

MARINA CASTAGNETO¹

L'interazione medico-badante: nuove frontiere della linguistica medica

This work is a first attempt to investigate the physician-caregiver interaction, in the cases in which a foreigner caregiver accompanies a medical examination of the elderly person. The corpus of the analysis consists of three dialogues registered in a medical surgery (535 conversational turns), transcribed and annotated by Pra.Ti.D system of annotation. In these conversations the physician has just a slight conversational dominance on all the four levels described by Linell - Luckmann (1991), as the caregivers fight against the doctor's hidden agenda of medical interviews to fulfill their task in the best way. Comparing these data with the findings of another dialogue in which the foreign caregiver undergoes the medical examination as a patient, we see how the physician dominance grows, but not so much as in the cases in which doctors and patients share the same mother tongue.

1. *Introduzione*

Questo lavoro si propone di indagare l'interazione dialogica tra medico e badante, in casi in cui una badante straniera accompagna un paziente italiano da lei assistito ad una visita medica. Lo scopo del lavoro è di verificare le caratteristiche peculiari di queste interazioni, ed in particolar modo il tipo di dissimmetria che si propone tra medico e badante, diverso da quello tra medico e paziente.

2. *Il corpus*

Il Corpus, tratto da Ubertalli (2011), consta di tre dialoghi tra un medico di base ed una badante straniera, per un totale di 535 turni conversazionali (e per una durata di 31'46" di conversazione)². In due dialoghi la badante si fa portavoce del suo assistito, accompagnandolo in ambulatorio e diventando interlocutrice primaria del medico, mentre nel terzo dialogo la badante si sostituisce al paziente recandosi personalmente dal medico per richiedere la prescrizione di farmaci indicata da uno specialista. È stata presa la decisione di trattare in modo unitario questi tre dialoghi perché il paziente, anche quando è presente, non prende parte attiva alla conversazione (come è il caso del dialogo M3) oppure è responsabile di pochi turni che non hanno rilevanza condizionata nella conversazione (12 turni su 153 nel dialogo

¹ Università del Piemonte Orientale.

² Tutti i dialoghi sono stati trascritti secondo il sistema AVIP e annotati pragmaticamente secondo il sistema annotativo Pra.Ti.D, cfr. www.parlaritaliano.it e Castagneto 2012.

M4), spesso costituiscono dei feedback o non sono per nulla attinenti al topic della interazione. Tutti i dialoghi si svolgono dunque soprattutto tra medico e badante. A questo corpus si aggiunge un ulteriore dialogo di 163 turni (della durata temporale di 7'27") in cui la partecipante straniera non è coinvolta in veste di badante ma di paziente.

Le conversazioni coinvolgono complessivamente 4 partecipanti straniere e 2 medici di base: due conversazioni sono avvenute presso un ambulatorio in provincia di Napoli, una conversazione presso un ambulatorio in provincia di Biella, ed una al domicilio della paziente, sempre nella provincia di Biella.

3. *Asimmetria nelle interazioni medico-paziente e medico-badante*

Le interazioni legate alle consultazioni mediche sono state molto studiate, anche attraverso approcci e prospettive diversi, come il funzionalismo sociologico, la psicologia clinica, che valuta il rapporto medico-paziente in termini di soddisfazione del paziente e di *compliance* (cioè la collaborazione del paziente alla terapia), la etnografia, che indaga le procedure attraverso cui si costituisce la razionalità dell'agire medico come insieme di pratiche e *routines* (cfr. Cacciari 1983), l'analisi della conversazione, in cui si iscrive anche questa analisi.

Alcuni lavori su questo tema compaiono già negli anni 20 del secolo scorso (Crookshank, 1923; Sapir, 1927), ma lo studio sistematico dell'interazione medico-paziente emerge negli anni 70, a partire dai lavori di Korsch - Negrete (1972) e di Byrne - Long (1976). Secondo la stima di Heritage - Clayman (2010), al momento in cui scrivevano si poteva parlare di circa 500 lavori sull'interazione medico-paziente.

A conoscenza di chi scrive, invece, non esistono lavori sulle interazioni medico-badante, probabilmente anche a causa della recente presenza sociale della figura professionale delle badanti, che, soprattutto in Italia, solo negli ultimi decenni sono entrate nell'orizzonte sociologico ed epistemico delle famiglie. Questo studio ha dunque l'ambizione ed i limiti di porsi come studio pilota, e mira ad identificare delle possibili linee di tendenza che dovranno poi essere sottoposte al vaglio dell'analisi di corpora più ampi.

Per quanto riguarda le interazioni tra medico e paziente, tutti i tipi di approcci insistono sul carattere intrinsecamente istituzionale e fortemente asimmetrico di questa relazione. La asimmetria tra medico e paziente è stata segnalata in modo pervasivo a partire dallo studio di Parsons (1951), che si iscrive nell'ambito del funzionalismo sociologico: per Parsons la asimmetria nelle relazioni sociali tra soggetti sani e produttivi e soggetti malati e improduttivi si sarebbe riflessa in una dipendenza cognitiva, affettiva e relazionale del paziente nei confronti del medico.

Il tema non è estraneo neanche alla sociologia della medicina (cfr. Lewenthal *et al.*, 1980), ed è stato affrontato anche dagli studi linguistici sia in prospettiva sociolinguistica che di analisi conversazionale (si confrontino almeno i lavori di Fisher, 1984; Heath, 1981; Mishler, 1984; Todd, 1984; West, 1983, che a tutt'oggi costi-

tuiscono dei punti di riferimento). In tutti questi lavori si sottolinea la presenza di un forte sbilanciamento di diritti e poteri comunicativi a favore del medico, regista indiscusso delle interazioni, che può ingabbiare l'interazione in corso organizzandola in più fasi prestabilite secondo la sua "agenda nascosta" (cfr. fig. 1).

