

COMPETENZE COMUNICATIVE IN CONTESTI PROFESSIONALI Il caso della *literacy* medica

SARAH BIGI¹, VITTORIO GANFI²

¹UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE, ²UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

Abstract – In this contribution we tackle the concept of *literacy* from a novel perspective, i.e. from the point of view of the communicative skills that are necessary to effectively interact in professional contexts, where the social and knowledge imbalance is usually more significant than in everyday conversations. We focus in particular on the medical context and, by analyzing relevant interactional phenomena, we show that *literacy*, intended as communicative competence, can be weak also for those considered high-skilled individuals (in our case, clinicians). The paper provides an initial interpretative framework to account for pragmatic aspects of clinical interactions that characterize the communicative competence of high-skilled individuals. Our observations can be considered as premises for more detailed research on interventions aimed at improving what we might call ‘medical literacy’.

Keywords: Literacy; Health communication; Low/ high skilled; Argumentation; Communicative strategies.

1. Introduzione*

Il tema delle competenze linguistiche dei parlanti e degli scriventi italo-foni, negli ultimi anni ha raccolto interesse diffuso, valicando il confine degli studi di linguistica¹.

Adottiamo in questo studio il termine *literacy* nell’accezione proposta dagli studi più recenti sull’alfabetizzazione, che non si limitano a osservare le competenze relative alla produzione e comprensione di testi scritti, ma più ampiamente il grado di controllo della produzione linguistica in relazione a diversi contesti d’uso e compiti comunicativi (Gee 1989; Fiorentino 2021a; Chakrabarty 2020). In questa accezione, un importante aspetto discusso più ampiamente nelle sezioni seguenti è la costruzione interazionale della *literacy* attraverso pratiche socio-culturali, piuttosto che la rappresentazione del concetto come una mera forma di competenza individuale.

Di particolare rilievo, per questo studio, è il tema dei diversi tipi di “analfabetismo” individuati da De Mauro (2006) e utili a inquadrare le differenti articolazioni della competenza linguistica, impiegate nei processi di elaborazione e di interpretazione dei testi. A questo proposito, lo studioso opera una distinzione tra analfabeta primario strumentale, analfabeta di ritorno strumentale, e analfabeta funzionale (Fiorentino 2021b,

* Si ringraziano in maniera particolare due revisori anonimi, i commenti dei quali hanno contribuito a migliorare una precedente versione del manoscritto. Sebbene il contributo sia il frutto di un’interazione continua tra i due autori, la redazione delle sezioni 1, 2.1, 3, 4 è principalmente da attribuirsi a Sarah Bigi, mentre le sezioni 2, 2.2, 3.1 a Vittorio Ganfi.

¹ Per una ricognizione estesa del dibattito seguito alla pubblicazione del testo si rimanda a De Santis, Fiorentino (2018). Per un inquadramento sociolinguistico della dialettica tra scritto e parlato si rimanda ai lavori di De Mauro (1982), Orletti (1993), Bazzanella (1994, 2011), Leoni (2013), Voghera (2018, 2022), Calaresu (2022).

p. 24). Le caratterizzazioni sociali e funzionali rintracciabili nelle produzioni degli italofofoni, persino con alto livello, potrebbero richiamare una diffusa incapacità nei compiti di elaborazione e processazione delle informazioni, particolarmente evidenti in alcuni ambiti della produzione scritta (ad esempio nella capacità di estrapolare informazioni dai testi e riassumerle; Fiorentino 2018). A questo proposito, si rivela utile richiamare la diffusione dell'analfabetismo funzionale (De Mauro 2006), ovvero degli individui definiti *low skilled*. Gli studi di ambito linguistico che hanno affrontato la questione della *literacy* si sono concentrati, in prevalenza, sugli aspetti sociolinguistici e applicativi connessi alla produzione scritta di persone scolarizzate², che frequentano percorsi di studi universitari, o alla capacità di estrapolare informazioni dai testi analizzata in fasce ampie della popolazione, studiando soprattutto i *low skilled*, e suggerendo i possibili benefici di una pianificazione delle competenze³.

Le dinamiche linguistiche connesse alla *literacy* non sono, invece, state analizzate nella prospettiva della produzione orale, evidenziando possibili limiti nelle strategie adottate dagli *high skilled*⁴. Il presente studio intende, quindi, offrire un primo contributo alla ridefinizione del portato euristico della *literacy*, suggerendo, sul piano teorico, la possibilità di estendere all'ambito della comunicazione orale i rilievi analitici riferibili al concetto. Sul piano empirico, vengono analizzati alcuni esempi che avvalorano la presenza di scambi inefficaci dovuti alle scelte comunicative di specialisti, ovvero individui tipicamente inclusi nella categoria degli *high skilled*. I dati presi in esame sono stati raccolti nel corso di ricerche che hanno visto il coinvolgimento di medici, linguisti e psicologi.

L'analisi suggerisce, pertanto, un rovesciamento della prospettiva analitica con cui si guarda alla *literacy*, soprattutto nell'ambito della comunicazione specialistica tra medico e paziente. Non vengono, infatti, tematizzate le carenze di competenze nella popolazione dei non specialisti, ma, al contrario, vengono messe a fuoco le strategie comunicative dei parlanti *high skilled*. L'analisi di strategie comunicative inefficaci nell'ambito trattato nel contributo si dimostra particolarmente rilevante, in quanto evidenzia la centralità della questione in una situazione paradigmatica nei rapporti tra individui *high skilled* e *low skilled*. A questo scopo, dopo alcuni chiarimenti teorici sulla questione della *health literacy* (paragrafo 2), vengono esaminati alcuni brani estratti da corpora di dati originali.

2. Health literacy e literacy comunicativa

Il tema della competenza comunicativa nell'oralità e nella specificità del contesto medico si interseca inevitabilmente con il tema della cosiddetta *health literacy*. Questa è intesa come la capacità di orientarsi tra le informazioni relative alla salute per prendere decisioni appropriate in relazione alla gestione di problemi sanitari. La recente pandemia da COVID-19 ha permesso di rimarcare quanto questa competenza sia indispensabile affinché la popolazione sia in grado di assumersi la responsabilità di decisioni riguardanti la propria salute (Abel, McQueen 2020; Paakkari, Okan 2020). Tuttavia, indagini recenti hanno mostrato livelli inadeguati di *health literacy* nella popolazione italiana: replicando la "European Health Literacy Survey" condotta nel 2011 su un campione di 1000 europei

² Si considerino, a questo proposito, i recenti lavori di Grandi (2020), Sobrero (2021), e Fiorentini, Gianolli (2021).

³ Per una ricognizione degli studi sulla *literacy* in ambito linguistico si rimanda a Fiorentino (2021b).

⁴ Per un inquadramento della carenza di studi dedicati alle competenze comunicative orali si rimanda a Orletti (1993) e Fiorentino (2021a).

di diversi paesi (Pelikan *et al.* 2012; Sørensen *et al.* 2015), Palumbo *et al.* (2016) hanno a loro volta coinvolto 1000 italiani per ‘misurare’ il livello di *health literacy* presente nel paese. È risultato che il 17,3% del campione presentava un livello inadeguato di *health literacy*; per il 37% del campione tale livello poteva essere definito “problematico”. Questi individui si caratterizzano per il possesso di una cultura scientifica marginale. Hanno serie difficoltà, pertanto, nel valutare in maniera critica le informazioni riguardanti la salute, nel partecipare al dibattito pubblico sulla base delle prove scientifiche disponibili e nel prendere decisioni basate sul principio di appropriatezza. Solo 4 partecipanti su 10 hanno dimostrato di avere un’alfabetizzazione tale da poter gestire agevolmente informazioni specialistiche relative alla salute.

Su questo sfondo culturale si inserisce il tema della competenza comunicativa nel contesto specifico dell’interazione clinica tra specialista e paziente. Per meglio comprendere questa intersezione sarà necessaria una breve digressione riguardante i modelli della comunicazione sottesi ai diversi paradigmi di cura. In effetti, competenze comunicative efficaci in relazione a uno specifico contesto di interazione sono strettamente collegate al modo in cui i partecipanti interpretano l’interazione stessa, i suoi obiettivi e il proprio ruolo.

2.1. Paradigmi di cura e modelli della comunicazione

Nell’ambito più specifico dell’interazione tra medici e pazienti il tema delle competenze comunicative adeguate al raggiungimento degli obiettivi clinici è piuttosto complesso. Infatti, non solo impone una attenta considerazione delle asimmetrie tra il ruolo del medico e quello del paziente nella relazione di cura, ma implica anche l’analisi degli specifici vincoli deontologici della professione medica.

