Das chiamerebbe «the descent of the social into the ordinary»: la possibilità che l'esperienza estrema si reintegri nel quotidiano attraverso gesti minimi di parola (2007: 98)

Sul piano etnografico, la scena rivela anche il potere trasformativo della mia presenza. La mediazione linguistica modifica la forma stessa dell'incontro: da dialogo binario (terapeuta-persona assistita) diventa triadico, e la terza voce introduce uno slittamento di sguardo. Come nota Clifford (1986), «la traduzione è sempre un'interpretazione situata». In questo senso, non si traduce soltanto per qualcuno, ma anche di qualcuno: diventa parte della costruzione del sapere e della cura.

L'effetto è duplice. Da un lato, la mediazione permette la comunicazione, trasformando il silenzio in comprensione; dall'altro, espone la vulnerabilità di chi traduce: la consapevolezza di «dire l'altro» (Ingold 2014) senza mai poterlo dire del tutto. Il campo diventa allora uno spazio relazionale e riflessivo, in cui la produzione del dato coincide con la negoziazione della voce.

La scena di Samantha, più di altre, mostra che la traduzione non è un'operazione tecnica ma un atto politico: definisce chi può parlare e chi può essere ascoltato. La mia posizione, in questo senso, non mi rende esterna al processo, ma ne incarna le tensioni. La parola che passa attraverso la voce è al tempo stesso strumento di cura e dispositivo di potere (Bourdieu 1991; Foucault 1980).

### 3.5.1.2 La cura come tenuta documentale

*Nella stanza l'aria è tranquilla. La psicologa apre l'incontro con un tono familiare, chiedendo come stiano, come vadano i figli, se ci sono novità sul lavoro e sulla scuola. L'uomo risponde che solo lui lavora al momento, mentre la moglie segue i corsi di lingua e i bambini frequentano la scuola. I ritmi sembrano lenti, segnati dall'attesa.*

*Si parla dei documenti: la psicologa ricorda quanto sia importante ottenere il certificato di scuola media, «in Italia apre più possibilità di lavoro», dice. Poi il discorso scivola verso la Commissione territoriale per la protezione internazionale, fissata per il 14 febbraio. Sorride accennando che in Italia quella data coincide con San Valentino, e racconta brevemente la storia del santo e della città di Terni. È un tentativo di alleggerire il tono, ma la domanda che segue riporta subito il peso della situazione: «Come vi sentite a pensarci?». Lei risponde che si sente «così... bene e non bene», una via di mezzo tra la speranza e la stanchezza. Stanno aspettando da quasi tre anni.*

*Si concorda di rivedersi a gennaio, quando la psicologa potrà consegnare un nuovo certificato aggiornato. Nel frattempo, la coppia continua a incontrare l'avvocato, «una volta a settimana», per rivedere la propria storia in vista dell'audizione. La psicologa chiede come si sentano a dover ricordare ancora tutto. «La mia storia... non mi piace parlarne», dice lui, «ma adesso è importante». La psicologa annuisce e sottolinea che, pur faticoso, questo lavoro serve a far comprendere alla Commissione i motivi della richiesta di protezione. Ricorda anche che sono testimoni di eventi pesanti, e che la loro voce ha valore.*

*Si accenna all'intervista che avevano fatto con me alcuni mesi prima. La psicologa chiede se l'avvocato ne abbia già ricevuto la versione scritta; loro dicono di no. La psicologa risponde che mi chiederà di inoltrargliela così da poterla allegare alla documentazione. Annotano il promemoria e si passa ad altro.*

*Il colloquio cambia tono quando emergono notizie sul figlio maggiore. È finito in ospedale dopo un'aggressione fuori dalla scuola: «giocavano con altri ragazzi, più grandi», spiegano. Oggi non è andato a scuola e non vuole più tornare a [Rossano/Rosarno]; ha paura. La psicologa propone di chiedere, dopo le vacanze di Natale, il trasferimento a Mirto, dove la famiglia vive attualmente. Gli altri fratelli si sono spaventati quando l'hanno visto; la madre dice che «piange». Fortunatamente non ci sono fratture, solo dei punti di sutura.*

*La psicologa commenta che il paese è difficile, «c'è molta criminalità», e che episodi simili non sono rari: «Rubano cellulari, soldi... sono piccoli boss». La coppia annuisce. L'incontro prosegue su un tono più pratico: si parla del viaggio di quella mattina, delle tre ore di pullman, dei contatti con l'associazione che li segue. Tutto sembra ordinato, ma fragile.*

*Poi si parla di lavoro. L'uomo spiega che non lavora più nei campi: «è inverno», dice, e aggiunge che adesso sogna «un po' meglio», lasciando sospendere l'idea di un cambiamento. Avevano accennato a un impiego nella ristorazione, ma gli orari della scuola rendono difficile conciliare tutto. È una vita ritmata da turni e scadenze, dove ogni ora deve incastrarsi con un documento, una lezione, un autobus.*

*La conversazione torna infine alla Commissione di febbraio. I figli più grandi, rimasti nel Paese d'origine, sanno della data; si valuta la possibilità di un futuro ricongiungimento, ma nulla è deciso. La psicologa prende un foglio e disegna una cartina della Calabria, spiegando i percorsi: Mirto, Crotone, Reggio Calabria, luoghi che si collegano in linea retta, come una mappa per orientarsi non solo nello spazio ma nella propria posizione dentro il sistema.*

*Prima di concludere, fissano il prossimo appuntamento: 22 gennaio alle 10:00, quando riceveranno una relazione per ciascuno. «Riuscite a dormire un po' sul pullman?» chiede la psicologa. «Tre ore», rispondono sorridendo, come a dire che è il massimo possibile. Lasciano anche un numero di telefono per ricevere via messaggio l'intervista trascritta.*

*Sul finale, la psicologa condivide una notizia personale: è nata una bambina, Irene, «un nome che in greco significa libertà». I due sorridono, si scambiano auguri di buone feste e la stanza si riempie per un attimo di leggerezza. Quando escono, restano nell'aria i nomi dei luoghi Mirto,*

*Crotone, Terni come coordinate temporanee dentro un percorso più grande: quello di chi aspetta un riconoscimento, un documento...*

*(Diario di campo 18/12/23).*

Il colloquio con la coppia si apre in un tono apparentemente quotidiano: domande sui figli, sul lavoro, sulla scuola.

*«Come va? I bambini stanno bene?».*

Sono formule di apertura, ma in questa stanza hanno il valore di una micro-cura: mantengono viva una relazione nel tempo dell'attesa. Il dispositivo clinico qui non si misura in sintomi, ma in continuità di presenza: un sostegno che attraversa i vuoti procedurali e accompagna la lentezza amministrativa di chi, da anni, aspetta una risposta.

Quando la psicologa ricorda che «in Italia il certificato di scuola media apre più possibilità di lavoro», traduce un sapere istituzionale in gesto di incoraggiamento. Ma dietro la frase affiora una consapevolezza più ampia: l'inclusione passa attraverso la burocratizzazione del futuro. Come osservano Ticktin (2011) e Fassin (2012), nelle pratiche di asilo europee la cura si intreccia con la *governance*: aiutare significa anche insegnare a navigare un sistema di carte, date, commissioni.

La scena è scandita da un momento di leggerezza: *«La vostra Commissione è il 14 febbraio, San Valentino...»* È un sorriso sospeso, un piccolo varco affettivo che però si richiude subito: *«Come vi sentite a pensarci?»*. La donna risponde: *«Così... bene e non bene»*. È una formula ambigua che esprime perfettamente la temporalità della burocrazia dell'asilo: vivere in una sospensione dove la speranza e la stanchezza si mescolano. Il linguaggio stesso si piega all'indeterminatezza: *«bene e non bene»* è una costruzione che non concede polarità, ma solo durata.

Nel corso della conversazione la psicologa riconfigura la propria posizione: da clinica diventa mediatrice tra memoria e diritto. *«La mia storia non mi piace parlarne, ma adesso è importante»*.

È la persona assistita a introdurre il tema, ma la frase contiene l'intera tensione del lavoro terapeutico in questi contesti: l'obbligo di ricordare per essere creduti. La memoria, qui, non è un atto spontaneo, bensì una prestazione narrativa (Eastmond 2007). Raccontare diventa un dovere politico, un atto di sopravvivenza legale.

La psicologa tenta di sostenere questa trasformazione: *«La vostra voce ha valore»*. In quell'enunciato la parola «valore» assume una doppia accezione: morale ed epistemica. L'ascolto terapeutico si piega così verso la logica della testimonianza – la voce come prova. In questo incrocio, la mia figura riemerge come elemento di connessione: la psicologa menziona l'intervista realizzata mesi prima e ne chiede l'invio all'avvocato. Il dato etnografico – nato come strumento di conoscenza – si reincorpora nel circuito clinico-legale, diventando documento d'uso.

È un passaggio rivelatore: mostra come la ricerca non resti mai del tutto fuori dalla scena della cura. Il testo antropologico si fa, letteralmente, materiale di prova. Come scrive Bourdieu (1991: 38), «ogni parola pronunciata in un campo istituzionale è un atto che produce effetti di realtà». Qui, l'effetto è duplice: io divento mediatrice non solo linguistica, ma archivistica, ponte tra diversi regimi di verità (scientifico, clinico, giuridico).

La scena si sposta poi sulla ferita del figlio: un episodio di violenza fuori dalla scuola, raccontato con sobrietà ma con un peso tangibile: «Giocavano con altri ragazzi, più grandi... Ora ha paura».

Il dolore del corpo infantile si intreccia al linguaggio della protezione: «chiedere il trasferimento», «disegnare la cartina». La psicologa traduce la paura in cartografia morale; il disegno geografico diventa strumento di orientamento biografico. È una materializzazione esemplare di ciò che significa la restituzione di senso e direzione a vite interrotte (Das 2007).

L'interazione si chiude con un gesto di reciprocità che inverte le posizioni: la psicologa racconta di aver avuto una figlia, «Irene, un nome che in greco significa libertà». In quel momento, la scena si ricompone come spazio umano condiviso: non più terapeuta e rifugiati, ma persone che si scambiano auguri. È una forma minima ma potente di care ethics (Tronto 1993), in cui la cura passa attraverso il linguaggio ordinario della relazione.

Da un punto di vista etnografico, questo incontro mostra la densità istituzionale della cura nei contesti di asilo. Ogni frase («fare la Commissione», «ottenere il certificato», «mandare il file») è un atto discorsivo che lega i corpi alle carte, le emozioni alle pratiche. Il campo diventa così un archivio vivente: la parola terapeutica, la narrazione biografica e la scrittura etnografica si rifrangono l'una nell'altra.

In questo intreccio, non sono più solo osservatrice o interprete: sono parte della catena di trasmissione che tiene insieme le parole, i documenti e le attese. E la cura – come nei casi precedenti – non è un evento, ma una forma di 'tenuta', una pratica di resistenza quotidiana dentro la lentezza delle istituzioni.

### *3.5.1.3 Riflessività e co-produzione del dato*

Le due scene del 18 dicembre – il colloquio individuale con Samantha e quello successivo con la coppia – formano insieme un dittico che rende visibile la dimensione relazionale e riflessiva della ricerca. In entrambe, la mia presenza non è neutrale: la lingua che traduce, le note che annota, il file che viene menzionato nel colloquio diventano elementi performativi che riconfigurano il campo stesso della cura.

Nel primo incontro, la traduzione agisce come strumento di ricomposizione semantica: io do voce a frammenti di inglese e parole esitanti, tenendo insieme linguaggi diversi in un equilibrio fragile ma

produttivo. Nel secondo, la mia presenza riemerge come nodo documentale: l'intervista etnografica si trasforma in allegato clinico – legale, attraversando i confini tra ricerca, terapia e amministrazione.

In entrambi i casi, la mia posizione oscilla tra mediazione e partecipazione: un movimento che riflette la duplice natura dell'etnografia linguistica – allo stesso tempo analitica e situata (Rampton et al. 2015). La produzione del dato non avviene *su* qualcuno ma *con* qualcuno, nel corso di interazioni che sono già, di per sé, pratiche di cura.

Come nota Clifford (1986: 14), «scrivere l'altro significa sempre scrivere una relazione». In questi incontri, la relazione non si limita a rendere possibile il discorso: è il discorso. La voce dell'etnografa, che traduce, trascrive e restituisce, diventa parte integrante della polifonia clinica, contribuendo a ciò che Sarangi (2010) chiama *reflexive accountability*: la consapevolezza di essere responsabili delle forme che il significato assume.

In questo senso, la riflessività non è solo un dispositivo metodologico ma una condizione etica del campo: implica riconoscere che ogni atto di traduzione – linguistica, affettiva o narrativa – modifica la cura che intende descrivere. È in questo spazio interstiziale, dove le lingue si intrecciano e le carte circolano, che la ricerca si fa pratica di relazione e la relazione, a sua volta, si fa conoscenza.

### 3.5.2 *Presenza in carico e produzione della verità narrativa*

*La porta si chiude lentamente e la stanza riprende il suo ritmo: tavolo ampio, bicchieri, una cartellina beige, la penna della coordinatrice che fa un giro tra le dita prima di posarsi sul foglio. La coordinatrice inizia con voce ferma e calma, quasi una formula d'ingresso: questo è uno spazio sicuro, qui lavorano medici e psicologi che si occupano di persone che hanno subito violenza nel Paese d'origine o lungo il viaggio; ciò che verrà detto resta nella stanza e servirà a costruire un percorso di cura. La persona assistita annuisce, lo sguardo scivola dal tavolo alla finestra, poi di nuovo sul tavolo.*

*La raccolta dati di base si muove per cerchi concentrici. Stato civile, figli, domicilio: relazione in corso, due figli (un maschio e una femmina), la bambina vive con lei, il ragazzo è a scuola. La coordinatrice scandisce i nomi, e chiede l'età («dovrebbe avere tre anni», risponde lei). Poi religione (pentecostale), anni di scuola (circa quindici; diploma SS3), università iniziata e interrotta. Ogni risposta genera una piccola riformulazione, utile a fissare le informazioni nella cartella.*

*Compare presto il nodo amministrativo: la prima Commissione ha dato diniego. «Hai raccontato tutto?», chiede la coordinatrice. «Sì, ho detto tutto», risponde la persona assistita, ma il timbro tradisce una domanda implicita: che cosa conta come «tutto» quando «tutto» sono anni di movimento, costrizione e paura? La coordinatrice non incalza: le ricorda che oggi si proverà a mettere ordine, e che se qualcosa mette a disagio si può fermare la domanda, pausa, riprendere.*

*Si passa alla biografia lavorativa nel Paese d'origine: fashion designer per circa tre anni. Il quadro si incrina con la partenza del 2017, quando era incinta. L'ex fidanzato propone l'Europa raccontandone solo i lati buoni; lei accetta senza avvisare la famiglia. Il racconto entra nel deserto in modo tangibile: l'acqua finita, una fossa con acqua di cadaveri («lo dice senza alzare la voce»), la decisione di bere urina per non crollare. In sottofondo, frammenti:*

spari lontani, un veicolo che si rompe e viene lasciato, tratti a piedi. Prima della sabbia, a [luogo] («Zidane/Zeidan»), «gente che disturbava», parola vaga che però sposta l'aria nella stanza.

In [Libia] il racconto si addensa. [Sabha]: due settimane con l'ex, «non prigioniero in quella fase», precisa. Poi la svolta: la portano in una connection house; solo lì capisce che l'ex l'ha venduta. C'è una «madame» (che in seguito chiameranno semplicemente «Mama»). Le impongono di interrompere la gravidanza; lei rifiuta. Passano tre giorni e la polizia fa irruzione. La fuga è breve: vengono prese e portate in prigione (il nome non le torna in mente). La prigioniera arriva come un elenco essenziale, ma ogni voce ha un peso specifico: cibo scarso e a volte drogato; percosse quotidiane («bastoni, schiaffi dalle guardie donne»); acqua salata; la notte obbligate a dormire su un fianco, «se ti giri ti colpiscono». Racconta di un'amica che partorisce lì e muore tre mesi dopo, «colpita alla testa con una pistola»; il neonato viene portato via. Dicono che arriverà l'ONU e intimano di non dire nulla; portano sapone, shampoo, bottiglie: un allestimento che non copre l'odore di muffa che mi sembra di sentire mentre scrivo. La madame telefona in prigione per trattare l'uscita: parla di 50.000 dinar di cauzione. L'uscita arriva. Fuori la attendono una iniezione e un risveglio con sangue: «il bambino non c'era più». La frase si spezza in due, e la stanza con lei.

Il ritorno in connection house dura due o tre settimane. Una notte due uomini entrano nella stanza: tentato stupro, un taglio alle cosce, il polso ferito dall'orologio mentre si difende. Poi, in controluce, lui: un «commissioner» che passa spesso, dice di non volere nulla, chiede perché sia triste. Lei ribadisce: «Non mi fido degli uomini». Ma lui appare adulto, «con famiglia», e comincia a parlargli. Vuole pagare e andarsene, non ha notizie dei suoi, le hanno tolto il bambino. La madame è netta: «Devi lavorare. Sei vincolata all'ex». Eppure, l'uomo torna senza destare sospetti; si vedono al cancello, aggiustano dettagli, pianificano la fuga.

La notte della fuga ha scatti nitidi: lui parcheggia, lei sale. Dal cancello sparano, ma riescono a scappare. La porta in una casa con molte ragazze: «casa mia, non connection house», precisa. Dice che è un uomo della rotta via mare, «ricco», «con molte case e contatti». Lei vuole tornare in [Paese d'origine]; lui la convince ad attraversare. Resta lì circa due mesi; dice che è stato gentile, che le ha permesso di chiamare la famiglia, ma anche che la spingeva a proseguire. Alla fine, attraversa: arriva in Italia, viene portata in un campo in [Sicilia].

Nel primo centro non può usare il telefono; nel campo adulti sì. Ricontatta l'uomo: a volte le dà soldi per la ricarica, dice che una donna (sua «sorella») verrà a prendersi cura di lei. Lei è spaventata. Si sposta a Siracusa, resta circa un anno; attraverso un'amica (ex coinquilina) conosce l'attuale marito. Nel frattempo, pressioni telefoniche, disturbi, cambi di numero e SIM. Nel 2019 rimane incinta del primo figlio; giudica il campo inadatto alla gravidanza e parte per la Francia: due anni lì, nascita del bambino, domanda d'asilo. Avrebbe potuto fare ricorso in Francia ma sceglie di tornare in Italia, convinta che la pratica italiana fosse ancora aperta («era stata annullata»). Qualcuno le dice che la donna di prima si sarebbe spostata tra Svizzera/Germania; al rientro in Italia, l'uomo ricomincia a cercarla.

La coordinatrice rimette insieme i fili, senza forzarli: alla seconda Commissione sarà importante raccontare tutto, anche ciò che in passato è rimasto tra parentesi. Possiamo produrre una certificazione medica, fissare un appuntamento il 23 a mezzogiorno, e, se è d'accordo, avviare un percorso psicologico con gli/le psicolog\* del servizio (oggi c'è [nome psicologa], la prossima volta potrebbe esserci un/a collega). La persona assistita annuisce, le spalle un po' curve, le mani ancora intrecciate. La coordinatrice ribadisce: privacy, riservatezza, possibilità di fermare o riprendere quando serve.

Usciamo con una pila di appunti che rende visibile l'invisibile: venduta dall'ex e liberata da un uomo della stessa filiera; prigioniera, cauzione, iniezione; barca, campi, telefonate che attraversano confini meglio dei documenti. Mi resta la sensazione che, qui, la verità si costruisca per successive traduzioni: tra lingue, tra corpi, tra istituzioni. E che l'aver detto tutto sia meno un punto di arrivo che un lavoro in corso, da proteggere mentre lo si dice.

(Diario di campo 15/01/24).

Il colloquio di presa in carico si apre con una formula che istituisce la scena:

*«Questo è uno spazio sicuro, ciò che verrà detto resterà nella stanza».*

È una dichiarazione rituale, ma anche performativa: delimita un territorio simbolico in cui la parola della persona assistita può diventare *documento*. Fin da subito, infatti, la comunicazione si muove su due livelli intrecciati: quello dell'ascolto terapeutico e quello dell'archiviazione amministrativa. Ogni domanda («stato civile?», «figli?», «dove abita?») è al tempo stesso un atto di cura e un atto burocratico, una scrittura del sé che produce valore probatorio. Come notano Atkinson e Coffey (2004: 58), i documenti istituzionali non sono meri supporti ma oggetti di conoscenza che configurano la realtà che descrivono.

La scena mostra bene questa doppia dimensione: la coordinatrice scrive, io trascrivo, la persona assistita racconta. In mezzo, un tavolo che diventa spazio di traduzione materiale. La frase «hai raccontato tutto?» segna il passaggio più denso: tutto non è una quantità, ma una soglia. Dire tutto significa rendere narrabile l'indicibile, selezionare ciò che può circolare nel linguaggio istituzionale della protezione. È in questo momento che la voce della persona assistita si fa fragile, sospesa tra memoria e sopravvivenza.

La narrazione della violenza – il deserto, la connection house, la prigione, la perdita del bambino – si dispiega in forma episodica, con scarti di tono che testimoniano la difficoltà di «tenere insieme» la propria storia. Qui la parola non restituisce solo un contenuto, ma performativizza un trauma (Das 2007; Good 2006). L'effetto non è tanto quello della catarsi, quanto della ri-istituzione di sé attraverso il linguaggio. Ogni frammento pronunciato entra in una catena di traduzioni: dall'oralità alla scrittura, dal registro della sofferenza a quello dell'evidenza medica o legale.

La coordinatrice orienta la conversazione con una competenza che unisce etica e pragmatica: concede pause, riconosce lo squilibrio, ma al tempo stesso ricomponi il racconto per renderlo usabile nella futura Commissione. Il suo ruolo, come nota Fassin (2012), incarna il paradosso dell'umanitarismo amministrativo: rendere 'credibile' la sofferenza attraverso una procedura. In questa dinamica, la persona assistita si trova a ri-performare la propria violenza per scopi di legittimazione, mentre io osservo, e partecipo, annotando l'intreccio di discorsi.

L'interazione rende visibile la triangolazione epistemica tipica delle cliniche per vittime di tortura: medico, psicologico, legale, e narrativo. La coordinatrice non cerca coerenza temporale ma plausibilità etnografica: una verità che si costruisce nel dialogo, non nell'oggettività. Come scrive Taussig (1987), «il potere della testimonianza risiede nella tensione fra ciò che può e ciò che non può essere detto». Qui il non detto si percepisce nelle ellissi, nelle frasi che si spengono: il bambino non c'era più.

Il racconto, così composto, diventa una forma di testo plurivocale (Sarangi 2010): la persona assistita parla, la coordinatrice riformula, io trascrivo e traduco. La verità che ne emerge non è univoca ma dialogica (Bakhtin 1981): si costruisce nello spazio tra le voci. Ogni turno di parola sposta leggermente il punto di vista, fino a creare quella che Blommaert definisce *layered voice*, voce stratificata (2001).

La materialità dell'incontro – la cartellina beige, la penna che ruota tra le dita, la finestra – restituisce la densità sensoriale della scena e rivela, sul piano metodologico, la natura situata del dato etnografico. Come suggeriscono Emerson, Fretz e Shaw (2011), la scrittura del campo è già un atto analitico: qui non descrivo semplicemente, ma partecipo alla produzione di significato, traducendo la verità del trauma in linguaggio disciplinare.

Infine, la scena apre una riflessione etica cruciale: che cosa significa «proteggere mentre si scrive»? La raccolta di una storia di violenza implica sempre un rischio di ri-esposizione; la mia responsabilità consiste nel costruire forme di anonimizzazione e restituzione che non neutralizzino la voce ma la custodiscano. In questo senso, la presa in carico non riguarda solo la persona assistita, ma anche la conoscenza stessa: una presa in carico epistemica, che impegna chi ascolta a farsi garante della complessità di ciò che ha ricevuto. Questo caso mostra come la produzione della verità narrativa in ambito clinico non sia un momento eccezionale, ma una pratica ordinaria che attraversa l'intero lavoro di presa in carico.

### 3.6 *Il caso di Francisco*

I casi analizzati finora hanno mostrato come le pratiche di cura e di mediazione linguistica si manifestino nel frammento: consultazioni uniche, momenti di rottura o di rinegoziazione, episodi in cui il linguaggio diventa spazio di potere e di vulnerabilità. Tuttavia, per comprendere pienamente la costruzione relazionale della cura, è necessario spostare lo sguardo dal frammento alla continuità. Il caso di Francisco – una persona assistita di origini cilene seguito per diabete di tipo due nel corso di tre consultazioni consecutive – offre questa prospettiva diacronica. Attraverso la sua evoluzione, si osserva come la relazione terapeutica possa passare dalla resistenza iniziale alla collaborazione, e come la competenza comunicativa e tecnologica diventi progressivamente parte della soggettività della persona assistita.

Questo caso longitudinale funziona dunque come una lente che permette di vedere, nel tempo, i processi di soggettivazione biomedica e di disciplinamento culturale che attraversano la cura delle malattie croniche in contesto migratorio. Allo stesso tempo, mostra come la collaborazione

terapeutica – apparentemente simmetrica – possa implicare una rinegoziazione silenziosa dei confini epistemici della medicina stessa.

### 3.6.1 *Prima consultazione: emergenza burocratica e incompetenza tecnologica*

L'interazione segna l'inizio del percorso longitudinale di cura presso l'ambulatorio del terzo settore di Firenze e vede coinvolti il medico e l'assistito in un colloquio condotto prevalentemente in lingua spagnola. L'incontro è caratterizzato da una forte asimmetria informativa: l'assistito, reduce da un passaggio in pronto soccorso a Careggi, riporta l'urgenza di una regolarizzazione burocratica (la residenza) che condiziona l'accesso ai servizi. Il cuore della visita è il trasferimento di competenze tecniche riguardo alla terapia insulinica e all'uso del sensore glicemico. Il medico non si limita alla prescrizione, ma deve istruire l'assistito sull'auto-somministrazione e sulla gestione del dispositivo digitale, cercando di dissipare i timori legati alla complessità della nuova routine. La tecnologia (il sensore che scade ogni 14 giorni) e la necessità di un monitoraggio costante diventano i nuovi perni attorno a cui ruota la quotidianità dell'assistito, in un setting clinico che si fa carico anche della funzione pedagogica e di rassicurazione.