Il medico inoltre può fare domande e dare ordini, può imporre la scelta dei *topic* in discussione, controllare lo svolgimento delle sequenze e sanzionare le insubordinazioni (cfr. Orletti, 2004: 18-30).

La forte dominanza del medico si basa soprattutto sull'indiscusso potere conferitogli dal suo ruolo di esperto, che causa deferenza nel paziente per ragioni di prestigio scientifico, culturale e di status, cui si associa una dissimmetria legata alla scarsa padronanza linguistica in italiano delle badanti. A questa doppia dissimmetria se ne potrebbe aggiungere una terza, considerando l'appartenenza di genere, poiché i medici del corpus esaminato sono uomini e le badanti (e l'unica paziente) sono donne (cfr. Fisher, 1988; Todd, 1988; in Petrillo, 2002: 99). L'analisi dei dati ci pone però di fronte ad un'evidenza: la somma di tutte queste dissimmetrie non rinforza il ruolo di regista del medico; la regia del medico ne risulta invece mitigata. La spiegazione deve essere probabilmente cercata nel diverso *footing* (cfr. Goffman, 1987: 175-216), cioè nella diversa natura del coinvolgimento e della partecipazione all'interazione sociale delle badanti: la badante è sana, e si interrompe la dicotomia medico curante-malato. Almeno da questo punto di vista, la relazione torna tra pari. La badante, inoltre, deve essere massimamente informativa sullo stato di salute del suo datore di lavoro, e deve essere sicura di avere capito bene, perché è responsabile dell'esecuzione della terapia e della guarigione³.

Di conseguenza, a differenza di quanto spesso avviene nella interazione tra medico e paziente, la badante non può lasciare che la deferenza per il medico, accentuata dal ricorso a termini tecnici della lingua specialistica della medicina, la induca a non capire le informazioni da lui trasmesse, e deve inoltre riuscire a comunicare al medico tutte le informazioni che ritiene rilevanti. La paura di sembrare ignoranti o poco intelligenti, o il dubbio cortese di fare perdere tempo al medico richiedendo spiegazioni fuori luogo o ricapitolazioni, sono sentimenti che vengono dunque vinti, e le badanti si forzano ad assumere un ruolo attivo nel guidare l'interazione con il medico, senza farsi ingabbiare dallo schema interazionale di domande chiuse spesso proposte dai medici, messe in atto come *routines checklist* (nei termini di Heritage - Clayman, 2010: 148). Le badanti cercano dunque di agire linguisticamente secondo un modello che si oppone alla "medical interview", un vero e proprio interrogatorio clinico, adottando agonisticamente un modello di "storytelling" (cfr. Bliesener - Siegrist, 1981). Così facendo, negoziano la loro identità interazionale localmente

³ Questa preoccupazione emerge nel nostro corpus in modo diretto attraverso la voce di una delle badanti, che al dialogo M3, turno B043, dice: no ma<aa> a modo che sono straniera sapete com'è, succede qualcosa dopo tre quattro mesi dice <pb> ma per colpa di quella che lei mi ha attaccato mi ha fatto del ma+/ no non voglio essere<ee> <pb> <eh> [...]. In tutti i dialoghi del corpus i turni siglati con la lettera M sono stati prodotti dal medico, i turni siglati con la lettera B sono stati invece pronunciati dalla badante. I numeri che seguono le lettere identificano i turni all'interno dei rispettivi dialoghi.

costruita, rifiutando almeno in parte il ruolo che potrebbe essere loro assegnato di “respondent” per assumere il ruolo di “informant”⁴.

Guardiamo il seguente estratto:

(1) dial.M3

- M079: vediamo un'altra #<B080> cosa#
 B080: #<M079> che# tieni una tusse che non finisce mai dobbiamo vedere è<ee> una bronchite qualcosa
 M081: <mhmh> cominciamo allora a vedere un #<B082> po' le spalle#
 B082: #<M081> uno sciroppo# per buttare questa che tiene
 M083: togliti la giacca
 B084: lo aiuto io tiene un<nn> secchio dove lui ci butta<aa> <pb> ogni <pb> / un sacco di / ma c'è possibile di [inintelligibile] po' di no niente
 M085: seduto piano piano, accomodatevi signora <pb> ok <pb> respira forte
 M086: fuma sempre tanto? quante sigarette fuma al giorno?
 B087: devo dire la verità che io<oo> vengo<oo> diciamo pure che vengo alle dieci o alle nove e mezzo fine che vado e ho già<aa> <pb> quasi un<nn> ventiquattro ore, ventiotto ore due pacchi <pb> fuma assai
 M088: voi praticamente andate la mattina e ve ne tornate la sera?
 B089: si si però fuma assai, è un fumo che però il suo <pb> la sua cosa importante, perciò fuma perché è nervoso
 M090: <mh>
 B091: pure per fatto che non riesce a parlare bene, a capire
 M092: <mh>
 B093: io sto domandando sempre la signora che cosa ha detto, come devi fare come devi mangiare<ee>, come si fa a<aa> #<M094> questa cosa#
 M094: #<B093> cioè lui non# ti sa dire niente?
 B095: da lui capisco niente/ non è colpa sua per amor di dio
 M096: certo
 B097: che lui fa uno sforzo si innervosi+ / io dico si calmati perché poi si può fare un altro ictus che quando stai a letto no dico che non ti curo, però è difficile per me una signora<aa> metterti i pannoloni la tua età, già devi ringraziare a Dio <pb> che stai bene, che puoi andare in bagno <pb> che ti puoi lavare, io lo lavo come un bambino