La difficoltà intrinseca alla rappresentazione della comunicazione clinica può essere dimostrata dai persistenti dibattiti che impegnano la comunità scientifica, desiderosa di individuare delle costanti comunicative che possano essere impiegate largamente dai clinici. Da quasi 70 anni ormai si dibatte sulle competenze comunicative più adeguate alla realizzazione degli obiettivi clinici della visita medica, nel rispetto di tutti i partecipanti. Il punto centrale nella formulazione dei diversi paradigmi di cura è sempre la gestione della conoscenza. È, infatti, il possesso di conoscenze specialistiche che determina il ruolo sociale del medico e che spinge il paziente a cercare il suo consiglio. Tali caratteristiche collocano il medico in una posizione socialmente più elevata, se non altro perché può compiere atti particolari come quello di prescrivere, diagnosticare, o formulare raccomandazioni con implicazioni legali. Ovviamente gli specialisti possono decidere come esprimere questo ruolo sociale. I principali paradigmi proposti per descrivere i modelli di cura tendono ad adottare come criterio di classificazione proprio il livello di controllo esercitato da un partecipante sull’altro durante l’interazione (Emmanuel, Emmanuel 1992; Roter, Hall, 2006; Street, Epstein 2008). In particolare, l’equilibrio più difficile da trovare è tra le competenze specialistiche fornite dal medico e la dimensione valoriale o etica della quale è portatore il paziente: nei vari modelli di cura, di volta in volta, questo equilibrio oscilla tra l’estremo del paternalismo, in cui il medico decide in totale autonomia, e quello in cui il medico è un mero ‘fornitore’ di dati, acquisiti i quali il paziente decide sulla base dei propri valori il percorso terapeutico da seguire.

Sebbene ci sia accordo sul fatto che i diversi paradigmi di cura non sono mutualmente esclusivi e possono presentarsi su un continuum, cambiando nel corso del tempo e a seconda del tipo di malattia, della sua gravità e delle esperienze personali dei

partecipanti, tuttavia è interessante ai fini del nostro discorso comprendere quali modelli comunicativi siano implicitamente sottesi a questi paradigmi.

Il modello paternalistico, per esempio, è solitamente inteso come una situazione in cui i medici sono gli unici che possono comprendere la malattia del paziente e dire qualcosa a riguardo. Inoltre, in questo modello i medici sono ‘regolatori’ della condizione di malattia in quanto dalle loro valutazioni dipendono anche benefici e diritti straordinari, come, per esempio, congedi, esenzioni, ecc. (Parsons 1951; Balint 1957; Engel 1980). In questo modello la comunicazione e le competenze comunicative sono completamente slegate dalle funzioni terapeutiche e dagli esiti clinici, i quali sono unicamente determinati dalle terapie. La persona che ‘porta’ la malattia non entra in gioco nella gestione della patologia, che rimane unicamente nelle mani del clinico. In questo modello si presuppone, infine, che i medici siano distaccati e neutrali rispetto al paziente. Dalla fine degli anni ‘50 i lavori di Balint ed Engel iniziano a mettere in discussione il modello paternalistico, aprendo la strada alla definizione della cura ‘centrata sul paziente’.

Questo modello fu descritto per la prima volta nei lavori di Brown, Levenstein, Stewart e colleghi (Brown *et al.* 1986; Levenstein *et al.* 1986; Stewart *et al.* 1986; Stewart *et al.* 1995; Stewart, Roter 1989). Negli studi citati si propone una diversa concezione del paziente, che non è più considerato un corpo ammalato, ma una persona, e in quanto tale, soggetto da coinvolgere pienamente nelle decisioni riguardanti la malattia. Il modello implica che i pazienti siano pienamente informati riguardo alla malattia e ai rischi connessi con le terapie. Viene, inoltre, presupposto che i valori, le convinzioni, le preferenze e le emozioni dei pazienti vengano tenuti in considerazione durante la valutazione e il momento decisionale. I pazienti vengono considerati alla stregua di esperti del proprio vissuto di malattia. La concettualizzazione in precedenza dominante cambia con il nuovo modello e il rapporto medico-paziente comincia a basarsi sull’idea della reciprocità (“mutuality”, Roter, Hall 2006). In una relazione di questo tipo, entrambi i partecipanti contribuiscono con le proprie conoscenze, competenze, esperienze e risorse al colloquio clinico e condividono tutto il bagaglio di conoscenze relativo alla malattia con l’obiettivo di raggiungere lo scopo condiviso dell’incontro, cioè una migliore condizione del paziente. Solo in un contesto di questo tipo è stato possibile mettere a tema anche la questione della decisione condivisa, attualmente uno dei temi più dibattuti da chi studia la comunicazione in contesto clinico (Charles *et al.* 1999; Elwyn, Miron-Shatz 2010; Kaldjian 2017; Sarangi 2017; Duffin, Sarangi 2018; Gerwing, Gulbrandsen 2019; Dingwall, Pilnick 2020). Il modello deliberativo della decisione condivisa si basa proprio sul principio della reciprocità: medico e paziente si coinvolgono quasi come fossero amici in un processo deliberativo riguardante le decisioni terapeutiche, basate su conoscenza reciproca, rispetto e atteggiamenti collaborativi (Emmanuel, Emmanuel 1992).

Sebbene sia ritenuto come l’ideale al quale tendere, anche questo modello pone alcuni problemi che derivano principalmente da una definizione, da una parte, troppo ampia di ‘medicina centrata sul paziente’ e, dall’altra, troppo generica di ‘comunicazione’ (Mead, Bower 2000; Epstein, Street 2011; Veldhuijzen 2011; Ishikawa *et al.* 2013).

2.2. La competenza comunicativa nell’interazione medico-paziente

Affrontando il dibattito sul miglior modello per rappresentare la relazione medico-paziente, la maggior parte degli studiosi predilige una prospettiva in cui lo specialista è considerato il personaggio chiave all’interno dello scambio, in quanto è il detentore delle conoscenze specialistiche che possono risolvere il problema del paziente e, pertanto, deve in qualche modo ‘introdurre’ il paziente alla comprensione degli aspetti rilevanti di tali conoscenze (tra gli altri, McWhinney 1989; Orletti 2000; Riccioni *et al.* 2014; Caronia,

Ranzani 2023).

A questo proposito, un primo punto che determina il grado di competenza comunicativa del clinico riguarda la quantità di informazioni da condividere con il paziente. Vari studi mostrano che la quantità di informazioni condivise dipende non solo dalle caratteristiche individuali del paziente, ma anche dal tipo di malattia. In generale, i pazienti sembrano desiderare più informazioni di quelle che i medici pensano di dover comunicare (Ong *et al.* 1995; Cegala 1997). Altri studi segnalano che per migliorare la qualità dell'interazione, alcuni comportamenti comunicativi andrebbero preferiti ad altri, ad esempio: ascoltare, istruire il paziente, riassumere le affermazioni del paziente, parlare come il paziente, chiarire le proprie affermazioni, tenere conto dei problemi quotidiani dei pazienti, delle loro relazioni sociali ed emozioni (Beck *et al.* 2002).

Come si ricava dai dati che mostrano frequenti fraintendimenti e bassi livelli di comprensione da parte dei pazienti, un ulteriore problema è costituito dalle parole utilizzate dai medici per dare informazioni (Cegala 1997). In alcuni casi, i medici sono stati descritti come soggetti bilingue perché sono fluenti nella lingua quotidiana (“everyday language, EL”) e nella lingua medica (“medical language, ML”) (Ong *et al.* 1995; Bourhis *et al.* 1989; Williams, Ogden 2004). Questa prospettiva suggerirebbe la possibilità di pianificare risorse lessicografiche per favorire la mediazione linguistica tra le due varietà di lingua. Tuttavia, un tentativo, interessante da una prospettiva linguistica, di creare un dizionario dell'uso del linguaggio medico da parte dei pazienti per aiutare a ridurre la distanza tra i due alla fine è fallito poiché non riusciva a tener conto della variabilità nella *health literacy* dei pazienti stessi (Williams, Ogden 2004). Una direzione più promettente è sembrata quella di insegnare ai clinici ad adattarsi al linguaggio dei pazienti (Pendleton *et al.* 1984). La realizzazione di questa strategia comunicativa si scontra con la questione della percezione individuale dello stile del clinico. Uno dei principali problemi connessi con il tema dell'uso di un linguaggio settoriale sta nel fatto che la percezione che i parlanti hanno di quanto e come comunicano spesso non riflette i loro comportamenti effettivi (Bourhis *et al.* 1989; Kesckes 2014).

