



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea Magistrale
in Scienze del Linguaggio

Tesi di Laurea

**La comunicazione asimmetrica
nella relazione medico-paziente:
il particolare caso del
Medico di Medicina Generale**

Relatrice

Ch.ma Prof.ssa Francesca Santulli

Correlatore

Ch. Prof. Gianluca Lebani

Laureanda

Barbara Gangi

Matricola 865908

Anno Accademico

2021 / 2022

SOMMARIO

SOMMARIO	2
ABSTRACT.....	5
INTRODUZIONE.....	6
PARTE PRIMA	8
CAPITOLO 1: LA COMUNICAZIONE NELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE	8
1.1 LA RELAZIONE MEDICO PAZIENTE	8
1.1.1 - <i>I quattro modelli di relazione medico-paziente</i>	9
1.1.2 - <i>I modelli di consultazione medico-paziente</i>	11
1.1.3 - <i>I Communication Patterns</i>	14
1.2 L'ANALISI CONVERSAZIONALE	16
1.2.1 - <i>Il turno conversazionale</i>	19
1.2.2 - <i>La coppia adiacente</i>	19
1.2.3 - <i>La negoziazione</i>	20
1.3 L'AC NELLO STUDIO DELLA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE: IL RIAS	20
1.4 I RISULTATI IN LETTERATURA.....	21
1.4.1 - <i>La durata della consultazione</i>	22
1.4.2 - <i>La suddivisione della visita medica nelle sue parti funzionali</i>	24
1.4.3 - <i>La suddivisione della conversazione in categorie di interazione</i>	27
1.4.4 - <i>La ricorrenza delle interruzioni e la loro tipologia</i>	28
1.4.5 - <i>La comprensione da parte del paziente del gergo tecnico</i>	30
CAPITOLO 2: IL PLURILINGUISMO IN FRIULI-VENEZIA GIULIA	32
2.1 LA STORIA DEL FRIULI-VENEZIA GIULIA.....	32
2.2 LA LINGUA FRIULANA E LE LINGUE FRIULANE.....	33
2.2.1 - <i>La lingua Friulana: la marilenghe</i>	33
2.2.2 - <i>I dialetti veneti</i>	37
2.2.3 - <i>Le altre lingue: il tedesco e lo sloveno</i>	38
CAPITOLO 3: ASPETTI SOCIOLINGUISTICI DELLA CONVERSAZIONE	40
3.1 LA DIMENSIONE DIAFASICA	41
3.1.1 <i>Le lingue speciali</i>	41
3.1.2 <i>L'allocuzione</i>	42
3.1.3 <i>I registri</i>	42
3.2 LA DIMENSIONE DIATOPICA.....	44

PARTE SECONDA.....	45
CAPITOLO 4: MATERIALI E METODI	45
4.1 PREPARAZIONE DELLO STUDIO	45
4.2 SVOLGIMENTO DELLA RICERCA.....	46
4.2.1 - <i>Tempi e luoghi</i>	47
4.2.2 - <i>Strumenti e modalità di raccolta dei dati</i>	48
4.2.3 - <i>Partecipanti</i>	49
4.3 ELABORAZIONE DEI DATI.....	50
4.3.1 - <i>Elaborazione dei questionari</i>	50
4.3.2 - <i>Elaborazione delle registrazioni audio</i>	50
4.3.3 - <i>Analisi del corpus</i>	51
CAPITOLO 5: PRESENTAZIONE DEI DATI	54
5.1 DATI ANAGRAFICI.....	54
5.1.1 - <i>Genere</i>	54
5.1.2 - <i>Età</i>	55
5.1.3 - <i>Scolarizzazione</i>	57
5.1.4 - <i>Anni di cura dallo stesso MMG</i>	59
5.2 ABITUDINI LINGUISTICHE: I QUESTIONARI	60
5.2.1 - <i>Bilinguismo Italiano-Friulano nelle varie età</i>	60
5.2.3 - <i>Bilinguismo e allocuzione nei confronti di mestieri e professioni</i>	65
5.3 COMPORTAMENTI LINGUISTICI: I COLLOQUI	67
5.3.1 - <i>Durata dei colloqui</i>	67
5.3.2 - <i>Ripartizione dell'eloquio: il powerful speaker</i>	69
5.3.3 - <i>L'uso del Friulano e dell'Italiano</i>	72
5.3.4 - <i>I registri linguistici</i>	73
CAPITOLO 6: ANALISI DEI DATI.....	75
6.1 L'ALTERNATIVA ITALIANO-FRIULANO	75
6.2 I PRONOMI ALLOCUTIVI TU/LEI	79
6.3 L'USO DEL REGISTRO VOLGARE	82
DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	85

APPENDICI	87
APPENDICE 1: LE CURE PRIMARIE E IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE	88
A1.1 LE CURE PRIMARIE E I MEDICI DI MEDICINA GENERALE IN ITALIA.....	88
A1.1.1 - Cure primarie e Servizio Sanitario Nazionale.....	88
A1.1.2 - Ruolo, funzioni e logistica di MMG e PLS.....	89
A1.1.3 - Confronto con altri Paesi europei.....	91
A1.2 LA FORMAZIONE DEI MMG.....	94
A1.2.1 - La formazione post laurea.....	94
A1.2.2 - La formazione permanente.....	95
A1.2.3 - La Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie.....	96
APPENDICE 2: MODULO PER L'ESPRESIONE DEL CONSENSO INFORMATO	98
APPENDICE 3: CONSENSO AGGIUNTIVO PER I DATI SENSIBILI.....	100
APPENDICE 4: CONSENSO ALLA REGISTRAZIONE AUDIO	101
APPENDICE 5: QUESTIONARIO SULLE ABITUDINI LINGUISTICHE.....	102
APPENDICE 6: TABELLE	104
APPENDICE 7: ESEMPI DAL CORPUS	107
7.1 IL REGISTRO VOLGARE.....	107
<i>Espressioni colorite e iperboliche.....</i>	<i>107</i>
<i>Parolacce e bestemmie.....</i>	<i>108</i>
<i>Regionalismi e dialettalismi.....</i>	<i>110</i>
<i>Onomatopée, similitudini, metafore.....</i>	<i>111</i>
<i>Miscellanea.....</i>	<i>112</i>
7.2 IL REGISTRO AULICO	113
<i>Incongruenze di registro e incomprensioni.....</i>	<i>113</i>
<i>Riformulazioni da registro alto a più accessibile.....</i>	<i>115</i>
7.3 IL REGISTRO TECNICO-SCIENTIFICO	116
ABBREVIAZIONI.....	119
LEGGI	120
BIBLIOGRAFIA.....	121
SITOGRAFIA	127

Abstract

Questo elaborato intende presentare la ricerca sociolinguistica condotta negli studi di nove Medici di Medicina Generale (MMG) operanti nell'ex provincia di Udine, ora Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASUFC). L'analisi delle registrazioni audio, raccolte durante i colloqui degli MMG aderenti con quasi 80 dei loro pazienti, intende mettere in luce dei tratti di informalità e familiarità maggiori rispetto a quanto emerge dalla letteratura di riferimento, che tende a non lasciare adeguato spazio alla figura dei medici generalisti, o che alternativamente tende ad assimilarli a *cluster* di altri operatori sanitari ospedalieri o specialisti.

Le variazioni linguistiche riscontrabili, che si alternano tra le dimensioni di diatopia e diafasia, potrebbero essere attribuite a degli aspetti che sono intrinseci della relazione stessa fra il medico di famiglia e i suoi pazienti: la maggiore longevità della conoscenza; la natura fortemente personale, familiare e sociale del rapporto; la continuità della cura, spesso transgenerazionale. Infatti, la configurazione della medicina generale in Italia, ed in particolare nei contesti ridotti dell'area geografica presa in esame, è un caso peculiare in Europa di organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale sul territorio e ciò rende plausibile che la figura del MMG in Italia generi un tipo di comunicazione asimmetrica più simmetrico rispetto ad altre relazioni medico-paziente.

Introduzione

Il presente elaborato intende indagare la relazione tra Medico di Medicina Generale (MMG o Dr, oppure GP per l'inglese *General Practitioner*) e paziente (Pz) dal punto di vista comunicativo. L'interesse in questa ricerca affonda le sue radici in un'esperienza personale di quasi 30 anni: inserita in un contesto familiare medico, in quanto figlia di due MMG operanti in provincia di Udine, la sottoscritta ha assistito per anni allo svolgimento della professione del medico di famiglia, avendo così esperienza di una modalità estremamente personale e familiare di gestire la relazione, anche e soprattutto dal punto di vista linguistico. È stato possibile notare una madre parlare correntemente con pazienti in lingua friulana o in dialetto veneto udinese, un padre appellarli con vezzeggiativi, o entrambi iniziare e concludere le chiamate o le visite con domande personali e di sincero interesse verso aspetti diversi dalla richiesta medica. Ancor più sorprendentemente, entrambi il dottore e la dottoressa venivano chiamati da una buona parte dei loro assistiti per nome, scambiavano battute e spiegavano concetti altamente specializzati nei modi più accessibili. Interrogati sul perché di determinate abitudini, sul perché a loro andasse bene di farsi chiamare per nome e non con il loro titolo, o sul perché una paziente fosse così istintivamente «cara» o «tesoro», la semplicità della risposta lasciava sempre della sorpresa in chi la ascoltava: «Perché per loro io non sono come un estraneo che li cura una volta e non li vede mai più». Ed è così che, in maniera del tutto empirica, la sottoscritta ha sviluppato dentro di sé l'idea secondo cui la relazione tra paziente e medico di famiglia possa non mantenere i tratti di distanza e formalità che sono tipici di altre relazioni asimmetriche, ma che la natura della relazione paziente-MMG generi delle profonde modificazioni di carattere sociolinguistico.

Questa peculiare relazione, spesso longeva, familiare e transgenerazionale, e relativa ad aspetti di estrema privatezza, pone i due interpreti all'interno di un rapporto essenzialmente *uno-ad-uno* o comunque ben poco mediato: non tutti gli MMG dispongono di personale di segreteria che gestisca loro i contatti col pubblico, quindi per molti la vita professionale è fatta di telefonate in cui il paziente può parlare direttamente col dottore e di visite domiciliari che si concludono con un caffè e una chiacchierata, protagonista dunque di un concetto di cura che non è solo medico, ma assistenziale a tuttotondo sui piani sociale, economico, familiare, psicologico.