Questo brano di conversazione introduce la esplorazione del secondo sintomo. Si nota come la badante assuma un ruolo attivo nella conversazione, come pure a volte accade nelle interazioni tra medico e paziente quando i pazienti rifiutano il for-

⁴ I ruoli di ‘respondent’ e di ‘informant’ sono stati teorizzati da Harrie Mazeland nelle sue interviste sociologiche (cfr. Ten Have, 1991: nota 5). Nel suo *Editorial* al volume 1, n. 4, del *Qualitative Health Research* (1991: 403) Morse definisce ‘respondent’ e ‘informant’ come segue: “respondents is a term favored in sociology for survey designs where those involved respond or answer structured and semistructured questionnaires. Traditionally, respondents tell the researcher exactly what the researcher ask: no more, no less. “Informants” is a term derived from anthropology, and this term is used because the investigator is considered naive and must be instructed about what is going on in a setting, about cultural rules, and so forth. [...] the ‘key informant’ is the person who is selected as the primary link between the anthropologist and the cultural group being studied”.

mat interazionale del rapporto medico-paziente imposto dal contesto ed adottano un format diverso che ampli il contesto in direzione di una narrazione della storia clinica, un format che probabilmente rispecchia meglio l'organizzazione e l'immagazzinamento dei dati e delle esperienze nella loro memoria (cfr. Cacciari, 1983: 363); questi pazienti, nei termini di Ten Have (1991), si pongono come "teller of his or her own story". Le badanti che abbiamo esaminato, allo stesso modo, diventano narratrici della storia dei loro assistiti: dovendo porsi come loro portavoce, cercano di farlo nel modo più attivo possibile, presupponendo, correttamente, che una maggiore cooperazione contribuisca alla costruzione del quadro clinico. Si noti come, nell'esempio 1, la badante tenga saldamente in mano la gestione della conversazione scegliendo il topic, e cioè attirando l'attenzione del medico sulla tosse del paziente (turno B080). Prosegue poi con la richiesta di uno specifico trattamento, uno sciroppo (ricoprendo così un ruolo che toccherebbe assolutamente al medico), e trasforma una domanda del medico, che con ogni evidenza ha un chiaro carattere diagnostico (turno M086: fuma sempre tanto? quante sigarette fuma al giorno?), in un'occasione per inaugurare una "extended narration" (Heritage - Clayman, 2010: 115). Il medico a questo punto si apre alla narrazione della badante, supportando la sua argomentazione con due domande (turno M088: voi praticamente andate la mattina e ve ne tornate la sera?; turno M094: #<B093> cioè lui non# ti sa dire niente?) e viene organizzata all'interno della intervista medica una *unit* fortemente coesa (cfr. Houtkoop - Mazeland, 1985). In questo modo la badante riesce localmente a trattenere il medico dalla formulazione di ulteriori domande, non gli restituisce la dominanza conversazionale e controlla la direzione dello sviluppo dell'interazione. Una descrizione basata sui "brief symptoms only" (Stivers, 2002), invece, avrebbe lasciato campo libero al medico per entrare in una fase diversa del dialogo, quella di raccolta dati (definita di "history taking" in Byrne - Long, 1976), gestita con domande chiuse volte a raccogliere informazioni su luogo, durata ed intensità dei sintomi.

La badante in questo modo evita o ritarda un possibile approccio del medico definibile, con le parole di Mishler (1984: 164), come "context stripping", in cui il medico sia portato ad ignorare le esperienze soggettive del paziente (in questo caso della badante), le circostanze personali e le condizioni sociali (Frankel, 1984; Todd, 1984) e la badante sia ridotta a partecipante marginale del processo diagnostico.

4. Misurazione delle asimmetrie tramite i diversi tipi di dominanza

Per "misurare" le asimmetrie nei dialoghi analizzati faremo ora riferimento ai quattro modelli di dominanza individuati da Linell - Luckmann (1991). I risultati dell'analisi saranno poi sistematicamente messi a confronto con i dati analoghi del dialogo in cui la badante riveste invece il ruolo di paziente, per capire quanto conti lo status sociale di badante straniera e quanto invece sia dirimente la condizione di essere una paziente nell'organizzazione locale delle dominanze conversazionali.

Osservando i dati, si nota immediatamente come nell'interazione tra medico e badante la dominanza del medico si riduca, diventando molto meno evidente che nel rapporto tra medico e paziente.

4.1 Dominanza quantitativa

Il primo effetto si può notare sul cambio di dominanza quantitativa, legata sia al numero di parole (cfr. Linell - Luckmann, 1991), sia alla durata dei turni di parola (Orletti, 2004: 14). Nei dialoghi del nostro corpus le badanti pronunciano infatti il 58,53% delle parole, ed i medici il 41,47%. Siamo ovviamente consapevoli che gli studi di etnografia del parlato hanno sottolineato come spesso chi è più potente parla di meno (Hymes, 1974), però tutti gli studi sull'interazione medico-paziente hanno assegnato anche questo tipo di dominanza al medico. Petrillo (2002: 106), in particolare, fa notare come nei dati da lei raccolti il medico parli per il doppio del tempo e con turni di parola della lunghezza di una volta e mezzo rispetto a quelli delle pazienti; inoltre per Petrillo gli enunciati del medico sarebbero circa il doppio rispetto a quelli della paziente. Anche nel dialogo medico-paziente esaminato in questo lavoro (cfr. par. 6) il medico usa il 65% delle parole contro il 35% della paziente.