Queste considerazioni mettono in luce come il tema della *literacy* sia forse più complesso di quanto, di primo acchito, non possa sembrare. Nello specifico contesto professionale della interazione tra clinico e paziente, il problema si articola sui due livelli citati: (a) la competenza sui contenuti e (b) la competenza sulle modalità comunicative possibili e adeguate, dati i vincoli posti da specifici obiettivi clinici e da specifiche convenzioni di interazione. Col fine di analizzare le due diverse forme di competenza, nella sezione seguente si mostra, attraverso alcuni esempi, che la nozione di ‘comunicazione’ in ambito clinico e, conseguentemente, i problemi correlati alla trasmissione di informazione possono essere analizzati come unità multifattoriali. Aspetti riferibili a vari livelli di lingua sono in gioco nella costruzione del discorso clinico, alcuni dei quali non risultano immediati. Nel quadro proposto, si delinea un complesso di competenze specifiche, funzionali alla ‘attività comunicativa’ che viene costruendosi nei contesti di cura, e che si potrebbe definire ‘*literacy* medica’⁵. Con questo vorremmo intendere una serie di competenze perlopiù dialogiche e non sempre legate alle conoscenze

⁵ Nel presente contributo si prende in esame il concetto della *literacy* medica a partire dalle interazioni tra clinico e paziente. Non viene, invece, analizzato l'ambito della comunicazione istituzionale relativa a questioni sanitarie. Vari studi sono stati dedicati alla analisi delle dinamiche linguistiche che hanno caratterizzato la comunicazione privata e istituzionale durante la pandemia di COVID. Si rimanda, tra gli altri, a Gagliardi *et al.* (2020), Kothari *et al.* (2021), McKay *et al.* (2021) e Sleight *et al.* (2021). Per una recente analisi delle strategie multimodali messe in atto nelle comunicazioni istituzionali a seguito della pandemia, si rimanda a Fiorentino (2021c).

specialistiche del settore. Ignorare alcune buone pratiche della *literacy* medica e disattendere le aspettative e le necessità comunicative dei riceventi può portare a un fallimento nella interpretazione del messaggio.

3. Il disallineamento tra *literacy* comunicativa e competenze settoriali: alcuni esempi

Come segnalato in precedenza, è consuetudine imputare i casi di incomprensione nelle interazioni in contesto clinico a problemi legati a tematiche specialistiche, probabilmente non veicolate in maniera sufficientemente chiara dai clinici. Secondo questa ipotesi sarebbe, pertanto, il ricorso al lessico specialistico a ridurre la trasmissibilità dei messaggi⁶.

L'esempio seguente⁷ mostra, tuttavia, che non sempre la mancata trasmissione del messaggio si associa alla mancata condivisione del lessico specialistico tra ricevente ed emittente. La mancata felicità nella comunicazione può scaturire anche laddove non si hanno tematiche di per sé specialistiche. In questi casi il messaggio non passa a causa delle competenze comunicative dei partecipanti.

CASO 1⁸

- M: Cosa mangia a colazione? Caffè, latte, due fette biscottate...
- P: Due fette biscottate
- M: ...o biscotti?
- P: No, due fette biscottate, pane tostato
- M: Ah! Questa però è un'altra cosa, il pane tostato
- MO: No, non è tostato, sono quelle fette di pane che si possono tostare, ma noi non le
- P: Sono della Buitoni
- MO: Mulino Bianco, Buitoni
- M: Buitoni... ma, non potete prendere le fette normali?
- P: Ehmmm...
- M: Quelle normali? Fette biscottate?
- P: A me sembrano normali... perché cosa intende lei fette biscottate? Queste sono fette
- M: Fette biscottate?
- P: Fette
- M: Va bene

L'esempio illustra in modo abbastanza chiaro che per descrivere in modo adeguato ciò che accade in molti dialoghi in contesto clinico bisogna avere a disposizione un modello della comunicazione e metodi di analisi in grado di mettere in luce, a) i fenomeni dialogici che caratterizzano il processo comunicativo, e b) la negoziazione del significato linguistico

⁶ Per una visione d'insieme sulle questioni terminologiche, legate alla comunicazione istituzionale e ai linguaggi specialistici si rimanda a Vellutino, Zanola (2015), Vellutino (2018) e Gualdo, Telve (2021).

⁷ In questo e negli esempi seguenti è riportata una trascrizione ortografica perché non sono presi in esame aspetti riferibili agli ambiti fonetico, fonologico o fenomeni fonologici soprasegmentali.

⁸ M, medico; P, paziente; MO: Moglie. Il paziente e la moglie sono persone tra i 70-80 anni, seguiti da tempo presso l'ambulatorio di diabetologia. Gli estratti 1, 2 e 3 provengono da un corpus raccolto negli anni 2012-2014 presso il Centro di Attenzione al Diabetico, Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento (ICP) di Cusano Milanino. Comprende 60 videoregistrazioni di incontri medico-paziente per un totale di circa 1.800 minuti di materiale registrato. Nello studio sono stati coinvolti 20 pazienti e i 6 membri del team specialistico (3 medici, 2 infermiere e 1 nutrizionista). Tutte le registrazioni sono state trascritte e il corpus conta complessivamente 264.185 tokens. Lo studio è stato approvato dalla Commissione Etica degli ICP nel gennaio 2012. Il corpus è descritto in Bigi (2014, 2015).

indispensabile per mettere in atto scambi efficaci (De Mauro 1982, Halliday, Hasan 1989; Linell 1998). Nello scambio citato emergono fraintendimenti evidenti, in cui la varietà impiegata dallo specialista non presenta termini tecnici. In effetti, come rivela una ricerca effettuata sulla versione online del dizionario GRADIT⁹, i lessemi che vengono impiegati nello scambio, e, specificatamente, le parole *fetta*, *fetta biscottata* e *pane tostato*, che determinano le interpretazioni infruttuose, appartengono al lessico comune¹⁰.

Sul piano lessicale, va ricordato che la collocazione di una parola nel lessico di base o in quello ad alta frequenza (De Mauro 1999) non limita la possibilità di registrare interpretazioni ambigue della forma. L'ambiguità può, infatti, scaturire dalla polisemia degli elementi lessicali, e le parole del lessico di base presentano dei gradi importanti di ambiguità perché presentano un'altissima frequenza, occorrendo quindi in contesti diversi (Casadei 2014; 2018). Nel nostro esempio, all'origine della mancata trasmissione del contenuto vi è proprio la relazione polisemica, in virtù della quale una pluralità di referenti possono essere designati dal medesimo lessema *fetta*. Per il paziente la *fetta* fa riferimento al referente "fetta di pane in cassetta" che può essere tostato, mentre il medico vuole indicare la "fetta biscottata". In altre parole, per ciascun partecipante il lessema "fetta" possiede proprietà referenziali diverse e vengono meno le proprietà collocazionali. In un caso (il medico), l'assenza dell'aggettivo ("biscottata") non produce variazione nel tipo di referente. Nel secondo caso (il paziente), si ha una vera e propria (errata) risemantizzazione del termine "fetta biscottata", che viene a sostituire "pane in cassetta o tostato", sia nella sua forma polirematica (*fetta biscottata*), sia nella forma monorematica (*fetta*). La perdita delle proprietà combinatorie della parola (il cosiddetto *défigement*, che in questo caso diminuisce le proprietà intensionali) fa sì che essa acquisisca un significato più generico (o una maggiore estensione).

Si noti che, nel contesto citato, la differenza tra le estensioni semantiche del lessema *fetta* ha una importanza rilevante. La gestione clinica del diabete, programmata dal medico in considerazione dello stadio della patologia dell'assistito, comprende l'istituzione di un regime alimentare rigido, nel quale è centrale la differenza tra l'alimento "fetta biscottata" e "fetta di pane in cassetta (tostata)". Il caso mostra, pertanto, che la comunicazione efficace e, specularmente, la comunicazione inefficace hanno ricadute cliniche immediate che possono determinare la felicità del percorso di cura. Tornando sulla questione della *literacy* medica e sui modelli della comunicazione clinica, il problema comunicativo che si rileva nell'esempio non può essere motivato con una incapacità di comprensione da parte del paziente, ma piuttosto con una diversa attribuzione di salienza alle parti del messaggio¹¹. Nell'enunciazione, infatti, l'emittente non raggiunge pienamente lo scopo, poiché non è in grado di guidare efficacemente l'attenzione del destinatario alle parti effettivamente salienti del messaggio (la

⁹ Ovvero il *Grande dizionario, italiano dell'uso* (De Mauro 1999).

¹⁰ Nell'opera lessicografica le parole sono contrassegnate dalla marca di registro CO, che rimanda a una loro collocazione nella porzione del vocabolario che i parlanti conoscono senza aver maturato delle competenze specialistiche e senza aver intrapreso percorsi di istruzione avanzati, come si ricava dalle avvertenze alla consultazione del GRADIT "comune; sono così marcati i vocaboli che sono usati e compresi indipendentemente dalla professione o mestiere che si esercita o dalla collocazione regionale e che sono generalmente noti a chiunque abbia un livello mediosuperiore di istruzione" (<https://dizionario.internazionale.it/avvertenze/8>).

