



INTERNATIONAL MEDICAL  
INTERPRETERS ASSOCIATION  
Leading the advancement of professional interpreters



# STANDARD PROFESSIONALI PER L'INTERPRETARIATO CLINICO

---

A cura di:  
*International Medical Interpreters Association*  
&  
*Education Development Center*

Adottato nell' Ottobre 1995. *International Medical Interpreters Association.*

Copyright © 2011, 2007, 1998, 1997, 1996,

*International Medical Interpreters Association, ora International Medical Interpreters Association & Education Development Center, Inc.*

Tutti i diritti riservati.

## Condizioni generali

E' assolutamente vietata la riproduzione, l'acquisizione, la registrazione e la trasmissione del presente documento, sotto qualsiasi forma ed attraverso qualsiasi mezzo, sia elettronico che meccanico, a meno che non venga fornita la relativa autorizzazione da parte degli autori. Una deroga a quanto sopra può essere applicabile nel caso in cui tale riproduzione, acquisizione, registrazione o trasmissione sia necessaria per comunicazioni con gli autori del presente documento.

Le attività alla base di questa pubblicazione sono state svolte con il sostegno di IMIA (*International Medical Interpreters Association*) e del *Department of Education, Fund for the Improvement of Postsecondary Education*. Le opinioni qui espresse non riflettono necessariamente la posizione né hanno ricevuto l'approvazione ufficiale del *Department of Education*.

Gli Standard Professionali sono disponibili gratuitamente on-line su:

<http://www.imiaweb.org/standards/standards.asp>

Per ordinarne copie cartacee in lingua inglese, andare su: <http://www.imiaweb.org/store/default.asp>

Per ulteriori informazioni su IMIA si prega visitare: [www.imiaweb.org](http://www.imiaweb.org)

International Medical Interpreters Association

800 Washington Street, Box 271

Boston, MA 02111-1845

E-mail: [info@imiaweb.org](mailto:info@imiaweb.org)

*A Raquel Cashman,  
Amica e collega, il cui esempio di straordinarietà,  
giustizia ed armonia ha guidato questo lavoro.*

## Indice

Ringraziamenti .....	6
Prefazione.....	7
Prefazione all'edizione dell'ottobre 1998.....	8
Prefazione all'edizione italiana, dicembre 2011 .....	10
Introduzione .....	13
Nascita e sviluppo degli Standard.....	14
Gli Standard Professionali .....	15
A. Interpretariato.....	16
B. Interfaccia culturale .....	18
C. Deontologia professionale .....	20
Usi possibili.....	21
Uno sguardo al futuro.....	22
Standard Professionali per l'Interpretariato Clinico .....	23
Metodo di valutazione .....	23
<b>Ruolo A: Interpretariato.....</b>	<b>24</b>
A-1 Presentarsi e spiegare il proprio ruolo .....	24
Ruolo A: Interpretariato.....	26
A-2 Gestire la configurazione spaziale tra parlanti al fine di massimizzare la facilità e la chiarezza della comunicazione. ....	26
Ruolo A: Interpretariato.....	27
A-3 Rispettare il registro linguistico e lo stile del parlante.....	27
Ruolo A: Interpretariato.....	28
A-4 Prendere in considerazione l'esigenza del paziente di sentirsi a proprio agio in presenza dell'interprete, situazione che potrebbe essere compromessa da fattori quali età, sesso ed altre potenziali situazioni che potrebbero creare disagio. ....	28
Ruolo A: Interpretariato.....	29
A-5 Scegliere la tecnica di interpretariato più adeguata (consecutiva, simultanea, traduzione a vista; uso di prima o terza persona) .....	29
Ruolo A: Interpretariato.....	30
A-6 Trasmettere le informazioni tra paziente e personale clinico in modo accurato. ....	30
Ruolo A: Interpretariato.....	31
A-7 Incoraggiare la comunicazione diretta tra paziente e operatore sanitario.....	31
Ruolo A: Interpretariato.....	32
A-8 Accertarsi che l'ascoltatore comprenda il messaggio.....	32
Ruolo A: Interpretariato.....	33
A-9 Accertarsi di aver compreso il messaggio da trasmettere.....	33
Ruolo A: Interpretariato.....	34

A-10 Gestire il flusso della comunicazione al fine di garantire accuratezza e completezza e creare un'interazione tra operatore sanitario e paziente.....	34
Ruolo A: Interpretariato.....	35
A-11 Gestire le dinamiche dell'interazione triadica.....	35
Ruolo A: Interpretariato.....	36
A-12 Gestire eventuali conflitti personali interiori .....	36
Ruolo A: Interpretariato.....	37
A-13 Gestire eventuali scontri tra operatore sanitario e paziente.....	37
Ruolo A: Interpretariato.....	38
A-14 Accertarsi che la propria traduzione sia stata resa correttamente e correggere i propri errori.....	38
Ruolo A: Interpretariato.....	39
A-15 Collaborare con l'operatore sanitario durante la fase conclusiva del colloquio. ....	39
Ruolo A: Interpretariato.....	40
A-16 Assicurarsi che le perplessità espresse durante o dopo il colloquio siano prese in considerazione e riferite a chi di competenza.....	40
Ruolo A: Interpretariato.....	41
A-17 Compila la documentazione relativa al lavoro svolto.....	41
Ruolo A: Interpretariato.....	42
A-18 Follow-up al di fuori del colloquio triadico.....	42
<b>Ruolo B: Interfaccia Culturale</b> .....	43
B-1 Comportarsi in maniera adeguata alla cultura dei parlanti.....	43
Ruolo B: Interfaccia Culturale .....	44
B-2 Riconoscere e affrontare tematiche che richiedono un approfondimento interculturale al fine di garantire una comprensione accurata e completa. ....	44
<b>Ruolo C: Deontologia Professionale</b> .....	45
C-1 Rispettare la riservatezza.....	45
Ruolo C: Deontologia Professionale.....	46
C-2 Precisione e completezza della traduzione.....	46
Ruolo C: Deontologia Professionale.....	47
C-3 Mantenere l'imparzialità.....	47
Ruolo C: Deontologia Professionale.....	48
C-4 Rispettare la privacy del paziente. ....	48
Ruolo C: Deontologia Professionale.....	49
C-5 Rispettare le distanze professionali.....	49
Ruolo C: Deontologia Professionale.....	50
C-6 Mantenere l'integrità professionale. ....	50
Ruolo C: Deontologia Professionale.....	51
C-7 Affrontare situazioni discriminatorie. ....	51
Note bibliografiche .....	52

## Ringraziamenti

### Sotto-commissione per gli Standard Professionali

Margarita Battle - Coordinatrice dei Servizi di Interpretariato, *Massachusetts General Hospital*

Eduardo Berinstein - Responsabile dei Servizi di Interpretariato, *Children's Hospital*

Raquel Cashman – Ex- Direttrice dei Servizi di Interpretariato, *Boston City Hospital*

Jane Crandall - Coordinatrice dei Servizi di Interpretariato, *Beth Israel Hospital*

Maria Durham - Responsabile dei Servizi di Interpretariato, *University of Massachusetts Medical Center*

María-Paz Beltrán Avery – Responsabile del Progetto di Formazione Interpreti Clinici, *Education Development Center*

### Partecipanti al metodo DACUM

Margarita Battle - *Massachusetts General Hospital*

Eduardo Berinstein - *Children's Hospital*

Alm Raa Chhan – Interprete clinica libera professionista

Jane Crandall - *Beth Israel Hospital*

Maria Durham - *University of Massachusetts Medical Center*

Gregory Figaro – Interprete clinico libero professionista

Carla Fogaren - *Good Samaritan Medical Center*

Alicia D. Hart - *Brigham and Women's Hospital*

Tot Nguyen – Interprete clinica libera professionista

Saly Pin-Riebe – *Department of Mental Health, Programma di Assistenza Profughi*

Margarita Restrepo - *Beth Israel Hospital*

Raquel Santander-Nelson – Interprete clinica libera professionista

Joyce Malyn-Smith - *Education Development Center, Esperta DACUM*

## Prefazione

L'*International Medical Interpreters Association* (IMIA) è fiera di aver compiuto un'impresa pionieristica nel campo dell'interpretariato clinico. Gli "Standard professionali per l'interpretariato clinico" sono stati il primo documento nel settore e rappresentano tuttora uno strumento cruciale per la valutazione e la definizione delle competenze per gli interpreti professionisti negli Stati Uniti, dando anche la possibilità di definire i livelli fondamentali delle prestazioni professionali ed i requisiti che un valido interprete deve possedere. Gli Standard sono stati sviluppati utilizzando il sistema DACUM dell'*Education Development Center*, un metodo valido e riconosciuto per l'analisi delle professioni tecniche e libero-professionistiche, istituito con l'intento di creare le basi necessarie alla realizzazione di un processo di certificazione per gli interpreti clinici ed adottato a livello nazionale in occasione della 4° edizione della Conferenza dell'US National Working Group tenutasi a Seattle dal 17 al 19 maggio 1998. Dopo tale data, il metodo DACUM ha cominciato ad essere utilizzato non solo negli Stati Uniti ma anche all'estero. Successivamente alla creazione degli Standard Professionali per l'Interpretariato Clinico, sono sorti altri codici professionali, quali: *American Society for Testing and Materials (ASTM) Standards* nel 2001; *California Healthcare Interpreters Association (CHIA) Standards* nel 2002; *National Council for Interpreting in Health Care (NCIHC) Standards* nel 2005. Ognuno di questi documenti, seppur con un approccio diverso, ha contribuito ad approfondire la conoscenza degli aspetti professionali di questo mestiere.

Il presente documento è un'occasione per diffondere, mettere in pratica e consolidare gli standard così sviluppati, al fine di uniformare i livelli di qualità dell'interpretariato clinico nei vari Paesi. IMIA ha recentemente rilevato che, sebbene i propri standard costituiscano lo strumento di valutazione più accreditato, parecchi interpreti clinici non ne hanno ancora piena consapevolezza ed, in molti casi, le relative prestazioni professionali non sono mai state valutate attraverso questo strumento. Al contrario, i presenti standard vengono già utilizzati da molti enti di formazione come strumento didattico, motivo in più per cercare di promuoverli maggiormente nel mondo della formazione. I seminari svolti per informare, sia gli interpreti sia chi si occupa di formazione, su questo strumento e su come utilizzarlo per la valutazione delle prestazioni, rappresentano un momento d'incontro sicuramente utile per la professione.