4.2 Dominanza interazionale

Nei dialoghi medico-badante del nostro corpus la dominanza interazionale è sbilanciata solo leggermente in favore del medico, mentre la vasta letteratura scientifica sui dialoghi medico-paziente mostra come la dominanza interazionale appartenga sempre in modo netto al medico, regista indiscusso della conversazione. La dominanza interazionale nei dialoghi analizzati non è infatti segnalata in modo perspicuo dalla percentuale e dalla distribuzione delle mosse di apertura, cioè delle mosse "forti", che creano rilevanza condizionata nell'interazione, e di mosse "deboli", cioè di mosse che danno seguito alle mosse precedenti; la dominanza interazionale dei medici invece si rivela solo attraverso una percentuale diversa dei tipi di mosse forti messe in atto (cfr. tab. 1).

Nei dialoghi medico-badante qui analizzati, infatti, riscontriamo un numero praticamente equivalente di mosse di apertura compiute dai due interagenti (Medico: 95; Badante: 94) e la stessa situazione si riscontra nella analisi delle mosse di chiusura (Medico: 143; Badante: 136). Medico e badante, però, compiono i diversi tipi di mosse forti in percentuali diverse⁵.

4.2.1 Frequenza dei vari tipi di mosse di apertura

I medici fanno molte più mosse conversazionali di tipo *Action-directive*, cioè mosse attraverso cui si invita l'interlocutore a compiere una determinata azione attraverso

⁵ La denominazione e definizione delle mosse che verranno qui analizzate fa riferimento al sistema annotativo Pra.Ti.D, con cui questi dialoghi sono stati annotati. Per una definizione precisa delle mosse si confronti il normario di questo sistema annotativo (www.parlaritaliano.it) e il lavoro di Castagneto (2012).

un ordine, un'esortazione o un'istruzione. Per l'esattezza, i medici compiono 28 mosse *Action-directive*, cioè il 14,81% del totale delle mosse di apertura, mentre le badanti compiono solo 7 *Action-directive*, corrispondenti al 3,70% delle mosse di apertura complessive.

Come da attendersi, i medici fanno molte più domande delle badanti (Medici: 40 domande, 21,16% delle mosse di apertura complessive, vs. 30 domande delle badanti, il 15,87% delle mosse di apertura). Le stesse domande corrispondono al 42,10% delle mosse di apertura compiute dal medico ed al 31,91% delle mosse di apertura compiute dalle badanti.

Anche se i medici pongono più domande di quanto non facciano le badanti, siamo comunque ben lontani dalle percentuali di domande da parte del medico che caratterizzano i dialoghi tra medico e paziente: nel corpus di Petrillo (2002: 106), ad esempio, i medici fanno circa 4 volte il numero delle domande realizzate dalle pazienti, e West (1983) segnala che nel suo corpus di 21 interazioni medico-paziente il 91% delle domande è fatto dai medici⁶.

Va però sottolineato come la dispreferenza⁷ per le domande da parte delle badanti (e ancora di più da parte dei pazienti) sia legata soprattutto ad una specifica fase del colloquio, e cioè la fase che Byrne - Long (1976) chiamano di "data gathering". In questa fase vengono posti in essere gruppi di domande incardinate in sequenze per procedere nella diagnosi differenziale. Si tratta del momento centrale del colloquio, immediatamente precedente alla diagnosi, per cui l'agenda nascosta del medico diviene qui più stringente, e sono meno tollerate le insubordinazioni da parte del paziente al "quadro legale" della conversazione (cfr. Leonardi - Viaro, 1983: 148) di cui il medico-regista è autore e garante. Nelle altre fasi del dialogo, come l'apertura, il motivo dell'esposizione della visita, e soprattutto la prescrizione della terapia e la chiusura, come sottolineato anche da Ten Have (1991: 9), le domande poste dal paziente aumentano, e non sono neanche accompagnate da segnali di dispreferenza. Anche nei tre dialoghi medico-badante possiamo notare come nelle fasi che precedono e seguono la raccolta dati e la diagnosi la frequenza delle domande poste dalle badanti aumenta, e supera decisamente il numero percentuale di domande poste dal medico (60% di domande poste dalle badanti vs. 40% di domande poste dai medici).

Come però puntualizza anche Ten Have (1991: 8), per capire chi è il regista di una specifica porzione del dialogo è anche importante controllare di che tipo di domanda si tratti: di domande chiuse o di domande aperte. Le domande chiuse corrispondono a domande del tipo *QueryYes/No* o domande del tipo *Check*, entrambe domande che elicitano come risposta una semplice affermazione o negazione (mosse *Reply/Y* o *Reply/N*). L'unica differenza tra questi due tipi di domande è che le do-

⁶ Inoltre, nello studio di West (1983) emerge come le domande poste dai medici abbiano ricevuto risposta nel 98% dei casi, mentre il 9% di domande poste dai pazienti ha ricevuto una risposta solo nell'87% delle occorrenze.

⁷ Per la nozione di dispreferenza e sulla organizzazione preferenziale della dispreferenza, cfr. Bettoni (2006: 141-150).

mande *QueryY/N* vengono poste per ottenere informazioni senza le quali non è possibile procedere nella diagnosi, mentre le domande di tipo *Check* puntano a verificare un'informazione che il parlante ritiene vera, ma di cui non è totalmente sicuro. Le domande chiuse sono mosse più forti delle domande aperte, perché consentono di controllare la dominanza locale del dialogo, impedendo di fatto all'interlocutore di inaugurare una sua propria gestione del tema in discussione (cfr. anche Maynard, 1991), come accade invece con le domande aperte. Oggettivamente, anche nel caso delle interazioni medico-badante del nostro corpus, i medici fanno più domande chiuse: nei dialoghi analizzati 30 domande su 40 domande poste dai medici, e cioè il 75% delle loro domande, corrisponde ad una domanda chiusa. Anche le badanti, comunque, realizzano soprattutto domande chiuse (20 delle 30 domande poste dalle badanti, cioè il 66,66% delle loro domande, sono domande chiuse), solo che, mentre i medici fanno domande chiuse soprattutto per arrivare a formulare la diagnosi, le badanti formulano questo tipo di domande per controllare di avere capito bene.