¹¹ Usiamo 'salienza' nel senso di Kecskes (2014), ossia la prominenza che un segno linguistico acquisisce relativamente ad altri sullo sfondo delle conoscenze personali di un individuo, o collettive di una comunità. La salienza orienta l'interpretazione dei significati verso i sensi più facilmente accessibili, processo che è influenzato dalle conoscenze pregresse, dalle esperienze e in generale dall'appartenenza culturale di ciascun individuo.

contrapposizione ‘fetta biscottata-pane in cassetta’) L’analisi di questo scambio permette di osservare la relazione tra l’efficacia comunicativa e la capacità di indirizzare il ricevente verso gli snodi interpretativi salienti.

È possibile, però, considerare anche altri esempi in cui una buona trasmissione del messaggio dipende largamente dalle competenze comunicative dei partecipanti. Nel brano successivo il medico mostra disappunto perché il paziente non ha compilato in maniera congrua il diario glicemico. Non è, quindi, possibile determinare se un valore glicemico di gran lunga superiore a quello che, di norma, presenta il paziente corrisponda a un effettivo valore registrato dal glucometro o sia un mero errore di trascrizione. Il medico, tuttavia, per rendere il messaggio più cortese, attenua gli elementi che possano essere ricondotti al valore illocutivo del rimprovero.

CASO 2¹²

M: per esempio questo duecento dov’è? centosessantaquattro. qui ha segnato duecentosei. va beh che non c’è una grossa differenza, però. Duecentododici duecentoquaranta, centosessantasette. duecentocinquantasei e qua c’è scritto centocinquantasei. attenzione. allo- io non so se lei si è confuso oppure se lei ha segnato un altro un’altra- un altro valore. il valore che io leggo qui è diverso da quello riportato sul diario. allora centocinquantasei prima di coricarsi, venti e venti, duecentonovantuno che non c’è sul diario

P: cosa c’è?

M: duecentonovantuno è quasi trecento. duecentonovantanove ecco perché i valori sono alterati. allora. caro signor NOME, bisogna- e quello che si scrive qui è per lei, non è per me. chiaro? allora i- noi stiamo collaborando. io in questo momento sono in accordo con lei. faccio un percorso insieme a lei, per aiutarla. ma l’obiettivo di questo nostro incontro dev’essere quello che lei stia meglio, che lei migliori, che lei stia bene. se lei non esibisce tutti i dati, io non posso aiutarla a migliorare

P: sì sì eh::

M: e non è tanto, ferma- non è tanto diciamo una glicemia che può alterare le cose, ma la ripetizione di glicemie elevate e l’evidenza di una glicata alterata come quella che lei ha, mi dicono che lei anche se lei tollera le glicemie più alte perché il suo organismo si è abituato oggi alle glicemie più alte rispetto a quelle ai limiti di norma, però ha un compenso glicemico non adeguato che le peggiora e che la mette in serio rischio, pericolo cardiovascolare.

P: ho capito

M: sono stata chiara?

P: sì::

[...]

M: allora se lei non le riporta naturalmente fa un danno a lei.

[...]

M: è la prima persona, è la prima persona lei, che si deve rendere conto. Oh guarda, ho avuto delle iperglicemie, sono arrivato a trecento, che cosa ho fatto

P: cosa ho- cosa- quale è il motivo. per quale motivo?

M: eh ma se lei non lo scrive? esatto. è la prima persona lei [che deve fare questo- questo lavoro]

P: [che devo- controllare]

M: poi si può control- si può confrontare con noi e noi siamo qui=

P: [a darmi spiegazioni]

M: = tutto il tempo a sua disposizione, ma io che oggi la vedo con un profilo con un compenso glicemico di nove con una glice- con una glicata che era a sette e tre, quindi era perfetta per la sua età, oggi è nove e dico, ma cosa cosa è successo?

MO: ecco cosa- da cosa può esser dipeso quello?

P: [quello sbalzo lì]

MO: [questa cosa da cosa]

P: quella differenza da che cosa-

¹² M, medico; P, paziente; MO: Moglie. Anche in questo caso, il paziente e la moglie sono persone tra i 70-80 anni, seguiti da tempo presso l’ambulatorio di diabetologia.

M: allora forse non sono stata chiara
 MO: sì no ecco, mi dica:::-
 [...]

Nella gestione della malattia diabetica è necessario compilare con scrupolo il diario glicemico, per modulare una terapia adeguata ai valori del paziente. Se nella compilazione le indicazioni non vengono seguite, la prescrizione rischia di non dimostrarsi efficace. Il medico ha, pertanto, l'esigenza di avvalersi di dati precisi per indirizzare il percorso terapeutico e deve in qualche modo farlo presente al paziente, quando il diario glicemico non permette di ricavare le informazioni utili. Tuttavia, nell'interazione riportata, il medico si preoccupa di salvare la faccia dell'interlocutore e attenua gli indicatori che renderebbero espliciti il rimprovero e gli ordini designati nel messaggio. Ad esempio, per mettere a fuoco la responsabilità del paziente assume il punto di vista dell'interlocutore, utilizzando l'immedesimazione (*oh guarda, ho avuto delle iperglicemie, sono arrivato a trecento, che cosa ho fatto*), la frase scissa (*è la prima persona lei [che deve fare questo-lavoro]*) o la domanda retorica (*ma io che oggi la vedo con un profilo con un compenso glicemico di nove [...] e dico, ma cosa cosa è successo?*). L'analisi del contesto in cui quest'ultima struttura è impiegata ci permette di evidenziare i limiti della comunicazione indiretta. Un segnale della mancata felicità dello scambio si ricava, infatti, dal fraintendimento del valore retorico della domanda del medico, che gli interlocutori prendono per una vera e propria interrogativa.

Un secondo esempio che ben mostra come in gioco ci sia la capacità di veicolare correttamente una certa funzione pragmatica è il seguente:

CASO 3¹³

M: ok. allora dal mio punto di vista non ho grandi cose da consigliarle, anche perché non ho grande spazio di terapia signora eh. lei sta facendo già una terapia molto importante per cui, se i tre bracci della cura sono l'attività fisica la dieta e il farmaco, io sul farmaco sto già ad un livello molto elevato. quindi ci conviene interagire su questi due livelli. uno solo, tutti e due, un po' di qua un po' di là, me lo deve dire lei. come: come pensa di riuscire ad organizzarsi?

P: io vorrei fare...

M: non vorrei

P: no vorrei, eh proprio

M: ok il desiderata è il modello ideale è la perfezione, ma quello che secondo lei riesce a fare ora in questo periodo

P: quello che riuscirò a fare non lo so

F: ti vuoi iscrivere con me, tre mesi in palestra mamma?

P: andiamo, proviamo, sì

La domanda del medico (*come pensa di riuscire ad organizzarsi?*), avvia di fatto una sequenza deliberativa che dovrebbe condurre a una decisione condivisa e invita la paziente ad avanzare una proposta. Attraverso l'indicazione dei livelli sui quali è possibile agire, il medico ha definito il paradigma delle opzioni e alla paziente sta ora il compito di impegnarsi rispetto all'una o all'altra. In questo senso il medico ha prodotto un atto direttivo, chiede un impegno alla paziente, la quale però risponde in maniera vaga (*io vorrei fare...*). L'utilizzo del condizionale segnala perlomeno un'ambiguità a livello pragmatico: la paziente si sta impegnando oppure no? Il medico in questo caso interviene subito rifiutando proprio la formulazione con un condizionale di quello che dovrebbe essere un atto commissivo. L'intervento della figlia, che offre alla paziente una via

¹³ M, medico; P, paziente; F, figlia adulta della paziente. La paziente è una persona tra i 70-80 anni, seguita da tempo presso l'ambulatorio di diabetologia.

realistica per agire sul livello dell'attività fisica, consente alla sequenza deliberativa di concludersi con un'effettiva presa d'impegno da parte della paziente.

Se nel Caso 2 il problema era la corretta interpretazione della funzione pragmatica del turno del medico, nel Caso 3 è il medico che rifiuta una formulazione ambigua da parte della paziente. In entrambi i casi si mostra la rilevanza dell'ambiguità pragmatica nel determinare fraintendimenti o deviazioni dall'obiettivo comunicativo, che non dipendono necessariamente dall'utilizzo di terminologia specialistica o registro particolarmente alto.

Oltre alla questione della salienza nella designazione dei referenti, analizzata nel primo esempio, e alla necessità di chiarire il valore illocutivo del messaggio, evidente negli esempi 2 e 3, un'ulteriore competenza comunicativa necessaria nel contesto medico è quella di saper gestire il livello argomentativo del discorso. L'organizzazione felice dell'argomentazione durante la comunicazione medica permette, infatti, di instradare il paziente verso i trattamenti più opportuni, da un lato, e di rendere il paziente partecipe delle scelte terapeutiche adottate nel corso della visita, dall'altro.