Questa ricerca si svolge quindi nella provincia di Udine, territorio soggetto al bilinguismo Italiano-Friulano, nonché alla presenza di alcuni dialetti e parlate locali. Questo è infatti uno degli aspetti indagati, in quanto è possibile domandarsi se la scelta di utilizzare la lingua appresa e parlata in contesti familiari (come lo è, in date fasce d'età e in certe zone, il Friulano) anche dal proprio medico curante possa essere frutto di una relazione percepita come meno formale di altri tipi di relazione asimmetrica, o alternativamente se la scelta di utilizzare un dialetto solitamente riferito a contesti informali e amicali sia volta al raggiungimento di un maggiore stato di agio.

Un altro aspetto indagato è quello dell'allocuzione, quindi dell'opposizione tu/lei, ma anche dell'appellativo utilizzato per rivolgersi all'interlocutore, in entrambe le direzioni: sia quindi dal lato del medico nei confronti del paziente, caso nel quale tratti di informalità possono essere accolti come coerenti rispetto ad una dinamica relazionale di potere asimmetrico, ma anche nell'altro verso, dove invece un movimento delle norme sociolinguistiche sull'asse diafasico desta maggior sorpresa proprio alla luce del fatto che l'autore della scelta dovrebbe, secondo il principio teorico, essere il parlante "debole".

Infine, si sono considerate le variazioni di registro linguistico, intese sia verso varianti più alte dell'italiano come il formale e l'aulico, sia verso il basso con scelte linguistiche di tipo informale, familiare, o persino volgare. Sempre all'interno della dimensione diafasica, rientra la variazione di sottocodice con il ricorrere ad un generico uso dell'italiano tecnico-scientifico o ad un più conclamato utilizzo della lingua speciale della medicina.

Le considerazioni di tipo sociolinguistico si sono svolte sotto la lente dell'Analisi Conversazionale (CA) che ha fornito dei riferimenti in letteratura relativamente alla relazione medico-paziente, ma senza che emergesse un adeguato focus sulla medicina generale, che invece è spesso *clusterizzata* insieme ad altre forme di assistenza specialistica e/o ospedaliera. La prima parte dell'elaborato indagherà lo stato dell'arte relativamente ai quesiti posti, mentre nella seconda parte si presenteranno i risultati della ricerca condotta. Il confronto avverrà quindi tra dati raccolti e riferimenti bibliografici, il che pone un limite alla ricerca in termini di variabili indagate; tuttavia, ciò evidenzia ancora una volta come la letteratura sia carente di un confronto selettivo sulla medicina generale, in Italia o all'estero, e questo potrebbe evidenziare la necessità di ulteriori studi.

PARTE PRIMA

Apparato teorico

Capitolo 1: La comunicazione nella relazione medico-paziente

1.1 La relazione medico paziente

La relazione medico-paziente si basa su una dinamica interpersonale complessa, oggetto di approfonditi studi da ormai diversi decenni. Un elemento chiave, che ritorna da protagonista anche nel presente lavoro, è il concetto di asimmetria: in particolare rispetto al potere e all'influenza che il medico può avere sul paziente in relazione al processo decisionale, in passato tale espressione di asimmetria era considerata necessaria, persino desiderabile, poiché la figura dominante della relazione (il medico) prendeva delle decisioni in modo genitoriale, facendo ciò che credeva essere il meglio per il paziente; tuttavia negli ultimi decenni, con l'inizio del XXI secolo, si è assistito al completamento di uno spostamento del ruolo del paziente verso una modalità più attiva e autonoma nei processi decisionali che riguardano la sua salute. Tuttavia, nonostante vi sia un consenso generale circa la migliore riuscita della visita medica se sia paziente che medico contribuiscono a tale processo decisionale, con un ruolo più partecipato da parte del paziente, molte consultazioni mediche continuano a presentare caratteristiche del vecchio modello di interazione (Peck & Conner 2011).

Benché Gill (1998) riporti di un'asimmetria dinamica in cui l'autorità sulla conoscenza degli aspetti tecnici spetta al medico ma quella sui sintomi è prerogativa del paziente, in ogni caso la conoscenza rimane un fattore che sposta l'asimmetria in favore del medico, lasciando effettivamente solo un'area di dominanza al paziente. Tuttavia, uno studio di Ariss (2009) riferisce che le consultazioni con pazienti che si rivolgono al medico con una certa frequenza dimostrano che le manifestazioni di conoscenza da parte dei partecipanti divengono eque tra medico e paziente quando si entra in temi come la gestione della malattia, la terapia medica e i risultati delle analisi. Di questo aspetto si avrà ulteriore prova nella seconda parte del presente elaborato quando, analizzando i risultati, si avrà modo di percepire una forma di equità nella condivisione di gergo tecnico-scientifico in una relazione medico-paziente che partecipa da tempo alla gestione di una condizione cronica. Eppure, l'asimmetria viene ristabilita in favore del medico

nelle situazioni in cui il professionista deve interpretare i problemi del paziente da una prospettiva medica, il che è parte integrante e consistente della consultazione medica.

Questo altalenare dell'asimmetria da un interlocutore all'altro in relazione all'argomento o alla funzione comunicativa messa in campo in quel particolare momento dello scambio dimostra semplicemente quanto già evidenziato, cioè che questa caratteristica dell'interazione medico-paziente è dinamica e non statica, in particolar modo a seguito dell'adozione da parte della medicina del nuovo secolo di modalità meno medico-centriche e più incentrate sul paziente. Si forniranno di seguito quindi alcune classificazioni dei modelli di relazione e interazione medico-paziente.

1.1.1 - I quattro modelli di relazione medico-paziente

Secondo Emanuel & Emanuel (1992), è possibile classificare i tipi di relazione medico-paziente secondo alcuni modelli che tengono in considerazione di (1) gli obiettivi dell'interazione medico-paziente, (2) gli obblighi del medico, (3) il ruolo dei valori del paziente, e (4) la concezione dell'autonomia del paziente. Si andrà di seguito ad elencare i quattro modelli e le loro caratteristiche.

Il 'modello paternalistico'. In questo modello, il medico si assicura che il paziente riceva le azioni necessarie a promuovere la sua salute e il suo benessere e, a tal fine, utilizza le sue abilità per determinare la condizione medica del paziente e identificare eventuali esami e terapie che possano riportare il paziente al suo stato di salute o migliorarlo. Poi il medico presenta al paziente l'informazione selezionata e lo incoraggia ad accettare queste indicazioni che egli considera le migliori (o, all'estremo, lo informa che si compiranno quelle determinate azioni). Questo modello assume una limitata partecipazione da parte del paziente e la sua accoglienza delle decisioni anche senza essere d'accordo, mentre il medico agisce come guardiano del paziente, scegliendo ed implementando ciò che ritiene sia meglio per lui; la concezione dell'autonomia del paziente è essenzialmente assente.

Il 'modello informativo'. Talvolta chiamato anche scientifico, ingegneristico o consumistico, in questo secondo modello l'obiettivo del medico è di fornire al paziente tutte le informazioni rilevanti affinché il paziente possa scegliere la soluzione medica che preferisce ed il medico possa poi applicare la scelta. A tal fine, il medico informa il paziente dello stato della sua malattia, della natura di possibili interventi diagnostici e terapeutici, dei probabili rischi e benefici associati, e di qualsiasi incertezza nella conoscenza. In questo modello, al paziente mancano solo i fatti ed è compito del medico

fornirli; non c'è spazio per i valori del medico, ma solo per quelli del paziente, che determineranno quali trattamenti verranno eseguiti. Il medico è quindi un fornitore di conoscenza tecnica, colui che dà al paziente i mezzi per esercitare il controllo; il suo obbligo è la verità e il consultarsi con altri esperti laddove la sua conoscenza fosse parziale o mancante. La concezione dell'autonomia del paziente è di controllo sul processo decisionale.

Il 'modello interpretativo'. Nel terzo modello, l'obiettivo dell'interazione è di comprendere i valori del paziente e ciò che desidera, e aiutarlo a scegliere le alternative mediche disponibili che realizzino i suoi valori. Come il medico 'informativo', anche quello 'interpretativo' fornisce al paziente tutte le informazioni sulla natura della condizione e su rischi e benefici dei possibili interventi, ma inoltre il medico interpretativo assiste il paziente a chiarire ed elaborare i suoi valori nella determinazione di quale intervento medico realizzi meglio tali valori. È il paziente colui che ha l'ultima parola sulla decisione del corso d'azione migliore per sé, mentre il medico è consigliere che fornisce informazioni rilevanti e aiuta il processo di comprensione e chiarificazione. La concezione dell'autonomia del paziente è l'auto-comprensione, cioè il raggiungimento di un maggior stato di consapevolezza della propria identità in relazione alle scelte mediche da compiere.

Il 'modello deliberativo'. Lo scopo di questa interazione fra medico e paziente è aiutare il paziente a determinare e scegliere i migliori valori di salute che possono essere realizzati nella sua situazione clinica, che il medico deve delineare, aiutandolo a fare chiarezza sui tipi di valori intrinseci alle opzioni disponibili; ciò include anche suggerire perché alcuni valori siano più validi ed auspicabili di altri. Fatto ciò, i due interpreti deliberano circa quali valori il paziente può e dovrebbe inseguire, senza alcuna persuasione morale o atto coercitivo, ed alla fine il paziente deve definire il sistema di valori che intende sposare. In questo modello, il medico agisce come insegnante o amico, coinvolgendo il paziente in un dialogo riguardo quale corso d'azione sia migliore, non solo indicando ciò che il paziente potrebbe fare ma, conoscendo il paziente e desiderando solo il meglio, il medico indica quale soluzione sarebbe mirabile. La concezione dell'autonomia del paziente è di auto-sviluppo: il paziente ha il potere non solo di seguire e perseguire preferenze e valori senza averli esaminati, ma di considerare, attraverso il dialogo, le alternative, la loro validità e le loro implicazioni nel trattamento.