Sul piano delle mosse di apertura c'è poi da sottolineare come le badanti facciano più del doppio delle mosse *Explain*, cioè mosse con superficie dichiarativa in cui vengono fornite informazioni, rispetto a quante ne facciano i medici. Le badanti compiono infatti 56 mosse *Explain*, pari al 29,62% del totale delle mosse di apertura ed al 59,57% delle proprie mosse di apertura, mentre i medici compiono solo 25 *Explain*, il 13,23% del totale delle mosse di apertura. Probabilmente un numero così alto di *Explain* è legato alla necessità delle badanti di spiegare il motivo della visita, ed all'importanza di farsi capire.

4.2.2 Frequenza dei vari tipi di mosse di chiusura

Sul piano delle mosse di chiusura, o mosse "deboli", cioè mosse che derivano da aspettative conversazionali create dall'enunciato che le precede, la dominanza interazionale del medico o della badante è di fatto molto meno leggibile, e le indicazioni che provengono dall'analisi dei dati potrebbero far pensare ad una simmetria conversazionale quasi perfetta (cfr. tab. 2: le badanti compiono 136 mosse di chiusura, i medici 143).

La percentuale di mosse di vera e propria risposta (*ReplyY*, *ReplyN*, *ReplyW*, *Reply*), che obbligatoriamente danno seguito ad una domanda, sia essa chiusa o aperta (*Query Y/N*, *QueryW*, *Check*, *Info-request*, *Align*), manifestano un leggerissimo sbilanciamento percentuale tra i due interagenti: le badanti compiono infatti il 55,77% di mosse di risposta, quindi appena più dei medici (44,23%) che usano questo tipo di risposta per rispondere alle domande delle badanti. C'è inoltre da fare notare come la maggioranza delle risposte dei medici siano "risposte chiuse", cioè un *si* o un *no* (la somma delle *ReplyY* e delle *ReplyN* corrispondono a 16 risposte su 23) e come queste risposte seguano spesso a domande altrettanto chiuse (cioè a domande di tipo *Query Y/N* e *Check*, in 14 casi su 23). La differenza percentuale di risposte è comunque così bassa da non potere essere usata come un indicatore della dominanza del medico.

Rivolgiamo ora lo sguardo alle mosse di tipo *Acknowledgement*, attraverso cui vengono identificate le enunciazioni, anche minime, che segnalano la ricezione po-

sitiva del messaggio (es. <mhmh>, <uhuh>, si, etc.). L'uso di questa mossa serve dunque da feedback per mostrare la comprensione di quanto è stato detto. Il numero di *Acknowledgement* è quasi identico per medici e badanti (51,7% compiuti da medici e 48,3% dalle badanti), e copre il 42,29% delle mosse di chiusura.

Anche se si tratta di mosse di chiusura, nel caso di interazioni come quelle tra medico e paziente (o medico e badante) le mosse di tipo *Acknowledgment* non possono dare alcuna indicazione sulla dominanza. Essendo un tipo di mossa "debole" ci si aspetterebbe che venisse prodotta in maggior misura da chi non è regista della conversazione, ma gli studi di settore segnalano come queste mosse vengono prodotte in abbondanza dai medici anche nei colloqui in cui la dominanza del medico è forte: gli *acknowledgement* servono a segnalare al paziente come il medico abbia compreso che egli sia arrivato ad una "unit boundary" nella sua narrazione, però gli permetta o gli richieda di continuare. In considerazione della loro funzione, dunque, secondo Heritage - Clayman (2010) queste mosse sarebbero frequenti soprattutto nella prima parte del colloquio, durante la fase di presentazione dei motivi della visita.

Anche nei dialoghi tra medico e badante qui analizzati, coerentemente, nella fase di presentazione del motivo della visita le mosse *Acknowledgement* vengono compiute quasi esclusivamente dai medici, che compiono 21 *Acknowledgement* contro i due *Acknowledgement* da parte delle badanti (cioè il 91,3% degli *Acknowledgement* in questa fase è compiuto dai medici). In 19 casi su 21 si tratta del tipo di *Acknowledgement* già descritto, volto solo ad incoraggiare la continuazione della narrazione del paziente (non a caso Schegloff, 1982, definisce "continuers" questo tipo di *Acknowledgement*), mentre in soli due casi abbiamo degli *Acknowledgement* che potrebbero essere definiti come "shift-implicative" (Beach, 1993), perché si tratta di mosse che servono soprattutto a preparare l'interlocutore alla introduzione di un nuovo topic (dial. M3 turno M024: ho capito; turno M042: va bene).

In favore di un sostanziale equilibrio di dominanza tra medico e badante depone poi il numero quasi paritario di mosse *Clarify*, volte ad aggiungere un contenuto informativo che fornisca informazioni aggiuntive utili per potere comprendere meglio quanto è stato detto nelle enunciazioni immediatamente precedenti: i medici compiono infatti 40 *Clarify*, le badanti 39. È significativo, tra l'altro, che le 79 mosse *Clarify* nel loro complesso corrispondano al 28,32% del totale delle mosse di risposta. Evidentemente i medici e le badanti cooperano per capire meglio e farsi capire meglio.

4.3 Dominanza semantica

Anche se in modo molto meno evidente rispetto ai dialoghi medico-paziente, anche nei dialoghi medico-badante il regista della conversazione è sempre il medico. Lo si può capire inequivocabilmente dall'analisi di un altro tipo di dominanza, quella semantica, che si manifesta nel controllo sugli argomenti portati in discussione (cfr.