Nell'esempio seguente, un paziente dichiara al clinico di voler interrompere la terapia profilattica per l'emofilia. Il medico, quindi, dopo aver illustrato le conseguenze cui andrebbe incontro il paziente a seguito dell'interruzione del trattamento, gli consiglia di ridurre le somministrazioni del farmaco, passando da tre a due trattamenti settimanali (*non dico che dovete fare per forza le tre volte a settimana*). Il paziente, a questo punto, si dimostra disposto a seguire un'indicazione terapeutica, decisa anche grazie al proprio partecipe apporto.

CASO 4¹⁴

P: dottò io la profilassi non la faccio quindi... non... non... non la faccio più...

M: ho capito ho capito che vi state regolando però tenete presente che voi va a finire che siccome non siete coperto dal farmaco vi muovete sempre di meno, perché magari rinunciate a fare qualcosa, non avete la tranquillità di fare un'attività in più, non avete la tranquillità di forzare sulle articolazioni, etc.

P: certo

M: quindi non dico che dovete fare per forza le tre volte a settimana perché ormai si sa che ogni paziente ha il suo...

[...]

P: e allora dottò vogliamo fare invece di tremila unità tre volte a settimana potremmo fare tremila unità due volte a settimana.

M: per me e credo che questo sia il minimo diciamo per un paziente, una persona come voi, che comunque ha ancora una vita attiva

[...]

P: sì ok allora facciamo così tremila unità due volte a settimana

La ricerca di un accordo con il paziente e la capacità di presentare le necessità terapeutiche in una solida cornice argomentativa emergono come fattori decisivi nella *literacy* medica. Attraverso una progressione dell'argomentazione è possibile individuare gli snodi del ragionamento che sorreggono le decisioni del clinico. Questi illustra le conseguenze delle cure e della possibile assenza di cura all'assistito, che non solo viene guidato nel percorso decisionale, ma è parte attiva della programmazione della terapia. Una duplice serie di

¹⁴ A differenza dei due esempi precedenti, questo estratto proviene da una raccolta di videoregistrazioni di colloqui clinici nel contesto di cura dell'emofilia, realizzata nel periodo gennaio-aprile 2013 e gennaio-novembre 2014 presso tre centri di emofilia a Milano e Napoli. Nello studio sono stati coinvolti in totale 50 pazienti. La raccolta dati è stata approvata dai Comitati Etici delle strutture coinvolte ed è stata realizzata dal gruppo di ricerca di Psicologia clinica, Ospedale San Paolo di Milano, coordinato dalla Prof.ssa Elena Vegni. Per una descrizione dello studio, Lamiani *et al.* (2015). Un'analisi più estesa della dimensione argomentativa in questo e altri casi è stata presentata e discussa in Lamiani *et al.* (2017).

vantaggi può essere ricavata dalla adozione di una strategia argomentativa consapevole: (a), sul piano interazionale, si guadagna il consenso del paziente, rafforzando la fiducia che lega l'assistito allo specialista, e (b), su quello clinico, si raggiunge una migliore disposizione del paziente verso la terapia, che permette una più puntuale assunzione dei trattamenti.

Un esempio di sequenza deliberativa meno lineare è il Caso 5:

CASO 5¹⁵

M: è pronta per essere ricoverata qui in ospedale da noi, così che tutti quegli esami li facciamo tutti in una volta?

P: (tenendosi la testa tra le mani) Sì, sì...

[il medico elenca gli esami da fare]

P: Se vengo qui, non torno più a casa

M: No, no, guardi, sono lontani i tempi quando i pazienti era tenuti in ospedale per tanto tempo. Ora bisogna dimmetterli il prima possibile, non vogliamo tenerla qui inutilmente. Vogliamo solo sistemare questo problema [...] Veda, potrei darle un lungo elenco di esami da fare, ma in questo modo deve andare di qua, di là, correndo in giro per settimane. Se possiamo concentrare tutti questi esami in tre o quattro giorni, diciamo cinque... È vero, sarebbe bloccata qui per una settimana, ma...

P: Non è per quello, è che non volevo tornare in ospedale

M: Ma lo può vedere anche lei, siamo efficienti...

P: Mio marito è andato in ospedale per una sciocchezza e non è più tornato...

Questo caso mostra come la capacità di gestire efficacemente una sequenza deliberativa dipenda anche dalla capacità di far emergere le motivazioni dei pazienti dietro all'accettazione o al rifiuto di una certa proposta.

3.1. La competenza comunicativa nell'interazione medico-paziente

L'analisi condotta nella sezione precedente consente alcune riflessioni in merito alle competenze comunicative necessarie, ma non sempre riscontrabili, nei contesti professionali, dove l'interazione è generalmente guidata dal professionista, cioè dal partecipante *high skilled*. L'efficacia comunicativa non può, infatti, essere ridotta alle competenze di decodifica e produzione di testi scritti, impiegate in letteratura per qualificare gli individui *high skilled* (paragrafo 2). Come visto negli esempi precedenti, la *literacy* nel contesto medico subordina l'efficacia dell'atto di lingua al raggiungimento di obiettivi specifici, che non consistono esclusivamente nella trasmissione di conoscenze¹⁶. Il fine dello scambio può, infatti, coincidere con il raggiungimento di un determinato effetto perlocutivo, che comporta un beneficio clinico per il paziente.

Al fine di chiarire la nostra prospettiva, è utile rifarsi ad alcuni degli esempi commentati nel paragrafo precedente. Nel Caso 1 si mostra una ripresa del lessema *fetta*, che viene impiegato più volte nel medesimo dialogo. Dal gioco di (errata) risemantizzazione e ambiguità, che comporta l'associazione di vari referenti allo stesso nome, è chiaro che il paziente non ha ben individuato l'informazione saliente. Le strategie discorsive che, in questo contesto, possono guidare il ricevente verso la comprensione del

¹⁵ L'estratto consiste nella trascrizione di una visita tra quelle contenute nell'Archivio di Videoregistrazioni di Consultazioni Cliniche, conservato presso l'Istituto di Psicologia Clinica, Ospedale San Paolo di Milano (referente, Prof.ssa Elena Vegni). P, una paziente anziana; M, medico. Lo stesso estratto è stato discusso in Bigi (2011).

¹⁶ La prospettiva presentata nello studio non rappresenta, pertanto, la comunicazione tra medico e paziente come un mero travaso di conoscenze, come viene descritto nel classico modello della comunicazione di Shannon, Weaver (1963). L'interazione si avvale di una costruzione plurifattoriale, che coinvolge attivamente i vari attori e strategie argomentative (cfr. Bigi 2022).

regime alimentare più adatto, e quindi verso il beneficio clinico, coincidono con l'esplicitazione delle informazioni salienti e con l'impiego di strategie di disambiguazione adeguate. Le relazioni che legano la situazione comunicativa, le strategie discorsive e lo scopo vengono rappresentate in Figura 1.

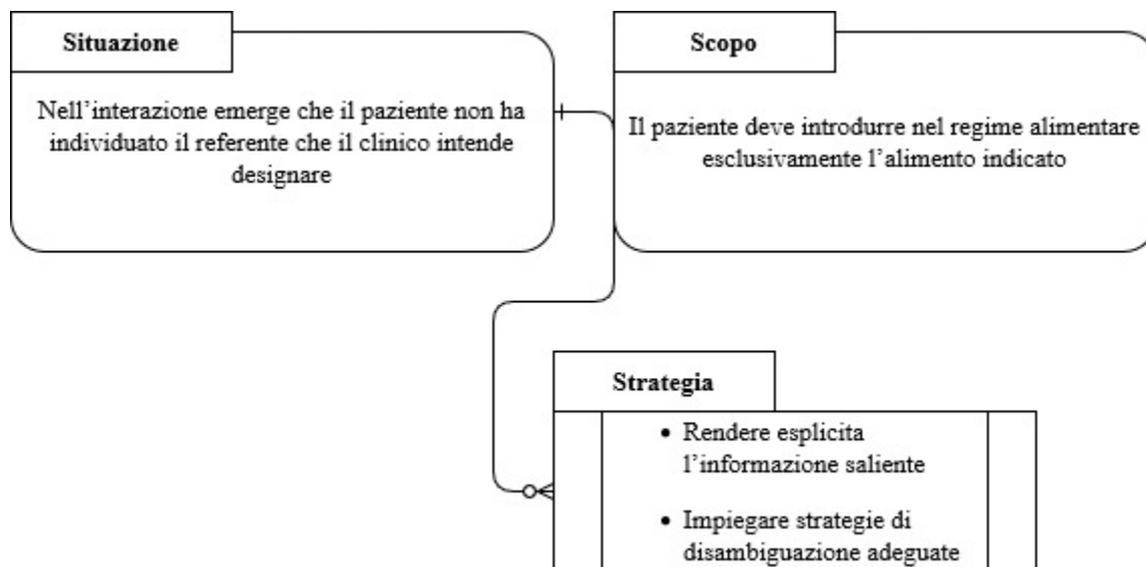


Figura 1
Strategia discorsiva nel Caso 1.

