

Terapia e importanza civile

Verso una collaborazione tra linguisti e professionisti della salute. Intervista a Luca Serianni

Luca Serianni è uno dei maggiori linguisti italiani. Insegna storia della lingua all'università di Roma La Sapienza. Accademico della Crusca, corrispondente dei Lincei.

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

Alessandro Lucchini

“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: non ci sarebbe nulla di male se un dermatologo non sapesse dire che cos'è l'eminattenzione sinistra e se un neurologo ignorasse l'epiluminescenza (per la storia: il primo termine indica l'incapacità di avvertire stimoli in una metà dello spazio in séguito a un danno neurologico; il secondo, una metodica per la diagnosi precoce dei tumori cutanei). Altri coincidono con parole del lessico fondamentale: per indicare la ghiandola endocrina posta nella parte superiore destra dell'addome, sia il grande clinico sia il più umile illetterato pronunceranno la stessa parola: fegato. Anche fegato, in fondo, è un tecnicismo specifico, ossia un termine che indica una nozione anatomica in modo univoco e obbligato.

Che cosa possono fare gli studiosi del linguaggio per convincere gli 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.

Perché nella comunicazione medica il canale verbale prevale nettamente su quello scritto? E quale utilità potrebbe offrire la scrittura per facilitare il dialogo tra sanitari e pazienti?

Mi sembra naturale che il paziente sia più a suo agio di fronte a un medico che gli spieghi con parole chiare (e soprattutto con pazienza) il suo quadro clinico invece di leggere un testo, per quanto ben strutturato. Il testo scritto potrà difficilmente rispondere a quesiti imprevedibili («Posso andare in aereo?», «Posso fare la doccia?») o non generalizzabili («Ho saltato la compressa dopo cena: devo prenderne due a pranzo?»). Inoltre, la maggioranza dei pazienti è costituita da persone anziane, in generale con un livello di istruzione inferiore rispetto a generazioni più giovani (e soprattutto con minore dimestichezza con le grandi fonti d'accesso all'informazione: internet ecc.). E molte delle domande dei

pazienti – come sa bene ogni medico di famiglia – sono ingenui o mal poste e nascono da un generico bisogno di rassicurazione: solo il colloquio diretto può placare le ansie e fare, in una certa misura, chiarezza. Un supporto scritto è invece molto utile per quelle operazioni che il paziente deve compiere per proprio conto, a cominciare da quella più tipica: l'applicazione di un certo protocollo terapeutico, specie in presenza di somministrazioni multiple.

Quale ritiene sia oggi lo strumento scritto più carico di problemi in ambito sanitario, e perché?

Direi quelli che hanno più generale e immediata ricaduta sui pazienti, in primo luogo il cosiddetto bugiardino. Vedo che molte case farmaceutiche, adeguandosi del resto a direttive di legge, stanno facendo sforzi in questo senso; ma molti testi continuano a essere insoddisfacenti. Il foglietto illustrativo di un noto prodotto a base di paracetamolo – dunque un classico prodotto da banco, di quelli che si usano per le più banali patologie – stampato nel 2005 presenta, per esempio, mancata distinzione delle informazioni destinate al paziente e al medico. Solo il medico, evidentemente, può sapere se il paziente è affetto da «manifesta insufficienza della glucosio-6-fosfato deidrogenasi» e solo lui deve essere avvertito che il paracetamolo può interferire col risultato di un certo esame di laboratorio condotto secondo determinate metodiche (precisamente «con la determinazione della uricemia mediante il metodo dell'acido fosfotungstico e con quella della glicemia mediante il metodo della glucosio-ossidasi-perossidasi»). E il paragrafo degli Effetti indesiderati, fondamentale proprio nell'ottica del paziente, presenta una sequenza disordinata di patologie: dalle reazioni cutanee si passa a reazioni di ipersensibilità di tipo sistemico, per continuare con reazioni a carico di sangue, fegato, rene, stomaco e intestino, sistema nervoso per poi ritornare alle «eruzioni cutanee su base allergica». Inoltre, il testo continua a essere troppo esteso e questo, indipendentemente dalla struttura dei periodi e dal lessico usato, costituisce una difficoltà obiettiva per la lettura (ancora una volta in primo luogo per i pazienti anziani, con presumibili problemi di vista). Ovviamente sono fondamentali anche la segnaletica negli ospedali (ma qui non servono particolari competenze per raggiungere un risultato soddisfacente) e il formulario per il consenso informato. In questo caso, mi risulta che la maggior parte dei pazienti non legga il foglio, ma lo firmi senz'altro contentandosi delle informazioni orali appena ricevute dal medico: sarebbe invece opportuno che il medico leggesse al paziente il testo, assicurandosi di un'effettiva comprensione. Qualche intervento, più limitato, sarebbe auspicabile anche nelle cartelle cliniche e nei referti (quantomeno attraverso rubriche fisse, che rendano più trasparente il testo, sottraendolo alla variabilità stilistica ed espositiva dei singoli medici che lo redigono).

Il linguaggio medico ha il proprio fulcro nel lessico: sempre più imponente, complesso e in continuo proliferare. 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.

Quanto può reggere l'attuale assetto linguistico medico, messo a punto nell'Ottocento, oggi in urto evidente con l'inglese, veicolo obbligato della comunicazione scientifica? E come potrebbe essere superato quest'urto?

È vero. La comunicazione scientifica avviene ormai solo in inglese e lo spazio riservato all'italiano – ma anche al tedesco, allo spagnolo ecc. – oltre alla comunicazione orale (da medico a paziente o da medico a medico) è quello della manualistica universitaria, della refertazione, dei periodici rivolti al medico di famiglia e, naturalmente, della divulgazione sanitaria. In questo ambito – del tutto marginale a livello internazionale ma tuttora fondamentale entro i confini della società nazionale – l'impalcatura ottocentesca e il suo spiccato ricorso a composti grecolatini regge tuttora abbastanza bene; la quota di anglicismi non adattati all'interno di testi medici scritti in italiano è alta, ma non debordante, specie rispetto ad altre scienze e tecnologie (esempi di anglicismi più o meno recenti sono breath-test, follow-up, imaging, patch, range, scavenger, stent). L'importante è che l'apparato terminologico in lingua italiana continui a svolgere la sua funzione, a partire dalle facoltà universitarie. Sarebbe deleterio se si decidesse, poniamo, che le facoltà statali di medicina adottassero l'inglese come lingua abituale di lezioni e seminari. Sia perché il futuro medico, acculturato scientificamente solo in inglese, avrebbe poi difficoltà a muoversi entro la terminologia italiana che pure resisterebbe al di fuori delle aule universitarie e dei congressi (rapporti con i pazienti e con l'amministrazione ecc.). Sia perché, da un punto di vista linguistico, quel che si deve temere non è il fenomeno, fisiologico, del prestito – cioè dell'introduzione di un certo numero di parole straniere – quanto l'eventuale abdicazione di una lingua all'inezienza delle sue funzioni. Come il Peter Schlemihl di un famoso racconto di Chamisso che vende al diavolo la propria ombra ma poi, divenuto ricco, si accorge che tutti lo evitano, perfino la donna amata, così, svendendo porzioni di lingua, in apparenza settoriali – cioè rinunciando all'uso dell'italiano quando si tratti di medicina – si colpirebbe al cuore una lingua che, diceva Manzoni, «o è un tutto o non è».

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.