Orletti, 2004: 17): è importante osservare come il medico apra più *transactions*⁸, cioè introduca nuovi argomenti da esplorare nel 60,6% dei casi, ma è ancora più significativo notare come sia il medico, da buon regista, a chiudere le porzioni di dialogo dedicate a uno specifico topic in due terzi delle occorrenze (cfr. tab. 3).

5. *L'atteggiamento paritario dei medici*

È doveroso però fare notare come i due medici coinvolti nei dialoghi mostrino un atteggiamento decisamente paritario nei confronti delle proprie interlocutrici, molto attento a mettere al centro della pratica medica le badanti che si sono rivolte a loro.

I segnali linguistici di questa conduzione non autoritaria dell'interazione da parte dei medici sono molti. Un primo segnale è visibile nell'uso delle mosse meno frequenti. Ad esempio possiamo notare come sia i medici che le badanti, in un numero pressoché pari di casi, facciano mosse di tipo *Continue*, cioè “rubano” il turno al proprio interlocutore con l'intento cooperativo di completarlo, dimostrando così la propria comprensione e partecipazione emotiva al dialogo (i medici in 5 occorrenze, le badanti in 4); inoltre in 4 casi il medico “consente” alla badante di intervenire con una mossa *Correct*, attraverso la quale la badante corregge quanto il medico ha appena detto, senza fare appello alla propria autorità e senza sanzionare la insubordinazione.

Un altro segnale di conduzione paritaria del dialogo è il frequente ricorso alla Sintassi Dialogica, poiché, nel tentativo di essere più chiari ed accrescere l'*engagement* tra di loro, i partecipanti alla interazione riprendono parole, sintagmi, frasi o interi turni del proprio interlocutore. Questa disciplina è stata infatti definita dal suo stesso fondatore come “the structure of engagement between and through signs. This engagement entails a structural coupling which establishes an array of links between two or more comparable linguistic units (or stretches of discourse)” (Du Bois, 2014: 1). Il segmento di conversazione riportato all'es. 2 presenta, come si può verificare, una serie di diafrasi, cioè di relazioni di *mapping* strutturale tra la produzione di medico e badante:

- (2) dial. M3
 B132: appunto lui tiene
 M133: come invalido
 B134: come inva+ come invalido
 M135: come invalido
 B136: allora io
 M137: non glielo faccio ancora le analisi
 B138: <mh>
 M139: le richieste non le faccio ancora
 B140: non le facciamo

⁸ Per la nozione di transaction si confronti il normario del Pra.Ti.D, p.16 (www.parlaritaliano.it).

Un ulteriore segnale è dato da come i medici gestiscono il delicato passaggio dalla fase di presentazione del motivo della visita, in cui la badante è dominante, almeno dal punto di vista della dominanza quantitativa e di quella interazionale (le badanti in questa fase fanno infatti il 64,7% delle mosse di apertura, anche se il 68,18% di esse sono mosse *Explain*; sono inoltre presenti anche due occorrenze di mosse *Action-directive* compiute dalle badanti) alla fase di “history taking”, in cui il medico si appropria della conduzione dell’interazione e procede con una serie di domande per formulare la sua diagnosi differenziale. Gli studi sulle interazioni medico-paziente segnalano che spesso i medici passano in modo improvviso alla nuova fase, senza accertarsi che i pazienti abbiano terminato la loro presentazione, ma nel caso dei nostri dialoghi i medici aspettano invece che le badanti esauriscano la fase precedente segnalando la chiusura della fase attraverso un segmento di “exit device” (Heritage - Clayman, 2010: 110). Nel dialogo M2, ad esempio, dopo avere presentato i sintomi della propria assistita, la badante chiede se ci siano centri convenzionati per potere fare le analisi, e con questo dimostra di avere concluso la fase di presentazione del motivo della visita; solo dopo avere risposto alla domanda il medico passa alla fase di raccolta dati.

I medici coinvolti, inoltre, sono molto attenti a valutare le badanti come interlocutrici che non sono solo portavoci di una storia clinica, ma hanno anche una storia di vita, reti di relazioni e conflittualità emotive che possono incidere prima sulla presentazione del quadro clinico e poi sulla ottemperanza delle prescrizioni⁹. Il medico che lavora nell’ambulatorio presso la provincia di Napoli, ad esempio, presta attenzione a cominciare il dialogo informandosi sulla badante prima ancora che sul paziente (es. dial. M3, primo turno: voi da quanto tempo state con xxx?), e tollera inoltre senza sanzionarle lunghe porzioni di dialogo *extra-task*, in cui la badante abbandona il suo ruolo per chiacchierare liberamente (nel dialogo M2 vi sono ben 48 turni *extra-task*). Riportiamo un segmento *extra-task* nell’es.3:

- (3) dial. M2
 B104: lo sapete chi è morto?
 M105: chi
 B106: ultimo fratello di signora xxx
 M107: <ah>
 B107: ultimo zio di #<Mb108> xxx#
 M108: #<B107> ah!# ho capito
 B109: sopra farmacia
 M110: sì sì
 B111: #<M112> xxx#
 M112: #<B111> sì# sì ho capito<oo> ho capito<oo>

⁹ Il valore anche clinico della funzione relazionale espressa tramite piccole digressioni del paziente è enfatizzato in Korsch - Freeman - Negrete, 1971.