1.1.2 - I modelli di consultazione medico-paziente

Posto che esistono diversi modi di vivere la relazione medico paziente, vi sono poi diversi modi di sviluppare la ‘consultazione’, cioè ciò che Pawlikowska (et al, 2007) intende come incontro dialogico tra medico e paziente, che può essere iniziato dal paziente quando è malato o dal medico nel caso di medicina preventiva o screening. Questi modelli di consultazione vengono (più o meno consapevolmente) implementati dal professionista, ma ciò non significa che vi sia un modello ideale, bensì che ogni modello possa essere evoluto e adattato nel tempo in linea con lo sviluppo da parte del medico del suo *modus operandi*. La descrizione dei vari modelli (Tabella 1) intende offrire ai medici degli spunti per la selezione dell’approccio più significativo per i professionisti cui intendeva rivolgersi; tuttavia, il suo lavoro è di interesse per il presente elaborato poiché a loro volta alcuni di questi modelli di consultazione sono stati ripresi dalla letteratura sociolinguistica che ha studiato la comunicazione medico-paziente.

	Modello o approccio	Struttura di base	Commenti
1	Weiner (1948)	Inizio da parte del mittente Interpretazione da parte del ricevente	Punti chiave per migliorare la comunicazione: fonte di informazione, ricevente, destinazione, feedback, chiarimento, riflessione
2	Maslow (1954)	Gerarchia dei bisogni umani	Teoria onnicomprensiva I bisogni primari (corpo, sicurezza, amore) devono essere soddisfatti prima di affrontare livelli più alti di necessità
3	Balint (1957)	Relazione medico-paziente	Visione bio-psicosociale Dottore come ‘medicina’ Ascolto attivo Secondo fine nascosto ¹ Funzione apostolica del medico ² Analisi delle dinamiche di <i>case history</i> di MMG

¹ In inglese ‘*hidden agenda*’ è l’idea secondo cui il paziente si rivolge al medico con dei sintomi, ma con “Già che sono qui, doc...” riferisce il vero motivo della visita (Pawlikowska et al, 2007, 186).

² Espressione di come il medico gestisce i suoi pazienti: può essere un medico che a) pretende che il paziente accetti la fede e i comandamenti del medico e si ‘converta’, o discuta e vada da un altro medico, oppure b) è più flessibile ed esplora le necessità più nascoste del paziente ((Pawlikowska et al, 2007: 186).

	Modello o approccio	Struttura di base	Commenti
4	Berne (1964)	Genitore = autorità Adulto = logico Bambino = intuitivo ³ Analisi transazionale La consultazione è un 'gioco' di scambio sociale	Teoria onnicomprensiva Modello semplice e accessibile Le transazioni incrociate sono disfunzionali
5	Byrne and Long (1976)	Sei fasi di consultazione: - stabilire una relazione col paziente - scoprire il motivo della visita - esame verbale e/o fisico - valutare la condizione - fornire dettagli sulla terapia o gli esami - terminare la visita	Ricerca basata sugli MMG Dottore = prodotto e prigioniero della sua educazione medica Identificati molti stili autoritari medico-centrici rispetto a quelli paziente-centrici
6	Stott and Davis (1979)	A Gestione dei problemi attuali B Modifica del modo di ricerca di aiuto C Gestione dei problemi ricorrenti D Promozione della medicina di opportunità	Quadro teorico Modello bio-psicosociale Per MMG in consultazione ed insegnamento
7	Helman (1984)	1 Cos'è successo? 2 Perché è successo? 3 Perché è successo a me? 4 Perché ora? 5 Cosa mi accadrebbe se non si facesse nulla? 6 Quali sono i probabili effetti sulle altre persone se non si fa nulla? 7 Cosa dovrei fare?	Paziente-centrico e olistico Derivato dalla narrativa del paziente La malattia ha un significato sociale Punto di vista antropologico Approccio olistico Teorie laiche
8	Pendleton et al. (1984, 2003)	1 Capire il problema 2 Capire il paziente 3 Condividere conoscenza 4 Condividere le decisioni e la responsabilità 5 Mantenere la relazione	Modello paziente-centrico e di partnership Quadro per analisi dettagliata e feedback Derivato dalla ricerca in MMG

³ Berne identifica tre stati dell'ego: il genitore è la figura autorevole, critica ma che fornisce cura; l'adulto è logico e autonomo; il bambino segue i comportamenti dell'infanzia, cioè intuizione, creatività, spontaneità e divertimento. Nell'analisi transazionale, le 'consultazioni' diventano 'transazioni' (Pawlikowska et al, 2007: 187-188).

	Modello o approccio	Struttura di base	Commenti
9	Neighbour (1987)	1 Stabilire una relazione 2 Riassunto 3 Consegna 4 Rete di sicurezza 5 Pulizie di casa ⁴	Paziente-centrico Promuove la partnership Segue il flusso delle consultazioni dell'MMG Collega l'organizzatore (analisi) con chi replica (intuizione)
10	Fraser (1994, 1999) ⁵	1 Colloquio/anamnesi 2 Esame fisico 3 Gestione del paziente 4 Risoluzione dei problemi 5 Comportamento e relazione coi pazienti 6 Cure preventive 7 Archiviazione	Paziente-centrico Affrontare idee, preoccupazioni ed aspettative del paziente è essenziale per fare progressi Non in grado di rassicurare o consigliare se l'obiettivo del paziente è inesplorato Consente valutazione dettagliata della performance e feedback
11	Stewart et al. (1995, 2003)	1 Esplorare sia la malattia che l'esperienza di malattia 2 Comprendere l'intera persona 3 Trovare terreno comune 4 Incorporare prevenzione e promozione della salute 5 Migliorare la relazione paziente-medico 6 Essere realistici (tempo, risorse)	'Medicina paziente-centrica' Modello olistico e di partnership per il metodo clinico, la formazione e la ricerca
12	Calgary-Cambridge Observation Guide (1996)	Fasi base di consultazione: 1 Iniziare la sessione 2 Raccogliere informazioni 3 Costruire la relazione 4 Spiegare e pianificare 5 Chiudere la sessione	Modello paziente-centrico e collaborativo Supportato da un quadro dettagliato di abilità

Tabella 1. Modelli individuali di consultazione⁶

⁴ Questo punto, senza la spiegazione esaustiva di Pawlikowska (et al, 2007) è incomprensibile: si riferisce qui al fatto che alla fine della visita il medico deve domandarsi se è nelle condizioni psico-fisiche di accogliere e seguire il prossimo paziente.

⁵ Questo modello si chiama The Leicester Assessment Package (LAP) e non è un modello di consultazione, ma un modello di valutazione delle competenze mediche che attribuisce ai 7 punti dei pesi diversi in percentuale; alla percentuale finale si associano dei voti da A ad E.

⁶ La tabella, originariamente in inglese, viene tradotta nel presente elaborato per fornire alcuni elementi essenziali dei modelli di consultazione. Si rimuovono i riferimenti bibliografici dei singoli modelli

Il modello Byrne e Long (riga 5 della Tabella 1), benché sia uno dei più criticati in quanto promuove una visione medico-centrica della consultazione e che non consente ai medici di indagare la dimensione psicologica dei problemi dei pazienti, è uno dei modelli menzionati più di frequente nei lavori di *Discourse Analysis* o *Conversation Analysis*, di cui alcuni verranno riportati nella sezione 1.4. Si può ipotizzare che ciò sia dovuto, quanto meno in parte, al fatto che il modello stesso è stato ideato dai suoi due creatori a seguito dell'analisi del comportamento verbale di medici in registrazioni audio con quasi 2500 pazienti; inoltre, è senz'altro un modello che, rappresentando in maniera molto ferma l'ordine standard delle sequenze del discorso, si allinea in maniera particolare alla schematicità che è tipica dell'AC (come si vedrà ai punti 1.2.1 e 1.2.2).

1.1.3 - I Communication Patterns

Roter (et al. 1997), che analizza la comunicazione medico-paziente in modo strettamente linguistico, andando anche a sviluppare un sistema di analisi dell'interazione che prenderà il suo nome, in uno studio sulle consultazioni medico-paziente, identifica cinque *Communication Patterns* o schemi comunicativi: 1) strettamente biomedico; 2) biomedico allargato; 3) biopsicosociale; 4) psicosociale; 5) consumistico. Questi vengono confrontati dall'autrice con il lavoro di Emmanuel & Emmanuel (1992) (cfr. par. 1.1.1) e di cui si forniscono di seguito l'analisi degli schemi e le considerazioni comparative.

Strettamente biomedico. Il focus ristretto, l'alto numero di domande da parte del medico e il conseguente dominio della conversazione da parte del medico di questo primo schema riflettono elementi di un modello paternalistico, con minimi scambi psicosociali, una pressoché assente voce del paziente e il suo ruolo marginale nel controllo dei processi della visita.

Biomedico allargato. Il secondo schema è ancora sotto controllo del medico e governato dalle sue domande, ma consente al paziente di inserirsi con input psicosociali, rappresentando un modello più egualitario che integra la prospettiva del paziente.

Biopsicosociale. Il terzo schema include un equilibrio tra il focus biomedico e gli elementi psicosociali, con una diminuzione del controllo da parte del medico e del suo dominio della conversazione con le sue domande. Rappresenta un modello di scambio collaborativo (in linea col modello dove si possono esplorare e negoziare le preferenze e

che sono invece disponibili in Pawlikowska et al, 2007 nella "Table 12.1 Individual models of the consultation".

i valori del paziente in tema salute, il che implica per il paziente maggiore autonomia, autocomprensione e autoscoperta.

Psicosociale. Il quarto schema riflette alcuni elementi del modello interpretativo, più fortemente che nel modello biopsicosociale, e alcuni aspetti del modello deliberativo. Con la preponderanza del discorso nel dominio psicosociale, il rapporto 1:1 della conversazione e l'alto controllo della comunicazione da parte del paziente, questo schema offre un'opportunità per un dialogo approfondito sulle implicazioni emotive e sociali della condizione del paziente. Il ruolo del medico è quello dell'amico o del terapeuta che coinvolge il paziente in un dialogo sui suoi problemi di vita che vanno ben oltre le circostanze mediche.

Consumista. Ultimo è lo schema consumista, che richiama il modello informativo. Il medico agisce come esperto tecnico competente e fornisce informazioni fattuali rilevanti, per poi mettere in pratica l'intervento scelto dal paziente.

Lo studio di Roter (et al. 1997: 354-355) poi presenta i risultati di utilizzo di questi schemi per numero e percentuale di visite, e per numero e percentuali di medici. Si riportano questi risultati in Tabella 2, di seguito.

