

EDITORIALE

di Daniela Zorzi

Gli studi in prospettiva conversazionale sull'interazione medico-paziente hanno ormai una lunga tradizione a livello internazionale: un ben documentato stato dell'arte (Heritage e Maynard, 2006) presentando nel dettaglio diverse prospettive e numerosissime ricerche, ha messo in evidenza come dagli anni '70 l'enfasi si sia spostata dal comportamento discorsivo del medico (e dall'assunto che la dominanza nella gestione dell'interazione impedisca l'accesso a informazioni rilevanti per la diagnosi e la terapia) al lavoro congiunto del medico e del paziente, che insieme cercano di costruire un discorso mutualmente comprensibile e accettabile sul piano dell'informazione e sul piano della relazione.

L'obiettivo di queste ricerche, che usano gli strumenti dell'analisi della conversazione *istituzionale* (Heritage e Clayman, 2010) è duplice. Da un lato si osserva come certi corsi d'azioni discorsive sono condizionati dall'istituzionalità dell'incontro: questa è caratterizzata da un obiettivo condiviso, coerente con la natura sociale dell'istituzione, che i partecipanti intendono raggiungere (*goal-orientation*); da restrizioni specifiche su cosa i partecipanti trattano come un contributo adeguato al discorso in atto (*particular constraints*); dall'essere associata ad aspetti del ragionamento, inferenze e implicature che portano ad attribuire alle azioni discorsive valori diversi da quelli attribuiti alla conversazione quotidiana (*inferential frameworks*) (Drew e Heritage, 1992, p. 22). Dall'altro lato si osserva come le modalità discorsive attuate determinino non solo ciò che viene detto dopo, ma incidano sul comportamento o sull'atteggiamento degli interlocutori, con provate ricadute sulla dimensione diagnostica e terapeutica. Ad esempio una domanda aperta del medico del tipo "What can I do for you today?" porta a una risposta di media quattro volte più lunga delle risposte a una domanda puntuale, tipo "Sore throat and runny nose for two days, huh?": ciò, non solo crea spazio per ottenere ulteriori informazioni potenzialmente utili per la diagnosi e la terapia, ma influenza positivamente il paziente, che apprezza la possibilità di raccontarsi e non si preoccupa del tempo che 'perde' per presentare il suo problema (Heritage e Robinson, 2006). Un altro esempio, relativo al contesto italiano, riguarda le scelte lessicali: il medico parla di 'batteri' con una paziente immigrata e li

definisce ‘piccoli animali’, la paziente reagisce con una certa veemenza: “me parla così, come se fosse una persona che non capisce niente”; l’eccessiva semplificazione (che attribuisce all’interlocutore inadeguate conoscenze culturali e linguistiche), innesca, una sequenza conflittuale, che deve essere rimediata, perché l’incontro possa concludersi positivamente (Orletti, 2000, p. 114).

L’accesso ai servizi sanitari di pazienti migranti ha introdotto nell’interazione medico-paziente variabili estremamente rilevanti: fra altre, come abbiamo appena visto la (supposta) scarsa competenza nella lingua italiana, le diverse modalità di relazionarsi con gli operatori sanitari, il fondare ciò che si dice su assunti culturali, raramente esplicitati o riconosciuti come tali, con l’ovvio rischio di fraintendimenti o resistenze emotive di varia natura. Possibili corsi d’azione che fanno emergere queste (e altre) variabili sono presentati nei contributi di Orletti, Fatigante e Pasquandrea in questo volume.

La ricerca sull’interazione medico-paziente è vasta, e come testimonia questo numero monografico, è utile a rivelare nel dettaglio come medico e paziente approntino soluzioni utili a comprendersi nel qui ed ora della conversazione, senza aiuti. Una diversa situazione, su cui desidero concentrarmi, è quella promossa dall’introduzione dei mediatori linguistico-culturali: operatori di varia competenza e con diversi livelli di professionalità che si pongono da interpreti tra medico e paziente.

Gli studi sull’interazione medico-paziente in presenza di un mediatore, per quanto relativamente recenti nel panorama italiano, hanno già descritto, attraverso l’analisi dettagliata di una pluralità di incontri (video)-registrati e trascritti, vari corsi d’azione (Gavioli, 2009) mettendo particolarmente a fuoco – in questa prima fase – le modalità con cui il mediatore si rapporta al medico e al paziente. A grandi linee, il mediatore durante un incontro interagisce sia come parlante parimenti ratificato, cioè con gli stessi diritti discorsivi dei parlanti cosiddetti primari (il medico e il paziente), producendo una grande varietà di iniziative discorsive (fa domande, introduce argomenti, offre valutazioni e consigli, rimprovera e conforta, racconta e informa), sia come traduttore di ciò che dicono gli altri partecipanti. Anche in questo caso il suo comportamento varia: può agire – raramente – come *conduit*, colui che traduce tutto ciò che viene detto, senza aggiungere, togliere o modificare nulla; come *clarifier*, modificando il discorso originario; come *cultural broker*, fornendo informazioni culturalmente appropriate per superare differenze culturali che potrebbero portare a fraintendimenti. Infine può agire come *advocate*: parlando spesso al posto del paziente e negoziando direttamente con gli operatori sanitari le necessità terapeutiche e burocratiche del paziente.