6. Confronto con un dialogo medico-paziente, in cui la paziente è di professione una badante

Quest'ultimo dialogo è stato incluso nella analisi perché ci può fare capire quanto pesi lo status clinico di paziente rispetto allo status sociale di badante. Confrontando cosa avviene nei rapporti di dominanza della conversazione con i dialoghi precedenti, come da attendersi, la dominanza del medico in questo dialogo si rivela molto più forte. Questo fenomeno appare già dalla dominanza quantitativa (il medico pronuncia il 65 % delle parole, la badante il 35%) e si conferma con maggiore evidenza nella distribuzione delle mosse di apertura (cfr. tab. 4) e chiusura (cfr. tab. 5): mentre nei dialoghi medico-badante il numero di mosse forti e di mosse deboli era pressoché uguale per i medici e per le badanti, qui il medico compie l'85% delle mosse di apertura, mentre la paziente compie il 69,7% delle mosse di chiusura. Tra le domande sembrano avere un maggiore peso percentuale le domande di tipo *Align*, con cui chi parla vuole verificare la comprensione di quanto si è detto e la disponibilità dell'interlocutore a procedere nel compito¹⁰. Le domande di tipo *Align* sono 5, tutte messe in atto dal medico (sulle 16 domande in totale del medico, e costituiscono il 9,8% delle mosse di apertura del medico ed il 31,25% delle sue domande)¹¹.

Significativamente, anche le mosse *Explain*, di spiegazione, sono operate più dal medico che dalla paziente (16 *Explain* da parte del medico e solo 2 della paziente), mentre nei dialoghi medico-badante le badanti erano responsabili di più del doppio degli *Explain*: in questo dialogo, cioè, è più il medico a fornire spiegazioni che la paziente a volere presentare esaurientemente la propria situazione clinica. Evidentemente lo status di malato induce effettivamente una maggiore dipendenza e soggezione nei confronti del medico, a cui viene lasciata la conduzione della conversazione.

Anche l'analisi della dominanza semantica (cfr. tab. 6) rivela una regia più forte del medico: a fronte, anche in questo caso, di un numero quasi paritario di introduzione di nuovi topic (4 nel caso del medico, 3 della badante) vediamo come la chiusura delle esplorazioni dei topic avvenga da parte del medico addirittura nel 100% dei casi.

Si può osservare inoltre come in questo dialogo il medico sia ancora più attento a non usare termini tecnici, più "distanzianti" e meno comprensibili per la paziente, che oltretutto non è di madrelingua italiana, fino a sostituire il termine 'compressa' (turno M71) con il termine 'pastiglia' (turno M75), che ritiene di uso più comune. Il medico inoltre si riferisce ai genitali femminili della paziente con la perifrasi 'giù in basso', per ragioni di pudore legate alla differenza di gender. Lo stesso medico in

¹⁰ Si fornisce qui di seguito un esempio di un breve segmento conversazionale che termina con una mossa *Align* del medico:

M063: stomaco pieno, per bocca, per <pb> sei giorni devi finire la #<P064> scatola#

P064: #<M063> d'accordo#

M065: sono sei <pb> ok?

¹¹ Nei tre dialoghi precedentemente analizzati i medici avevano posto in tutto 3 domande *Align* su 40 domande totali.

questo dialogo usa dei mitigatori, in particolar modo dei “cespugli” (nei termini di Caffi, 2009: 128), che sono del tutto assenti nei dialoghi tra medico e badante: così, invece di parlare esplicitamente di un tumore, egli dice «di brutto brutto non c'è niente» (turno M127). Si tratta di una mitigazione centrata sul contenuto proposizionale, in cui oltretutto l'enunciatore viene defocalizzato.

I fenomeni di sintassi dialogica sono ancora più frequenti, soprattutto nella fase di prescrizione di farmaci, che viene lungamente negoziata, in cui è fondamentale che la paziente cooperi per una buona riuscita della terapia. Il forte ricorso alla sintassi dialogica è evidente nell'es.4:

- (4) dial. M5.
 M051: preferisce sempre #<B052> crema#
 B052: #<M051> capsule#
 M053: capsule
 P054: no no le capsule meglio
 M055: capsule <eh> colpotrofine <pb> allora

7. Conclusioni

In questo lavoro è stato analizzato un corpus di tre dialoghi medico-badante, un tipo di interazione non ancora studiato nel settore delle interazioni istituzionali in cui è co-protagonista un medico. Attraverso una analisi della gestione locale della regia e delle dominanze nei dialoghi è stato possibile verificare come la dominanza del medico, indiscutibile nei dialoghi medico-paziente, sia in questo caso molto più ridotta: le differenze maggiori tra queste due tipologie di dialogo riguardano la dominanza interazionale e la dominanza semantica. Per quanto concerne la dominanza interazionale le differenze più significative riguardano la frequenza di alcune mosse, che possono avere un peso diverso nelle diverse fasi della interazione. Anche nella gestione della dominanza semantica la regia del medico è meno forte che nei dialoghi medico-paziente, ma è ancora leggibile, perché è soprattutto il medico ad introdurre nuovi topic e, con frequenza ancora maggiore, a chiudere specifiche porzioni di dialogo.

Il confronto con un ulteriore dialogo, in cui la badante riveste il ruolo di paziente, ha dimostrato come la regia del medico torni ad essere più forte, anche se in misura minore rispetto a quanto indicato dai vari studi sulle interazioni medico-paziente quando il paziente appartiene alla stessa cultura ed ha la stessa madrelingua del medico.

Bibliografia

- BEACH W.A. (1993), Transitional regularities for casual “okay” usages, in *Journal of Pragmatics* 19: 325-52.
 BETTONI C. (2006), *Usare un'altra lingua*, Laterza, Bari.