Tipo di <i>pattern</i>	Visite, n° (%) n = 537	Medici, n° (%)* n = 127
Strettamente biomedico	162 (32)	86 (68)
Biomedico allargato	168 (33)	77 (61)
Biopsicosociale	103 (20)	53 (42)
Psicosociale	35 (7)	24 (19)
Consumista	40 (8)	29 (23)
Non classificati	29 (5)	1 (1)

*n° di medici con almeno 1 visita che ricade in quel *pattern*

Tabella 2. Distribuzione dell'uso dei *Communication Pattern* per visita e per numero di medici durante visite di cure primarie, in Roter (et al. 1997: 352-355)

Come mostra questa tabella, i due pattern biomedici hanno dato conto insieme di due terzi delle visite e sono stati utilizzati da più del 60% dei medici. Benché meno comune dei pattern biomedici, quello biopsicosociale è emerso nel 20% delle visite ed è

stato in uso con il 42% dei medici dello studio. I pattern comunicativi psicosociale e consumista sono stati molto meno comuni degli altri (rispettivamente 7% e 8% delle visite) e sono stati utilizzati da meno di un quarto dei medici coinvolti.

Queste considerazioni contribuiscono, ancora una volta, a confermare la natura asimmetrica della relazione medico-paziente e la modalità ancora medico-centrica dello svolgimento delle visite. Tuttavia, la datazione degli studi proposti farebbe ben sperare circa il fatto che nei successivi 20 o 30 anni le dinamiche siano evolute, la relazione medico-paziente si sia spostata verso direzioni più collaborative e, di conseguenza, la comunicazione possa mostrare movimenti di questo genere sugli assi di variazione.

1.2 L'Analisi Conversazionale

Il dialogo tra medici e pazienti è da sempre considerato veicolo attraverso il quale si forniscono cura e assistenza mediche e l'importanza dell'analisi di tali interazioni affonda le sue radici nell'antichità ed è riconosciuta nei tempi moderni; tuttavia, è solo dagli anni '60 che queste dinamiche conversazionali sono state analizzate in maniera sistematica. A partire da allora, molto materiale è stato prodotto e si sono distinti, grazie anche all'avanzamento tecnologico, altrettanti metodi, dagli studi empirici a quelli più sofisticati (Roter & Hall, 1989).

Il punto di partenza per un metodo che intenda condurre analisi di tipo quantitativo, oltre a lavori di natura maggiormente esplorativa e qualitativa difficili da sintetizzare e quindi confrontare, risulta essere l'Analisi Conversazionale o della Conversazione (AC, o CA per *Conversation Analysis* in inglese) (Liu, 2020). Alla base dell'AC vi è una teoria dell'azione sociale fondata da Harold Garfinkel (1996) nota come etnometodologia, le cui radici fenomenologiche ne configurano l'*imprinting* di ricerca e analisi delle procedure metodologiche che un gruppo etnico mette in atto per rendere comprensibili, o accettabili, i comportamenti della vita quotidiana, anche nelle manifestazioni più ordinarie⁷. Nell'etnometodologia la lingua assume una notevole rilevanza: è proprio attraverso il linguaggio che gli attori sociali interpretano e rendono conto delle proprie azioni, e realizzano in questo modo l'ordine sociale cui appartengono

⁷ Etnometodologia in "Enciclopedia delle scienze sociali" Treccani https://www.treccani.it/enciclopedia/etnometodologia_%28Enciclopedia-delle-scienze-sociali%29/

o sentono di appartenere⁸. È dalla sociologia che nasce quindi il lavoro pionieristico di Harvey Sacks, seguito poi da Emanuel Schegloff e Gail Jefferson, che tentarono di descrivere quel sostrato istituzionalizzato di regole, procedure e convenzioni d'interazione sociale che sottostà all'organizzazione sociale, la cui lettura richiede un'analisi integrata di azione, conoscenza reciproca e contesto sociale (Goodwin & Heritage, 1990: 283-284).

Questo approccio condivide i principi di numerose discipline, dalla pragmatica alla psicologia della Gestalt, come si riconosce nel pensiero di Heritage (2004: 104): «significa focalizzarsi su come i partecipanti ricorrono incessantemente a pratiche e regole interazionali nel costruire una comprensione condivisa e specifica di dove essi si trovino all'interno di un'interazione sociale [...] Attraverso le loro azioni, i partecipanti mostrano un'analisi o una comprensione dell'evento in cui sono coinvolti, ma agendo generano anche un contributo interazionale che fa procedere l'evento sulla base di quell'analisi». Queste parole risuonano, ampliandone l'eco, infatti con la teoria degli atti linguistici di Austin e Searle, nonché col principio di cooperazione di Grice, generando una pratica che è transdisciplinare e senza cui l'applicazione dell'etnometodologia all'analisi linguistica non sarebbe completa (Goodwin & Heritage, 1990).

Dal punto di vista metodologico, l'AC si basa sulle registrazioni originariamente audio, ma recentemente anche video, di contesti ecologici (ad esempio, le case delle persone); il motivo per preferire l'integrazione della parte audio con quella video emerge da una scelta terminologica di Schegloff: infatti, egli ha preferito a *conversation* l'espressione *talk-in-interaction* in quanto ciò elude il problema della valenza *triviale* del termine 'conversazione' e consente di ampliare l'ambito di cui l'AC si occupa ad un dominio interazionale, che cade chiaramente fuori dal senso comune di 'conversazione' (2006: xiii-xiv). Secondo questo principio, Hutchby (2019) sottolinea quindi che è naturale che l'abilità umana di impegnarsi in una *talk-in-interaction* sia sorretta dall'utilizzo del linguaggio, ma che il punto in questione per l'AC va ben oltre le strutture grammaticali, sintattiche e semantiche che sono dominio della linguistica, bensì siano da esplorare aspetti basilari dell'interazione sociale. Per questo motivo, un'analisi del linguaggio paraverbale e non verbale può essere consentita alla ricerca dalla decisione di operare registrazioni video. Pur tuttavia va evidenziato che, ai fini di questo lavoro, questi

⁸ Etnometodologia in "Enciclopedia" Sapere.it by De Agostini <https://www.sapere.it/enciclopedia/etnometodolog%C3%ACa.html>

aspetti sono stati ritenuti trascurabili – quanto meno temporaneamente – e quindi per la raccolta del corpus ci si è affidati alla sola trascrizione delle registrazioni audio.

A seguito della raccolta delle registrazioni, l'operatività prosegue con la trascrizione dei dati. Il sistema di più diffusa adozione per la trascrizione della conversazione è quello di Jefferson, di cui si riporta in Tabella 3 una selezione ridotta: è importante sottolineare infatti che ai fini del presente elaborato, non tutte le variabili espressive sono state considerate come rilevanti.

Simbolo	Significato	Spiegazione
A: Parole= B: =Parole	Enunciati simultanei	I turni di parlanti diversi sono collegati in maniera immediata e senza interruzione.
A: Parole [parole] B: [parole]	Enunciati sovrapposti	I turni di più parlanti si sovrappongono; il simbolo è inserito nella posizione esatta della sovrapposizione.
<u>sottolineato</u>	Enfasi	L'estensione della sottolineatura indica la sua intensità.
MAIUSCOLO	Aumento del volume	Il volume della voce è sensibilmente maggiore, oltre l'aumento prevedibile come risultato dell'enfasi.
::	Allungamento del suono	I due punti allungano il suono precedente; la ripetizione del simbolo rappresenta maggiore allungamento.
-	Interruzione	Il trattino indica la sospensione o interruzione del suono precedente; può essere ripetuto.
(1'')	Pausa	Il numero espresso in secondi (o in minuti e secondi, se oltre i 60'') rappresenta il silenzio.
(incomprensibile)	Incomprensibile	Enunciato non chiaro o non udibile.
((commento))	Commento di trascrizione	Informazioni aggiuntive quali contesto o elementi di comunicazione non verbale.

Tabella 3. Il sistema di trascrizione di Jefferson⁹

⁹ In tabella si riporta una versione sintetica della notazione più rilevante per il presente elaborato. L'annotazione più dettagliata è disponibile in Jefferson 2004: 24-31.

Secondo Hutchby, ed è difficile non trovarsi d'accordo, è importante rimarcare come la vera fonte primaria dei dati sia e debba rimanere la registrazione audio/video stessa, mentre la trascrizione vada vista come una 'rappresentazione' dei dati, poiché si tratta della 'riproduzione' di un evento sociale, che per altro è impossibile sia resa in maniera del tutto neutrale (2019); in quanto utile strumento referenziale, svolge una funzione importante, ma rimane – per l'appunto – un mezzo e non deve diventare il fine stesso dell'azione di ricerca e analisi.

Si andrà ora ad illustrare brevemente alcuni aspetti d'interesse che, grazie alla metodologia presentata, l'AC può riferire e quantificare.

1.2.1 - Il turno conversazionale

Una prima interessante caratteristica della natura socialmente organizzata della *talk-in-interaction* è la nozione di 'turno conversazionale' o '*turn-taking*', ossia il fatto che la conversazione è organizzata in una serie di turni, i quali non si susseguono l'uno dopo l'altro come semplici anelli di una catena, ma sono piuttosto organizzati in maniera sequenziale, organizzati in gruppi che li uniscono per un aspetto comune. Inizialmente si potrebbe pensare che questo aspetto comune abbia a che vedere col tema, l'argomento della conversazione, ma è più plausibile pensare che – con un evidente rimando alla teoria austriaca degli atti comunicativi – siano invece uniti dall'azione che sottostà quel determinato passaggio dell'interazione, da ciò che quello scambio intende produrre come risultato nel fare (Schegloff 2006: 1).

1.2.2 - La coppia adiacente

Un elemento facilitatore che spesso guida il *turn-taking* all'interno di una conversazione è un altro concetto centrale della AC, quello delle coppie adiacenti, o *adjacency pair(s)*. Si intende per coppia adiacente una sequenza di frasi che devono rispettare alcune caratteristiche, come a) essere composte di due turni, b) di parlanti diversi, c) essere poste in sequenza, l'una dopo l'altra, d) in un ordine preciso e pertinente, secondo e) le coppie di senso logico che vanno a creare. Infatti, la prima frase rende pertinenti solo una serie circoscritta di risposte a seguire, come ad esempio le coppie domanda/risposta, saluto/saluto, offerta/accettazione o rifiuto, etc. Come detto, questa nozione di AC è rilevante nella misura in cui l'aspettativa da parte del primo interlocutore che il secondo prosegua la conversazione in un dato modo rende chiaro il *turn-taking* quanto meno per quella coppia adiacente, o per eventuali che si concatenino alla prima.