IMIA si prefigge di realizzare la più ampia collaborazione sia con le organizzazioni che si occupano di formazione che con quelle che offrono o utilizzano servizi di interpretariato clinico, al fine di mettere in pratica i criteri descritti in questo documento. IMIA è sempre ben lieta di ricevere il riscontro ed il parere di chi adopera regolarmente i presenti standard professionali.

In passato gli ostacoli principali alla divulgazione degli standard erano riconducibili ai costi ed alla difficoltà di reperimento. Per questo motivo, nel 2006, il Consiglio Direttivo di IMIA ha votato a favore della diffusione di questo documento in formato pdf in maniera gratuita. La divulgazione del presente documento di certo può segnare un punto a favore del rispetto dei criteri qui evidenziati e della sicurezza del paziente. E' in quest'ottica che IMIA presenta il documento agli interpreti medici professionisti ed agli esperti del settore. Per facilitarne la trasmissione, è in corso la traduzione degli Standard in varie lingue.

Izabel S. Arocha, M.Ed.  
Direttore Esecutivo IMIA  
27 Aprile 2011

## Prefazione all'edizione dell'ottobre 1998

Da quando sono stati adottati per la prima volta nel 1995, gli standard professionali per l'interpretariato clinico hanno ricevuto parecchi riconoscimenti a livello nazionale e internazionale. Nel maggio 1998 l'NCIHC (National Council on Interpretation in Health Care, ossia il *Consiglio Nazionale per l'Interpretariato in Ambito Sanitario*), congiuntamente ad un gruppo formato da vari attori, quali interpreti, responsabili di servizi di interpretariato, agenzie di interpretariato, educatori, esperti di formazione ed altre figure impegnate nella promozione dell'interpretariato clinico professionale per assicurare un equo accesso a servizi sanitari di qualità, dichiarava quanto segue:

Il National Council on Interpretation in Health Care ha preso visione degli standard professionali per l'interpretariato clinico ed ha votato a favore dell'utilizzo di tale documento, in quanto miglior atto ufficiale oggi disponibile per gli interpreti clinici. NCIHC si congratula con l'IMIA e con l'Education Development Center, Inc., coautori del documento, per i loro apprezzabili sforzi, ed esorta altre organizzazioni ad offrire il proprio contributo con l'obiettivo di rendere possibile l'ulteriore sviluppo di questo lavoro.

Il riscontro più significativo, che abbiamo peraltro ricevuto frequentemente, è che il nostro documento propone un quadro completo e coerente degli obiettivi e dei requisiti riguardanti questa tipologia di lavoro e che stabilisce importanti parametri per il miglioramento delle prestazioni professionali a disposizione delle istituzioni. Inoltre gli standard forniscono una base per lo sviluppo dei metodi di valutazione e autovalutazione del rendimento. Molti responsabili di servizi di interpretariato consegnano una copia del codice ai nuovi assunti e ai collaboratori esterni utilizzati dalla propria struttura come base per lo svolgimento delle attività professionali. Il documento si è dimostrato utile anche per facilitare gli operatori sanitari a lavorare in presenza di un interprete.

Vorrei rendere pubblico il nostro ringraziamento ad alcuni colleghi che hanno svolto un ruolo chiave nel raggiungimento di importanti traguardi. L'idea di stilare standard professionali per questa professione, all'epoca emergente, è inizialmente venuta, ormai qualche tempo fa, alla nostra stimata ed amata collega Raquel Cashman, un'antesignana in questo campo, che propose di istituire una Commissione per gli Standard Professionali. La prematura scomparsa di Raquel, avvenuta prima che fosse completata la redazione finale degli standard, ci ha profondamente addolorato. E' stato sotto la presidenza di Maria Durham che IMIA ha ufficializzato l'approvazione degli standard. Maria ha fortemente sostenuto la divulgazione del documento e si è impegnata attivamente affinché le istituzioni più importanti, gli ospedali,

---

## STANDARD PROFESSIONALI PER L'INTERPRETARIATO CLINICO

i dipartimenti della sanità, e tutti gli organi sanitari accreditati, prestassero seriamente attenzione ai criteri stabiliti con questi standard. Personalmente, nella Commissione per gli Standard Professionali, ho avuto il piacere di lavorare a stretto contatto con un gruppo di persone realmente impegnate ed affiatate: Raquel Cashman, Maria Durham, Margarita Battle, Jane Crandall Kontrimas ed Eduardo Berinstein. A volte ci è persino capitato di dubitare che saremmo stati in grado di concordare anche su un solo punto, ma i risultati parlano da soli. E' stato durante la presidenza di John Nickrosz in IMIA che gli standard professionali per l'interpretariato clinico sono stati ufficialmente approvati dal National Council on Interpretation in Health Care.

Infine desidero ringraziare tutti coloro i quali, negli Stati Uniti ed in tante altre parti del mondo, hanno trovato il tempo e il desiderio di unirsi a noi in questo sforzo. Tanti, troppi, per essere citati nel presente lavoro. Sono però sicura che ciascuno di loro comprenderà e si riconoscerà in questo ringraziamento. Il loro apporto costruttivo ha dato un enorme contributo a questo lavoro. Speriamo di proseguire questa nostra avventura avendoli sempre al nostro fianco e ci auguriamo di trovare altri che vorranno contribuire a portare in alto i nostri ideali.

María-Paz Beltrán Avery, PhD  
Education Development Center, Inc.  
Ottobre 1998

## Prefazione all'edizione italiana, dicembre 2011

“Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali”. Questo quanto recita l'articolo 3 della Costituzione della Repubblica Italiana. Senza distinzione... di lingua!

Chiunque frequenti a vario titolo un ospedale sa bene che, nella stragrande maggioranza dei casi, questa distinzione, purtroppo, esiste. Pazienti stranieri che attendono nelle corsie ignari di ciò che li attende, immigrati in fila per ore ad un pronto soccorso senza sapere a chi rivolgersi, partorienti non in grado di comunicare il proprio dolore al personale sanitario, uomini e donne che si sottopongono ad esami diagnostici senza poter spiegare la presenza di eventuali allergie a mezzi di contrasto e che pertanto potrebbero mettere a rischio la propria vita, non sono che alcuni tra i tanti esempi dei disagi in cui incorre un'ampia fascia della popolazione la cui lingua madre non è l'italiano.

Se una delle più importanti prescrizioni della legge fondamentale dello Stato italiano è nella sostanza, purtroppo, inapplicata, ciò è dovuto a vari fattori, il principale dei quali è probabilmente lo sforzo economico che richiede, per un ospedale, l'istituzione di un dipartimento per i servizi linguistici, o il ricorso a interpreti o mediatori culturali esterni, o l'utilizzo di servizi di interpretariato remoto (telefonico e/o video). Eppure il reperimento dei fondi troverebbe giustificazione nel prosieguo del medesimo articolo della Costituzione: “È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese”.

E' compito della Repubblica. E quale sarebbe il modo più ovvio, per una repubblica, se non quello di promulgare una legge con la quale le strutture sanitarie siano obbligate a prevedere la fornitura del supporto linguistico ai pazienti che ne avessero la necessità?

Certamente, in ogni caso, non basta una norma di legge a superare un ostacolo, se poi manca la capacità o la volontà degli amministratori di preoccuparsi delle minoranze non tutelate. In alcune realtà, però, qualche sforzo comincia ad emergere, ed in alcune strutture ospedaliere si comincia a prestare attenzione al superamento delle barriere linguistiche che impediscono la corretta comunicazione tra personale sanitario e paziente. Al limite, stupisce come le amministrazioni locali (soprattutto quelle regionali, dato che la spesa sanitaria fa capo ad esse) non impongano alle strutture sanitarie di fornire supporto linguistico ai pazienti con limitate capacità espressive o comprensive in italiano, dato che una comunicazione efficace contribuisce a ridurre i rischi e di conseguenza la spesa sanitaria.

“E’ compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli”. Dunque, una volta che le amministrazioni regionali avvertono di far parte di questa repubblica, il gioco è fatto. Tema non indifferente, data la rilevanza delle Regioni in materia di gestione della spesa sanitaria.

Sebbene tale osservazione, prettamente legata a motivi economici, rivesta la sua importanza, in quanto chiunque è consapevole del fatto che un’amministrazione pubblica non può fare a meno di tenere nel debito conto le implicazioni finanziarie, essa non deve tuttavia indurci a dimenticare l’importanza ed il valore del profondo dovere etico che dovrebbe imporre a chiunque di rispettare le esigenze del paziente straniero, mettendolo in condizioni di parità rispetto ad un paziente italiano.

Per anni, negli Stati Uniti, IMIA si è impegnata a sensibilizzare la politica e l’amministrazione pubblica al riguardo. Anche la legislazione in vigore in USA, infatti, vieta “qualsiasi forma di discriminazione che, per motivi legati a razza, colore, sesso e/o nazionalità, possa provocare l’esclusione di un individuo dalla partecipazione a programmi o attività che ricevono finanziamenti federali o la negazione dei relativi vantaggi”. Ed oggi, infatti, nella maggior parte degli Stati facenti parte della federazione, gli ospedali sono obbligati ad affiancare un interprete al paziente la cui lingua madre non è l’inglese. Che questo comporti un impegno economico enorme è ancor più evidente se si pensa che la percentuale di coloro la cui lingua madre non è l’inglese equivale a circa l’8% della popolazione statunitense, circa 25 milioni di persone.

Negli USA la maggior parte degli ospedali ha un proprio dipartimento di servizi linguistici, con decine di interpreti alle proprie dipendenze. Ciascuna struttura sanitaria decide, in maniera autonoma, di affiancare un’interprete al paziente, sapendo che la compagnia assicurativa che si fa carico delle spese cliniche del paziente provvederà a rimborsarne il relativo costo, pena sanzioni anche severe.

Certamente, anche negli Stati Uniti questo traguardo non è stato raggiunto facilmente, ed anzi è un processo ancora in fase di definizione, fondamentalmente per via del fatto che la disposizione di legge non è federale ma varia da stato a stato. Tuttavia il sentiero è ormai aperto, e ciò di cui si discute oggi è non tanto se prevedere o meno la presenza dell’interprete, quanto altre tematiche ad essa legate, quali: la percentuale minima di abitanti non anglofoni per i quali la relativa comunità deve prevedere il supporto linguistico, le condizioni contrattuali degli interpreti clinici, ecc.

In Italia, nel complesso, eccezion fatta per alcune punte di diamante, la situazione è ben lungi dal vedere realizzate quelle condizioni che negli Stati Uniti sono ormai prassi e che contribuiscono alla qualità del livello assistenziale.