Persona assistita: *Fui al médico ayer. Al hospital, al socorro.*

*I went to the doctor yesterday. To the hospital, to the emergency room.*

Dottore: *¿Estuviste al socorro aquí en Careggi?*

*You were at the emergency room here in Careggi?*

Persona assistita: *Sí. El doctor de ahí dice que se necesita urgente la residencia.*

*Yes. The doctor there said a residence permit is urgently needed.*

Dottore: *Pero...*

*But...*

Persona assistita: *Pero yo no tengo la residencia. La cita es para el 9 de mayo, para recién comenzar.*

*But I don't have a residence permit. My appointment is on May 9, just to get started.*

Dottore: *Ah, sí. La cita para empezar... una cita para...*

*Ok, entonces tenemos que empezar. Esta doctora es una diabetóloga, entonces ya te dio un tratamiento.*

*Ah, yes. The appointment to get started... So, we need to begin. This doctor is a diabetologist, so she already gave you a treatment.*

Persona assistita: *Con inyecciones. Pero yo vengo para que me digan cómo, porque no me lo explicaron.*

*With injections. But I came so someone can tell me how, because they didn't explain.*

Dottore: *¿Te explicaron cómo hacerlo?*

*Did they explain how to do it?*

Persona assistita: *No.*

*No.*

Dottore: *No es tan difícil, sí.*

*It's not that hard, yes.*

Persona assistita: *Cuesta más que las pastillas.*

*It costs more than the pills.*

Dottore: *Los dos, los dos.*

*Both, both.*

Persona assistita: *Y no son dos, son tres pastillas.*  
*And it's not two, it's three pills.*

Dottore: *Tres comprimidos y una inyección. Y esta inyección... ¿Se necesita medir la glucosa, no?*  
*Three pills and one injection. And this injection... you need to measure the glucose, right?*

Persona assistita: *Son tradiciones que...*  
*These are routines that...*

Dottore: *Mejor antes, porque es para ver cómo está funcionando la inyección.*  
*Better to do it before, to see how the injection is working.*

Dottore: *El problema no es cómo hacerlo, sino qué efecto te va a dar. Puede bajar mucho la glucosa, ¿me entiendes?*  
*The problem isn't how to do it, but what effect it will have. It could lower your glucose a lot, do you understand?*

Persona assistita: *¿Tú me dices que es para ahora?*  
*Are you telling me it starts now?*

Dottore: *Sí. Es muy importante medir frecuentemente la glucemia. El riesgo es que baje demasiado.*  
*Yes. It's very important to frequently monitor your blood sugar. The risk is that it drops too low.*

Persona assistita: *¿La máquina? ¿Dónde?*  
*The machine? Where?*

Dottore: *¿Te refieres a la máquina? ¿Aquí?*  
*You mean the machine? Here?*

Persona assistita: *En el hospital Careggi me la pusieron, pero...*  
*At Careggi hospital they put it on me, but...*

Dottore: *Vamos a ver ahora cuánto marca. Esto caduca en 14 días. ¿Tienes un repuesto?*  
*Let's see now how much it reads. This expires in 14 days. Do you have a spare?*

Persona assistita: *Todo el repuesto.*  
*All the replacement parts.*

Dottore: *Y además tienes otro sensor, ¿verdad?*  
*And you also have another sensor, right?*

Persona assistita: *Sí.*  
*Yes.*

Dottore: *¿Sabes cómo se pone? ¿Te acuerdas de cómo te lo pusieron?*  
*Do you know how to put it on? Do you remember how they put it on?*

Persona assistita: *Me lo pusieron ayer.*  
*They put it on me yesterday.*

Dottore: *Entonces dentro de 14 días hay que cambiarlo.*  
*So in 14 days you'll have to change it.*

Persona assistita: *Pero tú me dijiste recién que antes hay que ver los resultados.*  
*But you just told me we need to see the results beforehand.*

Dottore: *Sí. Tenemos que ver diariamente los resultados.*  
*Yes. We need to monitor the results daily.*

Persona assistita: *¿Con esto se conecta?*  
*Does it connect with this?*

Dottore: *A ver...*  
*Let's see...*

Persona assistita: *Mira. Hace dos horas: 300... espera... 295.*  
*Look. Two hours ago: 300... wait... 295.*

Dottore: *Muy alto. Entonces debes medirlo al menos tres veces al día: en ayunas, antes de comer, y en la tarde.*  
*Very high. So, you should measure it at least three times a day: fasting, before meals, and in the afternoon.*

Dottore: *Siempre lo mejor sería antes y dos horas después.*  
*Ideally, always before and two hours after.*

Persona assistita: *Ya.*  
*Okay.*  
 Dottore: *Dos horas después de comer, antes de comer, y apuntarlo. Hacer un diario.*  
*Two hours after eating, before eating, and write it down. Keep a journal.*  
 Persona assistita: *Ah, ya.*  
*Ah, okay.*  
 Dottore: *Luego a la hora del almuerzo, antes del almuerzo y dos horas después. A la cena, antes de cenar y dos horas después. ¿Me entiendes? Cinco veces por día por lo menos.*  
*Then at lunch time, before lunch and two hours after. At dinner, before and two hours after. You understand? At least five times a day.*  
 Persona assistita: *Dos horas antes... dos horas...*  
*Two hours before... two hours...*  
 Dottore: *No, antes justo de empezar la comida.*  
*No, just before starting the meal.*  
 Persona assistita: *Antes de empezar.*  
*Before starting.*  
 Dottore: *Sí, con la comida lista vas a medir, y luego comes.*  
*Yes, with the food ready you measure, then eat.*  
 Persona assistita: *La colación... antes.*  
*The snack... before.*  
 Dottore: *Y dos horas después.*  
*And two hours after.*  
 Persona assistita: *Capito, capito.*  
*I got it, I got it.*  
 Dottore: *Es importante escribir. Si no, lo olvidas todo.*  
*It's important to write it down. Otherwise, you'll forget everything.*  
 Persona assistita: *Lo anotaré.*  
*I'll write it down.*  
 Dottore: *Vamos a ver si nos encontramos la intro de quince...*  
*Let's see if we can find the intro of fifteen...*  
 Persona assistita: *Más fácil de manejar.*  
*Easier to handle.*  
 Dottore: *¿Puedes ducharte con esto puesto?*  
*Can you shower with this on?*  
 Persona assistita: *Sí, tranquilo, relajado.*  
*Yes, calm, relaxed.*  
 Dottore: *Cuando te pones o te quitas la camiseta, cuidado de no golpearlo.*  
*When you put on or take off your shirt, be careful not to bump it.*  
 Persona assistita: *¿Debo ir al hospital para cambiarlo?*  
*Should I go to the hospital to change it?*  
 Dottore: *No, deberías aprender tú ahora, para la próxima vez.*  
*No, you should learn now for next time.*  
 Persona assistita: *¿Y si no sé cómo? Porque una máquina lo hizo.*  
*And what if I don't know how? A machine did it.*  
 Dottore: *Todo está en la caja. Lo colocas, empujas un poco y se queda el sensor.*  
*Everything is in the box. You place it, press a bit, and the sensor stays.*  
 Persona assistita: *Nos vemos el 19 de abril.*  
*See you on April 19.*  
 Dottore: *Sí, el 19. Si caduca un día antes, no pasa nada.*  
*Yes, the 19th. If it expires a day earlier, it's okay.*

L'incipit della consultazione rivela immediatamente la complessità dell'esperienza di malattia per i migranti. Francisco non inizia descrivendo sintomi o preoccupazioni mediche, ma situando la

propria storia in una sequenza di spostamenti istituzionali: «Fui al médico ayer. Al hospital, al socorro». La progressione geografica e istituzionale traccia un itinerario di escalation sanitaria che sarà poi ricontestualizzato in termini burocratici.

La risposta del medico mostra una competenza territoriale specifica ma non anticipa la svolta che Francesco sta per introdurre. L'enunciato «El doctor de ahí dice que se necesita urgente la residencia» opera quella che Goffman definisce una «keying» – una trasformazione del *frame* interpretativo che ricontestualizza l'intera interazione (1974: 347). Come osserva Fassin, «the body of the immigrant is always inscribed in political relations» (2005: 673), e Francisco introduce immediatamente questa dimensione politica nel cuore della consultazione medica.

Il «Pero...» del medico marca quello che Schegloff analizza come «repair initiation» – un momento in cui la normale fluidità conversazionale si inceppa perché l'informazione ricevuta non si allinea con le aspettative del *frame* corrente (2007: 118). Francisco interpreta questa esitazione e procede con una spiegazione che rende esplicita la contraddizione: «Pero yo no tengo la residencia. La cita es para el 9 de mayo, para recién comenzar».

La sequenza successiva rivela una dinamica pedagogica complessa. Francisco presenta la propria richiesta attraverso quella che Goffman definirebbe «impression management» (1959: 14) – una strategia di auto-presentazione che enfatizza la propria vulnerabilità: «Pero yo vengo para que me digan cómo, porque no me lo explicaron». Questa auto-rappresentazione come soggetto bisognoso di istruzione stabilisce una relazione asimmetrica che il medico accoglie con rassicurazione paternalistica: «No es tan difícil, sí».

L'irruzione della preoccupazione economica – «Cuesta más que las pastillas» – introduce una dimensione che eccede il *frame* clinico standard. Come nota Das, «for the urban poor, the question is not just about access to healthcare but about the economic catastrophe that *Illness* can bring» (2015: 276). Francisco non sta semplicemente chiedendo istruzioni tecniche ma esprimendo ansia per le implicazioni economiche della terapia insulinica.

Il micro-conflitto sui numeri – «Y no son dos, son tres pastillas» – rivela l'importanza della precisione farmacologica per Francisco. Questa insistenza può essere letta come strategia di controllo in una situazione di dipendenza tecnica. L'enunciato frammentario «Son tradiciones que...» rimane incompleto, interrotto dalla spiegazione tecnica del medico. Questo momento potrebbe indicare un tentativo di introdurre una prospettiva culturale alternativa sui rituali di cura, immediatamente sovrastata dalla logica biomedica del monitoraggio glicemico.

La consultazione prosegue con una lunga sequenza didattica sull'uso del glucometro. La progressione dalle domande basilari («¿La máquina? ¿Dónde?») alla competenza dimostrata

(«Mira. Hace dos horas: 300... espera... 295») traccia un apprendimento accelerato che trasforma Francisco da soggetto passivo ad agente attivo di auto-monitoraggio. Come osserva Good, «the patient learns not simply to comply with medical instructions but to become a competent reader of his or her own body according to biomedical criteria» (1994: 116).

### 3.6.2 *Seconda consultazione: consolidamento cooperativo*

Il secondo incontro, a distanza di due settimane, si configura come un momento di verifica dell'aderenza terapeutica e dell'interiorizzazione delle pratiche di cura. Il clima comunicativo è più disteso, facilitato dall'uso fluido dello spagnolo che permette all'assistito di esporre con maggiore precisione i risultati del monitoraggio domestico. Il centro dell'analisi si sposta sul "diario glicemico": il quaderno su cui l'assistito annota i valori diventa l'oggetto mediatore della visita, permettendo al medico di visualizzare i miglioramenti e i picchi residui. Emerge qui una prima negoziazione sullo stile di vita, in particolare riguardo all'attività fisica e alle abitudini alimentari (il consumo di banane e pane). L'assistito riferisce di aver imparato a sostituire il sensore autonomamente, segnando un passaggio fondamentale verso l'*empowerment* e l'auto-gestione della cronicità all'interno di un sistema che richiede una partecipazione attiva della persona assistita.

Dottore: *Bueno, señor, ¿cómo se siente hoy?*

Dottore: *Bene, signore, come si sente oggi?*

Persona assistita: *Mejor, doctor, un poco más tranquilo con las inyecciones.*

Persona assistita: *Meglio, dottore, un po' più tranquillo con le iniezioni.*

Dottore: *¿Está siguiendo con las pastillas también?*

Dottore: *Sto continuando anche con le pastiglie?*

Persona assistita: *Sí, tres pastillas y la inyección por la mañana.*

Persona assistita: *Sì, tre pastiglie e l'iniezione al mattino.*

Dottore: *Muy bien. ¿Ha tenido algún problema con la máquina para medir la glucosa?*

Dottore: *Molto bene. Ha avuto qualche problema con la macchina per misurare la glicemia?*

Persona assistita: *Al principio sí, pero ahora entiendo. Mido en ayunas y después de comer.*

Persona assistita: *All'inizio sì, ma adesso capisco. Misuro a digiuno e dopo aver mangiato.*

Dottore: *Perfecto. ¿Y qué valores ha encontrado?*

Dottore: *Perfetto. E che valori ha trovato?*

Persona assistita: *Ayer en la mañana 180, después de almuerzo 220.*

Persona assistita: *Ieri mattina 180, dopo pranzo 220.*

Dottore: *Está mejorando, antes era más alto.*

Dottore: *Sto migliorando, prima era più alto.*

Persona assistita: *Sí, doctor, antes 300.*

Persona assistita: *Sì, dottore, prima 300.*

Dottore: *Muy bien. Entonces seguimos igual con la terapia, pero es importante escribir todo en un cuaderno.*

Dottore: *Molto bene. Allora continuiamo con la stessa terapia, ma è importante scrivere tutto su un quaderno.*

Persona assistita: *Sí, lo estoy anotando.*

Persona assistita: *Sì, lo sto annotando.*

Dottore: *Excelente. ¿Ha tenido mareos o bajones de azúcar?*

Dottore: *Eccellente. Ha avuto capogiri o cali di zucchero?*  
 Persona assistita: *No, solo un poco de cansancio en la tarde.*  
 Persona assistita: *No, solo un po' di stanchezza nel pomeriggio.*  
 Dottore: *Es normal, pero si siente temblores o sudor frío, debe avisar.*  
 Dottore: *È normale, ma se sente tremori o sudore freddo, deve avvisare.*  
 Persona assistita: *De acuerdo, doctor.*  
 Persona assistita: *D'accordo, dottore.*  
 Dottore: *¿Está controlando siempre antes de las comidas?*  
 Dottore: *Sto controllando sempre prima dei pasti?*  
 Persona assistita: *Sí, antes del desayuno y antes de la cena. A veces olvido al almuerzo.*  
 Persona assistita: *Sì, prima della colazione e prima della cena. A volte dimentico a pranzo.*  
 Dottore: *Tiene que hacerlo también al almuerzo, es muy importante.*  
 Dottore: *Deve farlo anche a pranzo, è molto importante.*  
 Persona assistita: *Sí, voy a intentar, doctor.*  
 Persona assistita: *Sì, ci proverò, dottore.*  
 Dottore: *¿Y está apuntando los valores cada vez?*  
 Dottore: *E sta segnando i valori ogni volta?*  
 Persona assistita: *Sí, aquí tengo el cuaderno.*  
 Persona assistita: *Sì, qui ho il quaderno.*  
 Dottore: *Muy bien, a ver... (mira el cuaderno) 160 en ayunas, 200 después del almuerzo, 210 en la tarde.*  
 Dottore: *Molto bene, vediamo... (guarda il quaderno) 160 a digiuno, 200 dopo pranzo, 210 nel pomeriggio.*  
 Persona assistita: *Sí, así.*  
 Persona assistita: *Sì, così.*  
 Dottore: *Está bastante mejor, señor. Hay que seguir igual y vamos a ver en un mes.*  
 Dottore: *Sto andando molto meglio, signore. Bisogna continuare così e vediamo tra un mese.*  
 Persona assistita: *Gracias, doctor.*  
 Persona assistita: *Grazie, dottore.*  
 Dottore: *¿Ha tenido problemas con la inyección, dolor en la piel o enrojecimiento?*  
 Dottore: *Ha avuto problemi con l'iniezione, dolore alla pelle o arrossamento?*  
 Persona assistita: *Un poco de dolor el primer día, después nada.*  
 Persona assistita: *Un po' di dolore il primo giorno, poi niente.*  
 Dottore: *Perfecto. ¿Ha cambiado el sensor de glucosa?*  
 Dottore: *Perfecto. Ha cambiato il sensore della glicemia?*  
 Persona assistita: *Sí, ayer puse el nuevo.*  
 Persona assistita: *Sì, ieri ho messo quello nuovo.*  
 Dottore: *Muy bien, ¿lo hizo usted solo?*  
 Dottore: *Molto bene, l'ha fatto da solo?*  
 Persona assistita: *Sí, aprendí cómo hacerlo.*  
 Persona assistita: *Sì, ho imparato come farlo.*  
 Dottore: *Excelente. Eso es importante, señor.*  
 Dottore: *Eccellente. Questo è importante, signore.*  
 Dottore: *¿Ha tenido hipoglucemias, valores bajos de azúcar?*  
 Dottore: *Ha avuto ipoglicemie, valori bassi di zucchero?*  
 Persona assistita: *No, siempre arriba de 140.*  
 Persona assistita: *No, sempre sopra i 140.*  
 Dottore: *Bien. ¿Y cómo se siente después de caminar o hacer ejercicio?*  
 Dottore: *Bene. E come si sente dopo aver camminato o fatto esercizio?*  
 Persona assistita: *Camino poco, doctor, me canso rápido.*  
 Persona assistita: *Cammino poco, dottore, mi stanco subito.*  
 Dottore: *Es normal, pero poco a poco debe aumentar la actividad.*  
 Dottore: *È normale, ma pian piano deve aumentare l'attività.*  
 Persona assistita: *Sí, voy a probar con media hora cada día.*

Persona assistita: *Sì, proverò con mezz'ora al giorno.*  
 Dottore: *Perfecto. Eso ayuda mucho al control de la diabetes.*  
 Dottore: *Perfetto. Questo aiuta molto nel controllo del diabete.*  
 Persona assistita: *Doctor, ¿y puedo comer fruta en la noche?*  
 Persona assistita: *Dottore, e posso mangiare frutta la sera?*  
 Dottore: *Sí, pero no mucha, una pieza pequeña, por ejemplo una manzana.*  
 Dottore: *Sì, ma non troppa, un pezzo piccolo, ad esempio una mela.*  
 Persona assistita: *Ah, yo comí dos plátanos ayer.*  
 Persona assistita: *Ah, io ho mangiato due banane ieri.*  
 Dottore: *Eso es demasiado, mejor solo uno y no muy tarde.*  
 Dottore: *È troppo, meglio solo una e non troppo tardi.*  
 Persona assistita: *Entiendo, doctor.*  
 Persona assistita: *Capisco, dottore.*  
 Dottore: *Muy bien. ¿Está tomando suficiente agua?*  
 Dottore: *Molto bene. Sta bevendo abbastanza acqua?*  
 Persona assistita: *Sí, dos litros al día.*  
 Persona assistita: *Sì, due litri al giorno.*  
 Dottore: *Excelente. Eso es muy bueno.*  
 Dottore: *Eccellente. Questo è molto buono.*  
 Dottore: *¿Ha sentido dolor en el estómago o acidez?*  
 Dottore: *Ha sentito dolore allo stomaco o acidità?*  
 Persona assistita: *Un poco de acidez en la noche, después de cenar.*  
 Persona assistita: *Un po' di acidità la sera, dopo cena.*  
 Dottore: *Puede tomar un antiácido ligero, pero lo más importante es cenar más temprano y más ligero.*  
 Dottore: *Può prendere un antiacido leggero, ma la cosa più importante è cenare più presto e più leggero.*  
 Persona assistita: *Sí, voy a hacerlo.*  
 Persona assistita: *Sì, lo farò.*  
 Dottore: *¿Y el sueño cómo está? ¿Duerme bien?*  
 Dottore: *E il sonno com'è? Dorme bene?*  
 Persona assistita: *Sí, seis o siete horas.*  
 Persona assistita: *Sì, sei o sette ore.*  
 Dottore: *Muy bien. Eso es suficiente.*  
 Dottore: *Molto bene. Questo è sufficiente.*  
 Persona assistita: *Gracias por todo, doctor.*  
 Persona assistita: *Grazie di tutto, dottore.*  
 Dottore: *De nada, señor. Nos vemos el próximo mes para el control.*  
 Dottore: *Di niente, signore. Ci vediamo il prossimo mese per il controllo.*  
 Persona assistita: *De acuerdo.*  
 Persona assistita: *D'accordo.*

La seconda consultazione si apre con una trasformazione qualitativa del *frame* interazionale. La risposta di Francisco integra dimensione soggettiva e competenza tecnica: «Mejor, doctor, un poco más tranquilo con las inyecciones». L'aggettivo «tranquilo» non indica semplicemente assenza di sintomi ma una modalità relazionale diversa con la tecnologia medica – da fonte di ansia a strumento di controllo.

Questo rappresenta quello che Mattingly definisce «therapeutic emplotment» – «the construction of a narrative structure that moves from an initial situation of distress through various episodes toward some hoped-for resolution» (1998: 73). Francisco non solo riporta miglioramento ma costruisce una narrazione di progresso che integra parametri biomedici ed esperienza soggettiva.

La sequenza che segue assume la forma di quella che potremmo definire «competence display sequence». Francisco non si limita a fornire informazioni ma le contestualizza: «Al principio sí, però ahora entiendo. Mido en ayunas y después de comer». L'avverbio «ahora» marca una trasformazione temporale che distingue competenza attuale da incompetenza precedente.

Come osservano Roberts e Sarangi, «patients become active participants in the construction of medical knowledge, not merely passive recipients of medical expertise» (2003: 345). Lo scambio sui valori glicemici mostra Francisco che non solo riporta dati numerici ma li inserisce in una narrazione di progresso: prima 300, ieri 180-220. Il medico conferma questa interpretazione e Francisco rafforza il contrasto temporale, co-costruendo una storia di miglioramento.

Una dimensione interessante emerge nelle discussioni alimentari:

Patient: *Doctor, ¿y puedo comer fruta en la noche?*

Doctor: *Sí, pero no mucha, una pieza pequeña, por ejemplo, una manzana.*

Patient: *Ah, yo comí dos plátanos ayer.*

Doctor: *Eso es demasiado, mejor solo uno y no muy tarde.*

Francisco formula domande specifiche basate su comportamenti concreti. La confessione «yo comí dos plátanos ayer» non è ammissione di colpa ma informazione per aggiustamento collaborativo. Questo tipo di scambio rappresenta quello che Mishler definisce «voice of the lifeworld» – «the patient's contextualizing his symptoms and illness within the context of the everyday world» (1984: 104).

### 3.6.3 Terza consultazione: routinizzazione e autonomia

L'ultimo colloquio documentato consolida il rapporto di fiducia e la stabilità del quadro clinico. La discussione ruota attorno alla gestione dei cali di memoria nella somministrazione delle pastiglie e alla stabilizzazione dei valori glicemici, che risultano significativamente ridotti rispetto all'inizio del percorso. Il contesto evidenzia quella che Margaret Lock definisce come una negoziazione sulle biologie locali: il medico e l'assistito discutono minuziosamente della dieta (il tipo di pane, la quantità di frutta la sera), cercando di adattare i protocolli biomedici alle abitudini e alle preferenze individuali. L'uso della tecnologia è ormai routinizzato, come dimostra la gestione sicura del sensore da parte dell'assistito. La visita si conclude con un rafforzamento dell'alleanza terapeutica,

dove il controllo medico non è più percepito come un'imposizione esterna, ma come un supporto costante alla gestione autonoma della salute nel tempo.

Dottore: *Buenas tardes, señor, ¿cómo está?*  
Dottore: *Buon pomeriggio, signore, come sta?*  
Persona assistita: *Buenas tardes, doctor. Estoy bien, un poco cansado pero mejor.*  
Persona assistita: *Buon pomeriggio, dottore. Sto bene, un po' stanco ma meglio.*  
Dottore: *¿Ha seguido con la insulina cada mañana?*  
Dottore: *Ha continuato con l'insulina ogni mattina?*  
Persona assistita: *Sí, doctor, cada mañana.*  
Persona assistita: *Sì, dottore, ogni mattina.*  
Dottore: *¿Y con las pastillas, tres al día?*  
Dottore: *E con le pastiglie, tre al giorno?*  
Persona assistita: *Sí, tres pastillas. A veces me olvido en la tarde.*  
Persona assistita: *Sì, tre pastiglie. A volte mi dimentico al pomeriggio.*  
Dottore: *Tiene que acordarse, señor, es fundamental.*  
Dottore: *Deve ricordarsene, signore, è fondamentale.*  
Persona assistita: *Sí, voy a poner una alarma en el teléfono.*  
Persona assistita: *Sì, metterò una sveglia sul telefono.*  
Dottore: *Muy bien. ¿Y los valores de glucosa cómo están?*  
Dottore: *Molto bene. E i valori della glicemia come sono?*  
Persona assistita: *Esta mañana 170, después de almuerzo 210.*  
Persona assistita: *Stamattina 170, dopo pranzo 210.*  
Dottore: *Mejor que la semana pasada.*  
Dottore: *Meglio della settimana scorsa.*  
Persona assistita: *Sí, doctor, antes era 300.*  
Persona assistita: *Sì, dottore, prima era 300.*  
Dottore: *Exacto, entonces estamos bajando poco a poco.*  
Dottore: *Esatto, quindi stiamo abbassando pian piano.*  
Persona assistita: *Sí, gracias.*  
Persona assistita: *Sì, grazie.*  
Dottore: *¿Ha sentido mareos o sudor frío?*  
Dottore: *Ha sentito capogiri o sudor freddo?*  
Persona assistita: *No, solo cansancio en la tarde.*  
Persona assistita: *No, solo stanchezza nel pomeriggio.*  
Dottore: *Eso es normal, señor.*  
Dottore: *Questo è normale, signore.*  
Dottore: *¿Está apuntando los valores en el cuaderno?*  
Dottore: *Sta segnando i valori nel quaderno?*  
Persona assistita: *Sí, aquí lo tengo.*  
Persona assistita: *Sì, ce l'ho qui.*  
Dottore: *A ver... (lee) 160 en ayunas, 200 después del almuerzo, 195 en la tarde.*  
Dottore: *Vediamo... (legge) 160 a digiuno, 200 dopo pranzo, 195 nel pomeriggio.*  
Persona assistita: *Sí, así es.*  
Persona assistita: *Sì, è così.*  
Dottore: *Muy bien, está más controlado que antes.*  
Dottore: *Molto bene, è più controllato rispetto a prima.*  
Persona assistita: *Doctor, ¿puedo comer pan en la noche?*  
Persona assistita: *Dottore, posso mangiare pane la sera?*  
Dottore: *Puede, pero poco, una rebanada. Mejor integral.*  
Dottore: *Può, ma poco, una fetta. Meglio integrale.*  
Persona assistita: *Yo comí dos ayer.*  
Persona assistita: *Ieri ne ho mangiate due.*  
Dottore: *Mejor solo una, señor.*  
Dottore: *Meglio solo una, signore.*  
Persona assistita: *De acuerdo, doctor.*  
Persona assistita: *D'accordo, dottore.*  
Dottore: *¿Y frutas, cuáles está comiendo?*

Dottore: *E fruta, quale sta mangiando?*  
 Persona assistita: *Manzanas y plátanos.*  
 Persona assistita: *Mele e banane.*  
 Dottore: *Bien, pero no más de dos piezas al día.*  
 Dottore: *Bene, ma non più di due pezzi al giorno.*  
 Persona assistita: *Sí, entiendo.*  
 Persona assistita: *Sí, capisco.*  
 Dottore: *¿Ha tenido problemas con el sensor de glucosa?*  
 Dottore: *Ha avuto problemi con il sensore della glicemia?*  
 Persona assistita: *No, doctor, lo cambié yo mismo el domingo.*  
 Persona assistita: *No, dottore, l'ho cambiato io stesso domenica.*  
 Dottore: *Excelente, ¿y funcionó bien?*  
 Dottore: *Eccellente, e ha funzionato bene?*  
 Persona assistita: *Sí, sin problema.*  
 Persona assistita: *Sí, senza problemi.*  
 Dottore: *Muy bien. Recuerde siempre mirar los valores antes de cada comida.*  
 Dottore: *Molto bene. Ricordi sempre di guardare i valori prima di ogni pasto.*  
 Persona assistita: *Sí, doctor, lo hago.*  
 Persona assistita: *Sì, dottore, lo faccio.*  
 Dottore: *Perfecto. Entonces seguimos igual con la terapia.*  
 Dottore: *Perfetto. Allora continuiamo con la stessa terapia.*  
 Persona assistita: *Gracias, doctor.*  
 Persona assistita: *Grazie, dottore.*  
 Dottore: *De nada, señor. Nos vemos en dos semanas para el control.*  
 Dottore: *Di niente, signore. Ci vediamo tra due settimane per il controllo.*  
 Persona assistita: *De acuerdo. Hasta luego.*  
 Persona assistita: *D'accordo. A presto.*  
 Dottore: *Hasta luego.*  
 Dottore: *A presto.*

La terza consultazione mostra la piena routinizzazione della relazione terapeutica. La confessione di Francisco – «A veces me olvido en la tarde» – viene immediatamente seguita da soluzione autonoma: «Sí, voy a poner una alarma en el teléfono». Questa proposta rappresenta un esempio di «technological self-management» – l'integrazione spontanea di tecnologie quotidiane nella gestione terapeutica.

Un momento particolarmente significativo emerge nella discussione sul sensore:

Doctor: *¿Ha tenido problemas con el sensor de glucosa?*  
 Patient: *No, doctor, lo cambié yo mismo el domingo.*  
 Doctor: *Excelente, ¿y funcionó bien?*  
 Patient: *Sí, sin problema.*

Francisco ha acquisito completa autonomia nella gestione tecnologica più complessa. La specificità temporale («el domingo») e la sicurezza della risposta indicano incorporazione della routine nella vita quotidiana.

### 3.6.4 *Analisi diacronica: pattern evolutivi*

L'analisi longitudinale rivela una trasformazione identitaria di Francisco da 'migrante precario bisognoso di assistenza' a 'persona assistita competente collaborativo'. Come osserva Ong, questa evoluzione rappresenta una forma di «graduated sovereignty» – «the effects of governmentality that differentiate populations in terms of their varied potential and risk as subjects to be governed» (2003: 83).

Nella prima consultazione, Francisco si presenta attraverso una sequenza di carenze: non ha documenti, non sa usare gli strumenti, non può permettersi i costi. Nella terza consultazione, la sua competenza è data per scontata e le sue proposte autonome vengono accolte positivamente.

Tuttavia, questa evoluzione collaborativa non elimina le asimmetrie strutturali sottostanti. La questione della precarietà burocratica scompare dalle consultazioni successive non perché sia stata risolta ma perché è stata definita come non pertinente al *frame* clinico. Francisco ha imparato quello che Scott definisce «public transcript» – «the open interaction between subordinates and those who dominate» (1985: 24).

Come nota Rose, l'*empowerment* della persona assistita rappresenta una forma di «government through freedom» – «a mode of power that operates through the production of free subjects who are then induced to conduct themselves in desired ways» (2007: 154). Francisco diventa agente attivo della propria medicalizzazione, incorporando la logica del monitoraggio continuo come forma di cittadinanza responsabile.

L'apparente successo di questo caso – miglioramento dei parametri glicemici, acquisizione di autonomia tecnica, relazione collaborativa – maschera forme più sottili di controllo biomedico. Francisco acquisisce *agency* all'interno di un sistema che ha già definito i termini della competenza legittima e i confini della competenza professionale.

Il caso rappresenta simultaneamente un successo clinico e un processo di assimilazione culturale che elimina forme alternative di conoscenza sulla malattia e la cura. Come osservano Lock e Nguyen, «biomedical categories and the technologies associated with them are never culturally neutral but inevitably transform local understanding and practice» (2010: 89).

L'analisi conversazionale rivela come questa trasformazione avvenga attraverso micro-processi interazionali apparentemente neutri che, cumulativamente, producono soggetti medicalizzati competenti ma culturalmente disciplinati.

### 3.7 Implicazioni teoriche: oltre il modello della compliance

Questo caso longitudinale suggerisce la necessità di ripensare il concetto tradizionale di «compliance» nella gestione delle malattie croniche. Francisco non diventa semplicemente ‘aderente’ alle prescrizioni mediche ma sviluppa una forma di competenza collaborativa che integra competenza tecnica, auto monitoraggio riflessivo e una capacità di risoluzione autonoma dei problemi. Come osserva Mol, «in the logic of care, patients are not customers who choose, but people who do things – day after day, in their daily lives. They attune activities to each other and to the *Disease* they seek to live with» (2008: 23).

L’evoluzione di Francisco eccede il modello tradizionale della persona assistita passivo che segue istruzioni mediche. Tuttavia, questa collaborazione avviene interamente all’interno del paradigma biomedico, senza questionare i suoi presupposti fondamentali. Francisco impara a essere un «buon persona assistita diabetico» secondo i criteri occidentali, ma questo apprendimento comporta l’abbandono di prospettive alternative sulla malattia e la cura.

Come nota Kleinman, «the *Illness* experience of patients and families includes categories and explanatory models that are usually quite different from biomedical categories and explanatory models» (1988: 121). Nel caso di Francisco, questi modelli alternativi vengono sistematicamente marginalizzati attraverso quello che potremmo definire ‘*empowerment* selettivo’, una forma di *agency* che opera esclusivamente all’interno della logica biomedica.