(Schegloff 2006: 13). Si può notare una risonanza di questa nozione con il principio noto in psicologia e in glottodidattica come ‘*script* comunicativo’ o ‘copione situazionale’¹⁰, secondo il quale a seconda del contesto in cui avviene uno scambio gli interlocutori possono plausibilmente aspettarsi a seguire solo una serie di interazioni e non altre.

1.2.3 - La negoziazione

In relazione alle coppie adiacenti, vi è poi un altro aspetto che l’AC è in grado di evidenziare sensibilmente, cioè la negoziazione che gli interlocutori della seconda parte della coppia adiacente mettono in atto quando fanno di star dando una risposta non gradita o, per riferirla coi termini di Schegloff, ‘dispreferita’ (*dispreferred*), in opposizione a ‘preferred’ per ‘preferita’). Ci sono varie forme di negoziazione, tra cui elaborazione, default e posizionamento, ma la più frequente e riconoscibile è senz’altro la *mitigation*, che si può manifestare con formule di attenuazione della risposta che si sa essere una pillola che necessita di essere indorata. Anche questo fenomeno contribuisce a chiarificare turni di parola ed aspettative degli interlocutori rispetto a quanto andrà ad accadere nello scambio (2006: 58-64).

1.3 L’AC nello studio della comunicazione medico-paziente: il RIAS

Come menzionato nel paragrafo 1.1.3, Roter ha analizzato lungamente la comunicazione medico-paziente da una prospettiva marcatamente linguistica, tanto da arrivare a sviluppare un sistema di codifica dell’interazione secondo categorie, il Roter Interaction Analysis System, abbreviato in RIAS.

Si tratta di un vero e proprio sistema linguistico di analisi e codifica dell’interazione medica basato sul computer ed è il prodotto del lavoro di Debra Roter (che ne parla per la prima volta insieme a Larson nel 2002): il RIAS, cioè *Roter Interaction Analysis System*. Esso costituisce uno strumento per analizzare il dialogo medico e poter così evidenziare le dinamiche di scambio di risorse tra professionista e paziente, dove la prospettiva mette in luce questo «incontro medico come un “incontro tra esperti” attraverso il quale il dialogo dà forma alla relazione terapeutica e riflette ruoli e obbligazioni del paziente e del medico». Concettualmente, le categorie comunicative

¹⁰ Voce “Copione > Script” nel nozionario di glottodidattica del laboratorio ITALS del Dipartimento di Studi Linguistici e Culturali Comparati dell’Università Ca’ Foscari di Venezia <https://www.itals.it/nozion/noziof.htm>

possono essere viste come riflettenti elementi socio-emotivi e *task-focused*, ovvero incentrati sullo svolgimento di una mansione, di un compito, per il quale i medici vengono ritenuti esperti a seguito degli studi compiuti e per la cui esperienza vengono consultati; dal punto di vista comunicativo, questi comportamenti «includono quelli relativi allo svolgimento delle funzioni mediche, come la raccolta dei dati, test e procedure, l'esame fisico, e consulenza ed educazione del paziente». La dimensione affettiva invece riguarda degli scambi «con espliciti contenuti socio-emotivi relativi alla costruzione di un rapporto sociale ed emotivo, come ad esempio l'uso di comfort sociali, empatia, preoccupazione e rassicurazione» che solitamente non si ritiene siano stati acquisiti lungo il percorso di studi (Roter & Larson 2002: 243-244).

Il RIAS sembra avere notevoli vantaggi sul fronte della ricerca: questo metodo riduce notevolmente i tempi di preparazione dei dati in quanto non è necessario passare per la fase di trascrizione, che non solo si dilunga nel semplice riportare le stesse parole, ma anche richiede molte risorse nell'annotazione di tutti quegli aspetti dell'eloquio identificati da Jefferson (2004: 24-31) come ad esempio il tono della voce; il RIAS infatti analizza direttamente la registrazione audio. Come strumento di analisi della conversazione medica, il RIAS è stato ampiamente utilizzato sia in America che in Europa; ciò è immediatamente tangibile in lavori di revisione degli studi condotti con questo metodo, come ad esempio Pires & Cavaco (2014) che, sebbene successivamente li abbiano scremati secondo criteri di rilevanza da loro identificati, evidenziano una quantità iniziale di studi presi in considerazione di oltre 1200.

Ecco perché, nel riferire i risultati della letteratura riguardo lo stato attuale dell'arte circa l'argomento della presente ricerca, si presterà particolare attenzione e interesse a quegli studi che hanno adottato il RIAS come strumento d'indagine.

1.4 I risultati in letteratura

Le modalità con cui la lingua viene utilizzata in tipologie di relazione asimmetrica, di cui quella medico-paziente è esempio emblematico, è ambito di grande interesse da parte della linguistica. Si sono lungamente indagate le caratteristiche della comunicazione verbale attraverso tecniche afferenti all'Analisi Conversazionale (AC), evidenziando risultati quantitativi circa diversi elementi significativi.

1.4.1 - La durata della consultazione

Il primo e più immediato elemento da quantificare nell'Analisi Conversazionale a seguito di una raccolta di dati audio è la durata della visita medica. Esistono diversi lavori a riguardo che coinvolgono diversi Paesi europei (tra cui non compare l'Italia) e non solo; tra i più citati c'è quello di Deveugele (et al. 2002), assieme alle *review* di Wilson (1991) e Lussier & Richard (2006). Si riportano in Tabella 4 i risultati.

Paese	Durata media min. (D.S.) Deveugele et al. 2002	Durata media min. Lussier & Richard 2006	Durata media min. Wilson 1991
Germania	7.6 (4.3)	–	–
Spagna	7.8 (4.0)	–	–
Regno Unito	9.4 (4.7)	–	10
Olanda	10.2 (4.9)	–	–
Belgio	15.0 (7.2)	–	–
Svizzera	15.6 (8.7)	–	–
Svezia	–	–	21
Europa	10.7 (6.7)	–	–
Nuova Zelanda	–	–	12
USA	–	16.7	–
Canada	–	(Quebec) 17.6	15

Tabella 4. Durata media delle consultazioni espressa in minuti ed eventuale Deviazione Standard (D.S.).

Le ragioni di queste variazioni vengono commentate dal lavoro di Deveugele (et al. 2002) in confronto anche agli studi precedenti (Wilson 1991).

Variazioni tra Paesi. I *general practitioners* (GP) in Spagna e Germania conducono di media 200 visite a settimana, perciò ipotizza che questa importante “domanda” di medici condizioni la durata della visita accorciandola per un fatto di necessità. In Belgio e Svizzera, i generalisti operano in un regime di libero mercato e i pazienti possono consultare più di un medico generale e specialista, perciò i GP devono “investire” del tempo per soddisfare il paziente ed incentivarlo a tornare; inoltre sono spesso pagati direttamente dal paziente al termine della visita, il che crea una relazione

basata sul valore del denaro, e di conseguenza del tempo che quel denaro acquista, e ciò potrebbe spiegare la maggior durata delle visite in questi due Paesi. Il Regno Unito e l'Olanda, che hanno le durate più ridotte, hanno un efficiente sistema di cure primarie con liste di pazienti ristrette e i GP vengono pagati principalmente dalla *capitation* (una quota che il governo versa per ogni paziente); ciò contribuirebbe ai 10 minuti di durata. In effetti, Deveugele riferisce che il carico di lavoro dei medici influisce negativamente sulla durata delle consultazioni, ma che la relazione è debole quando calcolata in secondi, cioè una diminuzione di 6.5 secondi ogni aumento di 10 visite per settimana sul carico di lavoro complessivo di un medico.

Problemi psicosociali. La presenza di problemi psicosociali e la percezione di essi da parte del medico e del paziente hanno influenzato la durata della consultazione, percezione che tra i due interlocutori ha mostrato differenze importanti. La durata aumentava quando i medici percepivano un problema psicosociale, quando pensavano che questo elemento psicosociale fosse importante benché non fosse stato menzionato durante la consultazione, oppure quando facevano una diagnosi psicosociale. Dal punto di vista del paziente, la durata era più lunga quando ci si aspettava di ricevere aiuto rispetto ad un problema psicosociale, ma la durata non aumentava quando il problema psicosociale veniva fornito direttamente dal paziente come motivo per la visita.

Novità vs cronicità del problema. Un altro fattore che influenza la durata della consultazione riguarda, in modo piuttosto intuitivo, il fatto che il problema fosse noto oppure che si trattasse di una novità; un problema che alla relazione medico-paziente fosse già conosciuto è corrisposto a tempi più brevi, mentre un nuovo problema da affrontare ha comportato tempi maggiori.

Caratteristiche del medico. Wilson riferisce di studi riguardo molteplici aspetti propri del medico come correlati ad una maggiore durata della consultazione, come l'età (i medici più anziani) o il sesso (le donne), ma anche l'attitudine più positiva e il maggiore interesse dei medici alla cura generale e alla salute mentale tenderebbe a comportare visite più lunghe che identificano più problemi psicosociali, o poiché è necessario più tempo per far emergere tali problemi oppure perché i medici più coinvolti da questo tipo di problemi tendono poi a trascorrere più tempo ad affrontarli. Tuttavia, di queste variabili, lo studio di Deveugele sembra confermare solamente l'ultima, cioè l'attitudine del medico rispetto ai problemi psicosociali, mentre andrebbe a confutare studi precedenti che suppongono una durata di consultazione maggiore per i medici donna rispetto agli uomini.

Caratteristiche del paziente. Dal lato del paziente invece, anche lo studio Deveugele riscontra una maggior durata della visita quando il paziente è donna rispetto che con gli uomini, perché le donne sarebbero più loquaci e parlerebbero più liberamente dei problemi psicosociali. Diversamente, l'età del paziente avrebbe un ruolo non significativo nell'aumentare la durata della visita, così come pure il livello d'istruzione del paziente; quest'ultimo dato è in contraddizione con diversi studi, tra cui proprio il lavoro di Wilson.