A tal proposito, è doveroso sottolineare che l’edizione italiana dei presenti Standard Professionali differisce, in alcuni passaggi, dal testo originale in inglese, per via di adattamenti contestuali che si sono resi necessari, e senza i quali ne avrebbero sofferto vuoi il significato vuoi le intenzioni.

## STANDARD PROFESSIONALI PER L'INTERPRETARIATO CLINICO

Altro elemento di cui tener conto nella presente edizione italiana è l'utilizzo del termine "interprete clinico": tale ruolo infatti non è stato ancora ufficialmente riconosciuto da alcuna associazione di categoria e si trova sospeso in un'area grigia nella quale non è ancora ben chiaro se questa tipologia di professionisti appartenga più alla categoria degli interpreti (la cui formazione comporta un percorso di livello universitario almeno triennale durante il quale si apprendono le varie tecniche di traduzione ed il cui ruolo è quello di essere il più "invisibile" possibile nell'interazione al fine di garantire imparzialità e precisione) o a quella dei mediatori culturali (il cui ruolo è anche quello di assistere lo straniero in campi che esulano dalla traduzione, offrendo anche un supporto logistico e consultivo, a scapito della padronanza delle tecniche di interpretariato, ed il cui percorso formativo non è ancora ben definito a livello nazionale con requisiti che variano da regione a regione, alcune delle quali prevedono il rilascio del titolo a fronte di poche centinaia di ore di formazione).

La presente pubblicazione intende essere un piccolo contributo nell'oceano di misure ancora da realizzare affinché si possa giungere ad un livello assistenziale dignitoso per i pazienti stranieri che vivono nel "Bel Paese" o vi si trovino a passare in un momento di bisogno. Tuttavia ci si auspica che, per quanto piccolo, ogni tentativo possa condurre ad un successo strepitoso, talvolta persino inaspettato.

La civiltà di una nazione è fatta anche di questo.

Maurizio Di Fresco,  
Consigliere d'Amministrazione IMIA,  
Rappresentante Sezione Italiana IMIA  
Dicembre 2011

## Introduzione

La funzione principale dell'interprete clinico è quella di rendere possibile la comunicazione tra un operatore sanitario e un paziente che parlano due lingue diverse. Il ruolo dell'interprete è di garantire che gli obiettivi del colloquio clinico vengano raggiunti. La presenza dell'interprete facilita l'incontro tra personale sanitario e pazienti, rendendo possibile una comunicazione quanto più diretta possibile fra le parti.

Negli incontri tra operatore sanitario e paziente che non parlano la stessa lingua, la presenza di un terzo soggetto il cui ruolo sia quello di garantire la comunicazione è una pratica ormai non più nuova. Tuttavia permane ancora poca chiarezza circa il concetto di comunicazione mediata da un interprete. Uno degli errori più comuni è quello di pensare che chiunque sia dotato di capacità bi-linguistiche a qualsiasi livello sia certamente in grado di fare da interprete. Ecco perché è frequente assistere a scene in cui bambini, familiari o persone di supporto, come ad esempio preti, tutori o personale di servizio, si improvvisano a tradurre una conversazione di carattere clinico. Sebbene la scioltezza in entrambe le lingue sia ovviamente un requisito necessario, essa non è tuttavia sufficiente per rendere interprete chi possiede tale capacità. Come se ciò non bastasse, l'interprete professionista deve anche essere capace di convertire il messaggio da una lingua verso l'altra tenendo conto dei contenuti sociolinguistici utilizzati e necessari.

Un altro falso concetto è quello che la comunicazione in campo medico sia relativamente semplice poiché si basa per lo più su informazioni scientifiche ed oggettive, e che i rimanenti contenuti possano essere espressi a gesti (De Jongh, 1992). In realtà qualunque colloquio di carattere clinico è intensamente imperniato sul linguaggio per la maggior parte delle informazioni che esso contiene.

Le suddette miscredenze vengono ulteriormente aggravate dal fatto che i soggetti che richiedono la traduzione non possono verificarne la qualità. Né il paziente né il personale clinico possono controllare la precisione e la completezza della traduzione, per via della mancanza di competenze nella lingua non propria. Per i parlanti non vi è modo di sapere se nel messaggio tradotto vi siano state omissioni, aggiunte, parti distorte o intuitive, opinioni personali dell'interprete o altri elementi che possano seriamente pregiudicare la comunicazione.

E' per questi motivi che gli standard professionali per l'interpretariato clinico sono di fondamentale importanza. Essi definiscono i parametri basilari rivolti sia a chi svolge il ruolo di interprete clinico che a coloro che si avvalgono di tale servizio. Forniscono uno strumento valido affinché ogni singolo interprete possa valutare la qualità della propria prestazione professionale e stabiliscono i criteri per la certificazione e/o per l'accesso alla professione, ponendo un tassello utile al raggiungimento della qualità e dell'efficacia delle prestazioni.

## Nascita e sviluppo degli Standard

Gli standard professionali illustrati di seguito sono stati sviluppati per mezzo del processo DACUM, un metodo comunemente adottato per elaborare curriculum. Il processo DACUM non è altro che un metodo che, attraverso la costituzione di gruppi variegati di lavoratori con una certa esperienza in un particolare settore, permette di analizzare ruoli di natura professionale e tecnica, tramite le descrizioni fatte da tali gruppi circa le mansioni ed i requisiti richiesti dal proprio lavoro, nonché i comportamenti, le competenze e gli strumenti specifici necessari per svolgere al meglio tali mansioni.

Per formulare i qui presenti Standard, è stato creato un team composto di dodici esperti di interpretariato clinico, tutti membri dell'IMIA, che hanno partecipato ad un workshop di due giorni sotto la guida di un esperto DACUM, al fine di tratteggiare le peculiarità dell'universo dell'interpretariato clinico, ivi comprese le mansioni, le responsabilità ed i compiti previsti dai rispettivi ruoli. Del gruppo facevano parte coordinatori di servizi d'interpretariato, interpreti dipendenti e interpreti liberi professionisti, afferenti a sei gruppi linguistici. Ciascuno aveva avuto almeno tre anni esperienza retribuita presso importanti ospedali universitari, ospedali locali e/o altre strutture sanitarie.

I dati raccolti coprono un'ampia gamma di compiti che riflettono i diversi ruoli ricoperti dai componenti del gruppo. Oltre ai compiti specifici direttamente legati all'atto interpretativo, le mansioni identificate includevano anche compiti di natura generale, quali l'educazione degli utenti sull'utilizzo del servizio, l'impostazione dei sistemi audio e le modalità di pagamento dei servizi resi. Sulla base di tali dati, la Sottocommissione sugli Standard Professionali ha poi elaborato gli standard qui illustrati basandosi solamente sulle competenze specifiche richieste dall'atto interpretativo.

Nell'elaborare gli standard, la sottocommissione ha dovuto affrontare una sfida notevole, ossia quella di stabilire un modello che avesse quale obiettivo l'eccellenza del servizio di interpretariato tramite la precisione e la completezza della traduzione, pur riuscendo a soddisfare al contempo la domanda immediata e pressante di disponibilità di interpreti anche per quei gruppi linguistici in cui vi è un numero limitato di professionisti in possesso delle competenze necessarie. Tale sfida è stata superata grazie alla distinzione sapientemente fatta tra due tipi di competenze: capacità linguistiche e abilità interpretative. Fatta tale distinzione, è stato poi possibile concettualizzare e definire una serie di competenze non linguistiche a cui l'interprete può ricorrere in modo strategico per assicurare precisione e completezza della traduzione e, allo stesso tempo, soddisfare diversi livelli di competenza linguistica.

Infatti, ad un estremo dell'arco linguistico, vi sono quegli interpreti la cui padronanza delle due lingue e la comprensione del contenuto fa sì che essi non debbano quasi mai interrompere gli interlocutori per riuscire a tenere a mente i contenuti da tradurre o per chiedere chiarimenti, e la cui conoscenza delle varianti linguistiche è talmente approfondita che essi non siano mai costretti a indugiare, rallentare o fare pause per trovare l'espressione più appropriata. Tuttavia all'altro estremo vi sono anche interpreti la cui comprensione e varietà di espressione sono più imitate. Ebbene, anche quest'ultima categoria di interpreti può riuscire a garantire una resa accurata e completa, facendo ricorso a competenze supplementari, quali la capacità di chiedere chiarimenti, l'abilità di gestire il flusso comunicativo e la consapevolezza dei propri limiti.

## Gli Standard Professionali

Gli Standard Professionali per l'Interpretariato Clinico si basano sulla premessa che il compito principale di un interprete è... interpretare, ossia trasformare un messaggio espresso in una lingua di partenza in un messaggio equivalente nella lingua di arrivo in maniera tale che il messaggio interpretato abbia la capacità di ottenere la stessa risposta che susciterebbe in colui che ascolta il messaggio originale (Seleskovitch, 1978; Cokely, 1988; Downing e Swabey, 1992). Ciò richiede non solo che l'interprete abbia una buona padronanza delle lingue di partenza e d'arrivo, ma che abbia anche competenze e conoscenze di base per poter comprendere prontamente il messaggio nella lingua di partenza e convertirlo altrettanto rapidamente nella lingua di arrivo.

Quando il personale sanitario ed il paziente si accontentano che avvenga una semplice conversione linguistica, il ruolo dell'interprete può semplicemente limitarsi ad effettuare tale mera conversione.

Gli standard professionali tuttavia vanno ben oltre le competenze richieste dalla conversione linguistica, e riconoscono appieno le complessità dell'interpretazione e del colloquio medico. L'interazione clinica è un processo altamente interattivo in cui la lingua viene anche utilizzata come strumento potentissimo per comprendere, valutare e diagnosticare sintomi (Woloshin et al., 1995) e per scambiare informazioni e istruzioni. L'interprete, quindi, non può limitarsi ad essere una "macchina traduttrice" ma deve anche sapere come interloquire in modo efficace ed efficiente con operatore e paziente cogliendo le sfumature ed i contenuti socio-culturali reconditi che sono radicati nelle rispettive lingue, prestando molta attenzione ad evitare le pericolosissime conseguenze derivanti da una loro omissione.

Gli standard professionali riconoscono inoltre l'importanza dell'interazione clinica nel creare un legame terapeutico tra l'operatore ed il paziente. La creazione di tale relazione diviene particolarmente difficile quando le parti non possono comunicare direttamente, e diventa ancora più complessa quando sono coinvolte culture diverse. La professionalità dell'interprete può contribuire a superare tali barriere, facendo sì che, piuttosto che limitarsi soltanto agli aspetti prettamente linguistici della comunicazione, si presti la dovuta attenzione anche a quelli extra-linguistici.