Il percorso di Francisco può essere analizzato attraverso il concetto di «biological citizenship» sviluppato da Rose e Novas (2005: 441), che descrivono come «citizenship projects have been configured around the vital capacities of human existence – around birth, life, *Illness*, and death». Il diabete di tipo 2, come malattia cronica che richiede auto-gestione quotidiana, diventa un laboratorio per la produzione di soggetti auto-regolanti.

L’acquisizione progressiva di competenze tecnologiche – dall’uso del glucometro alla sostituzione autonoma del sensore continuo – rappresenta quello che Rabinow definisce «biosociality» – «a new kind of auto-production of the human species» (1996: 99). Francisco non sta semplicemente imparando a gestire una malattia ma incorporando una forma di soggettività che fa del monitoraggio biomedico continuo una modalità di esistenza.

Questa trasformazione è particolarmente significativa nel contesto migratorio. Come osserva Petryna, «biological citizenship refers to the demands for particular protections, rights, or entitlements that emerge from categories of biological difference» (2002: 6). Per Francisco, l’acquisizione di competenza diabetologica diventa una forma di cittadinanza che trascende la precarietà burocratica iniziale.

L'evoluzione del rapporto di Francisco con le tecnologie di monitoraggio illustra quello che Foucault analizza come «technologies of the self» – «techniques which permit individuals to effect, by their own means, a certain number of operations on their own bodies, their own souls, their own thoughts, their own conduct» (1988: 18). Il passaggio dalla resistenza iniziale («Cuesta más que las pastillas») all'incorporazione entusiastica del monitoraggio continuo rivela l'efficacia di quello che Rose definisce «molecular politics» – «politics at the molecular level, focusing on the biomolecular processes of vitality itself» (2007: 25). Francisco impara a leggere il proprio corpo attraverso parametri glicemici, trasformando sensazioni soggettive in dati quantificabili.

In questa direzione, il dibattito antropologico sul *self-tracking* e sulla *self-quantification*<sup>19</sup> consente di precisare ulteriormente il legame tra tecnologie del sé e forme contemporanee di soggettivazione. Come osserva Schüll (2019), le pratiche di quantificazione di sé non si limitano a fornire informazioni sul corpo, ma contribuiscono a ridefinire ciò che conta come benessere, responsabilità e 'buona vita', inscrevendo il soggetto in regimi di cura e di controllo che si presentano come auto-diretti, volontari e moralmente desiderabili. Questa letteratura invita quindi a non trattare il *self-tracking* come semplice estensione del disciplinamento in senso punitivo, ma come una forma di soggettivazione che passa attraverso l'adesione volontaria, la moralizzazione della responsabilità e l'interiorizzazione di metriche come criteri di valore. Le tecnologie del sé analizzate in questa ricerca non sono intese come dispositivi astratti, ma come pratiche incorporate che emergono nelle interazioni quotidiane, come nel caso dell'uso del glucometro, del sensore continuo e dello smartphone come supporto alla terapia (cfr. cap. 3.6.1-3.6.3). L'autonomia tecnologica raggiunta da Francisco (cfr. cap. 3.6.3) rappresenta l'esito di un processo di apprendimento guidato che produce soggetti auto-regolanti, ma non necessariamente epistemicamente autonomi.

Questa trasformazione non è semplicemente tecnica ma profondamente soggettiva. Come nota Dumit, nel contesto delle malattie croniche, «facts about risk become facts about identity» (2012: 498). I valori glicemici di Francisco diventano indicatori non solo della sua condizione metabolica ma della sua competenza come persona assistita e della sua moralità come soggetto responsabile.

Questa dinamica può essere letta come una forma di violenza simbolica Bourdieu (1991: 164), che si esercita attraverso pratiche comunicative apparentemente neutrali: possiamo analizzare come l'apparente successo collaborativo del caso di Francisco mascheri processi più sottili di

---

<sup>19</sup> Sul *self-tracking* e sul self-management tecnologico in sanità si veda, in prospettiva socio-antropologica, Lupton (2013) e Pantzar & Ruckenstein (2017); per una discussione critica sulla datificazione del sé e la moralizzazione della "buona vita" data-driven, Schüll (2019). Per un inquadramento delle infrastrutture digitali e dell'Internet of Things in ambito sanitario, Dimitrov (2012). Il collegamento con la *biosociality* (Rabinow 1996) consente di leggere queste pratiche come forme di soggettivazione e appartenenza costruite attraverso categorie biomediche e tecnologie di monitoraggio.

dominazione culturale. La violenza simbolica opera attraverso il «misconoscimento» – la presentazione di rapporti di forza come naturali e inevitabili.

Nel caso clinico, questa dinamica si manifesta attraverso quella che potremmo definire ‘assimilazione terapeutica’: Francisco accetta progressivamente non solo le prescrizioni mediche ma l’intera cosmologia biomedica come unica modalità legittima di comprensione della propria condizione. Come osserva Bourdieu, «symbolic domination relies on the possession by the dominated of the cognitive instruments of knowledge which they share with the dominant and which make the established order appear as natural» (1991: 170).

L’enunciato frammentario della prima consultazione – «Son tradiciones que...» – rappresenta l’ultimo tentativo di introdurre una prospettiva culturale alternativa. La sua interruzione e il suo abbandono nelle consultazioni successive segnano il completamento del processo di assimilazione biomedica.

### 3.7.1 Implicazioni per la formazione degli operatori sanitari

L’analisi di questo caso solleva questioni cruciali per la formazione degli operatori sanitari nel contesto multiculturale. Come nota Kleinman, «the practitioner’s explanatory model may be as much a source of systematic distortion of clinical reality as an accurate reading of it» (1980: 105). La capacità del medico di adattarsi progressivamente alla crescente competenza di Francisco dimostra potenzialità collaborative, ma anche limiti nell’affrontare dimensioni che eccedono il *frame* biomedico.

Una formazione critica dovrebbe includere quello che Napier et al. definiscono «structural competency» – «the trained ability to discern how a host of issues defined clinically as symptoms, attitudes, or diseases also represent the downstream implications of a number of upstream decisions about such matters as housing, education, and employment» (2014: 1607). Nel caso di Francisco, questioni come precarietà documentaria, accesso economico alle terapie, e perdita di saperi tradizionali rimangono largamente invisibili al *frame* clinico dominante.

Il caso di Francisco illustra i limiti di modelli di *empowerment* che operano esclusivamente all’interno della logica biomedica. Come osserva Farmer, «structural violence is visited upon all those whose social status denies them access to the fruits of scientific and social progress» (2003: 149). L’acquisizione di competenza tecnica da parte di Francisco non elimina le condizioni strutturali che hanno prodotto la sua vulnerabilità iniziale.

Una prospettiva critica dovrebbe interrogare non solo se le persone assistite acquisiscono competenza tecnica, ma quali forme di conoscenza vengono marginalizzate in questo processo,

quali costi economici vengono naturalizzati, e come l'apparente *empowerment* individuale possa mascherare la riproduzione di ineguaglianze strutturali.

Come nota Das, «the question is not whether people have *agency*, but what kinds of *agency* become available under specific conditions of structural constraint» (2015: 283). Questa forma di *agency* situata emerge in modo particolarmente evidente nel caso longitudinale di Francisco, dove l'acquisizione progressiva di competenze tecniche e comunicative avviene interamente all'interno dei parametri del discorso biomedico dominante (cfr. cap. 3.6; in particolare §§ 3.6.2–3.6.4). Come mostrato nell'analisi diacronica, l'*agency* di Francisco non consiste nella messa in discussione dei presupposti epistemici della medicina, ma nella loro interiorizzazione competente, fino alla piena routinizzazione delle pratiche di auto-monitoraggio (cfr. cap. 3.6.4).

L'analisi longitudinale del caso di Francisco rivela la complessità delle dinamiche collaborative nella gestione delle malattie croniche in contesto migratorio. Da un lato, osserviamo un'evoluzione genuina verso forme di partnership terapeutica che riconoscono e valorizzano la crescente competenza della persona assistita. Dall'altro, questa collaborazione opera all'interno di cornici epistemiche che marginalizzano sistematicamente forme alternative di conoscenza e occultano persistenti asimmetrie strutturali.

Come conclude Good, «medical knowledge is not simply a cultural system in the abstract, but a form of knowledge intimately linked to the exercise of power» (1994: 180). Il caso di Francisco illustra come questa dinamica si dispieghi attraverso micro-processi interazionali che producono soggetti competenti ma culturalmente disciplinati, capaci di autogestione tecnica ma privati di *agency* epistemica autentica.

L'implicazione per la pratica clinica è che forme apparentemente democratiche di collaborazione terapeutica possono riprodurre, sotto nuove spoglie, logiche coloniali di civilizzazione medica. Una medicina veramente interculturale richiederebbe non solo l'inclusione di competenze linguistiche o la sensibilità culturale, ma un ripensamento fondamentale dei rapporti tra saperi biomedici e forme alternative di conoscenza sulla salute e la malattia.

Come osserva Spivak, la questione centrale non è se i subalterni possono parlare, ma se possono essere ascoltati quando parlano linguaggi che eccedono i parametri egemonici del discorso dominante (1988: 308). Nel caso della medicina interculturale, questa sfida si traduce nella necessità di creare spazi epistemici genuinamente plurali, capaci di accogliere e legittimare forme diverse di competenze sulla salute senza ricondurle immediatamente ai parametri biomedici occidentali.

### 3.7.2 *Rilettura critica e potere all'interno dell'interazione*

Un aspetto cruciale emerso dall'analisi longitudinale è la dimensione temporale del disciplinamento culturale. La trasformazione di Francisco non avviene attraverso imposizione diretta ma mediante quello che Foucault definisce «disciplinary time», «a temporal elaboration of the act, a temporal schema of action» (1977: 138). Ogni consultazione rappresenta un momento di questo schema temporale, che progressivamente normalizza l'incorporazione di pratiche biomediche come modalità «naturale» di relazione con il proprio corpo.

La prima consultazione stabilisce l'incompetenza iniziale come punto di partenza legittimo. Come nota Cicourel, «the medical interview creates particular kinds of patients through the ways questions are asked and responses are interpreted» (1999: 25). La domanda del medico «¿Te explicaron cómo hacerlo?» non solo elicitava informazione ma costituisce Francisco come soggetto bisognoso di istruzione tecnica, marginalizzando altre possibili forme di competenze.

La seconda consultazione consolida questo posizionamento attraverso quello che potremmo definire «positive reinforcement of biomedical competence». Le valutazioni del medico – «Muy bien», «Perfecto», «Está mejorando» – non sono semplici feedback ma tecniche di soggettivazione che premiano l'incorporazione di specifiche modalità di auto-monitoraggio. Come osserva Rose, «contemporary forms of medical power operate less through normalization than through modulation – the continuous adjustment of norms in relation to shifting circumstances» (2007: 26).

Particolarmente significativo è il destino dell'enunciato frammentario della prima consultazione: «Son tradiciones que...». Questa frase incompleta rappresenta l'unico momento in cui Francisco tenta di introdurre una prospettiva culturalmente situata sui rituali di cura. La sua interruzione immediata e la sua completa sparizione dalle consultazioni successive illustra quello che Spivak definisce «epistemic violence» – «the remotely orchestrated, far-flung, and heterogeneous project to constitute the colonial subject as Other» (1999: 269).

L'analisi conversazionale rivela come questa cancellazione non avvenga attraverso censura esplicita ma mediante quello che potremmo definire «irrelevance by omission». Il medico non nega la legittimità delle «tradizioni» di Francisco ma le rende irrilevanti attraverso il reindirizzamento immediato verso considerazioni tecniche: «Mejor antes, porque es para ver cómo está funcionando la inyección».

Questo processo illustra quello che Comaroff e Comaroff analizzano come «hegemonic consciousness» – «that order of signs and practices, relations and distinctions, images and epistemologies – drawn from a historically situated cultural field – that come to be taken for granted as the natural and received shape of the world» (1991: 15).

La narrazione di progresso che emerge dalle consultazioni successive – «antes 300, ahora 180» – opera quello che Arthur Kleinman definisce «moral transformation of suffering» (1988: 49). I parametri glicemici diventano indicatori non solo di efficacia terapeutica ma di virtù morale, trasformando Francisco da ‘cattivo persona assistita’ (con glicemie incontrollate) a ‘buon persona assistita’ (con valori migliorati).

Come osserva Mol, «in the logic of care, being a good patient does not depend on making the right choices, but on adapting treatment to the practicalities of daily life» (2008: 75). Tuttavia, nel caso di Francisco, questo adattarsi rimane unidirezionale, è sempre la vita quotidiana che deve adattarsi alle esigenze biomediche, mai il contrario.

La preoccupazione economica della prima consultazione («Cuesta más que las pastillas») scompare completamente dalle consultazioni successive. Questa sparizione non indica risoluzione del problema economico ma sua naturalizzazione. Francisco ha imparato che le considerazioni economiche sono «inappropriate» nel contesto clinico, incorporando quella che Bourdieu definisce «illusio» – «the fundamental belief in the value of the stakes and of the game itself» (1996: 54).

L’evoluzione del rapporto di Francisco con il glucometro e il sensore continuo illustra quello che Deleuze (1992: 4) definisce «societies of control» – forme di potere che operano attraverso «continuous control and instant communication». A differenza del potere disciplinare classico, che opera attraverso confinamento e sorveglianza esterna, il controllo biomedico contemporaneo funziona attraverso l’incorporazione di dispositivi di auto-monitoraggio che rendono i soggetti agenti della propria sorveglianza.

La proposta autonoma di Francisco – «voy a poner una alarma en el teléfono» – rappresenta l’apice di questo processo. Come nota Dumit, «health becomes a kind of homework that never ends» (2012: 121). Francisco trasforma spontaneamente il proprio smartphone in dispositivo di controllo terapeutico, estendendo la logica biomedica oltre i confini dell’istituzione sanitaria nella sfera più intima della vita quotidiana.

Questa trasformazione illustra quello che Rabinow e Rose definiscono «vital optimization» – «interventions that seek to act upon the vital capacities of human beings as living creatures – their health, fertility, morbidity, mortality, life span» (2006: 197). Francisco diventa imprenditore della propria vitalità, assumendo la responsabilità di ottimizzare continuamente i propri parametri biologici.

Ciò che rimane significativamente assente dalle consultazioni è altrettanto rivelatore di ciò che viene esplicitamente discusso. La questione della precarietà documentaria, centrale nella prima consultazione, scompare non perché sia stata risolta ma perché è stata definita come esterna al ‘core

business' della medicina. Come osserva Farmer, «structural violence is one way of describing social arrangements that put individuals and populations in harm's way. The arrangements are structural because they are embedded in the political and economic organization of our social world» (2004: 307).

L'accesso alle terapie costose, la perdita di reti di supporto tradizionali, l'isolamento sociale legato alla condizione migratoria – tutti questi fattori che contribuiscono alla vulnerabilità di Francisco rimangono sistematicamente invisibili al *framework* clinico. Questa invisibilità non è accidentale ma strutturale, riflettendo quello che Scheper-Hughes e Lock definiscono «mindful body» – «the ways in which emotions and moral responses are embodied and how social relations are inscribed on the expectant, even docile, human body» (1987: 31).

Tuttavia, l'analisi non deve limitarsi a identificare processi di disciplinamento senza riconoscere le forme sottili di resistenza che persistono anche in contesti collaborativi. Seguendo De Certeau, possiamo identificare «tactics» che Francisco sviluppa per negoziare le richieste biomediche mantenendo spazi di autonomia (1984: 35).

La specificità temporale delle sue risposte – «el domingo», «ayer en la mañana» – non è semplice precisione informativa ma strategia di controllo narrativo che gli permette di mantenere *agency* nella costruzione della propria storia clinica. La confessione strategica – «A veces me olvido en la tarde» – seguita da soluzione autonoma rappresenta una forma di managed disclosure che dimostra competenza pur riconoscendo limiti umani.

Come osserva Scott, «every subordinate group creates, out of its ordeal, a 'hidden transcript' that represents a critique of power spoken behind the back of the dominant» (1990: 136). Nel caso di Francisco, questo 'hidden transcript' potrebbe manifestarsi in pratiche quotidiane di gestione del diabete che integrano elementi biomedici con strategie culturalmente radicate, pur rimanendo invisibili al contesto clinico.

### 3.7.3 Implicazioni teoriche e per la pratica medica

Il caso di Francisco suggerisce la necessità di sviluppare approcci analitici più sofisticati per comprendere le dinamiche di potere nella medicina contemporanea. Non basta identificare momenti di resistenza esplicita o di dominazione manifesta; occorre analizzare come il potere biomedico operi attraverso forme apparentemente collaborative che mascherano processi più sottili di normalizzazione culturale.

Come nota Lock «medical anthropology must move beyond simple critiques of biomedicine to examine how biomedical categories and practices are taken up, transformed, and resisted in different social contexts» (2001: 483). L'analisi conversazionale longitudinale offre strumenti

preziosi per questa agenda, rivelando come macro-processi di globalizzazione biomedica si articolino attraverso micro-interazioni quotidiane.

L'approccio qui sviluppato suggerisce che l'analisi critica dell'interculturalità in medicina non può limitarsi a questioni di traduzione linguistica o sensibilità culturale, ma deve interrogare i presupposti epistemologici che informano la definizione stessa di competenza medica, successo terapeutico e collaborazione appropriata.

L'analisi del caso di Francisco rivela i limiti di approcci multiculturali che, pur riconoscendo la diversità culturale, mantengono intatta l'egemonia epistemica biomedica. Come osserva Bhabha, «the question of identification is never the affirmation of a pre-given identity, never a self-fulfilling prophecy – it is always the production of an 'image' of identity and the transformation of the subject in assuming that image» (1994: 86).

Francisco non semplicemente mantiene una identità culturale preesistente mentre acquisisce competenze biomediche; piuttosto, sviluppa una nuova soggettività ibrida che incorpora elementi biomedici all'interno di *frameworks* esistenziali più ampi. Tuttavia, questa ibridazione avviene in condizioni di asimmetria strutturale che privilegiano sistematicamente componenti biomediche a scapito di alternative culturali.

Una medicina veramente interculturale richiederebbe quello che Santos definisce «ecology of knowledges» – «the recognition of the plurality of heterogeneous knowledges and of the need for dialogue and debate between them» (2007: 45). Questo non significa relativismo epistemologico ma creazione di spazi dialogici dove diverse tradizioni di conoscenza possano confrontarsi su basi più egualitarie.

Nel contesto clinico, questo potrebbe tradursi in protocolli che includano sistematicamente l'esplorazione di modelli esplicativi alternativi, non come curiosità etnografica ma come componenti legittimi del processo diagnostico e terapeutico. Come suggerisce Kleinman, «the negotiation between explanatory models should be a central clinical task, especially when treating patients from ethnic minorities or foreign cultures» (1980: 113).

La formazione degli operatori sanitari dovrebbe quindi includere quello che Metzl e Hansen definiscono «structural competency» – «the trained ability to discern how a host of issues defined clinically as symptoms, attitudes, or *Diseases* also represent the downstream implications of a number of upstream decisions» (2014: 126). Questo richiede competenze che eccedono la sensibilità culturale tradizionale, includendo analisi critica dei determinanti sociali della salute e consapevolezza dei propri posizionamenti epistemici.

L'analisi conversazionale può offrire strumenti preziosi per questa formazione, permettendo l'esame dettagliato di come asimmetrie di potere si manifestino attraverso micro-pratiche comunicative apparentemente neutrali. Come osserva Heritage (2005: 103), «conversation analysis can reveal the 'technology' of interaction – how social actions are accomplished through talk».

Il caso di Francisco dimostra che anche interazioni apparentemente collaborative possono riprodurre logiche di dominazione culturale quando non accompagnate da riflessione critica sui *frameworks* epistemici sottostanti. Una formazione efficace dovrebbe sviluppare capacità di riconoscere e interrogare questi processi, creando possibilità per forme più autentiche di collaborazione interculturale.

L'obiettivo finale non è l'eliminazione del sapere biomedico ma la sua decolonizzazione – la creazione di condizioni in cui diverse tradizioni di conoscenza sulla salute possano dialogare senza che una sia sistematicamente subordinata alle altre. Come conclude Good, «a critical medical anthropology should aim not to destroy biomedicine but to contribute to its reformation in more humane and culturally sensitive directions» (1994: 181).

### 3.8 *Dal campo alla scrittura: l'etnografia come cura*

Attraverso i casi analizzati – dalle scene di mediazione fragile alle consultazioni psichiatriche, dalle narrazioni del trauma alle interazioni in cui io divento mediatrice – emerge un filo conduttore: la cura come pratica discorsiva e relazionale. La cura non appare come atto tecnico o gesto unidirezionale, ma come un campo di negoziazioni in cui linguaggio, potere e conoscenza si coproducono.

Il caso longitudinale di Francisco chiude simbolicamente il cerchio: mostra come, nel tempo, le micro-pratiche conversazionali producano forme di soggettività medica che incarnano – e naturalizzano – le logiche biopolitiche della medicina contemporanea. La collaborazione terapeutica diventa così una forma di cura disciplinata, in cui la persona assistita è reso libero di autogestirsi entro i confini di un paradigma epistemico già dato.

Tuttavia, i frammenti raccolti negli altri casi – i silenzi della persona assistita torturata, le esitazioni linguistiche di Samantha, le mappe disegnate dalla psicologa con la coppia – ricordano che accanto a questa normalizzazione esistono anche spazi di resistenza e di risignificazione. Ogni traduzione, ogni pausa, ogni incertezza è una possibilità di restituzione simbolica, un modo per mantenere vivo ciò che non può essere pienamente detto nei linguaggi della medicina.

Sul piano epistemologico, questo capitolo mostra come l'etnografia – intesa non solo come metodo ma come atto di cura – permetta di restituire complessità a pratiche che rischiano di essere rese

invisibili dai protocolli istituzionali. Scrivere il campo, in questo senso, diventa un modo per prendersene cura: per preservare la densità delle esperienze che lo attraversano e rendere udibili le voci che altrimenti resterebbero marginali.

Nel passaggio al capitolo successivo, la riflessione si sposterà dalle singole interazioni alle implicazioni teoriche e politiche della ricerca: come le pratiche linguistiche della cura possano essere ripensate alla luce di un approccio decoloniale, e in che modo l'antropologia medica possa contribuire a una più ampia ecologia dei saperi nel campo della salute globale.

L'insieme dei casi presentati in questo capitolo – dalle scene di accoglienza e raccolta iniziale, ai colloqui psicologici e psichiatrici, fino al percorso longitudinale di Francisco – forma un mosaico apparentemente disordinato, fatto di linguaggi interrotti, presenze multiple, registri diversi e ritmi narrativi irregolari. Tuttavia, è proprio in questo intreccio che si disegna la logica profonda del campo: la cura, nei contesti migratori, non è mai un'azione lineare ma una forma di negoziazione continua tra mondi di significato, apparati istituzionali e corpi vulnerabili.

Nei primi casi, il linguaggio della presa in carico – con la sua doppia funzione di accoglienza e raccolta dati – rivela il paradosso dell'ascolto istituzionale: mentre apre uno spazio di parola, lo delimita. Le domande che definiscono lo status della persona assistita (documenti, domicilio, figli) sono contemporaneamente pratiche di cura e di categorizzazione. Qui il potere opera nel dettaglio linguistico: *chi* può parlare, *come* e *perché*.

Nei casi successivi – in particolare nelle interazioni dove io intervengo come interprete – emerge la funzione ambivalente della mediazione linguistica. Tradurre non significa soltanto trasmettere significato, ma anche *decidere* cosa rendere udibile e cosa lasciare fuori. I momenti di esitazione o riformulazione diventano luoghi di micro-resistenza, in cui la voce della persona assistita attraversa e talvolta devia il linguaggio medico. Qui il 'marasma' linguistico riflette la molteplicità dei registri in gioco: terapeutico, legale, religioso, biografico, affettivo. È proprio la loro compresenza che fa emergere la natura plurivocale della cura.

Nelle consultazioni psicologiche e psichiatriche (Souleiman, Samantha) il corpo si fa luogo di traduzione tra memoria e linguaggio. Le parole incerte, i gesti, le posture raccontano ciò che non può essere detto. La cura avviene nello scarto tra il discorso del sintomo e quello del trauma; e la traduzione – fatta dalla mediatrice o da me – agisce come strumento fragile di contenimento. Qui la lingua *cura e ferisce allo stesso tempo*: permette di parlare, ma impone una grammatica del dolore riconoscibile solo se aderisce ai codici istituzionali.

Le interazioni che coinvolgono avvocati, medici e mediatori mostrano con chiarezza l'osmosi tra piano sanitario e piano giuridico. Il corpo diventa documento, la testimonianza clinica prova legale.

In questo intreccio, la cura si burocratizza<sup>20</sup> e la burocrazia si emozionalizza. L'atto medico (una diagnosi, una prescrizione, una radiografia) assume valore politico, contribuendo a costruire la verità dell'esperienza di violenza o di migrazione. È la materializzazione di quella che Fassin (2012) definisce biogittimità: il diritto a essere creduti in quanto sofferenti.

Nel caso della donna sopravvissuta alle *connection houses* (cfr. § 3.5.1.2), la presa in carico iniziale mostra che la cura non si limita al corpo ma alla possibilità stessa di dire. Raccontare diventa un atto terapeutico e al tempo stesso un dispositivo epistemico: la verità si costruisce per frammenti, per traduzioni successive, per approssimazioni che servono tanto alla guarigione quanto al riconoscimento istituzionale. L'interazione terapeutica è anche una forma di scrittura condivisa.

Il caso longitudinale di Francisco sposta lo sguardo dal trauma all'ordinario, mostrando che anche nelle patologie croniche la cura è un processo dialogico. La relazione con il medico evolve nel tempo da resistenza a collaborazione, ma questa collaborazione implica una progressiva interiorizzazione dei saperi biomedici: la persona assistita diventa co-autore della propria terapia, ma entro i confini del discorso medico. È una forma di *soft power* che trasforma la *compliance* in partecipazione.

Tenere insieme questi frammenti – le lingue sovrapposte, le pause, le scritture multiple – significa prendersi cura del campo. L'etnografia, più che un metodo, si configura come pratica di restituzione: un modo per dare forma al disordine senza cancellarlo. Il 'marasma dei dati' non è un ostacolo ma la traccia visibile della vita sociale che si tenta di comprendere.

In questo senso, la scrittura etnografica diventa un atto politico: rifiuta la semplificazione, protegge la complessità e mostra che anche la conoscenza – come la cura – è una relazione di responsabilità reciproca.

---

<sup>20</sup> Sul rapporto tra trasformazioni del welfare, logiche di efficacia/quantificazione e governance tramite dati nel contesto italiano si vedano Borghi (2015), Busso (2015), Giullari & De Angelis (2019), Mapelli (2012), Taroni (2011) e, in prospettiva più generale, Zuurmond (1998).

#### 4 DAL CAMPO ALLA TEORIA: LA CURA COME SPAZIO DI TRADUZIONE

I materiali raccolti nel capitolo precedente non compongono un quadro lineare. Si muovono per frammenti, oscillano tra il linguaggio dell'ambulatorio e quello della burocrazia, tra voci che si sovrappongono, esitano, si traducono a vicenda. Eppure, proprio questo marasma di dati è ciò che restituisce fedelmente la realtà delle pratiche di cura in contesto migratorio. L'etnografia, in questa prospettiva, non cerca di riordinare il caos, ma di ascoltarlo: di renderlo leggibile senza ridurlo.

Nel campo, la cura appare come una trama di relazioni che attraversa livelli diversi – clinico, istituzionale, affettivo, linguistico – e che continuamente si riarticola. I casi discussi rinviano rispettivamente ai §§ 3.2-3.5 per le interazioni cliniche e burocratiche, e al § 3.6 per il caso longitudinale di Francisco. Essi mostrano che il linguaggio non è un semplice mezzo, ma una pratica che produce effetti concreti: decide chi può parlare, cosa può essere riconosciuto come sofferenza, e su quali basi si può essere creduti.

Nel procedere dell'analisi, il linguaggio della cura rivela così la propria dimensione politica. Ogni parola pronunciata in ambulatorio – un sintomo, una diagnosi, una precisazione burocratica – partecipa alla costruzione di una verità sul corpo della persona assistita e sulla sua appartenenza a un ordine di senso. Nelle interazioni con mediatori e interpreti, la traduzione diventa a sua volta uno spazio di potere, in cui si decide cosa è dicibile e cosa resta fuori. Ma è anche, insieme, una soglia di possibilità: un luogo in cui le persone in cura riescono a negoziare margini di *agency*, a riarticolare la propria storia attraverso altre lingue e altri silenzi.

Il caso longitudinale di Francisco, collocato in chiusura del capitolo 4, rappresenta un punto di svolta in questo percorso. Attraverso la sequenza di incontri, si osserva come la relazione terapeutica, inizialmente attraversata da resistenze, si trasformi gradualmente in una forma di collaborazione. Ma questa collaborazione, apparentemente simmetrica, rivela a sua volta il potere normalizzante della cura biomedica: l'inclusione avviene attraverso l'adesione ai suoi linguaggi, alle sue tecniche, ai suoi tempi. In altre parole, la buona cura si costruisce anche come dispositivo di disciplinamento, che rende la persona assistita responsabile della propria condizione secondo categorie e aspettative mediche.

Eppure, dentro queste stesse cornici emergono scarti, deviazioni, possibilità di significato. Le esitazioni linguistiche, le traduzioni imperfette, i gesti corporei che interrompono la linearità del discorso medico sono le crepe attraverso cui la cura si fa reciproca, vulnerabile, umana. Sono i punti in cui l'asimmetria si allenta e la relazione si ricompone.

La sfida, allora, non è separare il dato dall'interpretazione, ma leggere il campo come un testo in traduzione continua: una pratica di cura che si scrive e si riscrive nel tempo, tra istituzioni e

biografie.