Caratteristiche dell'ambulatorio. Relativamente alla dimensione dell'elenco di assistiti e la durata della visita, Wilson riferisce che sono state riscontrate e confermate da un paio di studi solo correlazioni deboli e non determinanti, e di solito solo negli estremi della distribuzione dei dati sulla lunghezza di tale elenco; vale a dire che solo elenchi estremamente brevi ed estremamente lunghi avrebbero un lieve impatto sulla durata della visita. Altri studi invece dimostrano una relazione lineare tra la lunghezza dell'elenco e la durata della pausa, che è minore con l'aumentare dei pazienti. Deveugele riporta che l'unico fattore rilevante è la posizione dell'ambulatorio, riscontrando consultazioni più lunghe negli ambulatori di città e più brevi in quelli di zone rurali; una possibile spiegazione ritiene essere il fatto che negli ambulatori cittadini i pazienti portassero più problemi ad una singola visita.

1.4.2 - La suddivisione della visita medica nelle sue parti funzionali

Anche lo studio di Ohtaki (et al. 2003) ha analizzato la durata delle visite in uno studio comparativo tra Stati Uniti (5 medici di famiglia) e Giappone (1 medico generalista e 3 specialisti), in seguito, lo studio di Ebrahimi (et al. 2013) ha aggiunto, ai dati derivati dallo studio di Ohtaki per Stati Uniti e Giappone, il confronto con l'Iran (2 medici generalisti e 3 specialisti). Si farà quindi riferimento allo studio di Ebrahimi in quanto comprensivo dei dati dei tre Paesi e più recente.

Oltre a riferire le differenze di durata (Iran 311.5 secondi con range 150-550s, Giappone 505 secondi con range 150-738s, e USA 668 secondi con range 310-1418s), lo studio ha anche suddiviso la visita in momenti che si differenziano per funzione, evidenziando sei diverse fasi di consultazione sulla base del modello di Byrne e Long (1976) già menzionato in questo elaborato al paragrafo 1.2: 1) il dottore stabilisce una relazione col paziente, 2) il dottore scopre o cerca di scoprire il motivo della visita, 3) il dottore conduce un esame verbale e/o fisico, 4) il dottore, il dottore e il paziente, o il paziente (in questo ordine di probabilità) valutano la condizione, 5) il dottore e

occasionalmente il paziente forniscono dettagli sulla terapia o gli esami, 6) la consultazione viene conclusa, solitamente dal dottore. Di seguito si riporta in Figura 1 il grafico di Ohtaki (et al. 2002: 279) e in Figura 2 quello di Ebrahimi (et al. 2013: 1136) con le percentuali del tempo di visita, rispettivamente nei due e nei tre Paesi oggetto dell'osservazione, dedicato alle varie fasi di consultazione. Si noti la presenza di 8 voci per 6 fasi, poiché la fase 3) della visita viene suddivisa nelle sue due parti *Verbal* e *Physical*, e in più si aggiunge anche la fase Social talk che racchiude le parti di conversazione non relative al problema medico.

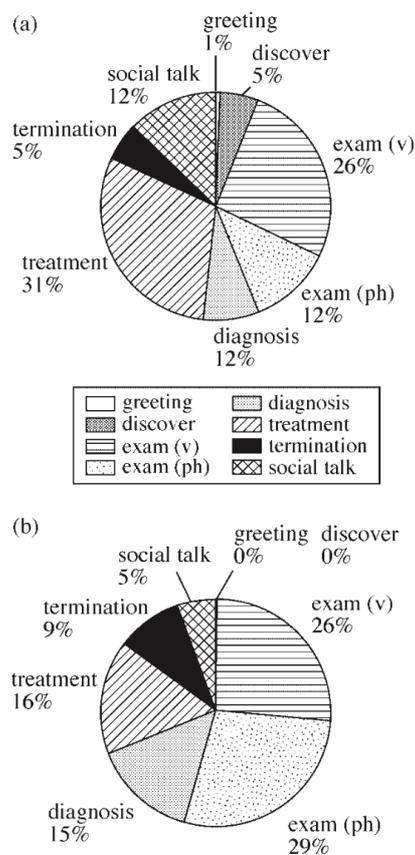


Figura 1. Distribuzione del tempo in fasi durante consultazioni mediche in Stati Uniti (a) e Giappone (b).

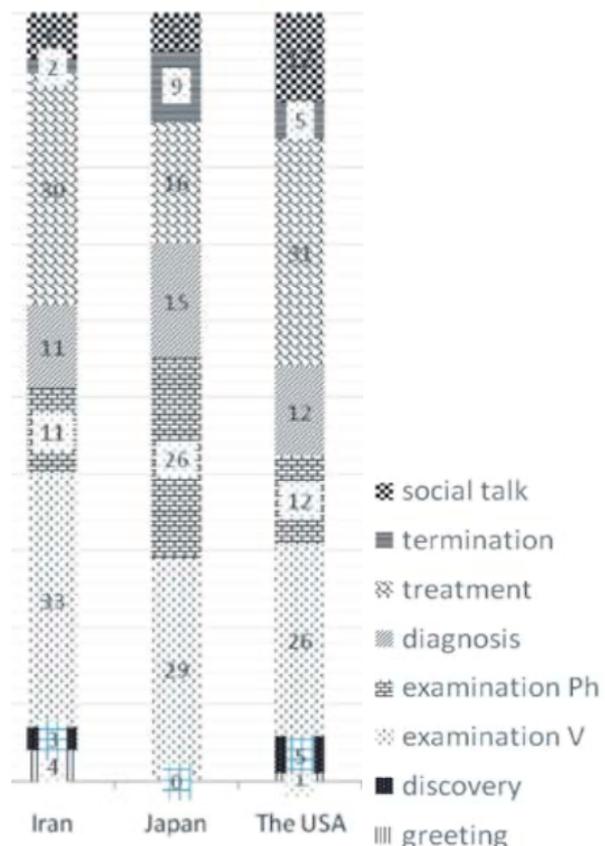


Figura 2. Distribuzione del tempo in fasi durante consultazioni mediche in Iran, Giappone e Stati Uniti.

Come detto, nell'analisi si terrà in considerazione il secondo studio e quindi la Figura 2 poiché ci consente il confronto a tre Paesi, ma la Figura 1 facilita la lettura delle percentuali quindi viene lasciata come riferimento. Il primo elemento che si evidenzia nel grafico è che la fase che copre la percentuale più alta delle visite è diversa nei tre Paesi; rispettivamente è in Iran la fase 3a) esame verbale, in Giappone la fase 3b) esame fisico,

e negli Stati Uniti la fase 5) trattamento. Come commentato dagli autori (Ebrahimi et al. 2013; Ohtaki et al. 2003) vi sono diverse considerazioni riguardo questa e altre differenze di percentuali.

Nella comunicazione *low-context* Americana, la maggior parte dello scambio avviene con linguaggio esplicito e informazioni dettagliate; di conseguenza, il fatto che il 31% della visita statunitense sia dedicato al trattamento e follow up suggerisce uno stile di persuasione caratterizzato da conversazione dettagliata. In Giappone, invece, ciò mostra un fenomeno relativo alla specializzazione e si può affermare che gli internisti giapponesi dedichino più tempo all'esame fisico rispetto ai medici di famiglia. In Iran, non essendoci visite regolari, i medici dell'ambulatorio dovevano impiegare più tempo nella fase di esame verbale per scoprire la fonte del problema e poi, nella fase di trattamento, fornivano spiegazioni e indicazioni ai pazienti.

Altro aspetto è quello del *social talk*, che negli Stati Uniti è quasi il doppio del Giappone e dell'Iran. Poiché la medicina di famiglia non è ancora diffusa ampiamente in Iran e Giappone, i medici di solito non conoscono i propri pazienti, quindi c'è poca interazione extra-medica. Viceversa, negli Stati Uniti i medici conoscono i propri pazienti e hanno modo così di parlare loro anche di argomenti non legati al problema medico.

Un ultimo aspetto evidenziato e commentato è il fatto che in Giappone il tempo dedicato a scoprire la ragione della visita sia prossimo allo 0%, possibilmente perché si effettuano visite regolari e quindi i medici di solito conoscono il motivo per cui il paziente si è condotto lì; viceversa, in Iran e negli Stati Uniti non ci sono sistemi di visite regolari e quindi i medici devono impiegare del tempo per capire il motivo della consultazione.

Lo stesso studio fornisce anche una suddivisione degli *speech acts* riscontrati durante le visite, che si riportano in Tabella 5.

	Affermazione (%)		Domanda (%)		Direttiva (%)		Altro (%)		Totale (%)	
	Dr	Pz	Dr	Pz	Dr	Pz	Dr	Pz	Dr	Pz
Iran	21.1 (43%)	27.5 (57%)	13.1 (80%)	3.2 (20%)	13.8 (94%)	0.9 (6%)	9.4 (47%)	10.7 (53%)	57.4 (57%)	42.3 (43%)
USA	26.85 (49%)	27.9 (51%)	17.7 (75%)	5.85 (25%)	3.5 (95%)	0.2 (5%)	3.7 (32%)	7.85 (68%)	51.75 (55%)	41.8 (45%)
Giappone	13.65 (52%)	12.3 (48%)	13.7 (78%)	3.85 (22%)	4.4 (95%)	0.25 (5%)	5.5 (34%)	9.7 (66%)	37.25 (59%)	26.1 (41%)

Tabella 5. Distribuzione di *speech acts* in consultazioni mediche in Iran, USA e Giappone.

Un'ultima serie di considerazioni di Ebrahimi (et al. 2013) circa questa ripartizione degli atti linguistici occorsi durante le consultazioni fornisce parzialmente un commentario sulla distribuzione del potere nello scambio comunicativo. Come già menzionato, però, l'asimmetria è un principio dinamico, non statico, e ciò si evidenzia con l'aumentare e diminuire delle percentuali tra medico e paziente in relazione ai diversi atti linguistici.

I medici sembrerebbero dominare l'interazione, ma è opportuno notare che vi è la necessità che i medici governino la conversazione perché il discorso in contesti istituzionali è essenzialmente orientato agli obiettivi e altamente ritualizzato, perciò la proporzione maggiore dalla parte del medico nelle domande e nelle direttive non è un fatto che ci sorprende.

Una differenza marcata invece nelle affermazioni si nota negli Stati Uniti e l'Iran dove, diversamente da come accade in Giappone, i pazienti hanno una proporzione maggiore di atti affermativi rispetto ai medici; ciò potrebbe essere motivato dalla mancanza di visite regolari in entrambi i Paesi, il che potrebbe portare i medici a lasciar parlare più a lungo i pazienti per spiegare il motivo della visita.