Il Caso 2 mostra una situazione diversa. Dall'interazione emerge che il diario glicemico non è stato compilato in maniera precisa. Anche in questo caso il paziente, affetto dalla stessa patologia cronica (il diabete), possiede già una conoscenza approfondita della malattia e delle prospettive prognostiche. In questa situazione comunicativa, analogamente a quella precedente, non è, pertanto, necessario che il clinico dia ulteriori supplementi informativi sulla prognosi o sulla terapia. Si rivela, invece, centrale la necessità di usare più efficacemente gli indicatori di forza illocutiva, affinché il paziente colga che l'intervento del clinico non è di tipo informativo bensì un rimprovero. Nella Figura 2 viene presentato il circuito delle strategie impiegate nella situazione, finalizzate al raggiungimento degli scopi clinici.

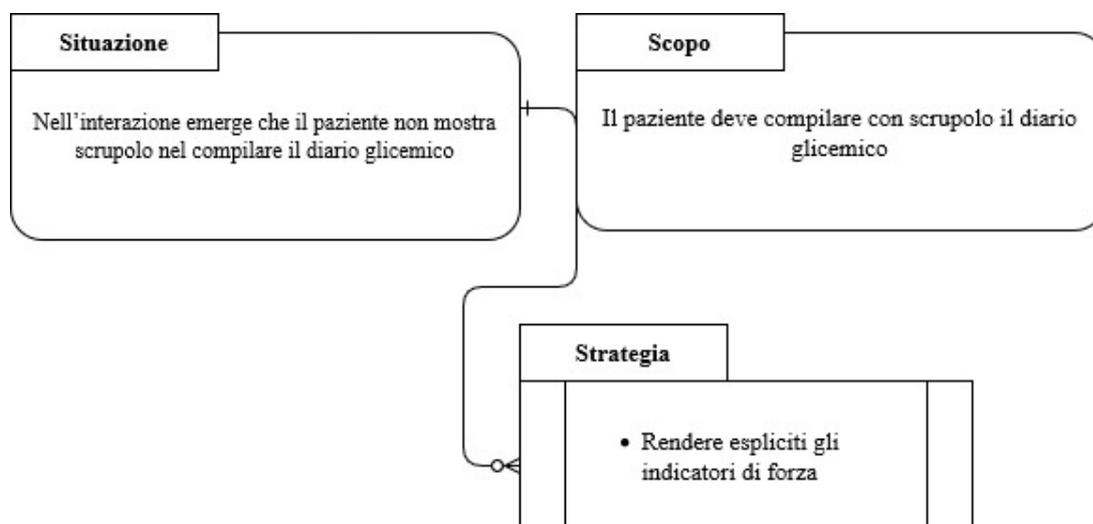


Figura 2
Strategia discorsiva nel caso 2.

Nel Caso 4 il paziente, affetto da emofilia, fa mostra di non voler assumere un trattamento fondamentale nel suo percorso terapeutico. In questa situazione per raggiungere lo scopo dell'interazione, ovvero persuadere il paziente a sottoporsi alla terapia profilattica, il clinico deve adottare una strategia argomentativa ben congeniata. Si rivela, infatti, necessario illustrare in maniera esplicita, le conseguenze delle scelte terapeutiche, mostrando i benefici e gli svantaggi correlati alla presenza o all'assenza della terapia indicata. Nella Figura 3 appare il circuito delle strategie adeguate alla situazione:



Figura 3
Strategia discorsiva nel caso 4.

Un'ipotesi di lavoro può essere formulata a partire dagli esempi discussi: nella descrizione della *literacy* in un contesto professionale come quello medico si deve tener conto di almeno due livelli di analisi:

(a) Livello lessicale (Tabella 1): l'adeguatezza lessicale riguarda sia la (a1) terminologia specialistica, sia la possibile presenza di (a2) lessemi ambigui, o lessemi che possono essere utilizzati in maniera ambigua. Nel discorso clinico non solo l'impiego di un tecnicismo, che non fa parte dell'inventario lessicale del paziente, può causare un fallimento degli intenti comunicativi; anche l'uso ambiguo di parole polisemiche in alcuni contesti può condurre a significative ambiguità e incomprensioni.

| Livello lessicale | |
|-------------------|------------------------------|
| a1 Tecnicismi | Es. Lesione > tumore |
| a2 Polisemie | Es. Fetta > fetta biscottata |

Tabella 1
Livello lessicale nella *literacy* medica.

(b) Livello pragmatico (Tabella 2): la competenza pragmatica riguarda la capacità di (b1) identificare e guidare l'allineamento con l'interlocutore nell'attribuzione di salienza a specifici elementi nel discorso; e di (b2) chiarire il valore illocutivo dell'enunciazione, per garantire un efficace circuito comunicativo con l'assistito. Nell'esempio 3 è stato, invece,

mostrato che (b3) l'impiego di una scansione argomentativa solida può facilitare la costruzione di un processo decisionale condiviso che può favorire il percorso terapeutico.

| Livello pragmatico | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| b1 Salienda comunicativa | Es. Fetta > fetta biscottata |
| b2 Definire il valore illocutivo | Es. Discorso > rimprovero |
| b3 Argomentare per trovare accordo | Es. Discorso > accordo terapeutico |

Tabella 2
Livello pragmatico nella *literacy* medica.

La definizione del concetto di *literacy* medica proposta in questo contributo suggerisce che la comunicazione in ambito medico non può essere considerata come un mero travaso di conoscenze, ma piuttosto come un'interazione caratterizzata da notevole complessità, nella quale lo scambio di informazioni tecniche è solo uno di una serie più ampia di obiettivi comunicativi funzionali al raggiungimento degli obiettivi clinici (Bigi 2016). In questo senso l'interazione tra clinico e paziente si realizza come un'opera di intermediazione a più livelli, da quello del sapere scientifico a quello della individualità corporea¹⁷, che in un certo senso vive e trae la sua ragion d'essere dalla asimmetria di ruoli e competenze, più che esserne mortificata. Tuttavia, è vero che tale asimmetria può diventare una delle cause del fallimento comunicativo in questo contesto. In prospettiva di analisi, la sfida diventa quella di individuare modelli teorici adeguati al contesto osservato, affinché le osservazioni sui dati possano essere ricondotte a precise ipotesi teoriche e sviluppate secondo metodologie chiare (Street 2013).

Esiste, inoltre, un'altra questione che si dimostra di grande rilievo nella trattazione della *literacy* in ambito clinico. Nelle situazioni comunicative in cui si dipana il discorso clinico la presenza di una comunicazione felice non solo costituisce un presupposto fondamentale al consolidamento del rapporto di fiducia e dello scambio di contenuti tra medico e paziente, come mostrato nel par. 3, ma ha anche un ruolo sostanziale nel costituirsi della pratica clinica. I temi della scelta e del consenso sono, infatti, interconnessi alla questione della *literacy* medica. Come noto, la manifestazione del consenso da parte del paziente è il presupposto legale ed etico alla somministrazione di una terapia e costituisce un passaggio necessario per poter sottoporre un assistito a un trattamento sanitario. Affinché l'assistito possa manifestare il suo assenso è necessario che il medico abbia trasmesso tutte le informazioni necessarie a rappresentare compiutamente gli scenari prognostici che si aprono a seguito di una determinata diagnosi.

L'analisi della *literacy* medica, in fine, permette di formulare alcune considerazioni riferibili al piano più generale della dialettica tra le varietà di lingua. La *literacy* medica, così come viene concepita in questo lavoro, può essere considerata come uno strumento di transito tra diverse varietà di lingua. Permette, in altre parole, di naturalizzare la comunicazione specialistica, operando una mediazione tra la lingua speciale della medicina- strumento artificiale che gli specialisti impiegano per designare conoscenze settoriali- e la varietà di lingua largamente accessibile. In questo senso, attraverso una adeguata *literacy* medica lo specialista può avvicinare i parlanti comuni, anche sprovvisti di una cultura medica, ai contenuti specialistici propri dell'ambito clinico.

¹⁷ I riferimenti alla sfera privatissima della corporeità sono, ad esempio, ravvisabili nella descrizione dei sintomi e delle sensazioni, durante una situazione comunicativa formale, che coinvolge un attore caratterizzato da una ragguardevole distanza emotiva e sociale rispetto al paziente (cfr. Bigi e Rossi 2020, p. 32).