Gli Standard Professionali per l'Interpretariato Clinico sono divisi in tre aree: interpretariato (1), interfaccia culturale (2), deontologia professionale (3). I capitoli che seguono descrivono brevemente queste tre aree.

## A. Interpretariato

Come accennato in precedenza, il compito principale dell'interprete è di interpretare, ovvero convertire un messaggio da una lingua di partenza in un messaggio equivalente nella lingua d'arrivo in modo tale che il destinatario del messaggio possa rispondere come se l'avesse ascoltato nella lingua d'origine (Seleskovitch, 1978; Cokely, 1988; Downing e Swabey, 1992). Precisione e completezza dell'interpretazione sono dunque le due componenti principali della professionalità dell'interprete.

Tuttavia vi sono altre competenze complementari che un interprete deve possedere, sebbene non sia necessario dovervi ricorrere in ogni mediazione linguistica. I presenti standard professionali trattano sia delle competenze prettamente linguistiche che di quelle complementari. Le competenze descritte in questa sezione ruotano intorno a cinque sotto-compiti:

- 1) **Creazione del contesto.** Il ruolo dell'interprete clinico è ancora nuovo e quasi del tutto sconosciuto in ambito medico. E' quindi importante che, all'inizio dell'interazione triadica (operatore/paziente/interprete), l'interprete stabilisca chiaramente le aspettative derivanti dalla propria presenza, sottolineando in particolare gli elementi relativi alla precisione, alla completezza ed alla segretezza. E' anche importante, nelle fasi iniziali dell'incontro, che l'interprete gestisca aspetti quali la disposizione spaziale delle parti, la soluzione di eventuali incertezze da parte del paziente o dell'operatore in merito alla presenza di un interprete, e la valutazione del registro linguistico del paziente, tenendo sempre bene in mente che l'obiettivo principale è quello di stabilire una relazione quanto più diretta possibile tra operatore sanitario e paziente.
- 2) **Interpretariato.** Il compito basilare dell'interprete è trasmettere le informazioni in modo accurato e completo. Egli ha quindi un duplice impegno: (1) comprendere appieno il messaggio nella lingua di partenza, e 2) mantenere gli elementi essenziali della comunicazione nella loro conversione nella lingua d'arrivo. Gli interpreti con una competenza linguistica (in termini di ampiezza e dettaglio) molto elevata in entrambe le lingue e con una conoscenza molto approfondita della materia saranno maggiormente capaci di passare da una lingua all'altra senza bisogno di chiedere chiarimenti. Interpreti con una competenza linguistica più limitata possono adoperare strategie adeguate per accertarsi non solo di avere capito il messaggio prima di convertirlo, ma anche che tutte le informazioni rilevanti siano trasmesse.
- 3) **Gestione del flusso comunicativo.** Al fine di garantire precisione e completezza, l'interprete deve essere capace di gestire il flusso comunicativo affinché non siano omesse o modificate informazioni importanti. L'interprete può anche trovarsi nella situazione di dovere gestire le dinamiche dell'interazione interpersonale tra l'operatore e il paziente in casi di tensione o conflitto. Il ruolo dell'interprete esula, però, dall'assumersi responsabilità delle azioni di una o entrambe le parti, e consiste piuttosto nel contribuire all'instaurarsi di un processo comunicativo che permetta ai parlanti di risolvere la questione in maniera autonoma.

- 4) **Gestione della relazione triadica.** L'introduzione di una parte terza nell'interazione medica genera dinamiche tipiche delle interazioni triadiche. Una caratteristica primaria di una siffatta interazione rispetto ad una a in cui le parti coinvolte siano solamente due è la possibilità che si instaurino eventuali forme di alleanze tra due delle tre parti coinvolte. Poiché l'interprete è la parte con cui sia l'operatore sia il paziente possono relazionarsi in maniera più diretta, entrambe queste due ultime parti tendono generalmente a stabilire una qualche forma di alleanza con l'interprete. Tale atteggiamento si verifica quando uno dei due parlanti esprime i propri commenti rivolgendosi all'interprete e non all'altra parte, o quando si instaura una tipologia di comunicazione basata su espressioni quali "riferisca al paziente che... / riferisca al medico che". In questi casi l'interprete deve incoraggiare le parti a rivolgersi l'un l'altra in maniera diretta, sia per la comunicazione verbale che per quella non-verbale.

Sia l'operatore che il paziente tendono spesso a percepire l'interprete come una proiezione del proprio mondo o di quello dell'altro, piuttosto che una terza parte vera e propria con responsabilità e obblighi propri. Per il paziente, l'istinto di stabilire un'alleanza con l'interprete viene accresciuto dal fatto che il primo tende a percepire che il secondo capisca non solo la sua lingua ma anche la sua cultura. Tale percezione di affinità culturale spesso induce il paziente a comportarsi come se l'interprete fosse un amico pronto a prenderne le difese e curarne gli interessi. D'altro canto l'operatore sanitario può invece percepire l'interprete come una parte del proprio universo e quindi aspettarsi che l'interprete possa e debba svolgere altre funzioni, quali, ad esempio, conoscere l'anamnesi pregressa del paziente. Può anche accadere però che l'operatore sanitario percepisca l'interprete come una proiezione del mondo del paziente, nel qual caso l'operatore sanitario tenderà a sottovalutare l'importanza del ruolo dell'interprete, riducendo la rilevanza del compito svolto da quest'ultimo.

Nello svolgimento di ogni servizio di interpretariato, un interprete professionista deve sempre mirare all'obiettivo di garantire la fornitura di un'assistenza sanitaria di elevata qualità. Nel far ciò l'interprete deve supportare le altre due parti nelle rispettive sfere di competenza: l'operatore sanitario in qualità di esperto con il proprio bagaglio di conoscenze e competenze cliniche, ed il paziente in qualità di esperto dei propri sintomi, con le proprie convinzioni e le proprie esigenze. Ed anche se l'operatore sanitario fornisce pareri competenti e opzioni terapeutiche, la decisione ultima sul percorso terapeutico spetta al paziente. Il ruolo dell'interprete non è quello di avere il controllo della sostanza dei messaggi, ma di gestire il processo comunicativo.

- 5) **Contributo al raggiungimento delle conclusioni.** La responsabilità dell'interprete nei momenti conclusivi dell'interazione clinica consiste anche nello stimolare l'operatore sanitario, ove necessario, a dare al paziente indicazioni che quest'ultimo possa comprendere e di conseguenza facilmente seguire. Ma non solo: il ruolo dell'interprete è anche quello di assicurarsi che il paziente abbia accesso ai servizi necessari (ivi compresa la disponibilità di eventuali ulteriori servizi d'interpretariato) e di promuovere l'autosufficienza del paziente tenendone in debito conto il contesto sociale.

## B. Interfaccia culturale

La lingua non è l'unico elemento su cui si fonda l'interazione tra un operatore sanitario e un paziente che parlano lingue diverse. Il significato intrinseco dei messaggi espressi è fatto anche di principi, valori e preconcetti culturali. Secondo i linguisti Whorf (1978) e Sapir (1956), la lingua è l'espressione di una cultura e del modo in cui una cultura organizza la realtà. L'interprete quindi si fa carico non soltanto di conoscere le parole adoperate, ma anche di comprenderne le idee sottostanti e radicate nella cultura del parlante, il quale attribuisce a tali parole un significato pertinente al contesto in cui esse sono enunciate. Per ben interpretare in ambito clinico è necessario che l'interprete sia consapevole di come le convinzioni intrinseche alla cultura del paziente possono influire sul decorso della malattia, sull'esito della terapia e sulla percezione dello stato di benessere e del trattamento sanitario.

Quando operatore sanitario e paziente condividono idee simili sui concetti medici e sui principi scientifici e positivistici, è probabile che l'interazione si svolga in maniera fluida e senza particolari problemi, come se stessero parlando la stessa lingua. In tali casi l'interprete si limita a tradurre da un sistema linguistico ad un altro e i diversi strati di significato vengono compresi automaticamente, istintivamente, dagli interlocutori.

Man mano che aumentano le differenze culturali tra operatore sanitario e paziente, con il conseguente divergere delle relative idee e dei relativi presupposti, l'interpretazione letterale diventa sempre più inadeguata e persino potenzialmente rischiosa. In tali casi, per rendere in modo preciso e completo l'intento del messaggio nell'altra lingua, l'interprete può trovarsi nella situazione di dover esprimere sfumature velate o significati non espressamente dichiarati nel discorso. Il ruolo dell'interprete in questo caso è di portare alla luce tali sfumature e di offrire, sia al paziente che all'operatore sanitario, una comprensione più approfondita delle rispettive culture.

Un altro problema rilevante dal punto di vista culturale e linguistico è quando il parlante adopera termini "non traducibili". Le parole "non traducibili" sono concetti per cui non esiste un corrispondente paragonabile nella società della lingua d'arrivo (Seleskovitch, 1978). Ad esempio, il concetto di batterio, un organismo vivente non visibile ad occhio nudo, è un concetto che non ha alcun corrispondente terminologico in molte società rurali e con scarso livello di alfabetizzazione. Per trasmettere un siffatto concetto, l'interprete deve necessariamente ricorrere ad alternative, anche coinvolgendo l'operatore sanitario, per rendere nell'altra lingua le informazioni essenziali all'espressione del concetto.

L'interprete ha pertanto la responsabilità di identificare le situazioni in cui i concetti non condivisi culturalmente possono creare ostacoli alla comprensione o pregiudicare l'equivalenza del messaggio. In tali situazioni il ruolo dell'interprete non è quello di "dare la risposta", ma piuttosto di aiutare sia l'operatore che

## STANDARD PROFESSIONALI PER L'INTERPRETARIATO CLINICO

il paziente ad esplorare l'interfaccia interculturale da cui scaturisce il problema comunicativo. L'interprete deve sempre tener presente che, per quanto approfondita possa essere la propria conoscenza dei valori, delle regole e delle abitudini di una cultura, non si può mai esser certi di comprendere con precisione in quale punto gli altri soggetti si trovano lungo quell'arco che, partendo dalla rigorosa osservanza dei precetti della propria cultura, giunge ad un grado avanzato di consapevolezza della nuova cultura ed all'immedesimazione in tale cultura.