È da questa consapevolezza che prende forma la riflessione di questo capitolo, per interrogare cosa significhi ‘cura’ quando è la lingua stessa a essere in cura, e per esplorare come un approccio decoloniale alla salute possa nascere non dall’astrazione, ma dall’ascolto radicale delle pratiche quotidiane di traduzione.

#### 4.1 Ripensare la cura: linguaggio, potere e responsabilità

Le scene analizzate nel capitolo precedente mostrano che la cura, nei contesti multilingue e migratori, non può essere intesa come un atto tecnico né come un semplice rapporto di assistenza. È piuttosto una forma di relazione che si costruisce nel linguaggio – e attraverso il linguaggio – come spazio di negoziazione tra sapere, corpo e istituzione. In questo senso, la cura è sempre anche una pratica di traduzione: tra mondi simbolici differenti, tra biografie individuali e categorie amministrative, tra ciò che può essere detto e ciò che resta taciuto.

Ripensare la cura a partire dal linguaggio significa, allora, interrogare le condizioni stesse della comunicazione istituzionale e i dispositivi di potere che la attraversano. Seguendo l’intuizione foucaultiana secondo cui il potere «produce realtà» (Foucault 1976: 194), il discorso medico non si limita a descrivere la sofferenza, ma la costituisce come oggetto di sapere e di intervento. Ogni diagnosi, prescrizione o valutazione clinica è un atto performativo che inserisce la persona in un regime di verità: definisce chi è malato, chi ha diritto alla cura, chi può essere considerato credibile. Allo stesso tempo, come ricorda Veena Das (2007), la cura è anche una pratica ordinaria che si svolge nei margini dell’istituzione, negli spazi in cui il linguaggio ufficiale vacilla. Nei frammenti raccolti – nelle esitazioni della traduzione, nelle domande apparentemente secondarie, nei silenzi condivisi – si manifesta ciò che Das chiama *descent into the ordinary*: l’immersione nei gesti quotidiani attraverso cui le persone ricostruiscono un senso di continuità dopo la violenza (cfr. in particolare §§ 3.2.2 e 3.3.2). È in questi interstizi che la cura riemerge come gesto etico prima che tecnico, come attenzione alla fragilità dell’altro e al proprio posizionamento in relazione all’altro.

L’etica della cura, in questa prospettiva, non può essere separata dal potere. Come sottolinea Tronto (1993), prendersi cura implica sempre una distribuzione asimmetrica di responsabilità e di risorse. Come mostrato nel caso delle vaccinazioni e dell’accesso condizionato ai servizi (§ 3.3.1) questa asimmetria si amplifica a causa della distanza linguistica e burocratica: il medico o la psicologa detengono non solo l’autorità terapeutica, ma anche quella discorsiva e documentale. La persona

assistita, al contrario, è spesso collocata in una posizione di dipendenza comunicativa, dove la possibilità stessa di essere ascoltato dipende dalla traduzione o dal riconoscimento istituzionale.

Tuttavia, ridurre la cura a una relazione di dominio sarebbe fuorviante. L'analisi ha mostrato come, anche dentro queste gerarchie, emergano momenti di reciprocità, scarti, improvvisazioni. In queste micro-situazioni (cfr. § 3.2.2) – un gesto che accompagna la parola, una traduzione che sfuma il comando, un medico che adatta il linguaggio al ritmo della persona assistita – si produce ciò che Kleinman (2006) definisce *moral experience*: l'esperienza vissuta della cura come incontro etico, dove la sofferenza diventa condivisa e riconosciuta.

Un ulteriore livello di riflessione riguarda la dimensione culturale e politica della salute. Come sostengono Napier et al. (2014), i sistemi sanitari europei tendono a concepire la cultura come variabile esterna, da gestire o mediare, piuttosto che come dimensione intrinseca della pratica medica. I casi analizzati dimostrano invece che la cultura non è un contesto, ma una forma di azione: si manifesta nella lingua, nelle aspettative, nei modelli di interazione. Parlare di interculturalità nella cura significa dunque riconoscere che ogni incontro clinico è già, di per sé, un evento culturale e politico, in cui si confrontano epistemologie differenti del corpo, del dolore e della verità.

Infine, adottare una prospettiva decoloniale sulla cura – come proposto da autori quali Quijano (2000), Mignolo (2011) e Fanon (1961) – implica spostare il fuoco dall'adattamento delle persone assistite al sistema, alla trasformazione del sistema stesso. Significa interrogare le forme di sapere che il linguaggio biomedico esclude o marginalizza, e riconoscere la presenza di altre grammatiche del vivere che continuano a operare anche dentro gli spazi della biomedicina. Le scene del campo lo mostrano con chiarezza: il trauma non è soltanto una categoria clinica, ma anche una narrazione di sopravvivenza; la terapia non è solo una prescrizione, ma una pratica discorsiva che ridefinisce la possibilità di esistere e di essere riconosciuti.

In questo intreccio di potere e vulnerabilità, la cura si configura come pratica discorsiva e politica, ma anche come luogo di possibilità.

È nel linguaggio – nei suoi inciampi, nelle sue traduzioni, nei suoi silenzi – che si apre lo spazio etico della cura: un luogo dove la conoscenza non coincide con il controllo, e dove il compito della ricerca, come quello della medicina, è forse quello di restare accanto, ascoltando le fratture senza forzarle a chiudersi.

Questa complessa architettura di potere e vulnerabilità non resta un concetto astratto, ma si riflette nella meccanica stessa delle interazioni osservate sul campo. La cura, dunque, prende forma dentro e attraverso il linguaggio, manifestandosi in un lavoro interazionale continuo. L'analisi dei dati

raccolti evidenzia come la comunicazione non proceda per scambi lineari, ma attraverso il *repair*, inteso come pratica continua di riparazione della comprensione (Schegloff et al. 1977). Nei contesti osservati, il *repair* non è una correzione occasionale, ma il motore stesso dell'interazione: il sapere clinico che ne emerge è sempre mediato da una catena di interpretazioni in un «campo di forze» (Bourdieu 1982) in cui ogni atto linguistico ridefinisce l'autorità dei partecipanti.

Nel caso di Omir (cfr. § 3.2.2), ad esempio, la micro-ingegneria dei turni di parola rivela come il mediatore non sia un semplice ripetitore: egli diventa co-autore della storia clinica, introducendo tonalità morali e affettive che orientano la diagnosi. Come osservato da Sarangi, la mediazione è una performance di identità. Questa fluidità emerge con forza anche nel caso dell'assistito bengalese [inserisci qui il riferimento alla trascrizione dell'11 ottobre], dove il *participation framework* (Goffman 1981) si riconfigura costantemente: il coinvolgimento di mediatori spontanei e l'uso di codici misti (italiano, arabo, inglese) trasformano l'instabilità linguistica da ostacolo a risorsa adattiva (Niemants 2014). La cura, dunque, si manifesta qui nella capacità degli attori di abitare l'incertezza del codice, ricostruendo il senso attraverso la scomposizione del messaggio e il ricorso alla gestualità.

#### 4.2 Decolonizzare il linguaggio della cura

Per evitare ridondanze teoriche, assumo la cornice già discussa (§§ 4.1) e ne seguo le conseguenze empiriche. Nel materiale di campo, la zona di mediazione è una soglia ambivalente: decide che cosa diventa udibile e che cosa resta fuori. Le esitazioni o le riformulazioni sono micro-resistenze che incrinano l'illusione di neutralità e lasciano trapelare la plurivocalità della scena clinica (terapeutico, legale, religioso, biografico, affettivo).

La presa in carico della donna sopravvissuta alla detenzione libica lo mostra con chiarezza: la domanda «hai raccontato tutto?» presuppone un «tutto» narrabile e lineare, traducibile nei codici medico-legali. Ma quel «tutto» esiste solo come lavoro continuo di traduzione tra mondi che raramente coincidono (Das 2007). Qui si annida il rischio epistemico della cura: ridurre la complessità dell'esperienza a un formato riconoscibile dal sistema.

Nel §§ 3.3.1 il nesso tra linguaggio, burocrazia e disuguaglianza emerge nella sequenza condizionale «deve fare il vaccino, altrimenti non può andare»: la salute diventa dispositivo di accesso ai diritti, la comunicazione sanitaria pratica biopolitica di inclusione/esclusione.

Nel caso di Yvanat (§ 3.3.2), l'uso alternato di italiano, francese e gesti evidenzia la complessità semiotica dell'incontro. La dottoressa parla dal mondo istituzionale che misura e prescrive; la persona assistita risponde nel linguaggio dell'esperienza. Non c'è codice comune, ma adattamento

reciproco. Quando la clinica traduce *per* la persona assistita, il gesto è insieme cura e rappresentazione sostitutiva: la voce dell'altro rischia di restare oggetto, più che soggetto, del discorso.

Il percorso di Souleiman, conferma che la testimonianza è sempre negoziata: l'avvocato parla nel gergo della procedura, il medico in unità pragmatiche («vediamo», «facciamo»), la persona assistita in frammenti spesso non udibili. La gerarchia dei registri organizza la distribuzione della parola.

Decolonizzare, in questo orizzonte, non è sostituire un sapere con un altro, ma riaprire lo spazio del linguaggio nella pratica clinica, creando condizioni di *border thinking* in cui diversi regimi di senso possano coesistere senza essere assorbiti. I micro-atti di traduzione diventano così riparazioni epistemiche: restituiscono legittimità a narrazioni subalterne e permettono che il sapere della persona assistita entri nella cura senza essere totalmente riscritto nei codici dell'istituzione.

#### 4.3 *Rendere visibile la vulnerabilità: implicazioni per la pratica e la ricerca*

Nei contesti di cura osservati, la vulnerabilità non è solo una condizione delle persone assistite: è un tratto strutturale della relazione terapeutica stessa. Ogni incontro clinico è attraversato da forme di vulnerabilità distribuite – linguistiche, affettive, istituzionali – che coinvolgono tutte le persone presenti nella stanza. Riconoscerlo significa spostare lo sguardo dall'idea di «soggetto fragile» a quella di relazione vulnerabile: un intreccio di dipendenze reciproche che, come scrive Tronto (1993), costituisce la trama ordinaria della vita sociale.

Nelle scene etnografiche analizzate, la vulnerabilità emerge in molteplici direzioni. È la persona assistita che non trova le parole per raccontare una violenza, ma anche la ginecologa (§ 3.5.1.2) che si confronta con i limiti materiali della propria pratica («non abbiamo abbastanza privacy», «non possiamo fare impegnative»). È lo psicologo che cerca di non forzare il linguaggio del trauma, ma anche io stessa che traduco, consapevole di modificare ciò che traduco. La vulnerabilità diventa così una condizione condivisa, ma diseguale: mentre per alcuni si traduce in esposizione e rischio, per altri si manifesta come responsabilità e potere decisionale.

Seguendo le riflessioni di Butler (2004), la vulnerabilità può essere intesa non come mancanza, ma come possibilità di relazione. È nel riconoscere la propria vulnerabilità che il soggetto entra in contatto con l'altro, aprendosi a forme di cura non riducibili al controllo o alla competenza tecnica. Questa visione trasforma radicalmente anche l'idea di ascolto nella pratica sanitaria: ascoltare non significa soltanto registrare informazioni, ma accettare di essere toccati dal racconto altrui, di lasciarsi coinvolgere affettivamente e simbolicamente nel processo terapeutico.

Dal punto di vista istituzionale, rendere visibile la vulnerabilità implica riconoscere la precarietà stessa del sistema sanitario. Le strutture di frontiera, le cliniche del terzo settore, gli ambulatori solidali in cui si svolge la ricerca operano spesso in condizioni di risorse limitate, affidandosi alla competenza relazionale dei singoli più che a protocolli standardizzati. In questo senso, la vulnerabilità non è solo delle persone assistite migranti, ma del dispositivo di cura nel suo complesso. Come mostrano le analisi di Good (1994) e Kleinman (1995), la medicina contemporanea tende a nascondere la propria contingenza dietro la razionalità tecnica; ma nelle pratiche osservate questa contingenza torna in superficie, e diventa condizione di creatività e di resistenza.

Sul piano della ricerca, la vulnerabilità interroga la posizione stessa dell'etnografa. Partecipare come mediatrice, traduttrice o testimone non è stato solo un dato metodologico, ma una condizione epistemica. In questo senso, la ricerca si configura come pratica di cura riflessiva, che condivide con la clinica la necessità di ascoltare, interpretare, e restituire senza tradire. Come nota Das (2015), «il sapere etnografico non sta sopra il mondo sociale, ma ne fa parte»: produce effetti, apre relazioni, talvolta cura. Rendere visibile la vulnerabilità, allora, non significa solo denunciare disuguaglianze o mancanze di risorse, ma proporre un diverso modo di concepire la competenza: non come padronanza, ma come responsività. Una medicina e una ricerca responsiva sono quelle che sanno adattarsi all'imprevisto, che riconoscono la parzialità del proprio sguardo e che si lasciano modificare dall'incontro con l'altro. Le implicazioni pratiche di questa prospettiva toccano almeno tre piani: formativo – la necessità di includere nel training sanitario e accademico momenti di riflessione linguistica, culturale ed etica, che rendano visibile la dimensione relazionale e politica della cura. Istituzionale – il riconoscimento del ruolo dei mediatori linguistico-culturali e degli spazi di cura ibridi (ambulatori del terzo settore, centri territoriali, équipe multidisciplinari) come luoghi produttivi di sapere e non come soluzioni provvisorie. Epistemologico – l'apertura verso forme di conoscenza «minori» (De Sousa Santos 2014): quelle che nascono dai margini, dai racconti orali, dai gesti, dai silenzi, e che pure orientano la pratica medica e la produzione di verità.

Nel complesso, l'etnografia qui presentata suggerisce che la vulnerabilità non è un ostacolo alla cura, ma la sua condizione di possibilità. Solo riconoscendo la propria esposizione – come clinici, come ricercatori, come istituzioni – è possibile costruire una cura che non si limiti a guarire, ma che sappia anche *ascoltare ciò che resiste alla guarigione*. Una cura, in altre parole, capace di farsi traduzione reciproca.

Nei contesti di cura osservati, la vulnerabilità non è solo una condizione delle persone assistite: è un tratto strutturale della relazione terapeutica stessa. Ogni incontro clinico è attraversato da forme di

vulnerabilità distribuite – linguistiche, affettive, istituzionali – che coinvolgono tutte le persone presenti nella stanza.

La fragilità mediativa non è un incidente da correggere, ma la condizione ordinaria entro cui si produce la cura. Ogni *repair*, ogni gesto, ogni pausa costruisce un frammento di senso condiviso, in cui la medicina prende forma non come sapere già dato ma come atto relazionale (Heritage 1984: 259). Come mostra Das (2007), la normalità è sempre il prodotto di un lavoro linguistico e relazionale: la pace apparente della scena nasconde la fatica della traduzione e la vulnerabilità di chi vi partecipa.

Seguendo le riflessioni di Butler (2004), la vulnerabilità può essere intesa non come mancanza, ma come possibilità di relazione. È nel riconoscere la propria vulnerabilità che il soggetto entra in contatto con l'altro, aprendosi a forme di cura non riducibili al controllo o alla competenza tecnica. Questa visione trasforma radicalmente anche l'idea di ascolto nella pratica sanitaria: ascoltare non significa soltanto registrare informazioni, ma accettare di essere toccati dal racconto altrui, di lasciarsi coinvolgere affettivamente e simbolicamente nel processo terapeutico.

L'episodio della presa in carico mostra dunque come la comunicazione sanitaria, in un contesto multilingue e informale, si regga su un equilibrio costantemente negoziato tra asimmetria e cooperazione. La mediazione non è un supporto esterno alla comunicazione, bensì il luogo stesso in cui la cura si fa possibile. Il *repair* non corregge un errore: crea il mondo condiviso in cui la persona assistita può essere curato. Una volta ristabilito un minimo di comprensione grazie alla mediazione improvvisata della persona assistita arabofona, il medico riporta gradualmente l'interazione entro un formato clinico riconoscibile.

Dal punto di vista istituzionale, rendere visibile la vulnerabilità implica riconoscere la precarietà stessa del sistema sanitario. Le strutture di frontiera, le cliniche del terzo settore, gli ambulatori solidali in cui si svolge la ricerca operano spesso in condizioni di risorse limitate, affidandosi alla competenza relazionale dei singoli più che a protocolli standardizzati. In questo senso, la vulnerabilità non è solo delle persone assistite migranti, ma del dispositivo di cura nel suo complesso.

L'intera scena del caso di Yvanat mostra come la cura si configuri come un campo multilivello in cui le pratiche di linguaggio sono anche pratiche di inclusione. Tuttavia, come suggerisce Mol (2002), la malattia e la cura non sono oggetti stabili ma «realtà multiple» che si costituiscono attraverso le pratiche che le articolano. In questo senso, la vulnerabilità del sistema non è una disfunzione ma una caratteristica costitutiva: è nella precarietà delle risorse che si aprono spazi di improvvisazione e creatività relazionale.

Come mostrano le analisi di Good (1994) e Kleinman (1995), la medicina contemporanea tende a nascondere la propria contingenza dietro la razionalità tecnica; ma nelle pratiche osservate questa contingenza torna in superficie, e diventa condizione di creatività e di resistenza.

L'uso di diverse lingue e registri rivela come il multilinguismo non sia solo una risorsa comunicativa, ma anche un indicatore delle diverse posizioni sociali e istituzionali in gioco. Quando intervengo per tradurre o chiarire, non sto semplicemente facilitando la comunicazione, ma redistribuendo temporaneamente il potere linguistico e, con esso, la possibilità di *agency* della persona assistita.

Sul piano della ricerca, la vulnerabilità interroga la posizione stessa dell'etnografa. Partecipare come mediatrice, traduttrice o testimone non è stato solo un dato metodologico, ma una condizione epistemica. La conoscenza prodotta nasce dall'esposizione e dalla co-presenza: dal 'fare con' piuttosto che dal 'guardare da fuori'. In questo senso, la ricerca si configura come pratica di cura riflessiva, che condivide con la clinica la necessità di ascoltare, interpretare, e restituire senza tradire.

Il caso discusso nel §3.4.1 illustra questa dimensione con particolare chiarezza. Quando mi trovo a tradurre per il giovane francofono, la sua posizione non è quella dell'osservatore neutrale ma dell'attore coinvolto nella produzione del sapere clinico. Ogni scelta traduttiva diventa una micro-decisione etica: quanto semplificare, quanto spiegare, quanto proteggere. La traduzione si fa così «cura della parola»: un gesto che non si limita a trasferire significato ma che crea le condizioni perché l'altro possa essere ascoltato (Bielsa e Bassnett 2009).

Come nota Das (2015), «il sapere etnografico non sta sopra il mondo sociale, ma ne fa parte»: produce effetti, apre relazioni, talvolta cura. Nel momento in cui accetto di farmi interprete, la frontiera tra ricerca e cura si fa porosa. L'etnografia diventa essa stessa una forma di mediazione, che non si limita a documentare le pratiche di cura ma vi partecipa attivamente.

Questa partecipazione solleva questioni metodologiche ed etiche importanti. Come mantenere la riflessività critica quando si è parte del processo che si studia? Come restituire la complessità dell'esperienza senza tradire la fiducia di chi ha condiviso la propria vulnerabilità? L'approccio adottato in questa ricerca suggerisce che la risposta non sta nel ritirarsi dall'interazione, ma nel rendere trasparenti le proprie scelte e nel riconoscere la parzialità del proprio sguardo.

Rendere visibile la vulnerabilità, allora, non significa solo denunciare disuguaglianze o mancanze di risorse, ma proporre un diverso modo di concepire la competenza: non come padronanza, ma come responsabilità. Una medicina e una ricerca responsiva sono quelle che sanno adattarsi all'imprevisto,

che riconoscono la parzialità del proprio sguardo e che si lasciano modificare dall'incontro con l'altro.

Nel caso longitudinale di Francisco, questa trasformazione reciproca diventa visibile nel tempo. La persona assistita impara gradualmente a parlare il linguaggio della biomedicina, ma anche il sistema di cura si adatta alle sue esigenze e ai suoi ritmi. La competenza non è qualcosa che si possiede, ma qualcosa che si costruisce nella relazione, attraverso tentativi, errori, aggiustamenti continui.

Le implicazioni pratiche di questa prospettiva toccano almeno tre piani:

Formativo – la necessità di includere nel training sanitario e accademico momenti di riflessione linguistica, culturale ed etica, che rendano visibile la dimensione relazionale e politica della cura. Come suggeriscono Kleinman e Benson (2006), la formazione medica dovrebbe includere competenze narrative e interpretative, non solo tecniche. Gli operatori dovrebbero essere formati a riconoscere i propri *bias* linguistici e culturali, e a gestire l'incertezza comunicativa come risorsa piuttosto che come ostacolo.

Istituzionale – il riconoscimento del ruolo dei mediatori linguistico-culturali e degli spazi di cura ibridi (ambulatori del terzo settore, centri territoriali, équipe multidisciplinari) come luoghi produttivi di sapere e non come soluzioni provvisorie. I casi analizzati mostrano che la mediazione informale e improvvisata può essere efficace quanto quella professionale, purché sia sostenuta da competenze relazionali e da un contesto che valorizza la diversità linguistica.

Epistemologico – l'apertura verso forme di conoscenza 'minori' (De Sousa Santos 2014): quelle che nascono dai margini, dai racconti orali, dai gesti, dai silenzi, e che pure orientano la pratica medica e la produzione di verità. La medicina basata sulle evidenze dovrebbe integrare le evidenze narrative, riconoscendo che la guarigione passa anche attraverso il riconoscimento e la legittimazione dell'esperienza soggettiva. Per 'medicina basata sulle evidenze'<sup>21</sup> intendo qui l'orientamento che privilegia l'uso sistematico di risultati di ricerca clinica nella decisione sanitaria, con specifiche gerarchie di prova. L'idea di "evidenza narrativa", invece, rimanda al valore epistemico delle storie di malattia e dei significati esperienziali come componenti rilevanti della cura, soprattutto in contesti di vulnerabilità e disallineamento comunicativo.

Nel complesso, l'etnografia qui presentata suggerisce che la vulnerabilità non è un ostacolo alla cura, ma la sua condizione di possibilità. Solo riconoscendo la propria esposizione – come clinici, come ricercatori, come istituzioni – è possibile costruire una cura che non si limiti a guarire, ma che sappia anche ascoltare ciò che resiste alla guarigione. Una cura, in altre parole, capace di farsi traduzione reciproca.

---

<sup>21</sup> Per un inquadramento dell'*evidence-based medicine* e delle sue gerarchie di prova si vedano Sackett et al. (1996) e Greenhalgh (2014); sul rapporto tra narrazione, cura e conoscenza clinica si vedano Charon (2001) e Kleinman (1988).

La prospettiva della vulnerabilità condivisa apre anche nuove possibilità per pensare la formazione degli operatori sanitari. Invece di concentrarsi solo sull'acquisizione di competenze tecniche, la formazione dovrebbe includere momenti di riflessione sulla propria posizione linguistica e culturale, sulla gestione dell'incertezza, sulla negoziazione del significato in contesti multilingui. Come mostra il caso del 15/01/24 (§§ 3.5.2), anche la presenza di una competenza linguistica condivisa (l'inglese) non elimina automaticamente le asimmetrie comunicative: è necessario un lavoro continuo di adattamento e negoziazione.

#### 4.4 *Dalla mediazione alla co-produzione: ripensare i servizi sanitari*

L'analisi dei casi ha mostrato che la mediazione linguistico-culturale non può essere pensata come un servizio aggiuntivo o come una soluzione tecnica a un problema comunicativo. È piuttosto una dimensione costitutiva della cura in contesti di diversità, che ridefinisce i ruoli, le competenze e le responsabilità di tutti gli attori coinvolti. Passare da una logica della mediazione come «ponte» a una logica della co-produzione significa riconoscere che persone assistite, operatori, mediatori e ricercatori sono tutti agenti attivi nella costruzione del sapere clinico e della cura.

Il concetto di co-produzione, elaborato nell'ambito delle politiche pubbliche (Ostrom 1996) e ripreso nelle scienze sociali della salute (Batalden et al. 2016), suggerisce che i servizi non sono semplicemente erogati da professionisti a utenti passivi, ma emergono dall'interazione attiva tra tutti i soggetti coinvolti. Nel caso della comunicazione sanitaria multilingue, questo significa che ogni interazione è un processo creativo in cui i significati si costruiscono collettivamente, attraverso negoziazioni, aggiustamenti, riparazioni.

Il caso della persona assistita originaria del Pakistan (cfr. § 3.2.2) con il mediatore culturale illustra bene questa dinamica. Il mediatore non si limita a tradurre le parole del medico e della persona assistita, ma interviene attivamente nella costruzione della storia clinica: aggiunge dettagli, fornisce contesto, modula il tono emotivo. La sua presenza trasforma l'interazione da diadica a triadica, creando nuove possibilità di significato ma anche nuove complessità. Come osserva Wadensjö (1998), l'interprete diventa co-autore del discorso, non solo trasmettitore.

Questa co-produzione del sapere clinico ha implicazioni importanti per la qualità della cura. Da un lato, può arricchire la comprensione clinica, fornendo informazioni culturalmente situate che altrimenti andrebbero perse. Dall'altro, può creare ambiguità e malintesi, soprattutto quando i diversi attori operano con *frame* interpretativi differenti. La sfida è quella di gestire questa complessità senza ridurla, riconoscendo che l'incertezza comunicativa può essere una risorsa per una cura più attenta e personalizzata.

Il concetto di «ecologia comunicativa» proposto da van Lier (2000) può essere utile per pensare questa complessità<sup>22</sup>. In un'ecologia comunicativa, tutti gli elementi dell'ambiente contribuiscono alla produzione di significato: non solo le parole, ma anche i gesti, gli sguardi, gli oggetti, gli spazi. Nel caso della visita di Yvanat (§ 3.3.2), l'ecologia comunicativa include l'uso dell'inglese e del francese, i gesti del medico, la mia presenza, ma anche elementi materiali come la bilancia, il lettino, i documenti amministrativi.

Questa prospettiva ecologica suggerisce che migliorare la comunicazione sanitaria multilingue non significa solo fornire più interpreti o tradurre più documenti, ma ripensare l'intero ambiente comunicativo dei servizi sanitari. Significa formare gli operatori a riconoscere e utilizzare tutte le risorse semiotiche disponibili, significa progettare spazi che facilitino l'interazione multilingue, significa sviluppare strumenti e protocolli che supportino la co-produzione del sapere clinico.

Un esempio interessante in questo senso viene dal caso del §§ 3.5.1.2, dove la presenza di bambini modifica radicalmente l'ecologia comunicativa. I bambini diventano mediatori linguistici informali, ma la loro presenza introduce anche elementi di gioco, affetto, distrazione che trasformano il carattere dell'interazione. Come nota Orellana (2009), i bambini che fanno da interpreti per i genitori sviluppano competenze comunicative sofisticate, ma sono anche esposti a responsabilità che eccedono la loro età. Riconoscere questa realtà significa ripensare gli spazi e i tempi della cura per renderli più accoglienti per le famiglie multilingui.

La prospettiva della co-produzione implica anche un ripensamento del ruolo professionale degli operatori sanitari. Invece di essere i soli detentori dell'autorità clinica, diventano facilitatori di processi di co-costruzione del sapere, in cui la loro competenza tecnica si integra con altre forme di conoscenza: quella esperienziale delle persone assistite, quella culturale dei mediatori, quella linguistica degli interpreti. Questo non significa rinunciare alla competenza professionale, ma ricontestualizzarla all'interno di una pratica più dialogica e partecipativa.

Il caso di Francisco mostra come questa trasformazione possa avvenire nel tempo. Inizialmente, la relazione è fortemente asimmetrica: la persona assistita ha poche risorse linguistiche e culturali per navigare il sistema sanitario italiano. Progressivamente, però, sviluppa competenze e fiducia, diventando un partner più attivo nella gestione della propria salute. Questo processo non è automatico: richiede tempo, pazienza, e la disponibilità del sistema a adattarsi ai ritmi e alle modalità della persona assistita.

---

<sup>22</sup> Il concetto di ecologia comunicativa si collega a una prospettiva ecologica sul linguaggio e sull'apprendimento (van Lier 2004). Un possibile dialogo con le cornici sulle disuguaglianze in salute può essere costruito richiamando l'approccio ecosociale di Krieger (es. Krieger 2001), utile per pensare l'intreccio tra ambienti, istituzioni e incorporazione delle disuguaglianze.

La co-produzione richiede anche nuove forme di e valutazione. I tradizionali indicatori di qualità della cura (tempi di attesa, aderenza alle linee guida, soddisfazione della persona assistita) potrebbero non catturare la complessità e la ricchezza dei processi co-produttivi. Potrebbero essere necessari indicatori più qualitativi, che tengano conto della qualità della comunicazione, del grado di partecipazione della persona assistita, della capacità del sistema di adattarsi alla diversità.

#### 4.5 *Implicazioni per le politiche sanitarie: verso un approccio sistemico*

Le evidenze raccolte in questa ricerca suggeriscono che i problemi di comunicazione sanitaria in contesti multilingui non possono essere risolti con interventi puntuali o soluzioni tecniche isolate. Richiedono invece un approccio sistemico che riconosca la natura strutturale delle disuguaglianze comunicative e intervenga a diversi livelli: formativo, organizzativo, politico.

A livello formativo, è necessario ripensare la formazione di base e continua degli operatori sanitari per includere competenze comunicative interculturali. Questo non significa solo fornire nozioni sulle diverse culture, ma sviluppare sensibilità linguistiche, capacità di gestire l'incertezza comunicativa, competenze nella gestione di interazioni multilingui. Come suggerisce il *framework* della «structural competency» proposto da Metzl e Hansen (2014), gli operatori dovrebbero essere formati a riconoscere e affrontare i determinanti strutturali della salute, incluse le barriere linguistiche e comunicative.