4. Conclusione

La proposta che abbiamo sin qui formulato ci sembra poter contribuire a due discorsi differenti, ma egualmente rilevanti. Da una parte, si inserisce nel dibattito intorno alle diverse concezioni di *literacy*, contribuendo agli studi che osservano questo costrutto nell'accezione più complessa, non limitata alle competenze scritte, e visto come il prodotto di interazioni sociali. Dall'altra, fornisce una chiave teorica e metodologica utile ad approfondire in maniera più adeguata il tema delle competenze comunicative degli operatori della sanità. Su questo tema, infatti, sono state prodotte molte riflessioni, linee guida e una certa manualistica volta alla formazione dei clinici che, tuttavia, privilegia lo sviluppo di 'tecniche' comunicative, tipi di conoscenza ben diversa da una più ampia 'competenza' comunicativa. Crediamo che su questo punto gli studiosi di scienze linguistiche potrebbero dare un contributo utile e originale, sganciando la lettura dell'interazione medico-paziente sia da un'interpretazione che riduce questo scambio a rapporti di forza e di potere, sia da una concezione della comunicazione a tratti di sapore vagamente comportamentista, dove l'obiettivo talvolta sembra essere la ricerca di 'tattiche' comunicative per ottenere risposte quasi automatiche dai pazienti.

Adottando una prospettiva dialogica e analizzando precise dinamiche di produzione e interpretazione del senso all'opera nell'interazione, la concezione di una '*literacy* medica' qui proposta si pone come un primo passo verso una più dettagliata definizione di ciò che tale concetto comprende e implica per l'analisi delle interazioni in contesto clinico.

Bionota: Sarah Bigi è ricercatrice in Linguistica generale presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, dove ha conseguito il dottorato di ricerca. Il suo principale tema di ricerca è l'analisi delle interazioni in contesto clinico, con particolare attenzione per la dimensione argomentativa, la gestione delle incomprensioni e le diverse funzioni delle strutture argomentative. Ha pubblicato diversi saggi in riviste nazionali e internazionali, oltre a due monografie: *Communicating (with) care*, IOS Press, 2016, e *Le strutture interrogative nelle interazioni in contesto clinico*, Vita e Pensiero, 2022. È membro del Comitato Editoriale delle riviste *L'Analisi linguistica e letteraria* e *Patient Education and Counseling*.

Vittorio Ganfi è attualmente ricercatore presso l'università del Molise. È stato docente a contratto presso l'università di Chieti-Pescara, l'UNINT di Roma, l'università di Bologna, l'università Roma Tre, e l'università telematica "G. Marconi". È stato assegnista di ricerca presso l'università Roma Tre, università di Pavia e l'università di Modena e Reggio Emilia. Ha conseguito il dottorato di ricerca presso l'università Roma Tre. Si è occupato, in prevalenza, di linguistica diacronica, di linguistica applicata, e di tipologia. Ha pubblicato contributi relativi alle polirematiche italiane e romanze, alla complementazione in siciliano nord-orientale, alle costruzioni a verbo supporto, alla complessità strutturale, all'evoluzione dei sistemi di allineamento, e alle nuove minoranze linguistiche.

Recapito autori: sarah.biggi@unicatt.it; vittorio.ganfi@unimol.it

Ringraziamenti: Gli autori desiderano ringraziare Giuliana Fiorentino e Valentina Piuino per i preziosi commenti a una versione iniziale del contributo.

Riferimenti bibliografici

- Abel T. and McQueen D. 2020, *Critical health literacy and the COVID-19 crisis*, in “Health Promotion International” 35 [6], pp. 1612-1613.
- Balint M. 1957, *The doctor, his patient and the illness*, International Universities Press, Oxford.
- Beck R.S., Daughtridge, R. and Sloane P.D. 2002, *Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review*, in “The Journal of the American Board of Family Practice / American Board of Family Practice” 15 [1], pp. 25-38.
- Bazzanella C. 1994, *Le facce del parlare. Un approccio pragmatico all’italiano parlato*, La Nuova Italia, Firenze-Roma.
- Bazzanella C. 2011, *Oscillazioni di informalità e formalità: scritto, parlato e rete*, in Cerruti M. Corino E. e Onesti C. (a cura di), *Formale e informale. La variazione di registro nella comunicazione elettronica*, Carocci, Roma, 68-83.
- Bigi S. 2011, *The persuasive role of ethos in doctor-patient interactions*, in “Communication and Medicine” 8 [1], pp. 63-72.
- Bigi S. 2014, *Healthy Reasoning: The Role of Effective Argumentation for Enhancing Elderly Patients’ Self-management Abilities in Chronic Care*, in Riva G., Ajmone Marsan P. e Grassi C. (ed.), *Active Ageing and Healthy Living: A Human Centered Approach in Research and Innovation as Source of Quality of Life*, IOS Press, Amsterdam, pp. 193-203.
- Bigi S. 2015, *Can argumentation skills become a therapeutic resource? Results from an observational study in diabetes care*, in Garssen B. e van Eemeren F.H. (ed.), *Scrutinizing argumentation in practice*, John Benjamins, Amsterdam, pp. 281-294.
- Bigi S. 2016, *Communicating (with) care: A linguistic approach to the study of doctor-patient interactions*, IOS Press, Amsterdam.
- Bigi S. 2022, *Le strutture interrogative nelle interazioni in contesto clinico*, Vita & Pensiero, Milano.
- Bigi S. e Rossi M.G. 2020, *A proposal to analyse communicative problems in multilingual and monolingual medical settings*, in Hohenstein C. e Lévy-Tödter M. (ed.), *Multilingual healthcare: a global view on communicative challenges*, Springer Nature, Wiesbaden, pp. 11-38.
- Bourhis R.Y., Roth S. and MacQueen G. 1989, *Communication in the hospital setting: a survey of medical and everyday language use amongst patients, nurses and doctors*, in “Social Science & Medicine” 28 [4], pp. 339-346.
- Brown J., Stewart M., McCracken E., McWhinney I.R. and Levenstein J. 1986, *The patient-centred clinical method. 2. Definition and application*, in “Family Practice” 3 [2], pp. 75-79.
- Calaresu E. 2022, *La dialogicità dei testi scritti. Tracce e segnali dell’interazione tra autore e lettore*, Pacini, Pisa.
- Caronia L. and Ranzani F. 2023, *Epistemic Trust as an Interactional Accomplishment in Pediatric Well-Child Visits: Parents’ Resistance to Solicited Advice as Performing Epistemic Vigilance*, in “Health Communication”, pp. 1-14.
- Casadei F. 2014, *La polisemia nel vocabolario di base dell’italiano*, in “Lingue e Linguaggi” 12, pp. 35-52.
- Casadei F. 2018, *L’ambiguità nel lessico di alta frequenza*, in “Bollettino di italianistica” 2, pp. 39-46.
- Cegala D.J. 1997, *A study of doctors’ and patients’ communication during a primary care consultation: implications for communication training* in “Journal of Health Communication” 2 [3], pp. 169-194.
- Charles C., Gafni A. and Whelan T. 1999, *Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model*, in “Social Science and Medicine” 49, pp. 651-661.
- Chakrabarty D. 2020, *Theories of the New Literacy Studies (NLS)*, in “Research Journal of English Language and Literature (RJELAL)” 8 [1], pp. 1-8.
- De Mauro T. 1982, *Minisemantica dei linguaggi non verbali e delle lingue*, Laterza, Roma-Bari.
- De Mauro T. 1993 [1963], *Storia linguistica dell’Italia unita*. Laterza, Roma-Bari.
- De Mauro T. 1999, *Grande dizionario italiano dell’uso*, UTET, Torino.
- De Mauro T. 2006, *Se un mattino di primavera un governante, Intervista rilasciata a Venezia*, in Nuovo e Utile <https://nuovocutile.it/istruzione-tullio-de-mauro-se-un-mattino-di-primavera-un-governante/> (16/01/2022).
- De Santis C. e Fiorentino G. 2018, *La carica dei 600: la campagna mediatica sul declino della lingua italiana*, in “Circula : revue d’idéologies linguistiques” 7, pp. 1-28.
- Dingwall R. and Pilnick A. 2020, *Shared decision making: doctors have expertise that patients want or need*, in “British Medical Journal” 368, p. 128.
- Duffin D. and Sarangi S. 2018, *Shared decisions or decision shared? Interactional trajectories in Huntington’s disease management clinics*, in “Communication & Medicine” 14 [3], pp. 201-216.
- Elwyn G. and Miron-Shatz T. 2010, *Deliberation before determination: the definition and evaluation of*