D'altronde gli schemi culturali sono concetti astratti e generalizzati che non possono definire un individuo né prevederne le convinzioni. Essi sono semplicemente ipotesi la cui attendibilità può essere più probabile per chi appartiene ad una particolare cultura rispetto a chi invece ne è estraneo (Avery, 1992).

## C. Deontologia professionale

Almeno in apparenza, il ruolo dell'interprete sembra chiaro e scevro da complicazioni: l'interprete si occupa di convertire un messaggio da una lingua ad un'altra.

Tuttavia l'interprete professionista è consapevole delle enormi complessità di ciò che in apparenza sembra un compito semplice. Infatti anche il più banale colloquio può presentare una serie di problematiche che l'interprete deve saper riconoscere e superare.

Nelle interazioni cliniche linguisticamente mediate, la mera presenza dell'interprete va a modificare le dinamiche specifiche della tipica relazione bidirezionale tra paziente ed operatore sanitario. L'interprete dispone di un indiscusso potere in quanto, durante il colloquio medico, egli è molto spesso l'unico soggetto in grado di comprendere entrambe le lingue.

Come se ciò non bastasse, l'interprete interagisce come un'entità indipendente, con le proprie convinzioni e con i propri sentimenti personali.

In questa situazione, sia paziente che operatore sanitario devono fidarsi che il mediatore linguistico non faccia abuso di tale potere. Devono potere essere sicuri che l'interprete renda fedelmente ciò che deve essere comunicato e che questo messaggio non sia travisato per via di opinioni personali dell'interprete. Devono anche aver fiducia nel fatto che il mediatore linguistico sappia garantire la natura privata e confidenziale del rapporto tra l'operatore clinico e il paziente.

*“Lo scopo di un codice etico è guidare l'interprete nell'esercizio di tale potere”* (Edwards, 1988, p.22). Un codice etico fornisce le direttive e gli standard a cui l'interprete deve attenersi, così da garantire la coerenza dei servizi resi e ridurre l'arbitrarietà delle scelte fatte dall'interprete per risolvere i problemi che possono insorgere (Gonzalez et. al. 1991).

## Usi possibili

I presenti standard professionali possono essere usati per svariati obiettivi e con diverse modalità, di cui si offre qualche esempio di seguito.

### **1. Sviluppo di programmi di formazione.**

Troppo spesso vengono sviluppati programmi di formazione senza tenere nella dovuta considerazione le aspettative relative alla prestazione professionale effettivamente resa. I presenti standard professionali sono stati sviluppati da professionisti con anni di esperienza sul campo, tra cui anche esperti che hanno avuto la responsabilità di gestire programmi di formazione pratica. Grazie alla visione completa delle basilari competenze e conoscenze richieste sul campo, i presenti standard possono essere anche utilizzati come indicatori per porre le fondamenta del corso che si intende programmare e/o dei relativi obiettivi formativi.

### **2. Strumento di valutazione.**

Gli standard professionali possono servire per la valutazione di studenti, tirocinanti e professionisti del settore. Studenti e formatori possono adoperarne gli indicatori per valutare la formazione proposta in contesti accademici o professionali, ma anche per ottenere un feedback costante sulle competenze di cui si deve essere in possesso, sulle aree di cui si ha completa padronanza o su quelle ancora da apprendere o migliorare. I presenti standard permettono di assegnare un valore numerico corrispondente alle competenze richieste, il che ne permette l'utilizzo anche per stabilire se uno studente ha raggiunto il livello di padronanza necessario allo svolgimento del ruolo. Da un punto di vista professionale, gli standard possono essere adoperati sia per valutare il livello di competenza al momento dell'assunzione, sia come strumento di monitoraggio continuo.

L'interprete stesso può adoperare tale modello per auto-valutare il proprio rendimento e le proprie competenze.

### **3. Educazione di operatori sanitari a lavorare con interpreti.**

I presenti standard offrono agli addetti sanitari un quadro complessivo sulle modalità operative dei servizi di interpretariato e su cosa doversi pertanto attendere da un colloquio linguisticamente mediato.

### **4. Certificazione delle competenze.**

Poiché i presenti standard sono una rappresentazione approfondita delle competenze e delle conoscenze che un interprete deve possedere, essi possono teoricamente essere utilizzati per un'eventuale prova pratica di un possibile esame di certificazione. A titolo di esempio, si potrebbe richiedere al candidato di partecipare ad una simulazione in cui viene presentata sia una situazione tipica che una situazione imprevista, basandosi su quanto descritto nel presente documento. Una siffatta simulazione può dimostrare che l'interprete sa applicare le proprie competenze in maniera integrata, in modo tale da sapere affrontare la realtà in modo appropriato e professionale.

## Uno sguardo al futuro

L'interpretariato in ambito sanitario è una professione ancora in fase di sviluppo. I componenti della Sottocommissione sugli Standard Professionali sono consapevoli che il presente documento rappresenta un primo passo in quello che dovrà essere un processo di sviluppo continuo e costante. Ciononostante l'aspettativa è che l'aver stabilito elevati standard professionali in maniera chiara e precisa, congiuntamente all'auspicabile creazione di programmi accademici e di formazione rigorosi, possa apportare un notevole miglioramento della qualità dei servizi di interpretariato in ambito sanitario. Tale miglioramento della qualità indurrà, a sua volta, il raggiungimento di un pieno riconoscimento della professione, con il conseguente sviluppo dello status e del compenso economico del settore, in maniera consona alla delicatezza del ruolo.

Da ciò scaturirà presumibilmente anche lo sviluppo di programmi accademici e di formazione di livello elevato.

# Standard Professionali per l'Interpretariato Clinico

## *Metodo di valutazione*

La scala di valutazione usata per servizi di interpretariato clinico è la Scala Likert, con punteggi da 1 a 5, atti a valutare il livello di qualità percepita.

Nelle tabelle riportate nelle pagine seguenti, la prima colonna contiene la descrizione degli indicatori per valutare le prestazioni professionali dell'interprete clinico. A ciascun indicatore va assegnato un punteggio corrispondente al livello in cui si pone la prestazione professionale, secondo la scala di cui sotto.

### Scala Likert

- 5 Soddisfa completamente e fedelmente le aspettative con totale facilità e naturalezza
- 4 Soddisfa le aspettative, seppur in modo non completamente spontaneo
- 3 Svolge quanto atteso, ma in modo esitante o insicuro
- 2 La prestazione è incostante, con frequenti episodi di scarsa padronanza
- 1 Non è in grado di svolgere il compito; la prestazione denota una totale mancanza di padronanza

## Ruolo A: Interpretariato

### A-1 Presentarsi e spiegare il proprio ruolo

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
<p>A. Ove possibile, l'interprete cerca di incontrarsi con il personale sanitario prima dell'evento da tradurre al fine di apprendere obiettivi dell'incontro e altre informazioni importanti per lo svolgimento del servizio</p>	<p>○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1</p>	<p>A. Non cerca di organizzare un incontro pre-evento neanche quando ciò è facilmente possibile</p>
<p>B. Si presenta e spiega brevemente il proprio ruolo sia al paziente che al personale sanitario, conformandosi alle azioni di seguito specificate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dice il proprio nome</li> <li>• Specifica la lingua di lavoro</li> <li>• Si accerta se, in precedenza, l'operatore clinico e/o il paziente abbiano già partecipato a colloqui mediati da un interprete</li> <li>• Spiega il proprio ruolo, enfatizzando: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ L'obiettivo di assicurare una comunicazione efficace</li> <li>✓ Il dovere di rispettare la privacy</li> <li>✓ L'obiettivo di garantire la precisione e la completezza (ossia il fatto che tutto ciò che viene detto verrà anche trasmesso)</li> <li>✓ L'importanza dell'utilizzo della prima persona, soprattutto quando il clinico e/o il paziente non siano abituati a parlare in presenza di un interprete</li> </ul> </li> <li>• Chiede se vi siano domande circa il ruolo dell'interprete</li> </ul>	<p>○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1</p>	<p>B. Omette di dare una o alcune delle informazioni necessarie</p>

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risponde alle domande</li> </ul>		
<p>C. Nel caso in cui non fosse possibile effettuare un incontro prima dell'evento e/o effettuare le presentazioni di rito, chiede almeno al personale sanitario di specificare brevemente lo scopo dell'incontro ed informa paziente e personale sanitario che l'interprete è tenuto a tradurre tutto quanto viene detto durante l'incontro e che pertanto, qualora una delle due parti intenda non comunicare qualcosa all'altra parte, tale cosa non deve essere detta in presenza dell'interprete</p>	<p>○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1</p>	<p>C. Non soddisfa i requisiti minimi qui specificati</p>
<p>D. Stabilisce e dichiara il ruolo dell'interprete sin dal principio</p>	<p>○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1</p>	<p>D. Non mostra facilità nell'asserire il proprio ruolo</p>
<p>E. Fornisce una presentazione chiara e ben strutturata ad un ritmo adeguato</p>	<p>○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1</p>	<p>E. Fornisce una presentazione confusa con un ritmo inefficace</p>
<p>F. E' in grado di modulare la presentazione in base alla situazione</p>	<p>○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1</p>	<p>F. Non è flessibile alle necessità richieste dalla situazione</p>

## Ruolo A: Interpretariato

### A-2 Gestire la configurazione spaziale tra parlanti al fine di massimizzare la facilità e la chiarezza della comunicazione.

