

Terapia e importanza civile

Verso una collaborazione tra linguisti e professionisti della salute

Intervista a Luca Serianni

Alessandro Lucchini

Luca Serianni è uno dei maggiori linguisti italiani. Insegna storia della lingua italiana all'università di Roma La Sapienza.

Socio nazionale dell'Accademia dei Lincei e dell'Accademia della Crusca.

È dagli spunti forniti dal suo libro *Un treno di sintomi* (Garzanti 2005) che ha preso il via la nostra ricerca sulla "grammatica della salute". Naturale, dunque, che questo libro parta con una sua intervista.

“Le parole sono fatte - dice Tullio De Mauro - prima che per essere dette, per essere capite.” È una verità che conosce deroghe? Secondo lei i professionisti della salute vi si riconoscono?

In linea di massima, non c'è dubbio che si parla per essere capiti da qualcuno. Quel che fa la differenza è il destinatario.

Se dico «Prendilo!», mi può capire solo chi è presente nel momento in cui sto parlando, conosce il contesto in cui ciò avviene e quindi può interpretare il valore del pronome *lo* (un libro che è caduto a terra, il gatto che sta uscendo dalla finestra, un borseggiatore che sta per svignarsela...). Ma anche nell'universo dei testi scritti le differenze sono molte.

L'indicazione SIGNORI posta sopra una porta in una stazione ferroviaria è trasparente per tutti gli alfabeti che conoscono l'italiano: si tratta del gabinetto riservato ai maschi. È naturale, invece, che molti altri testi selezionino un pubblico più o meno ristretto: non tutti sarebbero in grado di capire un madrigale del Tasso, a partire dal significato letterale dei versi, e molti meno potrebbero orientarsi sentendo trattare di temi specialistici come gli *atti emulativi* (diritto penale) o la *lectio difficilior* (critica testuale). Nel caso della medicina convivono due esigenze radicalmente diverse. La comunicazione tra medici non può che essere specialistica e opaca per i profani (non foss'altro perché la comprensione richiederebbe il possesso di molte nozioni correlate all'attività clinica, dalla biochimica alla farmacologia).

La comunicazione rivolta ai pazienti - dai foglietti illustrativi dei medicinali ai referti diagnostici - dovrebbe essere assolutamente piana, nel primo caso, o sufficientemente perspicua, nel secondo.

Nel suo libro *Un treno di sintomi* lei ha definito il diverso ruolo dei tecnicismi specifici e dei tecnicismi collaterali. Può proporci una sintesi di questa distinzione?

I tecnicismi specifici sono quei termini che appartengono tipicamente a un certo sapere settoriale e che si riferiscono senza ambiguità a una certa nozione. Per indicare il piccolo osso che forma la parte terminale della colonna

vertebrale dobbiamo servirci obbligatoriamente del tecnicismo *coccige* (ferma restando la possibilità di spiegarci ricorrendo a una perifrasi o magari a osso, accompagnato da riferimenti al contesto: «Quest'osso qui dietro»; ma con ciò dimostreremmo con evidenza la nostra estraneità all'ambito medico). *Coccige* è un tecnicismo anatomico (come *ioide* o *gastrocnemio*), *toxoplasmosi* o *laringite* sono tecnicismi della patologia, *risonanza magnetica* o *ecodoppler* della diagnostica e così via. Invece i tecnicismi collaterali sono termini altrettanto caratteristici di un certo ambito settoriale, che però sono legati non a effettive necessità comunicative bensì all'opportunità di adoperare un registro elevato, distinto dal linguaggio comune. Così, un malato dirà che *sente* (*avverte, prova*) un *forte* dolore *alla bocca dello stomaco*, mentre in una cartella clinica il medico tradurrà questo sintomo più o meno così: «Il paziente *accusa* (*o lamenta, riferisce*) *vivo* dolore nella *regione epigastrica*». *Accusare* (*lamentare, riferire*), *vivo* come epiteto preferenziale accompagnato a *dolore* per qualificarne l'intensità e *regione* per indicare un certo distretto anatomico sono altrettanti tecnicismi collaterali. Potrebbero essere sostituiti o tradotti in forme condivise dal linguaggio comune, ma sono tipici dello stile espositivo dei medici.