La formazione dovrebbe essere multidisciplinare e includere non solo medici e infermieri, ma anche mediatori culturali, interpreti, amministrativi, assistenti sociali. Come mostrano i casi analizzati, la comunicazione sanitaria multilingue è un processo collettivo che coinvolge diverse figure professionali, spesso in modo informale e improvvisato. Formalizzare e sostenere questa collaborazione interprofessionale potrebbe migliorare significativamente la qualità della cura.

Un elemento cruciale della formazione dovrebbe essere l'uso di simulazioni e giochi di ruolo basati su casi reali, come quelli presentati in questa ricerca. Gli operatori dovrebbero avere l'opportunità di sperimentare direttamente le sfide della comunicazione multilingue, di riflettere sui propri bias e di sviluppare strategie pratiche per gestire situazioni complesse. Come mostra il caso di Alex (§ 3.4.1), anche quando operatori e persone assistite condividono una lingua (il francese), possono emergere malintesi e difficoltà che richiedono competenze comunicative sofisticate.

A livello organizzativo, i servizi sanitari dovrebbero essere riprogettati per supportare la comunicazione multilingue. Questo include non solo la disponibilità di interpreti professionali, ma anche la formazione del personale, l'adattamento degli spazi, la revisione dei protocolli, l'uso di tecnologie appropriate. Il caso della persona assistita arabofona (§ 3.2.2) mostra come la mancanza

di interpreti possa essere compensata dalla creatività relazionale degli operatori e dalla solidarietà tra persone assistite, ma questa soluzione, per quanto efficace nell'immediato, non può essere la norma.

I servizi dovrebbero sviluppare protocolli chiari per la gestione delle situazioni comunicative complesse, che riconoscano il ruolo dei diversi attori (operatori, mediatori, familiari, altre persone assistite) e definiscano responsabilità e limiti. Al tempo stesso, questi protocolli dovrebbero essere abbastanza flessibili da adattarsi alla diversità delle situazioni reali, evitando la rigidità burocratica che spesso caratterizza i sistemi sanitari.

Un aspetto particolare riguarda la gestione dei documenti e delle informazioni in contesti multilingui. I casi analizzati mostrano come la traduzione di documenti e la comunicazione di informazioni mediche siano processi complessi che richiedono competenze linguistiche e culturali specifiche. I servizi dovrebbero investire nella produzione di materiali informativi multilingui di qualità e nella formazione di personale specializzato nella comunicazione sanitaria interculturale.

A livello politico, è necessario un riconoscimento esplicito del diritto alla comunicazione sanitaria in condizioni di uguaglianza, indipendentemente dalla lingua e dalla cultura di origine. Questo diritto dovrebbe essere sancito normativamente e supportato con risorse adeguate

Le politiche sanitarie dovrebbero anche riconoscere e sostenere il ruolo del terzo settore e delle organizzazioni della società civile nella cura delle persone migranti. I casi analizzati si svolgono spesso in contesti di frontiera<sup>23</sup>, caratterizzati da risorse limitate ma da una grande capacità di innovazione e adattamento. Questi contesti dovrebbero essere considerati non come soluzioni di emergenza, ma come laboratori di pratiche inclusive che possono essere estese al sistema sanitario nel suo complesso.

Un elemento cruciale è il coordinamento tra diversi livelli istituzionali (nazionale, regionale, locale) e tra diversi settori (sanitario, sociale, educativo, giuridico). Le persone migranti spesso si trovano a dover navigare sistemi complessi e frammentati, dove la mancanza di coordinamento può amplificare le difficoltà comunicative. Come mostra il caso di Souleiman (§ 3.4.2), la sovrapposizione tra dimensione sanitaria e giuridica richiede competenze e sensibilità specifiche che non sempre sono disponibili.

Le politiche dovrebbero anche affrontare la questione della sostenibilità economica dei servizi di mediazione e interpretariato. Spesso questi servizi sono considerati un costo aggiuntivo, quando invece dovrebbero essere visti come un investimento nella qualità e nell'efficacia della cura. Come mostrano diverse ricerche internazionali (Jacobs et al. 2018), i servizi di interpretariato

---

<sup>23</sup> Per un inquadramento dei *border studies* e della frontiera come dispositivo politico e culturale, si vedano ad esempio Anzaldúa (1987), Balibar (2002) e Mezzadra & Neilson (2013).

professionale possono migliorare gli outcome clinici e ridurre i costi complessivi del sistema sanitario.

#### 4.6 *Limiti e prospettive future*

Questa ricerca presenta alcune limitazioni che è importante riconoscere, poiché costituiscono anche il punto di partenza per ulteriori sviluppi. I casi analizzati provengono da un contesto geografico e istituzionale specifico – quello dell'Italia centro-settentrionale, in particolare dei servizi del terzo settore – e coinvolgono principalmente persone provenienti da alcune aree del mondo, come l'Africa subsahariana, l'Asia meridionale e l'Europa orientale. Di conseguenza, la trasferibilità dei risultati ad altri contesti sanitari e culturali richiede ulteriori verifiche empiriche.

La natura qualitativa dell'indagine, per quanto adeguata agli obiettivi esplorativi e interpretativi del lavoro, non consente generalizzazioni statistiche. Sarebbe tuttavia utile affiancare a future ricerche di tipo etnografico strumenti quantitativi o misti, capaci di misurare su scala più ampia alcuni dei fenomeni individuati: la qualità della comunicazione multilingue, l'efficacia dei diversi modelli di mediazione e l'impatto di tali modelli sulla soddisfazione della persona assistita e sugli outcome clinici.

Un altro limite riguarda la prospettiva adottata. L'attenzione è stata rivolta prevalentemente alle interazioni tra persone assistite e operatori sanitari, mentre il punto di vista dei mediatori linguistico-culturali e degli interpreti professionali, figure centrali ma spesso invisibili nei processi comunicativi, è stato solo parzialmente esplorato. Approfondire sistematicamente la loro esperienza e le loro strategie di negoziazione rappresenterebbe un'importante linea di ricerca, utile anche per delineare percorsi formativi più rispondenti alle esigenze reali del campo.

Dal punto di vista temporale, la maggior parte delle osservazioni si riferisce a incontri singoli o a periodi limitati, con l'eccezione del caso longitudinale di Francisco. Indagini di più lunga durata potrebbero fornire dati preziosi sui processi di adattamento reciproco e di apprendimento che si sviluppano nel tempo tra persone assistite e operatori, permettendo di comprendere in che modo la fiducia, la competenza linguistica e l'autonomia terapeutica si costruiscano progressivamente.

Anche sul piano metodologico si aprono prospettive interessanti<sup>24</sup>. Integrare l'approccio etnografico con altre metodologie, come la ricerca-azione partecipativa o studi sperimentali controllati, potrebbe permettere di coinvolgere direttamente persone assistite e operatori nella progettazione di

---

<sup>24</sup> Per la ricerca-azione e le forme partecipative in promozione della salute si vedano Labonté (2004) e Marent et al. (2012). Sulla telemedicina nel contesto italiano: Mangia (2020). Per una cornice su digital health: Pagliari (2021) e Haemmerle et al. (2024). Per la formazione e le competenze interpersonali in ambito sanitario: Hale et al. (2023). Per un inquadramento delle barriere in chiave intersezionale: Vohra-Gupta et al. (2023).

interventi migliorativi e di valutare in modo più preciso l'efficacia di specifiche strategie formative o organizzative. Parallelamente, l'analisi di grandi corpora di dati comunicativi, raccolti attraverso registrazioni o piattaforme digitali, potrebbe contribuire a identificare pattern linguistici e pragmatici su scala più ampia, restituendo una visione complementare alle osservazioni di campo.

Le prospettive di ricerca future si muovono, dunque, lungo diverse direzioni. Un primo ambito riguarda l'impatto delle tecnologie digitali sulla comunicazione sanitaria multilingue: l'uso crescente di applicazioni di traduzione, di strumenti di telemedicina e di piattaforme di teleconsulto sta modificando in profondità la relazione terapeutica e i criteri di accesso ai servizi. Comprendere come queste tecnologie influenzino la qualità dell'ascolto, la costruzione della fiducia e l'equità dell'assistenza è una sfida cruciale per i prossimi anni.

Un secondo ambito riguarda la formazione interprofessionale. Sarebbe utile sviluppare e valutare programmi formativi che coinvolgano congiuntamente operatori sanitari, mediatori e interpreti, attraverso metodologie attive come la simulazione o il *role-playing*. Queste pratiche potrebbero favorire una maggiore consapevolezza dei bias linguistici e culturali, promuovendo una comunicazione più riflessiva e collaborativa.

Un'ulteriore direzione di ricerca concerne il confronto tra modelli organizzativi diversi per la gestione della comunicazione sanitaria multilingue in vari contesti nazionali, al fine di individuare buone pratiche trasferibili. In parallelo, andrebbe approfondita la relazione tra qualità della comunicazione, outcome clinici, aderenza terapeutica e soddisfazione della persona assistita, integrando la prospettiva antropologica con quella epidemiologica e gestionale.

Rimane centrale anche la prospettiva intersezionale: le esperienze di cura non sono mai determinate da una sola dimensione identitaria, ma dal loro intreccio – genere, età, classe sociale, status giuridico, lingua e cultura interagiscono nel plasmare le opportunità e gli ostacoli all'accesso. Studiare queste intersezioni può contribuire a una comprensione più fine delle disuguaglianze sanitarie.

Infine, una linea promettente riguarda la partecipazione comunitaria: esplorare forme di coinvolgimento attivo delle comunità migranti nella progettazione, nell'attuazione e nella valutazione dei servizi sanitari permetterebbe di superare approcci puramente assistenziali, orientando le politiche verso modelli realmente partecipativi e co-produttivi.

Nonostante i limiti segnalati, la ricerca qui presentata offre contributi significativi alla comprensione della comunicazione sanitaria in contesti multilingui e multiculturali. I casi analizzati rivelano la complessità e la ricchezza di queste interazioni, evidenziando tanto le sfide quanto le opportunità che esse comportano per la costruzione di servizi più inclusivi, riflessivi e sensibili alla

diversità linguistica e culturale. Questi limiti incidono anche su ciò che questa ricerca può affermare: i risultati non mirano a generalizzazioni rappresentative, ma a mostrare meccanismi ricorrenti nella produzione situata del senso clinico e nelle asimmetrie comunicative, mettendo in luce come la traduzione (formale o improvvisata) agisca da snodo di potere. Proprio la triangolazione tra vignette, trascrizioni e note di campo consente però di sostenere con maggiore solidità interpretazioni che riguardano non singoli “episodi”, ma configurazioni interazionali ricorrenti.

#### 4.7 *Linguaggio, cura e potere: verso un'etnografia della traduzione*

Attraverso l'analisi di interazioni multilingue e di scene etnografiche, ho cercato di mostrare come la comunicazione sanitaria non sia un semplice canale neutro, ma uno spazio di negoziazione in cui si giocano potere, riconoscimento e accesso. Nelle stanze del terzo settore, nei consultori e nei centri per vittime di tortura, il linguaggio si è rivelato al tempo stesso barriera e ponte: dispositivo di esclusione quando riproduce le gerarchie istituzionali, e risorsa di cura quando apre varchi imprevisi alla comprensione reciproca.

Questa ambivalenza ha guidato l'intero percorso teorico e analitico. Seguendo la scia di autori come Foucault e Bourdieu, ho interpretato il linguaggio medico come forma di potere simbolico, capace di produrre categorie e soggettività. Accanto a questa prospettiva, l'antropologia medica di Kleinman, Good, Das e Tronto ha offerto la possibilità di ricomporre il discorso tecnico con l'esperienza morale della cura, riportando la medicina dentro la vita sociale. L'approccio decoloniale, infine, ha permesso di spostare il focus: non più soltanto sulla persona assistita 'altro' da includere, ma sul sistema stesso da interrogare – nei suoi limiti epistemici, nelle sue pratiche di traduzione, nei suoi silenzi.

L'etnografia ha mostrato che l'asimmetria comunicativa non è un incidente o una disfunzione, ma il riflesso di un ordine più ampio in cui la parola medica esercita potere performativo. Nel § 3.3.1, la sequenza «deve fare il vaccino, altrimenti non può andare» attiva una logica condizionale che trasforma la cura in dispositivo di accesso ai diritti. La salute diventa così criterio di cittadinanza, e la comunicazione sanitaria si configura come pratica biopolitica che regola l'inclusione e l'esclusione dal corpo sociale. Questa dimensione biopolitica non viene qui assunta in astratto, ma ricostruita a partire dalle micro-pratiche osservate nelle interazioni cliniche, in particolare nel caso di gestione della cronicità analizzato nel cap. 3.6, dove il monitoraggio continuo e l'auto-regolazione quotidiana diventano condizioni ordinarie dell'essere persona assistita.

Eppure, anche dentro questa asimmetria, si aprono spazi di *agency*: un gesto che accompagna la parola, una traduzione che smussa il comando, una domanda che interrompe la norma. È in questi interstizi – spesso invisibili nei protocolli – che la cura prende forma come pratica etica e politica. Il caso della persona assistita arabofona (§ 3.2.2) illustra bene questa dinamica: quando la comunicazione ufficiale si blocca, emerge una solidarietà orizzontale tra persone assistite che rende possibile la cura attraverso mediazioni informali e creative.

Il lavoro sul campo ha anche reso visibile la vulnerabilità condivisa tra operatori e persone assistite. Le cliniche osservate sono luoghi precari, dove la scarsità di risorse convive con una straordinaria densità relazionale. Qui la cura è fatta di improvvisazione, di ascolto, di mediazioni informali: un sistema fragile ma vivo, in cui la competenza professionale si intreccia con la disponibilità ad esporsi – a parlare in più lingue, a sbagliare, a correggere, a provare di nuovo. Come mostra il caso di Francisco, la costruzione della fiducia terapeutica richiede tempo e pazienza, un processo di adattamento reciproco in cui persona assistita e sistema imparano a comprendersi.

In questo senso, la vulnerabilità diventa una risorsa conoscitiva: permette di comprendere la cura non come dominio, ma come reciprocità. Quando il medico nel caso di Yvanat (§ 3.3.2) ripete «Hai diritto, tu hai diritto», non sta solo informando sui servizi disponibili, ma sta performando un atto di riconoscimento che ridefinisce la posizione sociale della persona assistita. La lingua della cura diventa così linguaggio di cittadinanza, spazio in cui si negozia l'appartenenza al corpo politico.

Sul piano metodologico, la ricerca ha messo in questione la stessa posizione dell'etnografa. Essere parte delle interazioni – come interprete, testimone, o semplice presenza silenziosa – ha significato riconoscere che ogni osservazione è anche un atto di partecipazione. Nel caso di Alex, (§ 3.4.1) quando la accetto di tradurre tra francese e italiano, divento parte integrante del processo terapeutico, influenzando non solo la comprensione ma anche l'esito della visita. L'etnografia, in questo contesto, non è soltanto un modo per descrivere la cura, ma una forma di cura essa stessa: un modo di restituire voce, di creare continuità dove la frammentazione linguistica minaccia di spezzare il senso.

Questa riflessività metodologica apre questioni importanti sul ruolo della ricerca sociale nell'ambito sanitario. Come notano Rampton et al. (2015: 8), l'etnografia linguistica non è mai neutra: partecipa alla costruzione dei significati che studia, influenza le pratiche che osserva, modifica le relazioni che documenta. Riconoscere questa *agency* della ricerca significa assumere una responsabilità etica nei confronti dei soggetti coinvolti, ma anche rivendicare il potenziale trasformativo del sapere etnografico.

La dimensione del trauma emerge con particolare forza nei casi analizzati. Il caso di Souleiman (§ 3.4.2) mostra come la narrazione del trauma debba attraversare multiple traduzioni: linguistiche, culturali, giuridiche, mediche. Ogni passaggio comporta il rischio di perdita o distorsione, ma anche la possibilità di riconoscimento e legittimazione. Come scrive Das (2007: 72), «il corpo continua a raccontare ciò che la voce non può ancora dire»: è nei gesti, nei silenzi, nelle esitazioni che si nasconde spesso la verità più profonda dell'esperienza traumatica.

Il linguaggio del trauma pone sfide particolari alla comunicazione sanitaria. Non può essere semplicemente tradotto, perché porta con sé tracce di violenza che eccedono la rappresentazione. Richiede forme di ascolto che sappiano accogliere l'indicibile, pratiche di cura che non forzino la narrazione entro categorie predefinite. Il caso della donna sopravvissuta alla detenzione libica (cfr. § 3.5.1.2) illustra questa complessità: la domanda «hai raccontato tutto?» presuppone un tutto narrabile, quando invece il trauma si caratterizza proprio per la sua resistenza alla narrazione lineare.

In prospettiva più ampia, la tesi suggerisce che decolonizzare la cura non è un gesto aggiuntivo o correttivo, ma un cambiamento di paradigma. Significa pensare la medicina non come sistema universale, ma come linguaggio situato, plasmato da rapporti di forza, storie di mobilità, e traduzioni imperfette. Significa riconoscere che l'ascolto, nei contesti di migrazione, è già una pratica politica. E significa, infine, accettare che la cura possa avvenire anche nei margini – tra un codice STP e una voce che cerca di dire «sto male» con le parole che ha.

Il concetto di traduzione emerge così come chiave interpretativa centrale. Non solo traduzione linguistica, ma traduzione culturale, epistemica, esistenziale. Ogni incontro clinico è un evento traduttivo in cui si confrontano diverse grammatiche del vivere, del soffrire, del guarire. Come suggerisce Benjamin (1968: 75), il compito del traduttore non è quello di rendere equivalenti le lingue, ma di trovare «un modo provvisorio di convivere con la loro estraneità». Allo stesso modo, il compito della cura interculturale è quello di creare spazi di convivenza tra differenze irriducibili, senza cancellarle né assorbirle in un'unica logica dominante.

Questa prospettiva trasforma anche il modo di pensare l'efficacia terapeutica. Non si tratta solo di curare corpi malati, ma di curare relazioni discorsive, di riparare fratture comunicative, di restituire dignità a voci marginalizzate. Il caso longitudinale di Francisco mostra come questo processo possa svilupparsi nel tempo: da una iniziale incomprendimento reciproca si passa gradualmente a una collaborazione che, pur mantenendo asimmetrie strutturali, apre spazi di *agency* e riconoscimento per la persona assistita.

Le implicazioni pratiche di questa ricerca toccano diversi livelli. A livello formativo, suggeriscono la necessità di integrare competenze linguistiche, culturali e riflessive nella formazione sanitaria. A livello organizzativo, indicano l'importanza di ripensare i servizi come spazi di co-produzione piuttosto che di semplice erogazione. A livello politico, richiamano l'attenzione sulla necessità di politiche sanitarie che riconoscano la diversità linguistica e culturale come risorsa, non come problema.

Come scrive Veena Das, «la vita continua nei dettagli» (2007: 15). È nei dettagli delle interazioni – una pausa, un sorriso, una frase spezzata – che si costruisce la dimensione più profonda della cura. Ed è in questi dettagli che si annida la possibilità di una medicina più giusta, capace di ascoltare senza ridurre, di tradurre senza cancellare. Il richiamo alla giustizia sociale si declina qui nella prospettiva di una medicina giusta intesa come pratica clinica capace di farsi carico non solo del dato biologico, ma delle disuguaglianze strutturali e linguistiche che condizionano l'accesso al diritto alla salute. Si intende qui una pratica clinica orientata alla giustizia sociale, quindi all'equità di accesso, al riconoscimento delle disuguaglianze strutturali e alla riduzione del danno prodotto dalle barriere istituzionali e comunicative.

L'etnografia della traduzione qui proposta non è solo un approccio metodologico, ma una prospettiva etica e politica. Riconosce che ogni atto di cura è anche un atto di traduzione, che ogni traduzione è parziale e interessata, che ogni parzialità può diventare apertura verso l'altro. In un mondo attraversato da flussi migratori sempre più intensi, questa prospettiva diventa cruciale per ripensare non solo la medicina, ma il modo stesso di stare insieme nella differenza.

La sfida che si apre è quella di trasformare le intuizioni teoriche in pratiche concrete, di tradurre la ricerca in politiche, di fare della cura uno spazio di giustizia linguistica e culturale. Non si tratta di un compito solo per ricercatori o operatori sanitari, ma per la società nel suo complesso: richiede un nuovo modo di pensare la cittadinanza, l'appartenenza, i diritti. Richiede, in altre parole, di imparare a curare anche la democrazia, rendendola capace di parlare più lingue e di ascoltare più voci.

In questo orizzonte, la cura diventa una pratica pedagogica e politica: insegna a convivere con la differenza, a costruire ponti senza cancellare distanze, a tradurre rimanendo fedeli all'intraducibile. È questa, forse, la lezione più profonda che emerge dall'ascolto delle voci raccolte in questa ricerca: che la cura, quando attraversa le lingue, non si limita a guarire corpi, ma contribuisce a riparare il tessuto sociale, una traduzione alla volta.

## CONCLUSIONI

Questa ricerca è partita da un interrogativo fondamentale: cosa accade quando sistemi medici, linguistici e culturali differenti si incontrano nelle routine quotidiane dell'assistenza sanitaria? Attraverso un'etnografia prolungata in tre cliniche del terzo settore a Cosenza e Firenze si è cercato di esplorare come le interazioni tra professionisti sanitari e persone assistite non italofoni non siano semplici scambi informativi, ma arene complesse in cui si negoziano e riproducono potere, conoscenza e disuguaglianze. I capitoli empirici hanno dimostrato come le asimmetrie interazionali si costruiscano momento per momento attraverso pratiche discorsive concrete. Nelle consultazioni diadiche, l'assenza di una lingua condivisa ha evidenziato strategie creative di comunicazione ma anche frequenti fraintendimenti che limitano l'agentività della persona assistita. Nelle interazioni triadiche, è emerso come i mediatori linguistico-culturali non siano traduttori neutrali, ma attori sociali che co-costruiscono attivamente il significato, navigando la tensione tra neutralità e advocacy. È stato osservato come la categoria di 'cultura' venga spesso mobilitata strategicamente per spiegare comportamenti, rischiando di oscurare determinanti strutturali come lo status migratorio o la precarietà socioeconomica. Infine, è risultato evidente come la violenza strutturale, pur essendo onnipresente nelle biografie delle persone assistite, rimanga largamente invisibile nel discorso clinico, che tende a focalizzarsi sui sintomi biomedici piuttosto che sui determinanti sociali della sofferenza. A livello teorico, la ricerca cerca di documentare, con apporto empirico, come la violenza strutturale si manifesti nelle micro-pratiche comunicative. Ricollegando le analisi di Farmer e Willen alle micro-dinamiche conversazionali, dimostra come le disuguaglianze macro-strutturali si incorporino non solo nei corpi, ma anche nelle strutture del dialogo, privilegiando sistematicamente la voce della medicina a scapito della voce del mondo della vita.

Lo studio estende l'applicazione degli strumenti della CDA a contesti medici multilingui e triadici nel contesto italiano, un'area ancora poco esplorata. Cerca di dimostrare come le categorie macro-sociali (status giuridico, competenza linguistica) non siano variabili esterne, ma vengano rese pertinenti e riprodotte attivamente nell'organizzazione sequenziale della conversazione.

In un contesto italiano caratterizzato da una scarsa regolamentazione della figura del mediatore, questa ricerca offre uno sguardo etnografico critico sulle pratiche reali di mediazione. Superando il *conduit model*, mostra i mediatori come attori complessi che negoziano costantemente il proprio ruolo e la cui «visibilità» è una risorsa etica e clinica cruciale.

La tesi risponde all'appello di Kleinman e di Metzl e Hansen per un superamento dei modelli essenzialisti di «competenza culturale». Dimostra empiricamente i limiti di un approccio che rischia

di culturalizzare problemi di natura economica o strutturale e argomenta la necessità di una «competenza strutturale» che formi gli operatori a riconoscere e affrontare i determinanti sociali e politici della salute.

Sul piano metodologico, la ricerca dimostra la fecondità dell'integrazione tra etnografia medica e *Critical Discourse Analysis*. L'etnografia ha fornito il contesto biografico, istituzionale e sociopolitico indispensabile per interpretare il significato delle interazioni, mentre l'analisi del discorso ha offerto gli strumenti per identificare i meccanismi attraverso cui le asimmetrie di potere vengono prodotte e mantenute nel discorso. Questo approccio ibrido si è rivelato essenziale per superare la dicotomia tra analisi micro e macro, mostrando come siano intrinsecamente connesse. La tesi contribuisce inoltre alla riflessione sulla posizionalità e sull'etica della ricerca con popolazioni vulnerabili, evidenziando le sfide di un posizionamento fluido e la necessità di una costante vigilanza riflessiva.

I risultati di questa ricerca possono avere implicazioni concrete per il miglioramento dell'equità e della qualità dell'assistenza sanitaria in contesti multiculturali. È necessario superare i modelli formativi basati su liste di tratti culturali per promuovere una «competenza strutturale». La formazione dovrebbe dotare i professionisti degli strumenti per riconoscere i determinanti sociali della salute e per riflettere criticamente sulle dinamiche di potere inerenti alla comunicazione clinica, incluse le proprie pratiche linguistiche. È urgente investire nella professionalizzazione e nell'integrazione stabile dei mediatori linguistico-culturali all'interno dei servizi sanitari, superando la logica dei progetti a termine e del volontariato. Le cliniche dovrebbero essere concepite come spazi dialogici, dove il tempo della traduzione e della negoziazione dei significati sia considerato tempo di cura, non un ostacolo all'efficienza.

Le politiche devono affrontare le cause strutturali delle disuguaglianze di salute, agendo su fattori come la precarietà documentaria, le barriere amministrative e l'accesso all'alloggio e al. Un elemento cruciale emerso trasversalmente nell'analisi è il ruolo pervasivo della burocrazia nel determinare i confini della pratica clinica. Come suggerito da Zuurmond (1998) attraverso il concetto di "infocrazia", l'autorità nelle istituzioni contemporanee non risiede più solo nella gerarchia formale, ma è incorporata nei flussi di informazione e nei sistemi digitali. Nei contesti migratori analizzati, la "verità" clinica della persona assistita deve costantemente negoziare con la sua "verità" amministrativa (codici STP, tessere sanitarie, decreti di espulsione).

Questo fenomeno trasforma l'ambulatorio in un'interfaccia burocratica: il medico non si limita a diagnosticare una patologia, ma deve "tradurre" il corpo dell'assistito in categorie leggibili dallo Stato. Quando la ginecologa [cfr. § 3.5.1.2] discute l'impossibilità di emettere un'impegnativa a

causa dell'opacità dei percorsi amministrativi, assistiamo a quella che Zuurmond definisce la rigidità dei sistemi informativi che prevarica la flessibilità della cura. La burocrazia smette di essere uno sfondo inerte e diventa un vero e proprio "attore" che decide quali corpi possono essere curati e in che modo, condizionando persino la scelta degli strumenti diagnostici (come l'uso della luce del cellulare in mancanza di meglio).

È indispensabile un sistema nazionale coordinato per la mediazione linguistico-culturale nei servizi sanitari, che garantisca un accesso equo a interpreti professionali come un diritto fondamentale della persona assistita, e non come una risorsa frammentaria e opzionale.

Questa ricerca si è aperta in un tempo segnato dalla visibilità del genocidio palestinese, un evento che ci ha costretti a interrogarci sul sostrato coloniale che ancora modella le istituzioni europee, inclusi i sistemi di cura. Le consultazioni mediche analizzate, pur nella loro quotidianità, si sono rivelate inseparabili da queste macro-configurazioni di potere. Dimostrare come le micro-interazioni cliniche riproducano disuguaglianze strutturali contribuisce a un'agenda decoloniale che mira a trasformare le condizioni di ingiustizia documentate. Una domanda fondamentale da porsi è dunque mirata al ragionamento sul tipo di medicina, e su che tipo di antropologia e che tipo di impegno politico sono all'altezza delle sfide poste dalla sofferenza umana in un mondo diseguale. Le pagine precedenti hanno tentato di rispondere attraverso un'analisi che lega l'infinitamente piccolo della conversazione all'infinitamente grande delle strutture politiche. Promuovere forme più eque di collaborazione terapeutica richiede più che una semplice sensibilità culturale; esige una trasformazione delle pratiche e delle istituzioni verso una pratica medica consapevole delle macrostrutture e che riconosca la pluralità dei saperi, che metta in discussione le proprie gerarchie epistemiche e che si impegni attivamente per la giustizia sociale. L'ascolto etnografico, inteso come attenzione ai silenzi, alle esitazioni e ai cambi di registro, si è rivelato cruciale per rendere visibili dinamiche che sarebbero rimaste invisibili in un'analisi centrata esclusivamente sul contenuto proposizionale del discorso (cfr. cap. 3.2; 3.4; 3.6.1). La restituzione etnografica proposta nel cap. 3, e in particolare nel caso longitudinale di Francisco, mostra come la scrittura diventi essa stessa una pratica di cura, capace di preservare la complessità delle esperienze senza ridurle a esiti clinici o narrativi univoci (cfr. cap. 3.8). L'ascolto etnografico delle pratiche quotidiane della cura ci ha mostrato, in conclusione, che è proprio negli interstizi del linguaggio, nelle fragilità della traduzione e nelle negoziazioni più minute che si aprono gli spazi per questa trasformazione.