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. Riesce a udire e vedere sia paziente che operatore sanitario durante il colloquio linguisticamente mediato	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Fa fatica a sentire e/o mantenere il contatto visivo con una o entrambe le parti
B. Può essere sia visto/a che udito/a da entrambe le parti	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Il paziente e/o l'operatore sanitario non possono/può vedere e/o sentire l'interprete
C. Dà istruzioni ai partecipanti su dove è opportuno che essi si collochino fisicamente, così da garantire una comunicazione chiara	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. Dispone la configurazione spaziale in maniera che l'interprete sia al centro della comunicazione o che la comunicazione diretta sia comunque compromessa
D. Rispetta la privacy spaziale e visiva del paziente se necessario (es. si pone dietro un'eventuale tendina durante un esame in cui il paziente debba spogliarsi), pur cercando, per quanto possibile, di mantenere il contatto visivo necessario a interpretare il linguaggio sottinteso nelle espressioni del paziente	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	D. Si posiziona in un punto che mette il paziente a disagio, anche quando sia necessaria una certa privacy spaziale e/o visiva

## Ruolo A: Interpretariato

### A-3 Rispettare il registro linguistico e lo stile del parlante.

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. Laddove possibile, parla con il paziente prima dell'incontro da tradurre, al fine di valutarne registro linguistico e stile espressivo (es: dialetti, formalismi, ecc.)	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Non valuta registro linguistico e stile espressivo del paziente
B. Rispetta il registro linguistico e lo stile espressivo della lingua di partenza, trasferendoli nella lingua di arrivo	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Cambia il registro linguistico e lo stile espressivo della lingua di partenza, rendendoli differentemente nella lingua di arrivo

## Ruolo A: Interpretariato

**A-4 Prendere in considerazione l'esigenza del paziente di sentirsi a proprio agio in presenza dell'interprete, situazione che potrebbe essere compromessa da fattori quali età, sesso ed altre potenziali situazioni che potrebbero creare disagio.**

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. Se necessario, cerca di valutare le situazioni che potrebbero creare disagio al paziente (es: sesso o età dell'interprete) e ne discute con il paziente	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Non valuta eventuali situazioni di disagio
B. Comprende il linguaggio del corpo e/o le espressioni che possono indicare disagio e: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cerca di identificare il motivo del disagio</li> <li>• Rassicura il paziente, fornendo spiegazioni sulla propria professionalità e sui principi etici relativi al rispetto della privacy</li> <li>• Spiega la realtà dei fatti (es: può darsi che sia l'unico/a interprete disponibile in quel momento) e cerca di mettere il paziente a proprio agio</li> <li>• Propone eventuali soluzioni alternative per risolvere il disagio</li> </ul>	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Non riesce a riconoscere i segni del disagio

## Ruolo A: Interpretariato

### A-5 Scegliere la tecnica di interpretariato più adeguata (consecutiva, simultanea, traduzione a vista; uso di prima o terza persona)

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. Utilizza la tecnica che, in considerazione dalla situazione specifica, permette sia di garantire la migliore comprensione che di interrompere il meno possibile il flusso del pensiero del parlante	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	A. Non utilizza la tecnica che, in considerazione dalla situazione specifica, permette sia di garantire la migliore comprensione che di interrompere il meno possibile il flusso del pensiero del parlante,
B. Utilizza la tecnica che garantisce quanto più possibile precisione e accuratezza	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	B. Non utilizza la tecnica che garantisce quanto più possibile precisione e accuratezza
C. Se sa interpretare in simultanea, ricorre a tale tecnica quando è importante non interrompere il parlante (es: colloqui con psichiatra, momenti di alta emotività)	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	C. In tali situazioni, non fa ricorso a strategie alternative per garantire una traduzione accurata e completa
D. Riesce a passare da una tecnica all'altra se la situazione lo richiede	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	D. Non riesce a passare da una tecnica all'altra se la situazione lo richiede
E. Se necessario riesce a spiegare, brevemente e senza ostacolare il flusso del discorso, il motivo del passaggio da una tecnica all'altra.	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	E. Non riesce a spiegare il motivo del passaggio da una tecnica all'altra in maniera breve e senza ostacolare il flusso del discorso.
F. Padroneggia le tecniche di interpretariato prescelte	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	F. Non padroneggia le tecniche di interpretariato prescelte

## Ruolo A: Interpretariato

### A-6 Trasmettere le informazioni tra paziente e personale clinico in modo accurato.

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. Trasmette il messaggio in maniera precisa, riformulando nella lingua di arrivo il messaggio espresso dal parlante, in modo che il messaggio espresso nella lingua di arrivo possa potenzialmente indurre la medesima risposta che indurrebbe nella lingua di partenza ascoltando il parlante	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Trasmette il messaggio in maniera imprecisa, così che: 1) il messaggio tradotto nella lingua di arrivo è differente dal messaggio espresso dal parlante; 2) la risposta non è coerente con il messaggio di partenza
B. Trasmette il messaggio in maniera completa (ivi compresi i significati denotativi, connotativi e metaforici, tenendo in considerazione contesto, contenuti, funzione, emozioni e registro del messaggio originale)	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Trasmette il messaggio in modo incompleto e con fraseologia scorretta, così che: 1) mancano preposizioni e/o connessioni; 2) funzione ed emozioni non vengono trasmesse
C. Quando non capisce o non sente una frase, un'informazione o un concetto, chiede al parlante di chiarire o di ripetere la frase	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. Omette, inventa o traduce in modo impreciso un'informazione o un concetto non interamente sentito o non chiaramente compreso
D. Usa in maniera efficace mezzi mnemonici (es: presa di note, visualizzazione, ecc.) per aiutarsi a ricordare informazioni e concetti e ad interpretare correttamente in modo preciso	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	D. Non usa mezzi mnemonici (es: presa di note, visualizzazione, ecc.) per tenere a mente informazioni e concetti necessari per interpretare correttamente
E. Sa spiegare le conseguenze di una traduzione imprecisa	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	E. Non sa spiegare le conseguenze di una traduzione imprecisa

## Ruolo A: Interpretariato

### A-7 Incoraggiare la comunicazione diretta tra paziente e operatore sanitario.

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. Chiede al paziente ed all'operatore sanitario di rivolgersi direttamente al destinatario del messaggio	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Non propone al paziente ed all'operatore sanitario di rivolgersi direttamente al destinatario del messaggio
B. Nel tradurre utilizza preferibilmente la prima persona ("io"), pur passando alla terza persona quando la forma diretta in prima persona potrebbe provocare confusione o quando è inadeguata per motivi culturali	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Non utilizza la prima persona come forma preferenziale
C. Riesce a far sì che il paziente si rivolga direttamente all'operatore sanitario e viceversa	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. Non riesce ad evitare che l'operatore sanitario e/o il paziente parlino rivolgendosi all'interprete
D. Stimola i parlanti che smettono di rivolgersi l'un l'altro a ripristinare la comunicazione diretta reciproca	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	D. Non sprona i parlanti a rivolgersi l'un l'altro, quando la situazione lo richiede

## Ruolo A: Interpretariato

### A-8 Accertarsi che l'ascoltatore comprenda il messaggio.

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. Coglie indizi verbali e non verbali che indicano che l'ascoltatore è confuso o non ha ben compreso il messaggio trasmesso	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Non presta attenzione a eventuali indizi verbali e non verbali che indicano confusione o mancanza di comprensione da parte dell'ascoltatore
B. Valuta l'eventuale esigenza di chiarimenti da parte dell'ascoltatore	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Non valuta l'eventuale esigenza di chiarimenti da parte dell'ascoltatore
C. Se necessario chiede al parlante di spiegare meglio o di ripetere lo stesso concetto con parole diverse	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. Non richiede ulteriori spiegazioni o chiarimenti al parlante

## Ruolo A: Interpretariato

### A-9 Accertarsi di aver compreso il messaggio da trasmettere.

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. Se non sente o non capisce il messaggio, chiede al parlante di ripetere o di chiarire, spiegando che tale richiesta è dovuta alle esigenze di interpretariato	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Ignora e omette le parti di contenuto non udite o non comprese
B. Chiede al parlante di spiegare meglio o di ripetere lo stesso concetto con parole diverse	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Cerca di intuire, senza chiedere chiarimenti, il messaggio che il parlante intende trasmettere e esprime nell'altra lingua la propria interpretazione del concetto
C. Verifica quanto capito, soprattutto in situazioni di possibile ambiguità	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. Non verifica il significato del messaggio

## Ruolo A: Interpretariato

### A-10 Gestire il flusso della comunicazione al fine di garantire accuratezza e completezza e creare un'interazione tra operatore sanitario e paziente.

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. Gestisce i turni del discorso in modo che le parti parlino una per volta (l'interprete può tradurre una sola voce per volta)	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Non fa nulla per gestire i turni del discorso quando la parti parlano contemporaneamente, fino a trovarsi nelle condizioni di non poter più tradurre
B. Chiede al parlante di fare una pausa, quando ciò è necessario per tradurre in modo accurato e completo	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Non prende iniziative per tradurre in modo da garantire l'accuratezza e la completezza del messaggio nella lingua di arrivo
C. Chiede al parlante di fare una pausa, quando ciò è necessario per consentire all'ascoltatore di parlare	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. Non fa in modo che le entrambe parti abbiano la possibilità di parlare
D. Quando chiede al parlante di fare una pausa, lo fa nel modo meno invadente possibile e nella maniera più adeguata alla cultura del parlante	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	D. Interrompe il parlante in modo invadente e in maniera non adeguata alla sua cultura
E. Gestisce la tempistica della propria interpretazione in modo che nessuna delle parti sia, o si senta, esclusa dal ciclo della comunicazione	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	E. Permette l'instaurarsi di scambi comunicativi durante i quali, per un periodo prolungato, una delle parti (il paziente o l'operatore sanitario) non sappia ciò che viene detto dagli altri
F. Specifica chiaramente quando quello che dice è detto di propria iniziativa e non per conto del parlante	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	F. Non specifica quando dice qualcosa di propria iniziativa invece che per conto del parlante

## Ruolo A: Interpretariato

### A-11 Gestire le dinamiche dell'interazione triadica

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. Gestisce il flusso di comunicazione al fine di migliorare la relazione operatore sanitario – paziente	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Non sa gestire il flusso di comunicazione
B. Gestisce le problematiche culturali in modo adeguato	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Fornisce eccessive spiegazioni relative a differenze culturali, oppure, al contrario, le ignora del tutto
C. Se necessario ribadisce il proprio ruolo di interprete	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. Non ribadisce il proprio ruolo di interprete quando necessario
D. Mantiene un basso profilo quando la comunicazione procede in modo efficace e non c'è motivo di intervenire	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	D. E' troppo invadente
E. Tiene sentimenti e opinioni personali al di fuori del colloquio triadico	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	E. Interferisce con il colloquio inserendo sentimenti o opinioni personali
F. Stimola la comunicazione diretta tra paziente e operatore sanitario	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	F. Mette in atto una comunicazione eccessivamente incentrata sulla propria figura
G. Rispetta e favorisce la manifestazione da parte di ciascun parlante del proprio campo di "potere" e della propria competenza (es: considerando il paziente come un esperto del proprio corpo ed il titolare del potere decisionale riguardante sé stesso; considerando l'esperienza e la competenza del medico, che il paziente non ha; considerando la capacità dell'interprete di comprendere entrambe le lingue e di trasferire il messaggio da una lingua all'altra)	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	G. Assume il ruolo del paziente o dell'operatore sanitario (es: dice al paziente cosa fare, modifica o aggiunge sintomi o istruzioni, da consigli medici, ecc.)