1.4.3 - La suddivisione della conversazione in categorie di interazione

Un approccio simile a quello appena presentato, derivato dal modello di Byrne e Long, è quello offerto dal già menzionato RIAS (*Roter Interaction Analysis System*). Il RIAS nella versione del 1997 (Roter et al.) identificava tre gruppi funzionali, ma le rielaborazioni dello schema di classificazione si susseguono in varie letture, mantenendo però gli aspetti principali essenzialmente inalterati. Si predilige in questo elaborato la chiarezza espositiva di Cavaco & Roter (2010), che si riporta di seguito, in Figura 3.

Functional grouping	Communication behaviour	Examples
Data-gathering skills	Open-ended question <ul style="list-style-type: none"> • medical condition • therapeutic regimen • lifestyle and self-care • psychosocial topics 	What can you tell me about the pain? How are the meds working? What are you doing to keep yourself healthy? What's happening with his father?
	Closed-ended question <ul style="list-style-type: none"> • medical condition, • therapeutic regimen, • lifestyle and self-care, • psychosocial topics 	Does it hurt now? Are you taking your meds? Do you still smoke? Is your wife back at home?
Patient education and counselling skills	Biomedical information <ul style="list-style-type: none"> • about medical condition • therapeutic regimen 	Your blood sugar is still high—not any lower than last time. You will have to watch your diet more carefully, especially the carbohydrates.
	Lifestyle and self-care information	Getting plenty of exercise is always a good idea. I can give you some tips on quitting smoking.
Relationship skills	Psychosocial exchange about problems of daily living, issues about social relations, feelings, emotions	It's important to get out and do something with other people every day.
	Positive talk <ul style="list-style-type: none"> • agreements • jokes and laughter 	Yes, I agree that is the way to go. I will have to take your blood again—you must think I am a vampire. You look fantastic, you are doing great.
	Negative talk <ul style="list-style-type: none"> • disagreements • disapproval and criticisms 	No, I don't think that would work for me. I think you are wrong, you weren't being careful.
	Social talk (non-medical, chit-chat)	How about them O's last night?
	Emotional talk <ul style="list-style-type: none"> • concerns • reassurance • legitimate • empathy • partnership 	I'm worried about that. I'm sure it will improve in the next few days. Anyone would worry if they felt as bad as you do. I can see how angry that makes you. We'll get through this together.
	Partnering skills	Partnering and activation <ul style="list-style-type: none"> • asking for patient opinion, • asking for understanding, • paraphrase and interpretation
	• cues of interest (back-channel)	Right, go on, ...
	Orientation (directions, instructions)	I'd like to do a physical now. Get up on the table. Now we'll check your back.

Figura 3. Categorie del *Roter Interaction Analysis System* in Cavaco & Roter (2010: 143)

Questa suddivisione così dettagliata può essere utile nel caso si conducessero analisi di tipo quantitativo avvalendosi del RIAS, oppure in forme ridotte per lo stesso tipo di analisi senza supporto informatico; nel caso del presente elaborato, si farà riferimento a questa classificazione esclusivamente per considerazioni di carattere qualitativo nel riportare alcuni passaggi del corpus di consultazioni mediche raccolte.

1.4.4 - La ricorrenza delle interruzioni e la loro tipologia

Diversi studi hanno indagato la frequenza delle interruzioni durante i colloqui medico-paziente per stabilire chi fosse, tra i due interlocutori, il responsabile della maggioranza delle interruzioni, e i risultati riferiti riportano una maggior frequenza di interruzione da parte dei medici; anche questo fenomeno tuttavia non sorprende, perché per mantenere il controllo sui contenuti e il processo della visita medica, i medici devono

poter guidare la conversazione attraverso le interruzioni. Alcuni studi, tuttavia, hanno anche riferito l'opposto (i pazienti interrompono più spesso i medici che viceversa) o anche che non ci sia un interlocutore che interrompe più dell'altro (Li et al. 2008); per poter veramente fare chiarezza su risultati così diversi e affrontare la questione dell'interruzione in maniera sistematica, è stato necessario categorizzare le interruzioni in 'intrusive', 'cooperative', e 'senza successo' o 'infruttuose' (*intrusive, cooperative, unsuccessful*) (Li et al. 2004) ed in questo modo è stato possibile riscontrare che medici e pazienti si interrompono non semplicemente più o meno di frequente, ma si interrompono in maniera differente: i primi in modo più intrusivo, i secondi in modo più cooperativo; e ancor più importante, quando i medici interrompono i pazienti, l'interruzione è infruttuosa solo il 6% delle volte, mentre quando è il paziente ad interrompere, non ha successo il 32% dei tentativi.

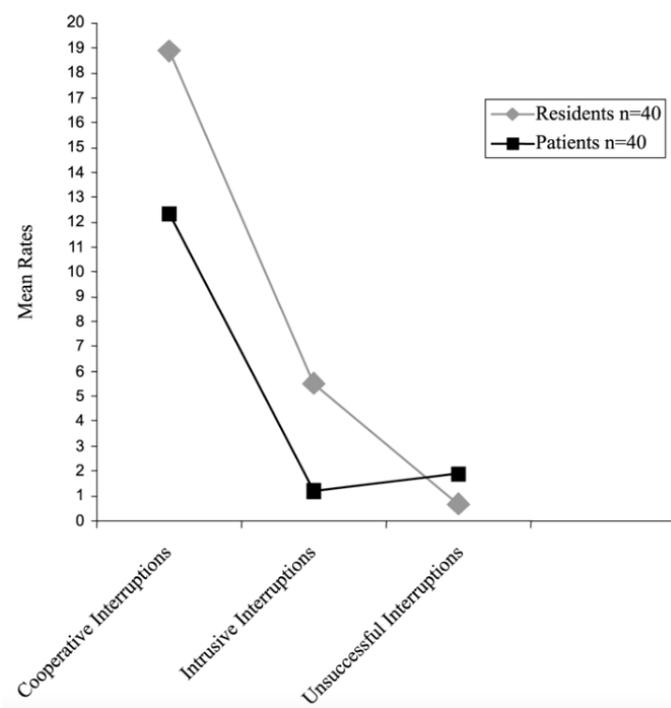


Figura 4. Interruzioni medie per ruolo

Di questi risultati, Li (et al. 2008) offre una lettura in più chiavi, di cui due maggiormente rilevanti per questo lavoro: confronta prima gli schemi di interruzione di uomini e donne, e poi le quattro possibili combinazioni di genere.

Dalla prima lettura emerge che, tra i medici, le donne fanno più interruzioni cooperative e intrusive, ma non vi è differenza significativa invece rispetto al loro

successo in confronto ai colleghi uomini; tra i pazienti, le differenze tra uomini e donne nei tre tipi di interruzioni non sono statisticamente significativi, o lo sono a malapena.

Dall'analisi delle quattro possibili combinazioni di genere, sul fronte del professionista, si evidenzia che le interruzioni F/F (*female doctor, female patient*) sono significativamente più cooperative di quelle M/M (*male doctor, male patient*) e di quelle M/F (*male doctor, female patient*); non si riscontrano differenze rilevanti nelle altre combinazioni di generi. Anche le interruzioni intrusive sono più frequenti negli scambi F/F rispetto a quelli M/F, mentre nelle altre combinazioni non si riscontrano elementi degni di nota. Dal lato del paziente, lo studio segnala maggiori interruzioni cooperative nelle interazioni F/F rispetto a quanto succede in quelle M/M, M/F e F/M, mentre per quanto riguarda le interruzioni intrusive, le coppie F/F ne eseguono di più rispetto alle coppie F/M.

Secondo il commento dei dati emersi, si confermerebbe l'asimmetria della relazione medico-paziente in linea con la *situated identity theory*, secondo la quale per il compimento di atti sociali è necessario stabilire un'identità sociale in un dato contesto sociale: «la comunicazione umana non è un fenomeno linguisticamente isolato, ma contenuta all'interno della relazione sociale tra gli interlocutori. Quando un medico interagisce con un paziente, i loro ruoli sono predefiniti, il primo come esperto e colui che fornisce la cura, il secondo come proletario e colui che riceve la cura», e questa relazione iniqua di potere influenza la comunicazione che avviene al suo interno.

Questo studio fornisce anche delle considerazioni sul grado di soddisfazione dei pazienti rispetto alla visita, correlandolo alle interruzioni: com'è intuibile, dai risultati emerge che il gradimento dei pazienti aumenta o con la diminuzione delle interruzioni intrusive del medico nei loro confronti, oppure al contrario con la possibilità per i pazienti di interrompere in modo collaborativo il professionista, facendo domande o sentendosi liberi di manifestare accordo e disaccordo. Non è quindi solo un fatto di quantità, ma anche sensibilmente di qualità.

1.4.5 - La comprensione da parte del paziente del gergo tecnico

Un interessante studio di McCarthy (et al. 2012) ha indagato la capacità da parte del paziente di ricordare le istruzioni orali del medico in due scenari: la cura di una ferita e la gestione di un reflusso gastroesofageo. Sono stati coinvolti nello studio pazienti di età compresa tra i 55 e i 74 anni che hanno dapprima preso parte alla visita medica, poi risposto ad alcune domande per la verifica di quanto compreso e ricordato a riguardo, e

infine sostenuto un test (il *Test of Functional Health Literacy in Adults*) per valutare il loro grado di alfabetizzazione sanitaria (risultati: bassa 11.8%, marginale 16.6%, adeguata 71.6%). Le istruzioni ricevute durante la visita hanno riguardato, nel primo scenario, come prendersi cura della ferita, una lista di segni di infezione, e le istruzioni per il follow-up; nel secondo caso, il medico ha rivisto la diagnosi, fornito una breve patofisiologia, dato un elenco di raccomandazioni alimentari e di comportamento, e prescritto una medicina con le istruzioni per prenderla.

I risultati riguardo la capacità di ricordare le istruzioni ricevute dicono che di media i pazienti più anziani sono riusciti a ricordare solo metà delle istruzioni ricevute, performando anche peggio nei casi di alfabetizzazione sanitaria bassa o marginale. Tuttavia, per quanto i limiti dello studio possano aver influito sulla capacità di memorizzare le istruzioni, è opinione degli autori dello studio che i risultati dimostrino come il problema fosse la scarsa comprensione delle raccomandazioni orali. Cioè, che se un paziente non riesce a ricordare le indicazioni ricevute, è improbabile che sia in grado di comprendere le istruzioni e agire appropriatamente.