## BIBLIOGRAFIA

- Ahearn, L. M. (2021). *Living Language: An Introduction to Linguistic Anthropology* (3a ed.). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Angelelli, C. (2004). *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Atkinson, J. M., & Heritage, J. (Eds.) (1984). *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Atkinson, P., & Coffey, A. (2004). Analysing documentary realities. In D. Silverman (Ed.), *Qualitative Research: Theory, Method and Practice* (2a ed., pp. 56-75). London: Sage.
- Batalden, M., Batalden, P., Margolis, P., Seid, M., Armstrong, G., Opipari-Arrigan, L., & Hartung, H. (2016). Coproduction of healthcare service. *BMJ Quality & Safety*, 25(7), 509-517.
- Baraldi, C., & Gavioli, L. (2011). Interpreter-mediated interaction in healthcare and legal settings: Talk organization, context and the achievement of intercultural communication. *Interpreting*, 13(2), 205-233.
- Baraldi, C., & Gavioli, L. (2012). Coordinating participation in dialogue interpreting. *Interpreting*, 14(2), 260-284.
- Bazzanella, C. (2005). *Linguistica e pragmatica del linguaggio*. Roma: Laterza.
- Behar, R. (1996). *The Vulnerable Observer: Anthropology that Breaks Your Heart*. Boston: Beacon Press.
- Benjamin, W. (1968). The Task of the Translator. In *Illuminations* (pp. 69-82). New York: Schocken Books.
- Bielsa, E., & Bassnett, S. (2009). *Translation in Global News*. London: Routledge.

- Blommaert, J. (2005). *Discourse: A Critical Introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Blommaert, J. & Rampton, B. (2011). Language and superdiversity. *Diversities*, 13(2), 1-21.
- Blommaert, J. (2013). *Ethnography, Superdiversity and Linguistic Landscapes: Chronicles of Complexity*. Bristol: Multilingual Matters.
- Bolden, G. B. (2000). Toward understanding practices of medical interpreting: Interpreters' involvement in history taking. *Discourse Studies*, 2(4), 387-419.
- Borghi, V. (2015). *Trasformazioni delle basi informative e immaginazione sociologica*. 27.
- Borghi, R. (2020). *Decolonialità e privilegio. Pratiche femministe e critica al sistema-mondo*. Milano: Meltemi.
- Bourdieu, P. (1982). *Ce que parler veut dire: L'économie des échanges linguistiques*. Paris: Fayard.
- Bourdieu, P. (1991). *Language and Symbolic Power*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1992). *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bouteldja, H. (2024). *Maranza di tutto il mondo, unitevi! Per un'alleanza dei barbari nelle periferie*. Roma: DeriveApprodi.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Brison, S. J. (2002). *Aftermath: Violence and the Remaking of a Self*. Princeton: Princeton University Press.

- Button, G., & Lee, J. R. E. (Eds.) (1987). *Talk and Social Organisation*. Clevedon: Multilingual Matters.
- Butler, J. (2004). *Precarious Life: The Powers of Mourning and Violence*. London: Verso.
- Castro-Gómez, S. (2005). *La hybris del punto cero*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Cicourel, A. V. (1987). The interpenetration of communicative contexts: Examples from medical encounters. *Social Psychology Quarterly*, 50(2), 217-226.
- Cicourel, A. V. (1992). The interaction of language and social structure. In J. J. Gumperz & S. C. Levinson (Eds.), *Rethinking Linguistic Relativity* (pp. 291–310). Cambridge: Cambridge University Press.
- Clifford, J. (1986). Introduction: Partial truths. In J. Clifford & G. E. Marcus (Eds.), *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography* (pp. 1-26). Berkeley: University of California Press.
- Copland, F., Shaw, S., & Snell, J. (Eds.) (2015). *Linguistic Ethnography: Interdisciplinary Explorations*. London: Palgrave Macmillan.
- Craps, S. (2013). *Postcolonial Witnessing: Trauma out of Bounds*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Das, V. (2007). *Life and Words: Violence and the Descent into the Ordinary*. Berkeley: University of California Press.
- Das, V. (2015). *Affliction: Health, Disease, Poverty*. New York: Fordham University Press.
- Davidson, B. (2001). Questions in cross-linguistic medical encounters: The role of the hospital interpreter. *Anthropology & Medicine*, 8(1), 5-23.
- Davidson, B. (2010). The interpreter as institutional gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in health care settings. *Journal of Sociolinguistics*, 14(2), 220-247.

- De Sousa Santos, B. (2014). *Epistemologies of the South: Justice against Epistemicide*. Boulder: Paradigm Publishers.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.) (2011). *The Sage Handbook of Qualitative Research* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Desrosières, A. (1998). *The Politics of Large Numbers: A History of Statistical Reasoning*. Harvard University Press.
- Dimitrov, D. V. (2012). Medical Internet of Things and Big Data in Healthcare. *Healthcare Informatics Research*, 18(3), 156–163.
- Duranti, A. (1997). *Linguistic Anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Emerson, R. M., Fretz, R. I., & Shaw, L. L. (2011). *Writing Ethnographic Fieldnotes* (2nd ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Fairclough, N. (1992). *Discourse and Social Change*. Cambridge: Polity Press.
- Fairclough, N. (2001). *Language and Power* (2nd ed.). London: Longman.
- Fanon, F. (1952). *Peau noire, masques blancs*. Paris: Seuil.
- Fanon, F. (1961). *Les Damnés de la terre*. Paris: Maspéro.
- Farmer, P. (2003). *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley: University of California Press.
- Farmer, P. (2004). An anthropology of structural violence. *Current Anthropology*, 45(3), 305–325.
- Feld, S. (1996). Waterfalls of song: An acoustemology of place. In S. Feld & K. Basso (eds.), *Senses of Place*. Santa Fe: School of American Research Press.

- Feld, S. (2015). Acoustemology. In D. Novak & M. Sakakeeny (eds.), *Keywords in Sound*. Durham: Duke University Press.
- Ferguson, C.A. (1959). Diglossia. *Word*, 15(2), 325-340.
- Filep, B. (2009). Interview and translation strategies: Coping with multilingual settings and data. *Social Geography*, 4, 59-70.
- Fine, M. (1994). Working the hyphens: Reinventing self and other in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 70-82). Thousand Oaks: Sage.
- Flick, U. (2004). Triangulation in qualitative research. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Eds.), *A Companion to Qualitative Research* (pp. 178-183). London: Sage.
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique: Une archéologie du regard médical*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Foucault, M. (1969). *L'archéologie du savoir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1972). *L'ordine del discorso*. Torino: Einaudi.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité I: La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2008). *Nascita della biopolitica*. Milano: Feltrinelli.
- Frankel, R. (1984). From sentence to sequence: Understanding the medical encounter through microinteractional analysis. *Discourse Processes*, 7(2), 135-170.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Giordano, C. (2008). Practices of translation and the making of migrants. *American Ethnologist*, 35(4), 588–606.

- Giordano, C. (2014). *Migrants in translation: Caring and the logics of difference in contemporary Italy*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Goffman, E. (1967). *Interaction Ritual: Essays on Face-to-Face Behavior*. New York: Anchor Books.
- Goffman, E. (1974). *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience*. Boston: Northeastern University Press.
- Goffman, E. (1981). *Forms of Talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Good, B. J. (2006). *Narrare la malattia: lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino: Einaudi.
- Good, B., Good, M.-J. D., & DelVecchio Good, M.-J. (Eds.) (2010). *Postcolonial Disorders*. Berkeley: University of California Press.
- Gumperz, J. J. (1982). *Discourse Strategies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Haemmerle, R., Paludo, J., Haddad, T. C., & Pritchett, J. C. (2024). The growing role of digital health tools in the care of patients with cancer: Current use, future opportunities, and barriers to effective implementation. *Current Oncology Reports*, 26(6), 593–600.
- Hale, A. J., Bartsch, J., Stapleton, R. D., & Parsons, P. E. (2023). How the hospital works: An interdisciplinary, systems-based practice medical student elective. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 10, 23821205231203908.
- Hall, E. T. (1976). *Beyond Culture*. New York: Anchor Books.

- Halliday, M.A.K. & Martin, J.R. (1993). *Writing science: Literacy and discursive power*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2007). *Ethnography: Principles in Practice* (3rd ed.). London: Routledge.
- Haraway, D. (1988). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599.
- Harris, R. (1997). *The Language, Ethnicity and Race Reader*. London: Routledge.
- Heritage, J. (1984). *Garfinkel and Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.
- Heritage, J. (2012). Epistemics in action: Action formation and territories of knowledge. *Research on Language and Social Interaction*, 45(1), 1-29.
- Heritage, J., & Maynard, D. W. (Eds.) (2006). *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heritage, J., & Robinson, J. D. (2006). The structure of patients' presenting concerns: Physicians' opening questions. *Health Communication*, 19(2), 89-102.
- Heritage, J. (2010). Questioning in medicine. In A. Freed & S. Ehrlich (Eds.), *Why Do You Ask? The Function of Questions in Institutional Discourse*, pp. 42-68. Oxford: Oxford University Press.
- Holliday, A. (2011). *Intercultural Communication and Ideology*. London: Sage
- hooks, b. (1984). *Feminist Theory: From Margin to Center*. Boston: South End Press.
- Inghilleri, M. (2005). Mediating zones of uncertainty: Interpreter *agency*, the interpreting habitus and political asylum adjudication. *The Translator*, 11(1), 69-85.

- Jacobs, E. A., Shepard, D. S., Suaya, J. A., & Stone, E. L. (2004). Overcoming language barriers in health care: Costs and benefits of interpreter services. *American Journal of Public Health, 94*(5), 866-869.
- Jefferson, G. (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. In G. Lerner (Ed.), *Conversation Analysis: Studies from the First Generation* (pp. 13-31). Amsterdam: John Benjamins.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, A. (1995). *Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A., Das, V., & Lock, M. (1997). *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (2006). *What Really Matters: Living a Moral Life Amid Uncertainty and Danger*. Oxford: Oxford University Press.
- Kleinman, A., & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine, 3*(10), e294.
- Labonté, R. (2004). Social inclusion/exclusion: Dancing the dialectic. *Health Promotion International, 19*(1), 115–121
- Labonté, R., & Schrecker, T. (2007). Globalization and social determinants of health: the role of the global marketplace. *Globalization and Health, 3*(6), 1-17.
- Levinson, S. C. (1983). *Pragmatics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Sage.

- Lock, M., & Scheper-Hughes, N. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41.
- Lock, M. (1993). *Encounters with aging: Mythologies of menopause in Japan and North America*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Lugones, M. (2008). The coloniality of gender. *Worlds & Knowledges Otherwise*, 2, 1-17.
- Luhmann, N. (1990). *Essays on Self-Reference*. New York: Columbia University Press.
- Luhmann, N. (1995). *Social Systems*. Stanford: Stanford University Press.
- Lupton, D. (2013). The digitally engaged patient: Self-monitoring and self-care in the digital health era. *Social Theory & Health*, 11(3), 256–270.
- Machetti, S., & Siebetchu, R. (2017). *Che cos'è la mediazione linguistico-culturale*. Bologna: Il Mulino.
- Mangia, M. (2020). *La telemedicina è nel Sistema Sanitario Nazionale: perché ora cambia tutto*. Agenda Digitale.
- Marent, B., Forster, R., & Nowak, P. (2012). Theorizing participation in health promotion: A literature review. *Social Theory & Health*, 10(2), 188–207.
- Marmot, M. (2016). *La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (2006). *Social Determinants of Health: The Solid Facts* (2a ed.). Copenhagen: World Health Organization Europe.
- Mays, N., & Pope, C. (2000). Assessing quality in qualitative research. *BMJ*, 320(7226), 50-52.
- Mbembe, A. (2016). *Politiques de l'inimitié*. Paris: La Découverte.

- Mbembe, A. (2019). *Necropolitics*. Durham: Duke University Press.
- Metzl, J. M., & Hansen, H. (2014). Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science & Medicine*, 103, 126-133.
- Mignolo, W. D. (2011). *The Darker Side of Western Modernity: Global Futures, Decolonial Options*. Durham: Duke University Press.
- Mishler, E. (1984). *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, NJ: Ablex.
- Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham: Duke University Press.
- Mol, A. (2008). *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. London: Routledge.
- Napier, A. D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H.... & Woolf, K. (2014). Culture and health. *The Lancet*, 384(9954), 1607-1639.
- Niemants, N. (2014). *L'interpretazione dialogica in ambito medico*. Milano: FrancoAngeli.
- Ochs, E. (1979). Transcription as theory. In E. Ochs & B. B. Schieffelin (Eds.), *Developmental Pragmatics* (pp. 43-72). New York: Academic Press.
- Orellana, M. F. (2009). *Translating Childhoods: Immigrant Youth, Language, and Culture*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Ostrom, E. (1996). Crossing the great divide: Coproduction, synergy, and development. *World Development*, 24(6), 1073-1087.
- Pagliari, C. (2021). Digital health and primary care: Past, pandemic and prospects. *Journal of Global Health*, 11, 01005.

- Pantzar, M., & Ruckenstein, M. (2017). Living the metrics: Self-tracking and situated objectivity. *Digital Culture & Society*, 3(2), 135–153.
- Phillimore, J. (2015). Delivering maternity services in an era of superdiversity: The challenges of novelty and newness. *Ethnic and Racial Studies*, 38(4), 568-582.
- Porter, T. M. (1995). *Trust in numbers: The pursuit of objectivity in science and public life*. Princeton University Press.
- Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and Social Psychology: Beyond Attitudes and Behaviour*. London: Sage Publications.
- Prior, L. (2003). *Using Documents in Social Research*. London: Sage.
- Quijano, A. (2000). Coloniality of power, Eurocentrism, and Latin America. *Nepantla: Views from South*, 1(3), 533-580.
- Rampton, B. (1995). *Crossing: Language and Ethnicity among Adolescents*. London: Longman.
- Rampton, B., Maybin, J., & Roberts, C. (2014). Methodological foundations in linguistic ethnography. *Journal of Pragmatics*, 36(7), 1183-1200.
- Rampton, B., Arnaut, K., Blommaert, J., Dong, J., & Spotti, M. (2015). Superdiversity and sociolinguistics. Working Papers in *Urban Language & Literacies*, 152.
- Sarangi, S. (2004). Towards a communicative mentality in medical and healthcare practice. *Communication & Medicine*, 1(1), 1-11.
- Sarangi, S. (2006). The conditions and consequences of professional discourse. *Discourse & Society*, 17(3), 371-394

- Sarangi, S. (2010). Healthcare interaction as an expert communicative practice: An institutional discourse perspective. In J. Streeck (Ed.), *New Adventures in Language and Interaction* (pp. 167-197). Amsterdam: John Benjamins.
- Sacks, H., Schegloff, E., & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking in conversation. *Language*, 50(4), 696-735.
- Sahlins, M. (2000). *Culture in practice: Selected essays*. New York, NY: Zone Books.
- Schegloff, E. A., Jefferson, G., & Sacks, H. (1977). The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. *Language*, 53(2), 361-382.
- Scheper-Hughes, N. (1995). The primacy of the ethical: Propositions for a militant anthropology. *Current Anthropology*, 36(3), 409-440.
- Schüll, N. D. (2019). The Data-Based Self: Self-Quantification and the Data-Driven (Good) Life. *Social Research: An International Quarterly* 86(4), 909-930.
- Singer, M. (2009). *Introduction to Syndemics: A Critical Systems Approach to Public and Community Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Singer, M., & Baer, H. (2018). *Critical Medical Anthropology* (2a ed.). New York: Routledge.
- Spivak, G. C. (1988). Can the subaltern speak? In C. Nelson & L. Grossberg (Eds.), *Marxism and the Interpretation of Culture* (pp. 271-313). Urbana: University of Illinois Press.
- Spotti, M. (2018). “It’s all about naming things right”: the paradox of web truths in the Belgian Asylum-Seeking Procedure. In *Asylum determination in Europe: ethnographic perspectives* (pp. 69-90). Cham: Springer International Publishing.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant Observation*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

- Tedlock, B. (1991). From participant observation to the observation of participation: The emergence of narrative ethnography. *Journal of Anthropological Research*, 47(1), 69-94.
- Ten Have, P. (2007). *Doing Conversation Analysis* (2nd ed.). London: Sage.
- Thomas, J. (1993). *Doing Critical Ethnography*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Tronto, J. C. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. London: Routledge.
- Tronto, J. C. (2013). *Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice*. New York: New York University Press.
- Tuhiwai Smith, L. (1999). *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples*. London: Zed Books.
- Van Dijk, T. A. (1998). *Ideology: A Multidisciplinary Approach*. London: Sage.
- Van Dijk, T. A. (2008). *Discourse and Power*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Vasallo, B. (2024). *Linguaggio inclusivo ed esclusione di classe*. Milano: Tamu Edizioni.
- Vertovec, S. (2007). Super-diversity and its implications. *Ethnic and Racial Studies*, 30(6), 1024-1054.
- Vohra-Gupta, S., Petruzzi, L., Jones, C., & Cubbin, C. (2023). An intersectional approach to understanding barriers to healthcare for women. *Journal of Community Health*, 48(1), 89–98.
- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as Interaction*. London: Longman.
- Wax, R. (1979). Gender and age in fieldwork and fieldwork education: No good thing is done by any man alone. *Social Problems*, 26(5), 509-522.
- Whyte, W. F. (1984). *Learning from the Field: A Guide from Experience*. Beverly Hills, CA: Sage.

- Willen, S. S. (2012). How is health-related “deservingness” reckoned? Perspectives from unauthorized im/migrants in Tel Aviv. *Social Science & Medicine*, 74(6), 812–821.
- Wodak, R. (2001). What CDA is about – a summary of its history, important concepts and its developments. In R. Wodak & M. Meyer (Eds.), *Methods of Critical Discourse Analysis* (pp. 1-13). London: Sage.
- World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2011). *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2020). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: WHO Press.
- Young, A. (1982). The anthropologies of *Illness* and *Sickness*. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257-285.
- Young, A. (1995). *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton: Princeton University Press.
- Zandvliet, D. B., Brown, J., & Dowsett, G. W. (2004). Medical talk and the negotiation of knowledge. *Communication & Medicine*, 1(2), 171-182
- Zuurmond, A. (1998). From bureaucracy to infocracy: Are democratic institutions lagging behind? In *Public administration in an information age: A handbook*, (pp. 259-272.). IOS Press Ohmsha.

### *Sitografia*

Integrazione Migranti. (s.d.). Mediazione – Quadro normativo.  
<https://www.integrazionemigranti.gov.it/Altre-info/id/81/Mediazione-Quadro-normativo>

(Ultima consultazione il 29/10/2025).

Giustizia.it. (s.d.). Linee di indirizzo per il riconoscimento della figura del mediatore interculturale.

[https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg\\_1\\_12\\_1.wp?contentId=SPS156904](https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_12_1.wp?contentId=SPS156904) (Ultima consultazione il 29/10/2025).

MediatoreInterculturale.it. (s.d.). Mediazione interculturale – Il quadro nazionale.

<https://www.mediatoreinterculturale.it/mediazione-interculturale-in-italia/>

(Ultima consultazione il 29/10/2025).

#### *Riferimenti normativi*

Decreto Legislativo 18 agosto 2015, n. 142. Testo unico sull'accoglienza dei richiedenti asilo e dei rifugiati, art. 10.

Legge 6 marzo 1998, n. 40. Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero.

Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286. Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero.

## APPENDICE

*Trascrizione 11 ottobre 2024*

Data: 11 ottobre 2025

Luogo: Ambulatorio del terzo settore, Cosenza

Contesto: Visita medica di un assistito bengalese con ferita al piede; difficoltà di comprensione linguistica e ricerca di mediazione improvvisata.

Partecipanti: Medico, Operatore, Persona assistita, Persona assistita X (arabofona)

Lingue usate: Italiano, Inglese, Arabo, (tentativo di Bengali)

Inizia *in medias res*

Operatore: *ferro un chiodo qualcosa id conficcato dentro che poi lui...*

Medico: *eeeh vabbè c'è rimasto.*

Operatore: *e sì, fondamentalmente c'è quello che è... E in più l'altro problema che ha è che lui non riesce a chiudere...* [alla persona assistita]: *show doctor, show.*

[La persona assistita fa vedere la ferita]

Medico: *pain?*

Operatore: *pain...*

Medico: *tu che [parli]... English?* [rivolto alla persona assistita]

Operatore: *poco poco, little little.*

Medico: *allora, quando?* [mima con la mano la domanda "da quanto tempo?", sempre rivolto alla persona assistita]

Operatore: *più o meno una ventina di giorni fa, si è fatto male, che questo me lo sono già fatto dire.*

Medico: *eh ma vediamo se concorda* [all'operatore, riferendosi alla persona assistita].

Operatore: *ok.*

Medico: *dimmi, dimmi* [prendono cellulare per guardare insieme il calendario]

Persona assistita: *one one one.*

Medico: *quando, 1° ottobre? Di questo mese?*

Operatore: *1° ottobre? september?*

Persona assistita: *no ehm...*

Operatore: *october? october?* [con tono basito] *No september.*

[La persona assistita annuisce]

Operatore: *ok.*

[Il medico inizia la visita, osserva il piede]

Medico: *e il chiodo?* [vuole capire quanto grande] *tipo questo qua?* [indica un chiodo sul muro per capire la dimensione]

[Momento di confusione, non si capisce la dinamica, alla fine il medico conclude che la persona assistita si è graffiato con un chiodo]

Medico: *Aaah, ho capito sei andato a tirare del sangue e poi e quindi ha fatto infezione. Allora, non ci premere. Va bene, allora...*

[Il medico continua a guardare il piede]

Medico: *e vabbè allora chissu [sic] ha fatto infezione.*

Operatore: *solo infezione, quindi non ci sono altri problemi.*

Medico: *nono.*

[Si sovrappongono]

Operatore: *correlati... essi chissu è ru coso, è ru pus [sic]. Sì, allora questo è il coso, il pus.*

Medico: [alla persona assistita] *yellow, giallo, non buono, pus pus.*

Operatore: *non c'è niente quindi di... Antipatico.*

Medico: *no no perché lui non è che si è... Cioè non aveva il chiodo dentro, lui facendo così si è tagliato.*

Operatore: *no io avia capitu [sic] invece che lui lo aveva estratto, almeno quando ho parlato con uno... Io ho parlato proprio con uno di lingua.*

Medico: *eh.*

Operatore: *che quindi mi ha tradotto, ehm, e lui mi diceva che lui ha avuto questa cosa e che poi lui lo ha proprio estratto. non è che si è fatto male.*

Medico: *blood?* [alla persona assistita]

Persona assistita: *no no.*

[Si sentono rumori in sottofondo]

Medico: *allora, chiodo, qua dentro?* [mima]

Persona assistita: *nono.*

Medico: *e allora ha fatto così?* [mima il gesto del farsi un graffio con oggetto contundente e fischia il movimento]

[La persona assistita cerca di parlare ma non si capiscono, la situazione diventa un po' più concitata e l'operatore ha l'intenzione di prendere il cellulare per usare Google Translate]

Operatore: *Arabic? o Bengala?* [intende il Bengali, chiede al persona assistita]

[La persona assistita continua a provare a parlare un po' ma non riesce]

Operatore: *Bangladesh?* [continua a chiedere in un modo in cui si potessero capire per chiedere quale lingua preferisse]

[Persona assistita annuisce]

Operatore: *Aspè[ttata]*. [esce perché il telefono non prende e vogliono provare a usare Google Translate]

Operatore: *problem internet uskala internet. Ma non c'è linea qua possibile? No!*

Persona assistita: *Arabic?*

Operatore: *No arabic no arabic...*

Medico: *possiamo vedere se c'è qualcuno che ci sta qua fuori.*

Operatore: *ah coso!*

[Escono entrambi, sia il medico che l'operatore, cercano quindi un'altra persona che aspettava il suo turno per la visita, arabofona. Passa un po' di tempo.]

Medico: *vieni vieni, che mi dai una mano* [alla persona assistita X].

Operatore: *parli arabo?*

[Persona assistita X annuisce]

Medico: *allora, lui parla arabo.*

[Iniziano loro due a parlare in arabo]

Persona assistita X: *ha detto che è uscita acqua.*

Medico: *uscita acqua? gli devi chiedere come si è fatto male, come si è fatto male.*

Persona assistita X: *ha detto con un legno.*

Medico: *con un legno??*

Persona assistita X: *eh sì, pare che sì.*

Medico: *ah con un legno qua! non chiodo?*

Operatore: *ha cangiatu tuttu.*

Persona assistita X: *nono con un legno.*

Medico: *quindi un pezzo di un legno gli è entrato dentro.*

Persona assistita X: *ha detto di sì.*

Medico: *e come si è fatto male? Dove?*

[Le persone assistite parlano in arabo e persona assistita X traduce simultaneamente]

Persona assistita X: *entrato mentre sua... Ha detto dopo uscita acqua, come liquidi, ha detto quando fa così gli fa male.*

Medico: *quando fai così ti fa male* [mima il premere sulla pelle].

Persona assistita: *sisisi!*

Medico: *allora allora okay, allora, dobbiamo fare la stessa cosa, ci facciamo la pulizia e il cos, se non dovesse guarire, va visto se c'è rimasto qualcosa dentro.*

Operatore: *e come lo dobbiamo vedere?*

Medico: *eh va poi tagliato e pulito. Adesso proviamo a farlo senza ovviamente tagliare niente.*

[Nel frattempo le persone assistite continuano a parlare arabo mentre il medico spiega all'operatore cosa sta andando a fare]

Medico: *vedi che ci sta... Ti faccio male?*

Persona assistita: *no no.*

Medico: *comunque si deve prendere un po' di antibiotico, ma è tutto ok.*

[Operatore ringrazia, si salutano tutti ed escono dalla stanza.]

*Trascrizione 28 dicembre 2024*

Data: 28 dicembre 2025

Luogo: Ambulatorio ginecologico – Serra Spiga, Cosenza

Contesto: Visita ginecologica di controllo con persona assistita migrante; discussione sull'impianto contraccettivo e difficoltà di presa in carico burocratica (STP, medico di base).