- BLIESENER T. - SIEGRIST J. (1981), Greasing the wheels: conflicts on the round and how they are managed, in *Journal of Pragmatics* 5: 181-204.
- BYRNE P.S. - LONG B.E.L. (1976), *Doctors Talking to Patients: A Study of the Verbal Behaviours of Doctors in the Consultation*, Her Majesty's Stationery Office, London.
- CACCIARI C. (1983), La comunicazione fra medico e paziente. Una rassegna critica, in *Psicologia Clinica* 3: 347-381.
- CAFFI C. (2009), *Pragmatica. Sei lezioni*, Carocci, Roma.
- CASTAGNETO M. (2012), Il sistema di annotazione Pra.Ti.D tra gli altri sistemi di annotazione pragmatica. Le ragioni di un nuovo schema, in *AIQN. Annali del Dipartimento di Studi Letterari, Linguistici e Comparati. Sezione Linguistica* 1: 103-146.
- CROOKSHANK F.G. (1923), L'importanza di una teoria dei segni e di una critica al linguaggio nello studio della medicina, in OGDEN C.K. - RICHARDS I.A. (a cura di) *Il significato del significato*, il Saggiatore, Milano.
- FISHER S. (1984), Institutional authority and the structure of discourse, in *Discourse Processes* 7: 201-224.
- FRANKEL R.M. (1984), From Sentence to Sequence. Understanding the Medical Encounter through Micro-Interactional Analysis, in *Discourse Processes* 7: 135-170.
- GOFFMAN E. (1981), Footing, in Goffman E. (ed.) *Forms of Talk*, Philadelphia University of Pennsylvania Press, Philadelphia. Trad. it.: *Forme del parlare*, Il Mulino, Bologna, 1987.
- HEATH C. (1981), The opening sequence in doctor-patient interactions, in ATKINSON P. - HEATH C. (eds.) *Medical Work: Realities and Routines*, Gower, Farnborough: 71-90.
- HERITAGE J. - CLAYMAN S. (2010), *Talk in Action: Interactions, Identities and Institutions*, Blackwell, Oxford.
- HOUTKOOP H. - MAZELAND H. (1985), Turns and discourse units in everyday conversation, in *Journal of Pragmatics* 9: 595-619.
- HYMES D. (1974), *Foundations in Sociolinguistics*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- KORSCH B. - FREEMAN B. - NEGRETE V. (1971), Practical implications of doctor-patient interactions: analysis for pediatric practice, in *American Journal of Diseases Children* 121: 110-114.
- KORSCH B. - NEGRETE V. (1972), Doctor-patient communication, in *Scientific American* 227: 66-74.
- LEONARDI P. - VIARO, M. (1983), Insubordinazioni, in Orletti F. (a cura di) *Comunicare nella vita quotidiana*, Il Mulino, Bologna: 147-174.
- LEWENTHAL H. - MEYER D. - NERENZ, D. (1980), The Common Sense Representation of Illness Danger, in RACHMAN S. (ed.) *Medical Psychology*, Pergamon Press, Oxford.
- LINELL P. - LUCKMANN T. (1991), Asymmetries in Dialogue: Some Conceptual Preliminaries, in MARKOVA I. - FOPPA K. (eds.) *Asymmetries in Dialogue*, Hemel Hempstead, Harvester Wheatsheaf: 1-20.
- MAYNARD D.W. (1991), The perspective-display series and the delivery and receipt of diagnostic news, in BODEN D. - ZIMMERMAN D.H. (eds.) *Talks and social structure: studies in ethnomethodology and conversation analysis*, Polity Press, Cambridge: 162-192.

- MISHLER E. (1984), *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*, Ablex, Norwood N.J.
- MORSE J.M. (1991), Subjects, Respondents, Informants, and Participants? in *Qualitative Health Research* 1(4): 403-406.
- ORLETTI F. (2004), *La conversazione diseguale*, Carocci, Roma.
- PARSONS T. (1951), *The Social System*, Free Press, New York.
- PETRILLO G. (2002), Relazioni asimmetriche e strategie di influenza sociale: analisi di conversazioni medico-paziente, in ORLETTI F. (a cura di) *Fra conversazione e discorso*, Carocci, Roma: 99-119.
- SAPIR E. (1927), Speech as a Personality Trait, in *American Journal of Sociology* 32: 892-905.
- SCHEGLOFF E.A. (1982), Discourse as an interactional achievement: some uses of "uh huh" and other things that come between sentences, in TANNEN D. (ed.), *Georgetown University Round Table on Languages and Linguistics 1981: Analyzing Discourse: Text and Talk*, Georgetown University Press, Washington D.C.: 71-93.
- STIVERS T. (2002), Presenting the problem in pediatric encounters: "symptoms only" versus "candidate diagnosis" presentations, in *Health Communication* 14(3): 299-338.
- TODD A.D. (1984), The Prescription of Contraception: Negotiations between Doctors and Patients, in *Discourse Processes* 7: 171-200.
- UBERTALLI M. (2011), *L'interazione conversazionale tra italiani e stranieri in contesto dissimmetrico*, Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro", Vercelli, tesi di laurea magistrale, non pubblicata.
- WEST C. (1983), 'Ask me no questions...' an analysis of queries and replies in physician-patient dialogues, in FISHER S. - TODD A. (eds.) *The Social Organizations of Doctor-Patient Communication*, Ablex, Norwood: 127-160.

Documenti in rete

Parlaritaliano.it

<http://www.parlaritaliano.it/index.php/it/corpora-di-parlato>

DU BOIS J. (2014), Towards a Dialogic Syntax, in *Cognitive Linguistics* 25(3): 359-410, http://www.lattice.cnrs.fr/IMG/pdf/DuBois_forthcoming_Towards_a_Dialogic_Syntax-DRAFT_2-2-1.pdf

TEN HAVE P. (1991), Talk and Institution: A Reconsideration of the 'Asymmetry' of Doctor-Patient Interaction, in BODEN D. - ZIMMERMAN D. (eds.) *Talk and Social Structure*, Polity Press, Cambridge: 138-163, www.paultenhaven.nl/Talk-2005-tot.pdf