Tutte le azioni, traduttive e non traduttive, possono alternarsi durante uno stesso incontro e la scelta è condizionata dal contesto del discorso: per essere attivate e opportunamente collocate nella sequenza del discor-

so, sono richieste conoscenze e competenze specifiche –, che dovrebbero essere oggetto di formazione. Una rassegna delle modalità formative attuate nel contesto italiano (Zorzi, 2009) ha rilevato una significativa distinzione fra i percorsi proposti dalle istituzioni locali, rivolti prevalentemente a esponenti delle comunità immigrate e i percorsi proposti dalle università, rivolti prevalentemente a studenti italiani. I percorsi universitari di area linguistica poco peso mettono sulla dimensione sociale del fenomeno migratorio, trascurando quasi del tutto i saperi sociali di ambito istituzionale che sono l'oggetto primo – se non unico – degli incontri che richiedono la presenza del mediatore. Di questa carenza si lamentano – a giusta ragione – sia gli studenti che fanno il tirocinio come interpreti in ospedale, sia il personale sanitario che li affianca.

Sembrano tuttavia del tutto marginali (se non assenti), in entrambi i contesti – locali e universitari –, attività di riflessione, che mettono a fuoco l'interazione discorsiva nel suo complesso, osservando in dettaglio come il successo (o l'insuccesso) di un incontro dipenda dalle azioni coordinate di *tutti* i partecipanti nel qui ed ora della conversazione, dagli spazi di partecipazione dati agli interlocutori o dalla rilevanza di ciò che viene detto o tradotto in certi punti dell'interazione (cfr. Baraldi *et al.*, 2008; Baraldi e Gavioli, in questo volume). Certe azioni hanno o non hanno successo proprio *perché* sono collocate a un certo punto della sequenza del discorso e l'interpretazione che se ne dà è ricavata da ciò che viene detto prima e dalla successiva reazione degli interlocutori. Il punto chiave, allora, è sviluppare nei mediatori, ma anche in tutti i partecipanti agli scambi che avvengono nella istituzione sanitaria, la consapevolezza che ogni azione porta a delle conseguenze e che ha un effetto non solo sulla comprensione del discorso, ma – cosa più importante per la finalità istituzionale dell'incontro – sul futuro comportamento del paziente.

Un'ultima considerazione. Il modello teorico scelto, l'Analisi della Conversazione Istituzionale, fondandosi su (video)-registrazioni di incontri reali, richiede una stretta collaborazione fra strutture sanitarie e ricercatori, in particolar modo per quanto riguarda l'autorizzazione (che deve essere concessa dal Comitato Etico in primo luogo e poi dai partecipanti, operatori sanitari e pazienti) a documentare eventi che possono rivelare aspetti “sensibili” non solo degli individui ma anche delle istituzioni.

In un futuro si auspica che anche in Italia le istituzioni comprendano l'importanza della dimensione linguistica per favorire il rapporto con i pazienti e l'efficacia del servizio: ci si augura si attivino ricerche condotte “*per conto*” e su iniziativa di strutture sanitarie esterne all'università, interessate a trovare soluzioni a problemi operativi interni; oppure ricerche condotte “*insieme con*” i membri delle istituzioni coinvolte. In quest'ultimo caso, la ricerca e le sue applicazioni sarebbero un'attività congiunta. A questo proposito, direzione un segno positivo è dato dai contributi della tavola rotonda che chiudono il volume: medici e dirigenti sanitari, che in

diverse istituzioni e con diverse competenze da anni affrontano le sfide della multiculturalità, offrono non solo testimonianze illuminanti, ma anche un'autentica volontà di collaborazione e di impegno reciproco.

Bibliografia di riferimento

- Baraldi C., Barbieri V., Giarelli G., a cura di (2008). *Immigrazione, mediazione culturale e salute*. Atti del convegno internazionale, *Scienze sociali, e salute nel XXI secolo: nuove tendenze e vecchi dilemmi*. Milano: FrancoAngeli
- Drew P., Heritage J., editors (1992). *Talk at Work: Social Interaction in Institutional Settings*, Cambridge: Cambridge University Press
- Gavioli L., a cura di (2009). *La mediazione linguistico-culturale: una prospettiva interazionista*. Perugia: Guerra
- Heritage J., Maynard D. (2006). Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 Years of Research. *Annual Review of Sociology*, 32: 351-74
- Heritage J., Robinson J. (2006). The structure of patients' presenting concerns. Physicians' opening questions. *Health Communication*, 19: 89-102
- Heritage J., Clayman S. (2010) *Talk and social action – Interactions, Identities, and Institutions*. Chichester: Wiley-Blackwell
- Orletti F. (2000). *La conversazione diseguale*. Roma: Carocci
- Zorzi D. (2009). La formazione dei mediatori sanitari: fra esperienza e consapevolezza. In: Baraldi C., Barbieri V. e Giarelli G., a cura di, *Immigrazione, mediazione culturale e salute*. Milano: FrancoAngeli, 191-207