Partecipanti: Ginecologa, Persona assistita, Ricercatrice

Lingue usate: Italiano, Francese (parziale)

Ginecologa: *Ok, un po' l'italiano lo... capisci?*

[Persona assistita annuisce]

Ginecologa: *Un po'. Quanti anni hai? 25? 25. Hai avuto bambini?*

Persona assistita: *Uno in Africa.*

Ginecologa: *Parto normale o cesareo?*

Persona assistita: *No, no.*

Ginecologa: *Quando è nato?*

Persona assistita: *Bambino normale.*

Ginecologa: *Ok. Adesso dimmi: hai messo questo? Ok. Quando l'hai...? ...messo questo?*

[Rivolta verso di me] *Forse glielo dovremmo far togliere e capire [cosa fare], anche perché mi sa che cinque anni è tanto. Eh sì, mi sa che... quello è [valido] un anno? Due? Uno e due... anni.*

[Rivolta alla persona assistita] *Tu sai come si chiama? Te l'hanno dato un foglietto? Così vediamo,*

*perché mi pare che ce n'erano certi che duravano due anni e certi tre. Non so se ce l'ha da così tanti anni. Dobbiamo vedere come toglierlo. Così vediamo come glielo dobbiamo togliere. Ok, va bene. Le mestruazioni ce le hai (sangue ogni mese)?*

Persona assistita: *Sì.*

Ginecologa: *Erano abbondanti?*

[La persona assistita fa un cenno dubbioso con la testa]

Ginecologa [rivolta a me]: *[Valuta]... secondo me non ce l'ha abbondante. Va bene. E quando l'hai avuta l'ultima volta? Regolare?*

Persona assistita: *Sì, in dicembre.*

Ginecologa: *Quando (che giorno)?*

Persona assistita: *Adesso no, finito.*

Ginecologa: *Ok, quindi 22 dicembre l'ultima.*

Ginecologa: *E adesso quanto pesi? Lo sai? – Non lo sai. Di là c'è una bilancia, se te lo... La vogliamo pesare così vediamo. E questi [segnì] solo adesso o ce li avevi anche prima?* [guarda degli sfoghi sul braccio]

Persona assistita: *Adesso.*

Ginecologa: *Un altro? [Ne hai altri?] Sì, solo qui addosso?*

Persona assistita: *No, solo qui.*

Ginecologa: *E questo l'hai messo in Africa? Vediamo come si può togliere...*

[Rivolta a me] *Ma se noi facciamo un prelievo di sangue poi lo possiamo mandare in analisi? Ah...*

Io/ricercatrice: *Questo non lo so.*

Ginecologa: *Perché lei non ha...*

Io/ricercatrice: *No, probabilmente ha l'STP.*

Ginecologa: *Quindi qualcuno le può fare l'impegnativa con l'STP?*

Io/ricercatrice: *Sì, perché se c'è l'impegnativa comunque...*

[Intanto la ginecologa la pesa]

Ginecologa: *Pesa 104. La famiglia?*

Persona assistita: *No.*

Ginecologa: *La famiglia di tua mamma com'è in salute?* [cercando di capire se c'erano correlazioni col diabete e possibili familiarità]

Ginecologa: *Ok. Da come la vedo mi sembra una sindrome metabolica, quindi ricontrolliamo pure la glicemia per vedere com'è; è giovane, quindi dobbiamo farla dimagrire. Se dimagrisce, le bastano pure quelle [misure]; poi le dobbiamo far togliere 'sto coso che francamente non so come*

*fare perché ci... vuole una piccola incisione.*

[La ginecologa le palpa il braccio sull'area dell'impianto]

Ginecologa: *Sì, una piccola incisione. Si sente, però va sfilata. Si sente, però... Tu hai l'STP... tu hai il codice fiscale allora?*

Persona assistita: *Sì.*

Ginecologa: *Lei ha l'assistenza, sì, e quindi ha anche il medico di base. E quindi il medico...*

[Rivolta a me]

Io/ricercatrice: *Non lo sapeva. L'altra volta aveva detto a Valerio che non ce l'aveva il medico. L'hanno rimbalzata per un po' di tempo, ha chiesto sempre ma...*

Ginecologa: *Perché il medico di base non sapeva... come togliere [l'impianto]? No, però lo ha domandato, ma non le hanno detto ancora chi è (il nome del medico di base). Chiediamo a Valerio chi le può fare un'impegnativa, perché per esempio in un consultorio, se ha il codice fiscale, l'impegnativa la fanno. Noi qua forse no; non siamo... non facciamo impegnative, lo sai che noi non... usiamo certe cose, perché di solito mandano ai professionisti, agli specialisti. Poi vediamo. Le prendo il consenso e poi vediamo... come possiamo fare. Ok, allora ti posso visitare: togli il pantalone e la mutanda. Secondo me è... poca privacy. [rivolta a me]*

*Sì, perché... [seguono considerazioni sull'organizzazione dello spazio che non garantisce la privacy al 100%]*

Ginecologa: *Allora, metto il gel... la luce non va bene però, devo provare se funziona. [si rivolge a me] Magari però facciamo... Un po' la luce del cellulare, ok? Tu... io...*

Ginecologa: *Brava, ok. Metti il piede qui. Coricati, vai giù. Aspetta... ok, vai. Giù. Stendi la gamba, stendi bene. Brava. Anche l'altra. E vieni giù, giù, giù... scivola... ancora un po'. Bravissima. Tranquilla, rilassati. Come hai detto che ti chiami?*

[La visita inizia]

Ginecologa: *Ok, perfetto. Questo è il collo dell'utero, vedi quella col buco?*

Persona assistita: *Sì.*

Ginecologa: *Però il collo è perfetto. Riguardiamo l'utero. Se vedi poco poco di sangue è normale.*

[Passaggi di manovra / eco, mormorii]

[“Santa pancia” – mormorio scherzoso]

Ginecologa: *Guardiamo l'utero. C'è pure la vescica piena. Questo coso così... il tuo utero è normale. Poi questo è trasversale... non c'è proprio un endometrio anomalo, perché forse il flusso è finito. Allora questa è la vescica [indica lo schermo dell'ecografo] devi fare la pipì. Ok, tutto bene. Puoi scendere, se vuoi anche rivestirti. Utero e ovaie sono a posto. Probabilmente tutto*

*questo anche perché tu sei un po' sovrappeso e devi dimagrire. Capito? Quello lo togliamo, però devi dimagrire. Adesso magari facciamo delle analisi: ti segno le analisi, le fai, così poi ti facciamo aiutare magari anche da un endocrinologo.*

*Ginecologa: Provo a vedere intanto, pure col traduttore in francese, il fattore del peso... vediamo se si riesce a tradurre un poco. Non so se parla tanto bene l'italiano.*

*Ginecologa: Hai capito per ...il peso? [continua a tastare il braccio] Sì, dobbiamo toglierlo [l'impianto].*

*Ginecologa: Abbiamo fatto tutto. Allora, questo [il pap test] questa volta lo mando io dal mio studio, non c'è problema. Poi ci organizziamo, perché sicuramente con l'impegnativa si può portare in ospedale, anatomia patologica. Quindi se riusciamo a farle fare delle impegnative, non c'è problema. Teoricamente io non so adesso se lei... dovrebbe avere il medico... e il fatto che ancora non ce l'ha... ho... girato questo. Scusami, mi sembra che [serva] un po' più di privacy. Mi sembrava un po' di privacy, perché un conto è che uno sta... non è spogliata...*

*[Rivolta a me]*

*Ginecologa: Va bene. Allora, dal punto di vista ginecologico secondo me lei sta bene. Adesso c'è il problema che ha questa impiantino [sottocutaneo], ma per questo ci vuole proprio il bisturino, cose per sfilarlo; dovremmo vedere. Posso provare a telefonare per vedere se lo fanno. So che c'è una collega che fa chirurgia sul territorio, si chiama Chiappetta. Devo chiedere a Mariella D'Agostino, perché lei mi dice che tutte le piccole cose di chirurgia coi suoi pazienti in ambulatorio gliele risolve questa collega (è nel gruppo Donne Medico). Mo' non mi ricordo se si chiama Chiappetta o no. La chiamo Mariella e ve lo faccio dire, perché secondo me lei sicuro c'ha tutto. Io in studio non ce l'ho. Però, insomma, non ci vuole molto perché è molto superficiale, però bisogna incidere col bisturino e con una pinza sfilare. Magari ce l'ha da 5 anni, e secondo me è pure da troppo: se non ricordo male, quelli impiantati qui (poi falliti, per cui qui non si impiantano più) duravano 3 anni, non così tanto. Quindi secondo me lei ce l'ha da tantissimo tempo. Non so se le fa da contraccezione ancora o no, forse no. Le viene il ciclo. Perché il ciclo ce l'hai, neppure abbondante [rivolta alla persona assistita]. Di solito funzionava dando un po' di amenorrea; quindi, non lo so. Devi proteggerti se non vuoi bambini, perché adesso non funziona: troppi anni. E adesso poi lo togliamo: troviamo come togliere. Ci vuole una di quelle lamette sterili monouso: due secondi si incide, non ci vuole niente, perché è molto superficiale; se ci metti una mano sopra senti proprio il bastoncino. Quindi è una cosa proprio superficiale. Manco punti, forse, se non sanguina. Alla fine, siccome si sfilava dalla parte finale, sì, proprio da qua: guarda, di solito si faceva così... Vedi che qua è dove è stato aperto per infilare? Si prende con una pinzetta e... si tira e si sfilava. Di solito si*

*sfila. Se poi Lucio ti dice che non lo può fare... vedo Mariella (la collega) che sul territorio risolve tante cose, me l'ha detto l'altra volta: quando vai in ospedale è una tragedia; lei invece sul territorio lo fa in due secondi e mezzo. [rivolta a me] Secondo me, dall'anamnesi (la mamma diabetica, ecc.), dobbiamo farle fare una serie di esami, perché tutto questo secondo me le deriva anche da una sindrome metabolica. Perché sennò l'utero è perfetto, le ovaie normalissime (non è policistici). Quindi non è quello: è tutto questo [metabolico]. Nell'ultimo anno le è venuto... Anche per vedere: se la mamma ha il diabete e lei suona la sindrome metabolica, le facciamo fare un po' di esami anche ormonali. Magari te li appunto qui [dicendolo a me] ... così poi quando ce li ha vediamo. Casomai sentiamo anche [nome] come endocrinologa, è brava. Ok. Questo poi me lo ricopia... segna gli esami che diciamo; per quanto ti concede... vuoi scrivere così facciamo, eh? Ma allora, se poi vuole fare contraccezione, una volta tolto quello forse lo vorrà fare. Però prima aggiustiamo un po' tutto, perché se le do pure una pillola, comincia a lievitare ancora di più. Questa roba ce la teniamo noi in archivio o gliela dobbiamo dare?*

*Va bene, allora questo lo lasciamo così. Le scriviamo gli esami, però non ho il nome preciso, io l'ho scritto così.*

*Ginecologa: Questi sono gli esami. Che le dobbiamo far fare. Allora aspetta che dico il mio nome e cognome, sennò che gli dico?*

*Ginecologa: Ha detto che è nata il sei...*

*Persona assistita: 6 giugno 1998.*

*Ginecologa: Questi sono gli esami; mi raccomando: devi mangiare meglio. Pasta poca...*

*Persona assistita: Io mangiare...*

*Ginecologa: ...poca pasta, poco pane. Capito? Così perdi peso. Adesso pesi 104: vediamo la prossima volta. Eh, anche dolci no.*

*Persona assistita: Ok.*

*Ginecologa: Queste sono le analisi da fare.*

*Persona assistita: Ok, Clinic Serra Spiga, allora ambulatorio...*

*Ginecologa: Ti do l'indirizzo. Prendi il telefono anche tu? [per farle vedere su Google Maps dove deve andare] Ok, qui... Adesso tu torni a Bocchigliero. Hai diritto, tu hai diritto [al medico]. Tu a Bocchigliero sei in una casa, no campo ancora? E gli operatori lo sanno che tu hai bisogno del medico? [persona assistita annuisce] È un anno però... mannaggia. Va bene, ok. Allora, a Bocchigliero puoi dire: sei andata, hai fatto la visita, e queste sono le analisi del sangue.*

*Persona assistita: Le analisi del... sangue.*

*Ginecologa: Ok? Per vedere com'è il corpo... e potrebbe non essere solo per il metabolismo. Per*

*questo la dottoressa ti ha detto di dimagrire. Ok? Perdere peso. Il peso è troppo: un blocco.*

Persona assistita: *Ok.*

Ginecologa: *Quindi: le analisi; poi il dottore chiama per vedere se qualcuno può farti togliere [l'impianto]. Ok?*

Persona assistita: *Ok.*

Ginecologa: *Poi ti richiamiamo. Ok?*

Persona assistita: *Ciao.*

*Trascrizione 27 settembre 2024*

Data: 27 settembre (ore 16:52)

Luogo: Auser – ambulatorio

Contesto: Visita n. 2; valutazione dolore addominale/stomaco ed emorroidi; raccolta rapida dell'anamnesi migratoria.

Partecipanti: Medico, Persona assistita, Mediatore, Operatore, Ricercatrice

Lingue usate: Italiano, Arabo, Inglese (sporadico)

Medico: *non mi ricordo...*

Persona assistita: *[ripete il nome]*

Medico: *chiedo scusa ma io...*

Mediatore: *te l'ho portato il primo giorno... quello che aveva il... tumore...*

Persona assistita: *[parla al mediatore]*

Mediatore (traduzione): *okay no problem.*

Medico: *facciamo così...*

*[parlano in arabo]*

Mediatore: *messiè Omir*

Medico [a me]: *allora poi l'anamnesi del viaggio se ti interessa la puoi fare tu, non ci sono problemi... anche perché tu parli in inglese, così poi mi dici tu. allora, Omir, scusa, adesso sentiamo il cuore*

Mediatore: *[traduce, parlano]*

Mediatore [al persona assistita]: *ok, possiamo cominciare.*

Mediatore [al persona assistita]: *respira.*

Operatore: *mo cà n'imparamu puru l'arabo*

Medico: *lui fa sport?*

Mediatore: *[traduce]*

Persona assistita: *no.*

Medico: *ha battito lento.*

Mediatore: *[traduce]*

*(Nota: il mediatore parla lentamente, la persona assistita viene dal Pakistan perciò non è madrelingua.)*

Medico: *ti faccio male?*

Mediatore: *[traduce]*

Medico: *hai dolore qua?*

Medico: *brucia o hai dolore?*

Mediatore: *[traduce]*

Persona assistita: *alcune volte brucia e alcune volte dolore*

Medico: *allora questo è un fatto di stomaco*

Persona assistita: *[parla; mediatore gli indica dove]*

Medico: *qua, l'intestino... come quello che c'ha è un fatto di stomaco... okay. (lo fa girare)*

OMIR... *okay Omir. qual è il problema questo?*

Persona assistita: *[parla]*

Mediatore: *sì*

Persona assistita: *[parla ancora]*

Mediatore: *gli viene il dolore sempre qua allo stomaco*

Medico: *con le emorroidi come va?*

Mediatore: *[traduce]*

Persona assistita: *c'è dolore*

Medico: *allora deve cercare... quindi c'ha prurito e dolore... deve cercare di non mangiare roba piccante... le spezie*

Mediatore: *[traduce]*

Medico (in tono scherzoso): *gli devi dire che non deve bere birra!!*

Mediatore: *eh appunto, glielo sto dicendo per questo! sul serio! vuoi dirgli che non deve bere più alcol?*

Medico: *ah io scherzavo perché pensavo...*

Mediatore: *no no!*

Medico: *allora alcol no! perché se no!!*

Mediatore [in italiano al persona assistita]: *ha sentito?!*

Operatore: *è bravo!*

*[iniziano a scherzare]*

Medico (con traduzione simultanea): *specialmente la birra*

Mediatore: *[traduce]*

Medico: *che bevi?*

Mediatore (senza tradurre): *whisky*

Medico: *ah!*

Operatore: *hann 'i passà u tiempu, dottò*

*[caciara]*

Persona assistita: *[parla]*

Mediatore (traduce): *ok, lui mangia riso, la pasta e la carne, va bene?*

Medico: *sì, l'importante è non molto alcol*

Mediatore: *[traduce e chiede] il latte va bene pure, dottò?*

Dottore: *il latte... non molto, perché se no...*

Mediatore: *[traduce]*

Mediatore: *ok, il tè pure?*

Medico: *il tè va bene*

Mediatore: *ok [traduce]*

Mediatore: *caffè?*

Dottore: *ah ma tu proprio...*

Persona assistita: *[parla]*

Medico: *lui da quando è venuto dal Pakistan*

Mediatore: *qua in Italia? è arrivato insieme a Islam (altro persona assistita, quindi 4 mesi)*

Dottore: *ah quindi da poco, 14 aprile... Pakistan...*

Mediatore: *no, Pakistan, Dubai, Egitto, Libia... e in Libia è stato... [chiede al persona assistita] un anno in Libia, poi da Libia a qua*

Dottore: *e quindi...*

Operatore: *è stato un po' perché lui ha lavorato*

Medico: *in Libia buono?*

Mediatore: *[traduce e dice] ah okay, c'è sempre problema ovviamente in Libia però lui era diverso perché lavorava*

Dottore: *dove hai lavorato?*

Mediatore: *[traduce]*

Persona assistita: *eee... idraulico*

*[rumore e caciara, non avevano capito subito]*

Dottore: *non hai avuto problemi, no?*

Persona assistita: *no problem*

Dottore: *ok, e da Libia a qui sei venuto con barca?*

Mediatore: *[traduce]*

Persona assistita: *era una più grande perché erano 700 persone*

Dottore: *e quanti giorni?*

Mediatore: *[traduce]*

Persona assistita: *7 giorni... è bella dura questa... no acqua, no mangiare*

Dottore: *problemi sulla barca?*

*(il medico parla sopra): tutto bene? tutti bene?*

Mediatore: *[traduce] anche perché hanno finito pure il carburante quindi la gente piangeva la maggior parte del tempo*

Dottore: *sono arrivati tutti?*

Mediatore: *[traduce] sono tutti arrivati*

Dottore: *e dove siete arrivati in Sicilia?*

Mediatore: *[traduce] Calabria*

Operatore: *a Vibo sono arrivati!*

*[iniziano a parlare tutti insieme, caciara]*

Dottore: *va bene*

Persona assistita: *[cerca di parlare]*

Dottore: *dimmi*

Persona assistita: *[non chiaro]*

Mediatore: *[traduce] l'hanno portato qua in Calabria a Vibo, e poi da Vibo qua a Cosenza*

Dottore: *ma lui è arrivato dove, sempre a Vibo?*

Mediatore: *sì sì, e quindi poi da Vibo è venuto qua*

Persona assistita: *[parla]*

Mediatore: *[traduce] quando era in Libia non ha avuto problemi di emorroidi, è stato tranquillo. Appena è arrivato qua, dopo un po', ha cominciato a soffrire*

Persona assistita: *[parla ancora]*

Mediatore: *allora, dolore lui riesce a sopportarlo*

Medico: *è il prurito*

Mediatore: *è il prurito che non riesce a sopportare*

Dottore: *ci vuole una pomata e un coso...*

Persona assistita: *[inizia a parlare di nuovo]*

Mediatore: *[traduce] non riesce a stare molto seduto*

Medico: *perché sono fuori?*

Mediatore: *[traduce] mmm*

Persona assistita: *[riparla]*

Mediatore: *[traduce] c'è una cosa che è proprio uscita fuori*

Dottore: *allora, quando ti lavi, (traduzione simultanea), acqua tiepida, poi spingere dentro, metti la pomata*

*[il mediatore spiega il procedimento al persona assistita]*

Dottore: *e gli devi dire che deve andare regolarmente in bagno, non deve avere paura di avere dolore*

Mediatore: *[traduce]*

Dottore: *poi dopo che sei andato, lavi, metti pomata*

Mediatore: *[traduce]*

Dottore: *poi se continua si prende pure delle compresse poi, per il momento solo la pomata*

Mediatore: *[traduce]*

Persona assistita: *ok, no problem*

*[mediatore e persona assistita continuano a parlare mentre il dottore cerca medicinali nello scaffale]*

Dottore: *ma per lo stomaco... non hanno rinchiuso i così che proprio... che ci vorrebbe un poco di Malox...*

*[parlano in arabo senza tradurre]*

*[mediatore e operatore parlano di altro, il medico trova la pomata e si riavvicina]*

Dottore (gesticolando): *mattina, morning, e sera, ok?*

*[la persona assistita capisce dal gesto]*

Dottore: *avete dei fermenti lattici?*

Operatore: *no, dottò...*

Medico: *non tenete niente...*

*[parlano sopra]*

Dottore [al mediatore]: *allora, gli ho dato del pantoprazolo per lo stomaco, gliel'ho dato io*

Operatore: *allora scusatemi che non ho seguito che stavo seguendo un altro ragionamento*

Dottore: *bella cosa...*

Operatore: *eh, avete ragione*

*[il dottore inizia a scrivere le prescrizioni]*

Operatore: *grazie, scusate*

Dottore: *questa è quella delle emorroidi*

Operatore: *che è quella in quel modo [mima la forma della pipetta]*

Dottore: *esatto, e poi questo, e poi i fermenti, guarda puoi prendere... Enteroac...*

Operatore: *quanti fermenti servono più o meno?*

Dottore: *glieli devi far prendere almeno solo la mattina oppure mattina e sera è meglio*

Operatore: *sì, ma di solito quanti miliardi...? [si riferisce ai probiotici]*

Dottore: *no ma questi di solito sono solo in un modo*

Operatore: *ah ok.*

Dottore: *se no ci prendi l'Enterogermina, quello che gli puoi prendere, pure da 400 miliardi. ecco qua.*

Operatore: *possiamo fare entrare l'altro?*

Persona assistita: *[fa gesti]*

Operatore: *c'è un altro problema? ah, forse aspettate che c'è un altro problema...*

Mediatore: *[traduce] ah ok, dice che il naso è sempre secco da qua, e poi la sera anche la gola...*

Dottore: *questo probabilmente è anche il reflusso che ha*

Mediatore: *[traduce]*

*[tutti insieme si confermano che è tutto ok, ripetono la somministrazione delle medicine]*

Persona assistita: *[ricomincia a parlare, il mediatore spiega]*

Persona assistita: *ok*

*[saluti finali]*

*Trascrizione 31 gennaio 2024*

Data: 31 gennaio 2024

Luogo: Ambulatorio Cosenza

Contesto: Colloquio tra avvocato, dottore e persona assistita; ricostruzione del percorso migratorio, riferita detenzione/violenze in Libia; pianificazione esami e certificazioni.

Partecipanti: Avvocato, Dottore, Persona assistita

Lingue usate: Italiano (francese citato)

Avvocato: *E infatti stavate insieme, ha detto Eugenio, perché sapevo, naturalmente sei tu che tu avevi questo sportello in un altro posto, però... una cosa del genere. Abbiamo cominciato.*

Dottore: *Lo Spirito Santo... ah ecco, poi ci siamo trasferiti lì.*

Avvocato: *Alla sede?*

Dottore: *Emilia si occupa... prima lavoravamo assieme delle pizze, poi adesso lei si occupa delle pizze e io faccio solamente ambulatorio.*

Avvocato: *Ah ecco, sono ambulatorio. No, ma sono andato spesso da Emilia. Però poi ci sono stati dei periodi, sempre dei lunghi di vuoto: si ricordano delle emergenze, di poter fare una visita, e ci volevano addirittura mesi. Vabbè, c'è stato pure il fatto della pandemia/post-pandemia che non c'erano magari i medici disponibili... sono stati sempre, diciamo, non sempre... cioè le esigenze erano difficili da proprio essere soddisfatte. Allora, adesso... sì, magari la situazione: allora lui praticamente ha lasciato il paese nel 2016, poi è venuto qua nel 2017, ha fatto un'ultima richiesta. C'è stato un dirigente del tribunale che ha seguito l'avvocato Campochiaro (che è sempre dell'AGI, perché io faccio parte pure dell'AGI; insieme ad Eugenio ho fatto anche dei corsi in Cassazione). Però a dicembre del 2022 questo ricorso in Cassazione è stato dichiarato inammissibile perché in sostanza erano tutte questioni di merito (la Cassazione è giudice di legittimità). Insomma, è andata male.*

*Poi, in realtà, lui, che succede? A un certo punto, come capita spesso, si è perso... di sua iniziativa. A un certo punto è venuto da me, di venerdì 17 gennaio, quando praticamente ha fatto una grande sciocchezza perché è andato da solo in Questura, con un appuntamento. In realtà lui ha il suo diritto: può fare la reiterata (la seconda domanda d'asilo). Però con quell'appuntamento, che sono quelli che poi, tra l'altro, gli hanno ritirato i [documenti] classici, a un certo punto cosa hanno fatto? Hanno ritirato questo appuntamento e gli hanno fatto il decreto di espulsione di venerdì 17. Vabbè, infatti l'ho pure abbastanza cazziato.*

*Comunque, al di là di questo, gli ho detto: tu questo appuntamento in realtà l'hai preso il 6 ottobre. Dovevi venire da me, perché ti avrei detto di non andare assolutamente in Questura: avremmo chiesto noi l'appuntamento per la domanda reiterata, che è un tuo diritto. Lui è andato da solo e ha detto "ma io volevo chiedere l'asilo"; però loro, quando è andato il 6 ottobre, in realtà gli hanno dato un appuntamento generico dei rinnovi dei permessi di soggiorno. Quindi, quando si è presentato il 17, gli hanno dato, a quel punto, tardivamente, [provvedimenti] per il Governo. Infatti, gli ho fatto una bella cazziata. Mi ha chiamato, è venuto... Adesso, comunque, sto preparando, perché, tra l'altro, hanno quasi dimezzato i termini: il ricorso contro l'espulsione*

*l'hanno ridotto a 20 giorni; quindi, sto preparando questo ricorso per venerdì al Giudice di Pace e, in più, siccome questa era la sua volontà, deposito prima il ricorso, poi farò una PEC in Questura dove chiederò un appuntamento, perché lui vuole comunque fare questa domanda di asilo reiterata. In realtà l'aveva già manifestata con quel famoso appuntamento, però non si era saputo spiegare bene.*

*Allora, dalla sua storia, perché ho chiesto la visita? Lui ha trascorso un periodo in Libia: un anno e mezzo; è stato arrestato e ha subito violenze; è stato percosso e ha cicatrici sul corpo (sotto l'orecchio sinistro, al braccio, al ginocchio) e poi sente dei dolori. Insomma, c'è la...*

*Dottore: ...storia.*

*Avvocato: ...è che lui praticamente scappa dal paese per motivi familiari: avrebbe dovuto continuare a studiare, il padre non voleva; quindi, è scappato per questo motivo (non voleva fare quello che il padre imponeva). In Libia ha subito queste violenze, poi è riuscito a scappare ed è arrivato in Italia. Oltre a questo, mi diceva pure che quando ha subito questo [in Libia] ... ovviamente non vuole cambiare [versione]; lavora comunque per rientrare [nell'iter]. Quindi lavora anche in questi giorni, soprattutto dopo aver capito quello che ha combinato con l'espulsione. Adesso diciamo che ha un problema di ansia: non ha preso mai farmaci, però riferisce difficoltà a dormire (si sveglia durante la notte) e un po' di inappetenza; cose che col trauma ci possono stare. Ripeto: non ha preso farmaci.*

*Dottore: Parli quindi francese... Francese, ok. Quando sei partito? 2016. Quanti anni avevi quando sei partito?*

*Persona assistita: Sono partito... 20...*

*Dottore: 22 anni? Sei partito solo. Dove volevi andare? Sei partito per andare dove?*

*Persona assistita: [Incomprensibile] ... partito... sì...*

*Dottore: Sei andato in Niger. Quanto tempo ci hai messo per venire? Più o meno 2-3 settimane, quindi sei solamente passato. Come hai viaggiato?*

*E sei arrivato in Libia: dopo 6-7 mesi in Libia, quando sei arrivato? Hai fatto un anno e 2...*

*Persona assistita: ...mesi.*

*Avvocato: In Libia hai fatto un anno e due mesi. Prima sei stato in Senegal; poi quanto ci hai messo per arrivare? A febbraio 2016 hai lasciato il paese: quanto tempo per arrivare in Libia? Qualche settimana, quindi.*

*Dottore: Quindi diciamo da marzo 2016 sei arrivato in Libia. E cosa hai fatto? Ti pagavano...?*

*Persona assistita: Erano...*

*Dottore: ...lavori per un giorno oppure lavori...*

Persona assistita: ...per...

Dottore: ...15 giorni? Cioè: a giornata? E dove dormivi? Dove? E poi cos'è successo? Cosa è successo in Libia?

Avvocato: In quale città ti hanno arrestato? Prima sei stato a Sabha, poi dici Sabratha? Sì? Dove ti hanno arrestato?

Persona assistita: A Sabratha.

Avvocato: Chi ti ha arrestato? Chi erano questi che ti hanno arrestato? Chi ti ha portato in carcere? Al-Militia boys? Sì, la...

Dottore: E per andare... ti... hanno portato... ti ha arrestato chi? Chi ti ha arrestato?

Persona assistita: [Ripete] Arrestato...

Dottore: La mafia [milizie]. E dove ti hanno arrestato: in città oppure fuori città? Perché poi sei andato verso il mare per poter passare. E dove ti hanno portato?

Avvocato: A casa? Non ho capito.

Dottore: Quando ti hanno arrestato, dove sei stato in carcere?

Persona assistita: [Poco chiaro] ...vai da...

Dottore: Eri solo oppure c'erano altre persone? Quante persone c'erano più o meno? C'erano solo uomini oppure anche donne? C'erano bambini, tutti assieme? E dove dormivate? Sempre a terra? Un'unica stanza? Una stanza grande... ho capito. E vi davano da mangiare poco, poco, poco. Senti, quanto tempo sei stato in carcere?

[Voce non chiara]: Due mesi... sei stato... e quindi sei andato via nel...

Avvocato: ...2018? Febbraio...

Dottore: ...2016 dalla Libia?

Avvocato: Aspetta: lui è arrivato in Italia il 15 aprile 2017. Quanto è durato il viaggio dalla Libia all'Italia? Tu sei arrivato il 15 aprile 2017: quanti giorni è durato?

Persona assistita: Il viaggio...

Dottore: Non tutta la giornata: quindi meno di un giorno. Ho capito. Sei venuto in barca: barca a motore? Grande o piccola?

Avvocato: Mediterraneo... ma prima eravate nella stessa barca o hai cambiato barca? E dove sei...

Dottore: ...arrivato? Sicilia: Lampedusa? Sicilia Catania? A Catania direttamente. E poi da Catania?

Persona assistita: E...