## Ruolo A: Interpretariato

### A-12 Gestire eventuali conflitti personali interiori

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. Riesce a riconoscere eventuali valori o convinzioni personali che potrebbero creare remore interiori e ne discute con gli interessati	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Non è consapevole di eventuali problematiche che possano creare remore interiori e/o non le esplicita
B. Riesce a tenere separati i valori e le convinzioni personali da quelli delle altre parti	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Proietta valori e convinzioni personali nella situazione, con il risultato di non cogliere e/o non trasmettere il significato espresso dal parlante
C. Rinuncia a proseguire con il servizio di interpretariato quando la situazione potrebbe implicare che i propri valori personali interferiscano con l'imparzialità	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. Continua a tradurre anche quando non dovrebbe e tenta di imporre al paziente e/o all'operatore sanitario i propri valori e le proprie convinzioni invece di consentire loro di esprimere le proprie opinioni personali
D. Riesce a riconoscere eventuali argomenti che potrebbero essere in conflitto con le opinioni personali prima dell'inizio del colloquio, soprattutto quando non via siano alternative praticabili (nel qual caso potrebbe dire: "devo ammettere che potrei avere difficoltà a trattare questo argomento, ma ci proverò")	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	D. Non esplicita potenziali argomenti che potrebbero creare remore interiori che a loro volta potrebbero interferire con la capacità di interpretare in modo preciso e completo

## Ruolo A: Interpretariato

### A-13 Gestire eventuali scontri tra operatore sanitario e paziente

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. Mantiene la calma in situazioni di tensione o conflitto	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Si lascia prendere da agitazione in situazioni conflittuali
B. Riconosce eventuali conflitti o tensioni tra personale sanitario e paziente	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Non riconosce o ignora conflitti o tensioni
C. Aiuta l'operatore sanitario ed il paziente a esplicitare tensioni o situazioni conflittuali in modo da permettere loro di affrontarli personalmente in modo diretto	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. Si assume il compito di risolvere la situazione conflittuale; non esplicita il problema
D. Permette alle parti di esprimere il proprio pensiero e non si schiera con nessuna di esse	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	D. Si schiera con una delle parti e/o parla in nome di una di esse

## Ruolo A: Interpretariato

**A-14 Accertarsi che la propria traduzione sia stata resa correttamente e correggere i propri errori.**

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. Riconosce i propri errori	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Non riconosce o non ammette i propri errori
B. Se necessario interrompe brevemente la propria traduzione per correggere l'eventuale errore	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Non si corregge quando sbaglia
C. Se gli/le viene fatto notare un errore, accetta l'appunto e cerca di apprendere dal feedback ricevuto	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. Nega l'errore o dà giustificazioni per l'errore fattogli/le notare e non cerca di trarre beneficio dal feedback ricevuto

## Ruolo A: Interpretariato

### A-15 Collaborare con l'operatore sanitario durante la fase conclusiva del colloquio.

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. Stimola l'operatore sanitario a fornire le spiegazioni appropriate, accertandosi che il paziente abbia chiaramente capito cosa deve fare e quali sono le fasi successive da rispettare. Si accerta che il paziente faccia domande se ha ancora dubbi	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Non stimola l'operatore sanitario a fornire le spiegazioni appropriate, non si accerta che il paziente abbia chiaramente capito le fasi successive e non induce il paziente a fare domande se sussistono dubbi
B. Chiede al paziente se pensa di aver nuovamente bisogno di un interprete durante una o più delle visite mediche che seguiranno in futuro	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Non chiede al paziente se pensa di aver bisogno di un interprete durante qualcuna delle visite mediche che seguiranno in futuro
C. Rispetta le formalità conclusive rivolgendosi a entrambe le parti	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. Non rispetta le formalità conclusive e/o si rivolge ai parlanti in modo inopportuno

## Ruolo A: Interpretariato

### A-16 Assicurarsi che le perplessità espresse durante o dopo il colloquio siano prese in considerazione e riferite a chi di competenza.

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. Esorta l'operatore sanitario a riferire a chi di competenza eventuali nodi irrisolti	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Si prende l'incarico di risolvere la questione
B. Sa o si informa su come funziona l'organizzazione della fornitura dei servizi nella struttura sanitaria	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Non sa o non si informa su come funziona l'organizzazione della fornitura dei servizi nella struttura sanitaria
C. Si accerta che venga programmata una ulteriore visita con chi di competenza ed in presenza di un interprete se necessario	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. Si congeda dal paziente lasciandolo con un'esigenza irrisolta o con uno o più dubbi

## Ruolo A: Interpretariato

### A-17 Compila la documentazione relativa al lavoro volto.

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. Si informa sui protocolli applicati nella struttura ove va a svolgere l'incarico	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Non si informa sui protocolli applicati nella struttura ove va a svolgere l'incarico
B. Conosce e rispetta i protocolli applicati nella struttura	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Non conosce e/o non rispetta i protocolli applicati nella struttura
C. Si attiene alle procedure ed alle linee guida richieste dall'ufficio responsabile dei servizi linguistici della struttura sanitaria ove viene svolto il servizio, ivi compresi gli obblighi di documentare l'attività svolta, tra cui: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Annotare le chiamate ricevute e/o l'interpretariato telefonico svolto</li> <li>• Documentare le attività di follow-up, compresi gli appuntamenti successivi</li> <li>• Compilare la distinta delle ore di lavoro svolte e del relativo compenso spettante</li> <li>• Consegnare la documentazione a chi di competenza in conformità alle modalità ed alle tempistiche richieste</li> <li>• Informare costantemente l'ufficio responsabile dei servizi di interpretariato circa l'ubicazione ove ci si trova e se coincide con quella assegnata</li> </ul>	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. Non si attiene alle procedure ed alle linee guida richieste dall'ufficio responsabile dei servizi di interpretariato della struttura sanitaria riguardanti la documentazione dell'attività svolta, con le seguenti possibili conseguenze: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Errori nelle attività di follow-up</li> <li>• Cattiva gestione delle priorità</li> <li>• Mancata ricezione dei pagamenti</li> <li>• Impossibilità dell'ufficio responsabile dei servizi di interpretariato di rintracciare o sapere ove si trova 'interprete</li> <li>• Incompletezza o imprecisione dei dati statistici raccolti alla fine dell'anno</li> </ul>

## Ruolo A: Interpretariato

### A-18 Follow-up al di fuori del colloquio triadico.

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. Informa il paziente su visite di controllo programmate e/o cancellate, variazioni di controlli medici, quando gli/le viene richiesto	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Non informa il paziente su visite di controllo programmate e/o cancellate, variazioni di controlli medici quando gli/le viene richiesto
B. Riprogramma la propria presenza per i successivi appuntamenti del paziente, se gli/le viene richiesto	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Non riprogramma la propria presenza per i successivi appuntamenti del paziente, se gli/le viene richiesto
C. Durante servizi di interpretariato telefonico successivamente ad una visita medica, trasmette le informazioni in entrambe le direzioni in maniera precisa e completa	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. Non rispetta i principi di precisione e completezza quando svolge il servizio telefonicamente

## Ruolo B: Interfaccia Culturale

### B-1 Comportarsi in maniera adeguata alla cultura dei parlanti.

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. Rispetta le regole comportamentali relative alle culture coinvolte ed alle norme istituzionali (es: utilizza un linguaggio adatto all'età, al sesso, al livello gerarchico, allo status sociale, al livello culturale delle parti coinvolte)	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Non rispetta le regole comportamentali relative alle culture coinvolte ed alle norme istituzionali
B. Modifica il proprio comportamento in maniera tale da rispettare le norme comportamentali delle culture coinvolte	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Non modifica il proprio comportamento per rispettare le norme comportamentali delle culture coinvolte

## Ruolo B: Interfaccia Culturale

### B-2 Riconoscere e affrontare tematiche che richiedono un approfondimento interculturale al fine di garantire una comprensione accurata e completa.

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
<p>A. Presta attenzione a indizi verbali e non verbali che possano indicare contenuti culturali impliciti o incomprensioni derivanti dalle differenze culturali (es: risposte che non sono coerenti con il messaggio trasmesso; manifestazione di disagio o nervosismo nell'affrontare particolari tematiche)</p>	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	<p>A. Ignora gli indizi verbali e non verbali che possano indicare contenuti culturali impliciti o incomprensioni derivanti dalle differenze culturali</p>
<p>B. Valuta l'urgenza e/o la centralità di un dato argomento per il raggiungimento degli obiettivi dell'incontro e:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valuta il momento ed il modo migliore per sollevare la questione</li> <li>• Si inserisce nel discorso in maniera esplicita per manifestare ad entrambe le parti le possibili cause del problema</li> <li>• Induce sia l'operatore sanitario che il paziente a essere quanto più chiari possibile</li> </ul>	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	<p>B. Non valuta l'urgenza e/o la centralità di un argomento per il raggiungimento degli obiettivi dell'incontro, divenendo un ostacolo alla comunicazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenendo in maniera invadente e non costruttiva (es: troppo frequentemente o quando non necessario)</li> <li>• Non manifestando il problema a entrambe le parti</li> <li>• Scavalcando i parlanti, esplicitando la percezione personale del problema direttamente all'operatore sanitario e/o al paziente</li> </ul>
<p>C. Condivide con entrambe le parti informazioni di carattere culturale che possano sia incidere sulla conversazione che chiarire il problema (dicendo, ad esempio: "può darsi che la confusione sia dovuta al fatto che spesso in ... si crede che.....")</p>	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	<p>C. Ha preconcetti e si comporta di conseguenza (es: dice ad una delle parti di adattarsi ad uno stereotipo culturale)</p>
<p>D. Nel caso in cui vengano utilizzati termini intraducibili*, aiuta il parlante a dare una spiegazione che possa essere compresa dall'ascoltatore</p>	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	<p>D. Quando vengono utilizzati termini intraducibili*, non aiuta il parlante a dare una spiegazione che possa essere compresa dall'ascoltatore, e prova piuttosto a spiegare autonomamente il termine intraducibile o ne omette il concetto</p>

\*Per "termine intraducibile" si intende un vocabolo che rappresenta un concetto che nella lingua di arrivo non ha un corrispondente.