Qual è il grado di trasparenza dei tecnicismi collaterali per il paziente?

In generale, i tecnicismi collaterali sono abbastanza chiari per il paziente istruito; non altrettanto per chi ha risorse culturali più limitate. Un esempio. Chi leggesse in un referto che «non si apprezzano lesioni di natura traumatica a carico dei legamenti crociati» invece di compiacersene, potrebbe preoccuparsi, pensando che certe lesioni «non si apprezzano», «non vengono apprezzate», cioè vengono considerate «gravi» dal medico. Questo perché nel linguaggio comune *apprezzare* ha valore positivo (*apprezzare un gesto di cortesia, un bel quadro*) e non neutro; bastava scrivere «non si osservano», «non risultano» e tutto sarebbe stato chiaro per qualsiasi lettore. D'altra parte, anche i tecnicismi specifici hanno un diverso grado di trasparenza. Alcuni non sono noti nemmeno all'intera classe medica ma quasi solo agli specialisti di un certo settore.

Come si può dimostrare agli operatori sanitari che i tecnicismi collaterali possono essere sostituiti senza che l'esattezza scientifica ne risenta e, anzi, con grande vantaggio della relazione con i pazienti, e quindi del comune obiettivo?

I linguisti, in quanto tali, non possono fare altro che illustrare i meccanismi che presiedono al linguaggio medico e quindi, anche, suggerire i modi per rendere più efficace la comunicazione medico-paziente. Sono gli operatori sanitari che dovrebbero convincersi dell'importanza civile, prima ancora che terapeutica, di rendere il paziente consapevole della sua malattia e dei modi per tentare di superarla. In qualche caso il problema non è linguistico, ma etico: fino a che

punto dire la verità, in presenza di una prognosi infausta o comunque molto severa? Il desiderio di velare realtà sgradite spiega i sinonimi usati, nel dialogo con i pazienti ma persino nelle cartelle cliniche e nei referti, per evitare *carcinoma* (che può ridursi alla sigla *Ca.*, occultarsi in *discario*, forma decurtata di *discariocinesi* 'alterata divisione cellulare', o diventare genericamente una imprecisata *lesione*) o *metastasi*, sostituito da *lesioni ripetitive*.

Il linguaggio medico ha il proprio fulcro nel lessico. È lì il principale motivo di difficoltà nella comprensione?

Il lessico rappresenta certamente lo scoglio principale per la comprensione dei profani: se non so che cosa sia la sindrome di Stevens Johnson, non ho nessuna possibilità di raccapezzarmi.

Ma indubbiamente la sintassi (periodi brevi), l'organizzazione testuale, la gerarchizzazione delle informazioni, il ricorso a un'adeguata selezione di segni tipografici e iconici (una freccetta è più efficace di un *N.B.*, un *N.B.* è più efficace di un semplice accapo) hanno, nel loro insieme, un'importanza non secondaria. Nella riscrittura di un testo medico rivolto al grande pubblico, per esempio un *bugiardino*, intervenire solo sul lessico, lasciando inalterati gli altri parametri, non basta, anzi può produrre persino effetti grotteschi.

Se il suo treno trasportasse desideri anziché sintomi, quale sarebbe il suo auspicio per un linguaggio efficace in sanità?

Mi piacerebbe che ai futuri camici bianchi si insegnasse anche un po' di linguistica, orientata alla comunicazione medica: partendo da alcune nozioni introduttive (che cos'è un lessico settoriale, che cosa lo differenzia dalla lingua comune) e da uno sguardo d'insieme sui procedimenti specifici della lingua della medicina (formazione delle parole particolarmente dinamica, forte incidenza di eponimi, largo ricorso a elementi lessicali di origine classica) si passerebbe ai problemi della comunicazione col paziente. Sono problemi che possono apparire secondari solo guardando al pronto intervento (di fronte a un infartuato la cosa essenziale è salvargli la vita, non cercare le parole adatte per dirglielo), ma non sono tali sia pensando alla *routine* del medico di famiglia sia ai delicati problemi posti dalla consapevolezza di patologie gravi.