Dottore: Poi quando sei arrivato in Calabria, a Cosenza, da Sicilia? Quattro anni sei stato in

*Sicilia, poi sei venuto in Calabria. In Calabria dove sei arrivato: qui a Cosenza oppure prima in un'altra città?*

*Avvocato: Abiti proprio lì?*

*Persona assistita: Sì, sì.*

*Dottore: Ho capito. Senti un poco: in Libia mi racconti un po' cos'è successo quando sei stato in carcere? Come ti hanno picchiato?*

*Avvocato: Come ti...*

*Dottore: ...picchiavano: con un bastone di legno? Di ferro? Sì. Hanno usato la corrente con te? No, solo picchiato. Ti hanno picchiato sempre, continuamente?*

*[Voce continua]: Ogni giorno. E dove ti hanno picchiato? In testa? Nel corpo? Ti hanno dato botte in testa? Di nuovo qui; e poi sulla schiena; sotto i piedi. Ti hanno legato? Ti hanno sospeso? Hai visto altre persone legate e girate? Solo picchiate? Hai visto qualcuno che è morto? E cosa facevano dei morti? Li buttavano fuori oppure restavano dentro? Riuscivate a dormire? No, non riuscivi a dormire. Allora facciamo così: vediamo un pochino... come mai non ti hanno sospeso? Non lo sai.*

*Avvocato: E come sei scappato poi? [la persona assistita: Incendio]. Vi eravate parlati tra di voi?*

*Dottore: Ok, per cercare di fuggire. Dopo che sei riuscito a fuggire, dove sei andato?*

*Persona assistita: [Incomprensibile]... dove ero stato fermato ho lasciato... andato avanti sempre...*

*Dottore: Quanto tempo sei stato prima di prendere la nave?*

*Avvocato: Dopo che sei scappato, quanto tempo è passato prima che hai preso la nave? Qualche giorno? Uno, due, tre...?*

*Dottore: Quindi sei stato direttamente sulla spiaggia? Dove sei stato? Dove hai dormito? Sapevi che da lì sarebbe passata la nave oppure partiva la barca per...?*

*Avvocato: Più o meno mi trovo con quello che avevo segnato. Vabbè, l'avvocato qui raccontava la storia in generale, però mi trovo: prima Sabha e poi Sabratha, dove è stato arrestato dagli Arab boys (milizie) per due mesi; veniva picchiato quotidianamente; gli è stato fratturato, da verificare il polso destro. Poi è scoppiato l'incendio ed è riuscito a scappare.*

*Alla Commissione: io ho anche il verbale; mi pare coincida. Posso dare sia il verbale dell'audizione che le prime due pagine del ricorso che riepilogano la storia e il diniego della Commissione, su quale base... perché non sono attinenti; innanzitutto non hanno approfondito (quasi sempre non approfondiscono) le violenze in Libia. A volte dipende che loro non lo dicono proprio o lo sminuiscono come cosa di passaggio; invece è importante. Anche quando lo dicono, poi la Commissione non approfondisce con l'intervista.*

*Qui dice: motivo perché è scappato... ha studiato. Ha fatto le scuole (elementari e medie), poi ha fatto il falegname a casa. La Commissione ha dichiarato... poi seguito nel mare, viaggi: Burkina Faso, Niger (due settimane ad Agadez), poi Libia. Ha vissuto in Libia un anno e due mesi tra Sabha e Sabratha; a Sabha andava ogni giorno in piazza a cercare lavoro (a volte sì, a volte no), vita difficile, senza mangiare e senza un posto dove dormire. Il paese non era tranquillo. A Sabratha è stato catturato dagli arabi, tenuto prigioniero circa due mesi; picchiato ogni giorno. Un giorno è scoppiato un incendio, è riuscito a scappare rifugiandosi nella foresta, poi da lì è partito.*

*Però qui, alla Commissione, “non è uscito benissimo”; a me ha fatto vedere [segni]. Dice: “sì, mi hanno picchiato”, però non è uscito bene alla Commissione. La Commissione l’ha avuta in Sicilia (Commissione di Catania); decreto di rigetto perché non è nel servizio di accoglienza? – No, no, no.*

*Dottore: A casa tua “in gabbia”. Non stavi bene: non ti piaceva stare a casa, “in gabbia”. Perché?*

*Persona assistita: Prima, quando ero stato... andato a scuola... il mio esame l’ho fatto bene. Mio padre... io ho fatto bene, ma mio padre non vuole che io faccia di più. Io voglio fare, voglio andare avanti. Lui ha detto: “tu devi ripetere questa classe; se vai avanti io non posso pagare la tua scuola”. Quindi ho detto a mio padre: io non posso ripetere questo, forse devo andare. Ho fatto bene, per questo...*

*Dottore: Ma papà ti richiama?*

*Persona assistita: Sì... prima ha detto: “quando tu non vuoi ripetere questo...”*

*Dottore: Quanti fratelli siete a casa? – Due, più piccoli. – Sorelle? – Due sorelle. –, Quindi siete cinque. Ti senti con... non con tuo padre (con lui non ti senti)?*

*Avvocato: Tua mamma è morta?*

*Dottore: Ti senti ogni tanto? Stanno bene? Sì, diciamo ok.*

*Avvocato: Che religione sei, se posso chiedere?*

*[Avvocato – discorso tecnico]: Certificazione per [procedimenti] legittimi: adesso, non volendo saltare, non avremo almeno nulla, anche se poi ci potrebbe essere giustificativo psichiatrico e quant’altro, però entro 20 giorni/un mese faccio il ricorso; il giorno dell’udienza porto una certificazione che attesti... E poi, finito [poco chiaro] ... Lui, ripeto, non ti ha fatto più... poi ha chiamato... però lui ha...*

*E poi contestualmente deposito il ricorso accennando un pezzo di questo [poco chiaro] e attivo la procedura presso la Commissione con certificato medico che attesta queste cicatrici.*

*Tramite un mio cliente e amico... Io volevo fare una [“oggia” / [poco chiaro]], però lui non aveva spiegato bene. Ho detto: “no, tu non lo puoi fare”: c’è pendenza in Cassazione. Quando è venuto*

*da me, la Cassazione non aveva ancora deciso. “Tu quando finisce la Cassazione...”. Poi ho chiamato e ho detto: guardate... però lui spesso è sparito; non c’è stato... E poi, invece di chiamare, è venuto a Cosenza e ha fatto una richiesta di protezione speciale... che hanno dichiarato subito inammissibile.*

*Prima si andava anche da soli; adesso riconosco... tutte cose illegittime. Intanto ti costringono perché l’avvocato o un operatore legale ti fa l’appuntamento per formalizzare la tua volontà... e quindi, purtroppo, si è mosso di testa sua. Infatti, ho detto: “tu, per cui vieni a Cosenza...”.*

*Nell’ultimo anno hanno cambiato un sacco di cose; quando le norme si sovrappongono non è facile. Infatti, facciamo convegni, giornate, perché è difficile pure per noi specialisti seguire modifiche normative continue che si sovrappongono. Ci sono interpretazioni difformi... Quello di non aspettare la Cassazione...*

*Però ci sono i risultati: si riesce ad avere un permesso. Ieri mi ha chiamato un assistito tornato a casa in Africa con la protezione speciale dopo dieci anni: belle soddisfazioni umane. Abbiamo fatto la festa pure a un nostro uomo che ha ricongiunto i familiari dopo tanti anni, adesso che si è sistemato. Sono belle soddisfazioni dal punto di vista umano.*

*C’è una materia, diritto dell’immigrazione, con poche norme e una marea di tutto... [poco chiaro]. Facciamo lezioni... gli studenti vogliono sapere... Quando ci sono casi particolari, servono anche relazioni, e come no: il vostro supporto è fondamentale. In realtà il quadro europeo... usciranno nuovi regolamenti; la storia diventerà sempre più difficile. Non è un disegno politico neutro: fanno decreti che non favoriscono canali regolari. In Germania stanno ampliando ingressi per ricerca lavoro; da noi decreto flussi rimandato... quote sempre poche.*

*Rispetto alle esigenze... e poi truffe: c’è gente che si è fatta truffare. Alcuni li ho salvati... ma se uno è senza scrupoli è terribile.*

*Ho detto: “se mi capita, conosco aziende...”; ovviamente truffando perché risultava una persona e poi era un’altra... A Roma hanno una scopertura... ma non sono alimentate dallo Stato con leggi adeguate; si favorisce di fatto il traffico. La disperazione paga, e poi trovi chi se ne approfitta (come in tutti i settori).*

*Dottore: C’è un...*

*Avvocato: C’è un ragazzo fuori che ti sta aspettando, ok?*

*Dottore: Sì. Lui dovrebbe fare una radiografia a livello dorsale: ha una prominenza vertebrale; dice che ha avuto... dovremmo fare questa radiografia: conviene farla? – Sì, perché se ci fosse un esito di frattura...*

*Avvocato: Sì.*

Dottore: *Ecco qua... Quindi la prescrivi? – Sì, la prescriviamo. Dove la può fare? Vediamo un po'.*  
*Poi, su questo [scalp], qui non c'è nulla: non ho visto nulla; ho guardato per bene, non avevano messo tutti i capelli... Lui però... sì.*

Avvocato: *A te serve pure la sua storia, no? Ah, va bene. Perfetto, ok. E al ginocchio?*

Dottore: *E poi ho un paio di segni che potrebbero essere dovuti, siccome diceva che l'hanno picchiato...*

Avvocato: *Tutto... i fianchi?*

Dottore: *Sì, potrebbe essere. Esattamente: la radiografia, perché questo è l'unico punto dove lui ha dolore.*

Avvocato: *Sì.*

Dottore: *E quindi potrebbe esserci pure un esito di frattura o qualcosa. Vabbè, questo l'ho visto: conviene farlo fare. Per il resto va...*

Avvocato: *...bene. Ok. Invece, per il proseguo psicologico, potremmo fissargli...*

Dottore: *Possiamo fare due strade: una è quella dell'équipe (forse la più... sì), oppure, se qui ci sono gli psicologi, quest'altra strada.*

Avvocato: *Però forse quella è la più veloce.*

Dottore: *Questo qui: la radiografia conviene farla. Dovrebbe farla... Il codice fiscale tu ce l'hai? [Persona assistita: Sì.] Può fare l'impegnativa anche per stranieri. Quanto tempo ci vuole? Deve farla in ospedale oppure in una struttura convenzionata?*

Dottore: *Qualsiasi convenzionata: se vai, va bene.*

Avvocato: *Bene.*

Dottore: *Mi compri i dati? Questa è la prescrizione della radiografia.*

Avvocato: *Invece per la certificazione?*

Dottore: *Potrei farla pure entro domani.*

Avvocato: *Sì. L'unica cosa: vediamo se riusciamo, perché entro un mese ci potrebbe essere l'udienza; la certificazione la vorrei fare per produrla.*

Dottore: *Comunque devo... vedere la radiografia per capire se c'è qualche cosa.*

Avvocato: *Devo aggiornare; prima ci organizziamo. Questa va fatta subito, allora.*

Dottore: *Giusto, per vedere...*

Avvocato: *...se è più completa.*

Dottore: *Esattamente: se ci fosse un ulteriore trauma, lo inseriamo.*

Avvocato: *E lo inseriamo, sì.*

Dottore: *Perché d'altro lui non riferisce nulla. Ritorno a ripetere: le uniche cicatrici sono queste*

*tre; e poi questo dolore alla schiena. Siccome ha pure una prominenza di una vertebra, vorrei capire se è un esito di frattura: perciò vale la radiografia. D'altro non ha nulla di particolare.*

*Avvocato: Abbiamo finito.*

*Dottore: Finito.*

*Avvocato: Ok, allora ciao. Valerio, grazie. Ciao.*

### *Caso longitudinale*

*Visita n. 1, 5 aprile 2024*

*Data: 5 aprile 2024*

*Luogo: Ambulatorio del terzo settore, Firenze*

*Contesto: Prima visita per presa in carico di persona assistita con diabete di tipo 2; chiarimenti su terapia e monitoraggio glicemico.*

*Partecipanti: Dottore, Persona assistita*

*Lingue usate: Spagnolo, Italiano, Inglese*

*Persona assistita: Fui al médico ayer. Al hospital, al socorro.*

*I went to the doctor yesterday. To the hospital, to the emergency room.*

*Dottore: ¿Estuviste al socorro aquí en Careggi?*

*You were at the emergency room here in Careggi?*

*Persona assistita: Sí. El doctor de ahí dice que se necesita urgente la residencia.*

*Yes. The doctor there said a residence permit is urgently needed.*

*Dottore: Pero...*

*But...*

*Persona assistita: Pero yo no tengo la residencia. La cita es para el 9 de mayo, para recién comenzar.*

*But I don't have a residence permit. My appointment is on May 9, just to get started.*

*Dottore: Ah, sí. La cita para empezar... una cita para...*

*Ok, entonces tenemos que empezar. Esta doctora es una diabetóloga, entonces ya te dio un tratamiento.*

*Ah, yes. The appointment to get started... So, we need to begin. This doctor is a diabetologist, so she already gave you a treatment.*

*Persona assistita: Con inyecciones. Pero yo vengo para que me digan cómo, porque no me lo explicaron.*

*With injections. But I came so someone can tell me how, because they didn't explain.*

Dottore: *¿Te explicaron cómo hacerlo?*

*Did they explain how to do it?*

Persona assistita: *No.*

*No.*

Dottore: *No es tan difícil, sí.*

*It's not that hard, yes.*

Persona assistita: *Cuesta más que las pastillas.*

*It costs more than the pills.*

Dottore: *Los dos, los dos.*

*Both, both.*

Persona assistita: *Y no son dos, son tres pastillas.*

*And it's not two, it's three pills.*

Dottore: *Tres comprimidos y una inyección. Y esta inyección... ¿Se necesita medir la glucosa, no?*

*Three pills and one injection. And this injection... you need to measure the glucose, right?*

Persona assistita: *Son tradiciones que...*

*These are routines that...*

Dottore: *Mejor antes, porque es para ver cómo está funcionando la inyección.*

*Better to do it before, to see how the injection is working.*

Dottore: *El problema no es cómo hacerlo, sino qué efecto te va a dar. Puede bajar mucho la glucosa, ¿me entiendes?*

*The problem isn't how to do it, but what effect it will have. It could lower your glucose a lot, do you understand?*

Persona assistita: *¿Tú me dices que es para ahora?*

*Are you telling me it starts now?*

Dottore: *Sí. Es muy importante medir frecuentemente la glucemia. El riesgo es que baje demasiado.*

*Yes. It's very important to frequently monitor your blood sugar. The risk is that it drops too low.*

Persona assistita: *¿La máquina? ¿Dónde?*

*The machine? Where?*

Dottore: *¿Te refieres a la máquina? ¿Aquí?*

*You mean the machine? Here?*

Persona assistita: *En el hospital Careggi me la pusieron, pero...*

*At Careggi hospital they put it on me, but...*

Dottore: *Vamos a ver ahora cuánto marca. Esto caduca en 14 días. ¿Tienes un repuesto?*  
*Let's see now how much it reads. This expires in 14 days. Do you have a spare?*

Persona assistita: *Todo el repuesto.*  
*All the replacement parts.*

Dottore: *Y además tienes otro sensor, ¿verdad?*  
*And you also have another sensor, right?*

Persona assistita: *Sí.*  
*Yes.*

Dottore: *¿Sabes cómo se pone? ¿Te acuerdas de cómo te lo pusieron?*  
*Do you know how to put it on? Do you remember how they put it on?*

Persona assistita: *Me lo pusieron ayer.*  
*They put it on me yesterday.*

Dottore: *Entonces dentro de 14 días hay que cambiarlo.*  
*So in 14 days you'll have to change it.*

Persona assistita: *Pero tú me dijiste recién que antes hay que ver los resultados.*  
*But you just told me we need to see the results beforehand.*

Dottore: *Sí. Tenemos que ver diariamente los resultados.*  
*Yes. We need to monitor the results daily.*

Persona assistita: *¿Con esto se conecta?*  
*Does it connect with this?*

Dottore: *A ver...*  
*Let's see...*

Persona assistita: *Mira. Hace dos horas: 300... espera... 295.*  
*Look. Two hours ago: 300... wait... 295.*

Dottore: *Muy alto. Entonces debes medirlo al menos tres veces al día: en ayunas, antes de comer, y en la tarde.*

*Very high. So, you should measure it at least three times a day: fasting, before meals, and in the afternoon.*

Dottore: *Siempre lo mejor sería antes y dos horas después.*  
*Ideally, always before and two hours after.*

Persona assistita: *Ya.*  
*Okay.*

Dottore: *Dos horas después de comer, antes de comer, y apuntarlo. Hacer un diario.*

*Two hours after eating, before eating, and write it down. Keep a journal.*

Persona assistita: *Ah, ya.*

*Ah, okay.*

Dottore: *Luego a la hora del almuerzo, antes del almuerzo y dos horas después. A la cena, antes de cenar y dos horas después. ¿Me entiendes? Cinco veces por día por lo menos.*

*Then at lunch time, before lunch and two hours after. At dinner, before and two hours after. You understand? At least five times a day.*

Persona assistita: *Dos horas antes... dos horas...*

*Two hours before... two hours...*

Dottore: *No, antes justo de empezar la comida.*

*No, just before starting the meal.*

Persona assistita: *Antes de empezar.*

*Before starting.*

Dottore: *Sí, con la comida lista vas a medir, y luego comes.*

*Yes, with the food ready you measure, then eat.*

Persona assistita: *La colación... antes.*

*The snack... before.*

Dottore: *Y dos horas después.*

*And two hours after.*

Persona assistita: *Capito, capito.*

*I got it, I got it.*

Dottore: *Es importante escribir. Si no, lo olvidas todo.*

*It's important to write it down. Otherwise, you'll forget everything.*

Persona assistita: *Lo anotaré.*

*I'll write it down.*

Dottore: *Vamos a ver si nos encontramos la intro de quince...*

*Let's see if we can find the intro of fifteen...*

Persona assistita: *Más fácil de manejar.*

*Easier to handle.*

Dottore: *¿Puedes ducharte con esto puesto?*

*Can you shower with this on?*

Persona assistita: *Sí, tranquilo, relajado.*

*Yes, calm, relaxed.*

Dottore: *Cuando te pones o te quitas la camiseta, cuidado de no golpearlo.*

*When you put on or take off your shirt, be careful not to bump it.*

Persona assistita: *¿Debo ir al hospital para cambiarlo?*

*Should I go to the hospital to change it?*

Dottore: *No, deberías aprender tú ahora, para la próxima vez.*

*No, you should learn now for next time.*

Persona assistita: *¿Y si no sé cómo? Porque una máquina lo hizo.*

*And what if I don't know how? A machine did it.*

Dottore: *Todo está en la caja. Lo colocas, empujas un poco y se queda el sensor.*

*Everything is in the box. You place it, press a bit, and the sensor stays.*

Persona assistita: *Nos vemos el 19 de abril.*

*See you on April 19.*

Dottore: *Sí, el 19. Si caduca un día antes, no pasa nada.*

*Yes, the 19th. If it expires a day earlier, it's okay.*

*Visita n. 2, 19 aprile 2024*

Data: 19 aprile 2024

Luogo: Ambulatorio del terzo settore, Firenze

Contesto: Secondo incontro di controllo per persona assistita con diabete di tipo 2; verifica della terapia e dell'uso del sensore glicemico.

Partecipanti: Dottore, Persona assistita

Lingue usate: Spagnolo, Italiano

Dottore: *Bueno, señor, ¿cómo se siente hoy?*

Dottore: *Bene, signore, come si sente oggi?*

Persona assistita: *Mejor, doctor, un poco más tranquilo con las inyecciones.*

Persona assistita: *Meglio, dottore, un po' più tranquillo con le iniezioni.*

Dottore: *¿Está siguiendo con las pastillas también?*

Dottore: *Sto continuando anche con le pastiglie?*

Persona assistita: *Sí, tres pastillas y la inyección por la mañana.*

Persona assistita: *Sì, tre pastiglie e l'iniezione al mattino.*

Dottore: *Muy bien. ¿Ha tenido algún problema con la máquina para medir la glucosa?*

Dottore: *Molto bene. Ha avuto qualche problema con la macchina per misurare la glicemia?*

Persona assistita: *Al principio sí, pero ahora entiendo. Mido en ayunas y después de comer.*

Persona assistita: *All'inizio sì, ma adesso capisco. Misuro a digiuno e dopo aver mangiato.*

Dottore: *Perfecto. ¿Y qué valores ha encontrado?*

Dottore: *Perfecto. E che valori ha trovato?*

Persona assistita: *Ayer en la mañana 180, después de almuerzo 220.*

Persona assistita: *Ieri mattina 180, dopo pranzo 220.*

Dottore: *Está mejorando, antes era más alto.*

Dottore: *Stá migliorando, prima era più alto.*

Persona assistita: *Sí, doctor, antes 300.*

Persona assistita: *Sì, dottore, prima 300.*

Dottore: *Muy bien. Entonces seguimos igual con la terapia, pero es importante escribir todo en un cuaderno.*

Dottore: *Molto bene. Allora continuiamo con la stessa terapia, ma è importante scrivere tutto su un quaderno.*

Persona assistita: *Sí, lo estoy anotando.*

Persona assistita: *Sì, lo sto annotando.*

Dottore: *Excelente. ¿Ha tenido mareos o bajones de azúcar?*

Dottore: *Eccellente. Ha avuto capogiri o cali di zucchero?*

Persona assistita: *No, solo un poco de cansancio en la tarde.*

Persona assistita: *No, solo un po' di stanchezza nel pomeriggio.*

Dottore: *Es normal, pero si siente temblores o sudor frío, debe avisar.*

Dottore: *È normale, ma se sente tremori o sudore freddo, deve avvisare.*

Persona assistita: *De acuerdo, doctor.*

Persona assistita: *D'accordo, dottore.*

Dottore: *¿Está controlando siempre antes de las comidas?*

Dottore: *Stá controllando sempre prima dei pasti?*

Persona assistita: *Sí, antes del desayuno y antes de la cena. A veces olvido al almuerzo.*

Persona assistita: *Sì, prima della colazione e prima della cena. A volte dimentico a pranzo.*

Dottore: *Tiene que hacerlo también al almuerzo, es muy importante.*

Dottore: *Deve farlo anche a pranzo, è molto importante.*

Persona assistita: *Sí, voy a intentar, doctor.*

Persona assistita: *Sì, ci proverò, dottore.*

Dottore: *¿Y está apuntando los valores cada vez?*

Dottore: *E sta segnando i valori ogni volta?*

Persona assistita: *Sí, aquí tengo el cuaderno.*

Persona assistita: *Sì, qui ho il quaderno.*

Dottore: *Muy bien, a ver... (mira el cuaderno) 160 en ayunas, 200 después del almuerzo, 210 en la tarde.*

Dottore: *Molto bene, vediamo... (guarda il quaderno) 160 a digiuno, 200 dopo pranzo, 210 nel pomeriggio.*

Persona assistita: *Sí, así.*

Persona assistita: *Sì, così.*

Dottore: *Está bastante mejor, señor. Hay que seguir igual y vamos a ver en un mes.*

Dottore: *Sta andando molto meglio, signore. Bisogna continuare così e vediamo tra un mese.*

Persona assistita: *Gracias, doctor.*

Persona assistita: *Grazie, dottore.*

Dottore: *¿Ha tenido problemas con la inyección, dolor en la piel o enrojecimiento?*

Dottore: *Ha avuto problemi con l'iniezione, dolore alla pelle o arrossamento?*

Persona assistita: *Un poco de dolor el primer día, después nada.*

Persona assistita: *Un po' di dolore il primo giorno, poi niente.*

Dottore: *Perfecto. ¿Ha cambiado el sensor de glucosa?*

Dottore: *Perfetto. Ha cambiato il sensore della glicemia?*

Persona assistita: *Sí, ayer puse el nuevo.*

Persona assistita: *Sì, ieri ho messo quello nuovo.*

Dottore: *Muy bien, ¿lo hizo usted solo?*

Dottore: *Molto bene, l'ha fatto da solo?*

Persona assistita: *Sí, aprendí cómo hacerlo.*

Persona assistita: *Sì, ho imparato come farlo.*

Dottore: *Excelente. Eso es importante, señor.*

Dottore: *Eccellente. Questo è importante, signore.*

Dottore: *¿Ha tenido hipoglucemias, valores bajos de azúcar?*

Dottore: *Ha avuto ipoglicemie, valori bassi di zucchero?*

Persona assistita: *No, siempre arriba de 140.*

Persona assistita: *No, sempre sopra i 140.*

Dottore: *Bien. ¿Y cómo se siente después de caminar o hacer ejercicio?*

Dottore: *Bene. E come si sente dopo aver camminato o fatto esercizio?*

Persona assistita: *Camino poco, doctor, me canso rápido.*

Persona assistita: *Cammino poco, dottore, mi stanco subito.*

Dottore: *Es normal, pero poco a poco debe aumentar la actividad.*

Dottore: *È normale, ma pian piano deve aumentare l'attività.*

Persona assistita: *Sí, voy a probar con media hora cada día.*

Persona assistita: *Sì, proverò con mezz'ora al giorno.*

Dottore: *Perfecto. Eso ayuda mucho al control de la diabetes.*

Dottore: *Perfetto. Questo aiuta molto nel controllo del diabete.*

Persona assistita: *Doctor, ¿y puedo comer fruta en la noche?*

Persona assistita: *Dottore, e posso mangiare frutta la sera?*

Dottore: *Sí, pero no mucha, una pieza pequeña, por ejemplo una manzana.*

Dottore: *Sì, ma non troppa, un pezzo piccolo, ad esempio una mela.*

Persona assistita: *Ah, yo comí dos plátanos ayer.*

Persona assistita: *Ah, io ho mangiato due banane ieri.*

Dottore: *Eso es demasiado, mejor solo uno y no muy tarde.*

Dottore: *È troppo, meglio solo una e non troppo tardi.*

Persona assistita: *Entiendo, doctor.*

Persona assistita: *Capisco, dottore.*

Dottore: *Muy bien. ¿Está tomando suficiente agua?*

Dottore: *Molto bene. Sta bevendo abbastanza acqua?*

Persona assistita: *Sí, dos litros al día.*

Persona assistita: *Sì, due litri al giorno.*

Dottore: *Excelente. Eso es muy bueno.*

Dottore: *Eccellente. Questo è molto buono.*

Dottore: *¿Ha sentido dolor en el estómago o acidez?*

Dottore: *Ha sentito dolore allo stomaco o acidità?*

Persona assistita: *Un poco de acidez en la noche, después de cenar.*

Persona assistita: *Un po' di acidità la sera, dopo cena.*

Dottore: *Puede tomar un antiácido ligero, pero lo más importante es cenar más temprano y más ligero.*

Dottore: *Può prendere un antiacido leggero, ma la cosa più importante è cenare più presto e più leggero.*

Persona assistita: *Sí, voy a hacerlo.*

Persona assistita: *Sì, lo farò.*

Dottore: *¿Y el sueño cómo está? ¿Duerme bien?*

Dottore: *E il sonno com'è? Dorme bene?*

Persona assistita: *Sí, seis o siete horas.*

Persona assistita: *Sì, sei o sette ore.*

Dottore: *Muy bien. Eso es suficiente.*

Dottore: *Molto bene. Questo è sufficiente.*

Persona assistita: *Gracias por todo, doctor.*

Persona assistita: *Grazie di tutto, dottore.*

Dottore: *De nada, señor. Nos vemos el próximo mes para el control.*

Dottore: *Di niente, signore. Ci vediamo il prossimo mese per il controllo.*

Persona assistita: *De acuerdo.*

Persona assistita: *D'accordo.*

*Visita n. 3, 17 maggio 2024*

Data: 17 maggio 2024

Luogo: Ambulatorio del terzo settore, Firenze

Contesto: Terzo controllo per diabete di tipo 2; aderenza terapeutica, valori glicemici, gestione sensore.

Partecipanti: Dottore, Persona assistita

Lingue usate: Spagnolo, Italiano

Dottore: *Buenas tardes, señor, ¿cómo está?*

Dottore: *Buon pomeriggio, signore, come sta?*

Persona assistita: *Buenas tardes, doctor. Estoy bien, un poco cansado pero mejor.*

Persona assistita: *Buon pomeriggio, dottore. Sto bene, un po' stanco ma meglio.*

Dottore: *¿Ha seguido con la insulina cada mañana?*

Dottore: *Ha continuato con l'insulina ogni mattina?*

Persona assistita: *Sí, doctor, cada mañana.*

Persona assistita: *Sì, dottore, ogni mattina.*

Dottore: *¿Y con las pastillas, tres al día?*

Dottore: *E con le pastiglie, tre al giorno?*

Persona assistita: *Sí, tres pastillas. A veces me olvido en la tarde.*

Persona assistita: *Sì, tre pastiglie. A volte mi dimentico al pomeriggio.*

Dottore: *Tiene que acordarse, señor, es fundamental.*

Dottore: *Deve ricordarsene, signore, è fondamentale.*

Persona assistita: *Sí, voy a poner una alarma en el teléfono.*

Persona assistita: *Sì, metterò una sveglia sul telefono.*

Dottore: *Muy bien. ¿Y los valores de glucosa cómo están?*

Dottore: *Molto bene. E i valori della glicemia come sono?*

Persona assistita: *Esta mañana 170, después de almuerzo 210.*

Persona assistita: *Stamattina 170, dopo pranzo 210.*

Dottore: *Mejor que la semana pasada.*

Dottore: *Meglio della settimana scorsa.*

Persona assistita: *Sí, doctor, antes era 300.*

Persona assistita: *Sì, dottore, prima era 300.*

Dottore: *Exacto, entonces estamos bajando poco a poco.*

Dottore: *Esatto, quindi stiamo abbassando pian piano.*

Persona assistita: *Sí, gracias.*

Persona assistita: *Sì, grazie.*

Dottore: *¿Ha sentido mareos o sudor frío?*

Dottore: *Ha sentito capogiri o sudor freddo?*

Persona assistita: *No, solo cansancio en la tarde.*

Persona assistita: *No, solo stanchezza nel pomeriggio.*

Dottore: *Eso es normal, señor.*

Dottore: *Questo è normale, signore.*

Dottore: *¿Está apuntando los valores en el cuaderno?*

Dottore: *Sta segnando i valori nel quaderno?*

Persona assistita: *Sí, aquí lo tengo.*

Persona assistita: *Sì, ce l'ho qui.*

Dottore: *A ver... (lee) 160 en ayunas, 200 después del almuerzo, 195 en la tarde.*

Dottore: *Vediamo... (legge) 160 a digiuno, 200 dopo pranzo, 195 nel pomeriggio.*

Persona assistita: *Sí, así es.*

Persona assistita: *Sì, è così.*

Dottore: *Muy bien, está más controlado que antes.*

Dottore: *Molto bene, è più controllato rispetto a prima.*

Persona assistita: *Doctor, ¿puedo comer pan en la noche?*

Persona assistita: *Dottore, posso mangiare pane la sera?*

Dottore: *Puede, pero poco, una rebanada. Mejor integral.*

Dottore: *Può, ma poco, una fetta. Meglio integrale.*

Persona assistita: *Yo comí dos ayer.*

Persona assistita: *Ieri ne ho mangiate due.*

Dottore: *Mejor solo una, señor.*

Dottore: *Meglio solo una, signore.*

Persona assistita: *De acuerdo, doctor.*

Persona assistita: *D'accordo, dottore.*

Dottore: *¿Y frutas, cuáles está comiendo?*

Dottore: *E frutta, quale sta mangiando?*

Persona assistita: *Manzanas y plátanos.*

Persona assistita: *Mele e banane.*

Dottore: *Bien, pero no más de dos piezas al día.*

Dottore: *Bene, ma non più di due pezzi al giorno.*

Persona assistita: *Sí, entiendo.*

Persona assistita: *Sì, capisco.*

Dottore: *¿Ha tenido problemas con el sensor de glucosa?*

Dottore: *Ha avuto problemi con il sensore della glicemia?*

Persona assistita: *No, doctor, lo cambié yo mismo el domingo.*

Persona assistita: *No, dottore, l'ho cambiato io stesso domenica.*

Dottore: *Excelente, ¿y funcionó bien?*

Dottore: *Eccellente, e ha funzionato bene?*

Persona assistita: *Sí, sin problema.*

Persona assistita: *Sì, senza problemi.*

Dottore: *Muy bien. Recuerde siempre mirar los valores antes de cada comida.*

Dottore: *Molto bene. Ricordi sempre di guardare i valori prima di ogni pasto.*

Persona assistita: *Sí, doctor, lo hago.*

Persona assistita: *Sì, dottore, lo faccio.*

Dottore: *Perfecto. Entonces seguimos igual con la terapia.*

Dottore: *Perfetto. Allora continuiamo con la stessa terapia.*

Persona assistita: *Gracias, doctor.*

Persona assistita: *Grazie, dottore.*

Dottore: *De nada, señor. Nos vemos en dos semanas para el control.*

Dottore: *Di niente, signore. Ci vediamo tra due settimane per il controllo.*

Persona assistita: *De acuerdo. Hasta luego.*

Persona assistita: *D'accordo. A presto.*

Dottore: *Hasta luego.*

Dottore: *A presto.*