## Ruolo C: Deontologia Professionale

### C-1 Rispettare la riservatezza.

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. Sa spiegare i limiti ed il significato del dovere di riservatezza e le relative implicazioni e conseguenze	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Non sa spiegare i limiti ed il significato del dovere di riservatezza né le relative implicazioni e conseguenze
B. Conosce e rispetta i parametri riguardanti la condivisione delle informazioni e si attiene ai protocolli ed ai regolamenti della struttura e/o del dipartimento/ufficio, anche per ciò che riguarda: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisione</li> <li>• Riunioni di aggiornamento sulle condizioni dei pazienti</li> <li>• Incontri professionali, seminari, conferenze, [ferma restando la responsabilità di garantire l'anonimato delle parti, facendo in modo che eventuali informazioni rivelate durante riunioni di lavoro o conferenze non contengano dati che possano permettere l'identificazione del soggetto (es: nome dell'ospedale, data della visita medica, ecc.)]</li> </ul>	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Rivela, volontariamente o involontariamente, informazioni non facenti parte dei parametri clinici strettamente necessari alla comunicazione
C. Sa come rispondere ad eventuali domande che dovessero sorgere nell'ambiente sanitario che potrebbero invadere la sfera della riservatezza	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. Non riesce ad evitare di rispondere a richieste o domande non appropriate e infrange le regole della riservatezza
D. Se entra in possesso di informazioni riguardanti intenzioni suicide o omicide, violenza su minori o violenza domestica, comunica tali informazioni a chi di competenza, nel rispetto degli obblighi derivanti dai protocolli aziendali, dagli standard professionali, dal codice deontologico e dalle leggi in vigore	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	D. Omette di trasmettere le informazioni a chi di competenza

## Ruolo C: Deontologia Professionale

### C-2 Precisione e completezza della traduzione.

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. Sa spiegare i concetti concernenti il dovere di precisione e completezza e le relative implicazioni e conseguenze	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Non sa spiegare i concetti concernenti il dovere di precisione e completezza né le relative implicazioni e conseguenze
B. Si impegna a trasmettere, con la massima precisione ed in maniera completa, il contenuto e lo spirito del messaggio originale nell'altra lingua, senza omettere, modificare o riassumere il messaggio né aggiungere informazioni	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Non si impegna a trasmettere, con la massima precisione e in maniera completa, il contenuto e lo spirito del messaggio originale nell'altra lingua
C. Si impegna a verificare la qualità della propria traduzione	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. Non verifica la qualità della propria traduzione
D. Ha lo spessore morale per ammettere e correggere i propri errori	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	D. Non ha lo spessore morale per ammettere e correggere i propri errori, con l'inevitabile conseguenza di ripetere gli stessi errori

## Ruolo C: Deontologia Professionale

### C-3 Mantenere l'imparzialità.

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. E' capace di individuare valori e preconcetti personali che possano interferire con la propria imparzialità ed ha la forza morale di capire quando tirarsi indietro nelle occasioni in cui l'imparzialità potrebbe essere compromessa	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. E' incapace di individuare valori e preconcetti personali che possano interferire con la propria imparzialità e non ha la forza morale di capire quando tirarsi indietro nelle occasioni in cui l'imparzialità potrebbe essere compromessa
B. Interrompe di svolgere un servizio o evita di accettarlo se, per motivi personali, vincoli professionali o ideologie radicate (compresi conflitti d'interesse) potrebbe essere compromessa l'imparzialità, a meno che il servizio non sia necessario a causa di un'emergenza	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Accetta di svolgere un servizio anche quando i propri legami personali, vincoli professionali o ideologie radicate possono pregiudicarne l'imparzialità, persino quando esistono alternative praticabili
C. Si concentra sulla comunicazione tra operatore sanitario e paziente, non inserendo nel discorso idee, opinioni o pregiudizi personali	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. Inserisce idee, opinioni o pregiudizi personali nella conversazione
D. Si astiene dal dare consigli o suggerimenti	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	D. Dà consigli o suggerimenti

## Ruolo C: Deontologia Professionale

### C-4 Rispettare la privacy del paziente.

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. Rispetta la privacy fisica del paziente e mantiene le necessarie distanze spaziali e visuali	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Non rispetta la privacy fisica del paziente né mantiene le necessarie distanze spaziali e visuali
B. Rispetta la privacy personale ed emozionale del paziente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitando di porgere domande personali e riservate che esulano dallo scopo interpretativo</li> <li>• Evitando di utilizzare il proprio ruolo di interprete per condizionare il rapporto col paziente al di fuori del colloquio da tradurre</li> <li>• Non lasciandosi coinvolgere personalmente nella vita privata del paziente **</li> </ul>	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non rispetta la privacy personale ed emozionale del paziente:</li> <li>• Porge, di sua iniziativa, domande personali e riservate</li> <li>• Usa il ruolo di interprete per condizionare il rapporto col paziente al di fuori del colloquio da tradurre</li> <li>• Si fa coinvolgere a livello personale</li> </ul>

*\*\* In alcune comunità piccole e molto unite è spesso difficile per l'interprete non farsi coinvolgere a livello personale e sociale. Tuttavia, nello svolgimento della propria funzione, l'interprete deve impegnarsi a mantenere sempre una condotta deontologica mirata al rispetto della riservatezza e dell'imparzialità.*

## Ruolo C: Deontologia Professionale

### C-5 Rispettare le distanze professionali.

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. E' in grado di spiegare il significato di distanza professionale e le relative implicazioni	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	A. Non è in grado di spiegare il significato di distanza professionale né le relative conseguenze
B. E' capace di calibrare la linea di demarcazione tra l'immedesimazione ed il ruolo di interprete	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	B. Non è capace di calibrare la linea di demarcazione tra l'immedesimazione e il ruolo di interprete
C. Dimostra di essere attento/a alle esigenze del paziente, favorendo il ricorso alle risorse adeguate	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	C. Ignora le esigenze del paziente oppure cerca di risolvere con iniziative personali
D. Non si lascia coinvolgere personalmente	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	D. Si fa coinvolgere a livello personale al punto di pregiudicare e compromettere l'interazione tra il paziente e l'operatore sanitario, con il risultato di confondere il paziente su chi nel colloquio è l'operatore sanitario e, di conseguenza, sminuendo considerevolmente l'autorità di quest'ultimo
E. Non crea, nei confronti delle parti, aspettative che egli/ella stesso/a non può soddisfare	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	E. Crea nei confronti di entrambe le parti aspettative che egli/ella stesso/a non può soddisfare
F. Incoraggia l'autonomia del paziente, tenendone in considerazione il contesto sociale	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 1	F. Favorisce e/o crea nel paziente una dipendenza dall'interprete
G. Gestisce la propria agenda personale e le proprie esigenze ed è consapevole delle problematiche legate al transfert ed al controtransfert		G. Non è consapevole delle problematiche legate al transfert ed al controtransfert

## Ruolo C: Deontologia Professionale

### C-6 Mantenere l'integrità professionale.

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. Si astiene dallo stabilire contatti con il paziente al di fuori della sfera lavorativa, evitando di trarne vantaggi personali	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Stringe contatti col paziente al di fuori della sfera lavorativa, allo scopo di trarne vantaggio
B. Evita di svolgere funzioni o servizi non attinenti al proprio ruolo	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Svolge servizi o funzioni che non fanno parte del proprio ruolo
C. Conosce i limiti delle proprie competenze, e non accetta un incarico se il livello della traduzione richiesta prevede capacità superiori al proprio livello di formazione, di esperienza, di competenza, a meno che tali limiti vengano pienamente spiegati ed accettati dal paziente e dal personale clinico e che non vi sia altra alternativa	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	C. Non è consapevole dei propri limiti di competenza; si lascia coinvolgere in circostanze che vanno al di là del proprio livello di formazione, esperienza e conoscenza; non informa il paziente né il personale clinico dell'esistenza di tali limiti, anche nel caso in cui non vi è alcuna alternativa
D. Si astiene dal rendere il servizio di interpretariato in situazioni in cui si possa verificare un conflitto di interesse	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	D. Svolge la funzione di interprete anche quando è consapevole che si possa verificare un conflitto di interesse
E. Partecipa ad attività di formazione continua	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	E. Non partecipa ad attività di formazione continua

## Ruolo C: Deontologia Professionale

### C-7 Affrontare situazioni discriminatorie.

Indicatori di competenza	Livello	Indicatori di mancanza di competenza
A. Nei casi in cui l'interprete avverta che il comportamento di una delle parti stia ostacolando l'espletamento del proprio servizio o ne stia pregiudicando la qualità, o stia ledendo la dignità dell'altra parte, usa strategie efficaci per gestire la situazione	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	A. Non riesce a gestire la situazione o interviene in modo inefficace o peggiora la situazione
B. Se il problema persiste, conosce ed applica i protocolli e le procedure istituzionali in materia di discriminazione	○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1	B. Non conosce né applica i protocolli e le procedure istituzionali in materia di discriminazione

## Note bibliografiche

- (1) Avery, María-Paz B. "Reflections on the Intercultural Encounter", *Women's Educational Equity Act (WEEA) Publishing Center Digest* (febbraio 1992)
- (2) Cokely, D. "Introduction", in *Sign Language Interpreter Training Curriculum*. A cura di Dennis Cokely. Frederickton, N.B.; University Of New Brunswick, 1988
- (3) De Jongh, Elena M. *An Introduction to Court Interpreting: Theory and Practice*. New York: University Press of America, 1992
- (4) Downing, Bruce T., and Laurie Swabey. "A Multilingual Model for Training Health Care Interpreters." Paper presentato durante la National Conference on Health and Mental Health of Soviet Refugees, Chicago, 1992.
- (5) Edwards, A.B. "Ethical Conduct for the Court Interpreter", *The Court Manager*, 3, N.2 (1988): 22-25
- (6) Gonzalez, Roseann D., Victoria F. Vasquez, and Holly Mikkelson. *Fundamentals of Court Interpreting: Theory, Policy, and Practice*. Durham, N.C.: Carolina Academic Press, 1991.
- (7) Isham, William P. "The Role of Message Analysis in Interpretation", in *Proceedings of the 1985 RID Convention*. A cura di Marina L. McIntire. Silver Spring, Maryland: RID Publications, 1986.
- (8) Sapir, Edward. *Culture, Language, and Personality*. Los Angeles: University of California Press, 1956.
- (9) Seleskovitch, Danica. *Interpreting for International Conferences*. Traduzione a cura di Stephanie Dailey e E. Norman McMillan. Washington, D.C.: Pen and Booth, 1978.
- (10) Whorf, Benjamin Lee. "The Retention of Habitual Thought and Behavior to Language", in *Language, Thought, and Reality*. A cura di John B. Carroll. Cambridge, Mass: M.I.T. Press, 1978.
- (11) Woloshin, Steven, Nina A. Bickell, Lisa M. Schwartz, Francesca Gary, and Gilbert H. Welch. "Language Barriers in Medicine in the United States", *JAMA*, 273, n. 9 (1 marzo, 1995).