- good decision making*, in “Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy” 13 [2], pp. 139-147.
- Emmanuel E.J. and Emmanuel L.L. 1992, *Four models of the physician-patient relationship*, in “JAMA” 267 [16], pp. 2221-2226.
- Engel G.L. 1980, *The clinical application of the biopsychosocial model*, in “The American Journal of Psychiatry” 137 [5], pp. 535-544.
- Epstein R.M. and Street R.L.J. 2011, *The values and value of patient-centered care*, in “The Annals of Family Medicine” 9 [2], pp. 100-103.
- Fiorentini I. e Gianollo C. 2021, *L'alfabetizzazione nella classe plurilingue. Un'indagine a Bologna*, in “Lingue e Linguaggi” 41, pp. 215-232
- Fiorentino G. 2018, *Sociolinguistica della scrittura: prospettive e applicazioni*, in “Rivista italiana di dialettologia” 42, pp. 53-78.
- Fiorentino G. 2021a, *Parlare in pubblico: un'abilità trascurata nella didattica dell'italiano come L1*, in “DIDIT. Didattica dell'italiano. Studi Applicati Di Lingua E Letteratura” 1, pp. 33 -53.
- Fiorentino G. 2021b, *Alfabetizzazione e literacy: un'introduzione*, in “Lingue e Linguaggi” 41, pp. 7-27.
- Fiorentino G. 2021c, *#ioresto a casa: comunicazione istituzionale multimodale*, in Bombi R. (a cura di), *La comunicazione istituzionale ai tempi della pandemia*, il Calamo, Roma, pp. 133-152.
- Gagliardi G., Gregori L. e Suozzi A. 2020, *L'impatto emotivo della comunicazione istituzionale durante la pandemia di Covid-19: uno studio di Twitter Sentiment Analysis*, in “Proceedings of the Seventh Italian Conference on Computational Linguistics – CLiC-it 2020” 2769, pp. 205-210.
- Gee J.P. 1989, *Literacy, Discourse, and Linguistics*, in “Journal of Education”, 171 [1], pp. 5-25.
- Gerwing J. and Gulbrandsen P. 2019, *Contextualizing decisions: Stepping out of the SDM track*, in “Patient Education and Counseling” 102, pp. 815-816.
- Grandi N. 2020, *La diversità inevitabile*, in “Italiano LinguaDue” 1, pp. 416-429.
- Gualdo R. e Telve S. 2021, *Linguaggi specialistici dell'italiano*, Carocci, Roma.
- Halliday M.A.K. e Hasan R. 1989, *Language, Context, and Text: Aspects of Language in a Social-Semiotic Perspective*, Deakin University Press, Victoria.
- Ishikawa H., Hashimoto H. and Kiuchi T. 2013, *The evolving concept of “patient-centeredness” in patient-physician communication research*, in “Social Science & Medicine” 96, pp. 147-153.
- Leoni F. A. 2013, *Il parlato*, in Iannàcaro G. (a cura di) “Linguistica italiana all'alba del terzo millennio (1997-2010)” Roma, Bulzoni, pp. 129-148.
- Kaldjian L.C. 2017, *Concepts of health, ethics, and communication in shared decision making*, in “Communication & Medicine” 14 [1], pp. 83-95.
- Kecskes I. 2014, *Intercultural pragmatics*, Oxford University Press, Oxford.
- Kothari A., Foisey L., Donelle L. and Bauer M. 2021, *How do Canadian public health agencies respond to the COVID-19 emergency using social media: a protocol for a case study using content and sentiment analysis*, in “BMJ Open” 11, pp. 1-5.
- Lamiani G., Strada I., Mancuso M.E., Coppola A., Vegni E., Moja E. A. and Pro-Adherence Study Group. 2015, *Factors influencing illness representations and perceived adherence in haemophilic patients: a pilot study*, in “Haemophilia” 21 [5], pp. 598-604.
- Lamiani G., Bigi S., Mancuso M.E., Coppola A. e Vegni E. 2017, *Applying a deliberation model to the analysis of consultations in haemophilia: Implications for doctor-patient communication*, in “Patient Education and Counseling” 100 [4], pp. 690-695.
- Levenstein J.H., McCracken E.C., McWhinney I.R., Stewart M.A. and Brown J.B. 1986, *The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine*, “Family Practice” 3 [1], pp. 24-30.
- Linell P. 1998, *Approaching dialogue. Talk, interaction and contexts in dialogical perspectives*, John Benjamins, Amsterdam.
- McKay K., Wayland S., Ferguson D., Petty J. and Kennedy E. 2021, *At Least until the Second Wave Comes: A Twitter Analysis of the NHS and COVID-19 between March and June 2020*, “International Journal of Environmental Research and Public Health” 18 [8], pp. 39-43.
- McWhinney I. 1989, *The need for a transformed clinical method. Communicating with medical patients*, in Stewart M. and Roter D. (eds. *Communicating with Medical Patients*, Sage Publications, Newbury Park, pp. 25-40.
- Mead N. and Bower P. 2000, *Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature*, in “Social Science & Medicine” 51 [7], pp. 1087-1110.
- Ong L.M., de Haes J.C., Hoos A.M. and Lammes F. B. 1995, *Doctor-patient communication: a review of the literature*, in “Social Science & Medicine”, 40 [7], pp. 903-918.
- Orletti F. 1993. *Per una educazione al parlato*, in Orletti F. (a cura di), *L'educazione linguistica nella scuola superiore: un itinerario formativo*, La Nuova Italia, Firenze, pp. 63-77.

- Orletti F. 2000, *La conversazione diseguale. Potere e interazione*, Carocci, Roma.
- Paakkari L. and Okan O. 2020, *COVID-19: health literacy is an underestimated problem*, in “The Lancet Public Health” 5 [5], pp. 249-250.
- Palumbo R., Annarumma C., Adinolfi P., Musella M. and Piscopo G. 2016, *The Italian Health Literacy Project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy*, in “Health Policy” 120 [9], 1087-1094.
- Parsons T. 1951, *The social system*, Routledge and Kegan, London.
- Pelikan J.M., Rothlin F. and Ganahl K. 2012, *Comparative report on health literacy in eight EU member states*, The European Health Literacy Project, Maastricht.
- Pendleton D., Schofield T., Tate P. and Havelock P. 1984, *The Consultation: An Approach to Learning and Teaching*, Oxford Medical Publications, Oxford.
- Riccioni I., Bongelli R. and Zuczkowski A. 2014, *Mitigation and epistemic positions in troubles talk: The giving advice activity in close interpersonal relationships. Some examples from Italian*, in “Language & Communication” 39, pp. 51-72.
- Roter D. and Hall J. A. 2006, *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits*, Greenwood Publishing Group, Westport.
- Sarangi S. 2017, *Editorial*, in “Communication & Medicine” 14 [3], pp. 199-200.
- Shannon C.E. and Weaver W. 1963, *The Mathematical Theory of Communication*, University of Illinois Press, Illinois.
- Sleigh J., Amann J., Schneider M. and Vayena E. 2021, *Qualitative analysis of visual risk communication on twitter during the Covid-19 pandemic*, BMC Public Health 21 [810], pp. 1-12.
- Sobrero A. 2021, *Scuola e alfabetizzazione in Italia. Caratteri e limiti di una correlazione spuria*, in “Lingue e Linguaggi” 41, pp. 29-48.
- Sørensen K., Pelikan J. M., Röthlin F., Ganahl K., Slonska Z., Doyle G., Fullam J., Kondilis B., Agrafiotis D., Uiters E., Falcon M., Mensing M., Tchamov K., Broucke S. van den and Brand H. 2015, *Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)*, in “The European Journal of Public Health” 25 [6], pp. 1053-1058.
- Stewart M. and Roter D. 1989, *Communicating with Medical Patients*, Sage, London.
- Stewart M., Brown J.B., Weston W.W., McWhinney I.R., McWilliam C.L. and Freeman T.R. (eds.) 1995, *Patient Centered Medicine, Transforming the Clinical Method*, Sage Publications, London.
- Stewart M., Brown J., Levenstein J., McCracken E. and McWhinney I.R. 1986, *The patient-centred clinical method. 3. Changes in residents' performance over two months of training*, in “Family Practice” 3 [3], 164-167.
- Street R. and Epstein R. 2008, *Key interpersonal functions and health outcomes. Lessons from Theory and Research on Clinician-Patient Communication*, in Glanz K., Rimer B.K. and Viswanath K. (eds.), *Health Behaviour and Health Education. Health Education*, Jossey-Bass, San Francisco, pp. 237-269.
- Street R.L. 2013, *How clinician-patient communication contributes to health improvement: Modeling pathways from talk to outcome*, in “Patient Education and Counseling” 92 [3], pp. 286-291.
- Veldhuijzen W. 2011, *Challenging the patient centred paradigm: designing feasible guidelines for doctor patient communication*, Maastricht University Press, Maastricht.
- Vellutino D. 2018, *L'italiano istituzionale per la comunicazione pubblica*, Il Mulino, Bologna.
- Vellutino D. e Zanola M. 2015, *Comunicare in Europa. Lessici istituzionali e terminologie specialistiche*, EDUCatt Università Cattolica, Milano.
- Voghera M. 2018, *L'uso parlato dei segni linguistici, ovvero Tullio De Mauro e la distintività dei segni*, in “Bollettino di italianistica, Rivista di critica, storia letteraria, filologia e linguistica” 2, pp. 172-182.
- Voghera M. 2022, *Scritto-parlato e altri modi nell'educazione linguistica*, in “Italiano LinguaDue” 14 [2], pp. 1-18.
- Williams N. and Ogden J. 2004, *The impact of matching the patient's vocabulary: a randomized control trial*, in “Family Practice” 21 [6], pp. 630-635.