Capitolo 2: Il plurilinguismo in Friuli-Venezia Giulia

Il Friuli-Venezia Giulia è una regione a statuto speciale situata a nord-est della penisola italiana che confina a nord con l’Austria, a est con la Slovenia e a ovest con la regione Veneto. Secondo i dati ISTAT, gli abitanti in regione al 1° gennaio 2022 sarebbero poco meno di 1,2 milioni, con una suddivisione degli abitanti per province che fornisce alcune informazioni circa la conformazione territoriale del FVG. Ad esempio, la città di Trieste ospita 200mila abitanti sui 230mila dell’intera provincia, mentre il comune di Udine ospita solo 98mila anime, sebbene la provincia di Udine sia la più popolosa con più di 500mila abitanti. Poiché la provincia di Udine raccoglie ben 134 comuni, contro i 6 di Trieste, e ha una superficie di poco inferiore a quella di Roma mentre Trieste è l’ultima provincia italiana per estensione, Udine chiaramente disperde la sua popolazione molto più di quanto faccia Trieste, quarta provincia in Italia per densità di popolazione. Vi sono poi le due province ai lati della regione, Pordenone a ovest e Gorizia a est, che ospitano rispettivamente 310mila e 138mila abitanti. Nel presente elaborato, la provincia che è stata tenuta in considerazione è quella di Udine, con la sua forma allungata che attraversa l’intera regione da nord a sud, dalle montagne Carniche al mar Adriatico, passando per il collinare e la pianura udinese.

2.1 La storia del Friuli-Venezia Giulia

Secondo una ricostruzione dettagliata dell’Agenzia Regionale per la Lingua Friulana (ARLeF), la nascita del Friuli-Venezia Giulia può risalire fino all’epoca Longobarda, i quali estesero all’intero territorio il nome “*Forum Iulii*” che apparteneva all’allora città romana di Cividale, e la cui dominazione scrisse molti tratti del codice genetico dei friulani e della loro terra. Prima del dominio romano, la presenza stratificata di popoli celtici sul territorio friulano è attestata grazie a odierni ritrovamenti archeologici in tutta la regione, ma in particolare in alcune città friulane molto note, come ad esempio Aquileia con il suo patriarcato; dal punto di vista etnologico se ne ha conferma in riti e tradizioni, mentre linguisticamente sembrerebbero confermate radici celtiche nella toponomastica, ma non nel lessico.

A seguito di un’epoca longobarda e celtica che mostra ancora alcuni punti oscuri rispetto all’ipotesi della genesi di un’identità friulana in epoca preromana, con il nuovo

millennio – e precisamente nel 1077 – è possibile attestare la costituzione di un'entità politica nella «Patria del Friuli» grazie all'investitura del patriarca di Aquileia dei poteri temporali, che rese il patriarcato un principato feudale ben integrato nell'impero per i quattro secoli successivi. In ultimo, con l'annessione alla Serenissima nel 1420, il patriarcato mutò profondamente e venne indebolito dei suoi poteri, ma si mantenne vivo; in particolare, continuò ad ardere la sua identità territoriale e politica per altri quattrocento anni di dominazione veneziana, a cui seguirono poi quella francese e quella austriaca, fino alla fondazione del Regno d'Italia, che ci restituisce quell'identità della «Patria» rimasta intatta attraverso i secoli e i dominatori.

Benché sia l'etnogenesi che la glottogenesi in Friuli avessero chiare origini latine e italiche, molto diverse dai dirimpettai germanici oltre i monti a nord e dai vicini slavi a est, è innegabile che i frequenti scambi con queste popolazioni abbiano influenzato lo sviluppo da un lato dell'identità e dall'altro della lingua friulana. Oltre all'integrazione di questi due popoli con l'inserimento di figure come guerrieri, funzionari e artigiani da nord, e pastori e contadini da est, vi furono anche massicce immigrazioni da Slovenia e Carinzia, ben presto assimilati in Friuli, dove hanno lasciato una traccia sia linguistica che genetica del loro passaggio.

2.2 La lingua Friulana e le lingue friulane

In quanto zona di confine e crocevia di importanti scambi commerciali, in particolare marittimi grazie al porto di Trieste, in FVG si è consolidata una situazione di plurilinguismo a seguito di già evidenziati contatti con vari popoli. Infatti, è possibile attestare in Friuli sia la presenza di idiomi neolatini (tra cui l'Italiano, il Friulano e il Veneto), sia di parlate alloglotte germaniche e slave rispettivamente nelle cosiddette 'isole linguistiche' delle Alpi Carniche e nelle vallate al confine con la Slovenia; in aggiunta a questo, si riscontrano anche varietà locali e regionali causate da migrazioni attraverso o verso il Friuli a partire da altre regioni o Paesi (Fusco 2011).

2.2.1 - La lingua Friulana: la marilenghe

Il Friulano è un idioma romanzo che ha acquisito lo *status* di lingua minoritaria, grazie al quale viene tutelato ai sensi della L.R. 15/96 e della L. 482/99.

La diffusione del Friulano in Friuli non è omogenea, e vede anzi delle zone di alta concentrazione, di utilizzo prevalente rispetto all'italiano, e delle zone di quasi totale

assenza. Infatti, benché si tratti del capoluogo di regione, a chi abita in Friuli è noto il fatto peculiare che il Friulano non si parli in provincia di Trieste, dove invece è diffuso il Triestino, che è un dialetto di tipo veneto; la *marilenghe* (madrelingua) è invece diffusa nelle tre province di Udine, Pordenone e Gorizia. La sua presenza è forte nelle aree montane (la regione della Carnia) e collinari, e nelle zone distanti dai principali centri e vie di comunicazione, mentre nei centri urbani l'Italiano ha preso il posto del Friulano già a partire dalla seconda metà dell'Ottocento. Tuttavia, ad ulteriore riprova della sua particolarità, anche facendo riferimento solamente al Friulano standard (o per meglio dire "standardizzato" a seguito della L.R. 15/96 che ha promosso iniziative per normalizzarne la grammatica e la grafia), è noto che in Friuli la *koinè* è frutto di un'elaborazione linguistica a cura della Società Filologica Friulana. Infatti, già la più diffusa suddivisione in quattro gruppi principali (il Friulano centrale di Udine, il Friulano orientale o sonziaco di Gorizia, il Friulano occidentale o concordiese di Pordenone, e il Friulano carnico di Tolmezzo) non riferisce in maniera esaustiva tutta la complessità linguistica del territorio friulano (Fusco 2011; ARLeF 2019; SFF 2022).

Per quanto riguarda l'utilizzo del Friulano da parte della popolazione, l'ARLeF in collaborazione con l'Università degli Studi di Udine ha condotto nel 2015 una ricerca sociolinguistica sulla lingua friulana e fornisce dei riferimenti sociodemografici a riguardo. Il primo criterio sociolinguistico è il genere del parlante: la ricerca mostra una predilezione leggermente maggiore a parlare regolarmente Friulano da parte degli uomini (50% contro poco meno del 45% nelle donne) e ad usarlo in modo attivo (70% uomini, quasi 65% donne); tuttavia, nella dimensione della comprensione senza uso, le donne sono in percentuale appena maggiore rispetto agli uomini. La correlazione col genere del parlante, perciò, non costituisce un criterio sociolinguistico particolarmente rilevante ai fini del presente elaborato.

Altra variabile è l'età dei parlanti: come evidenziato in Figura 5, il Friulano è molto più diffuso nelle persone di età superiore a 50 anni, sia facendo riferimento al Friuli nel complesso sia ancor più per quanto riguarda il focus sulla provincia di Udine.

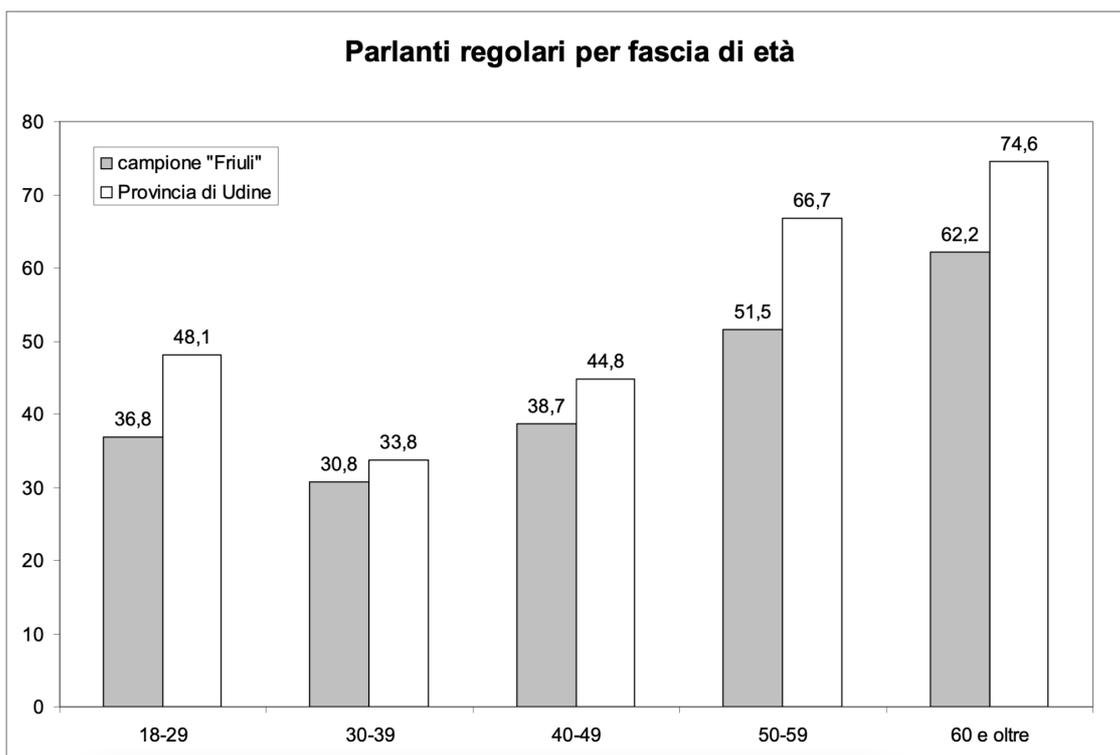


Figura 5. Parlanti regolari per fascia di età (ARLeF 2015)

Inoltre, in Figura 6 è possibile apprezzare un dettaglio della provincia di Udine rispetto al grado di utilizzo orale del Friulano riferito dai parlanti.

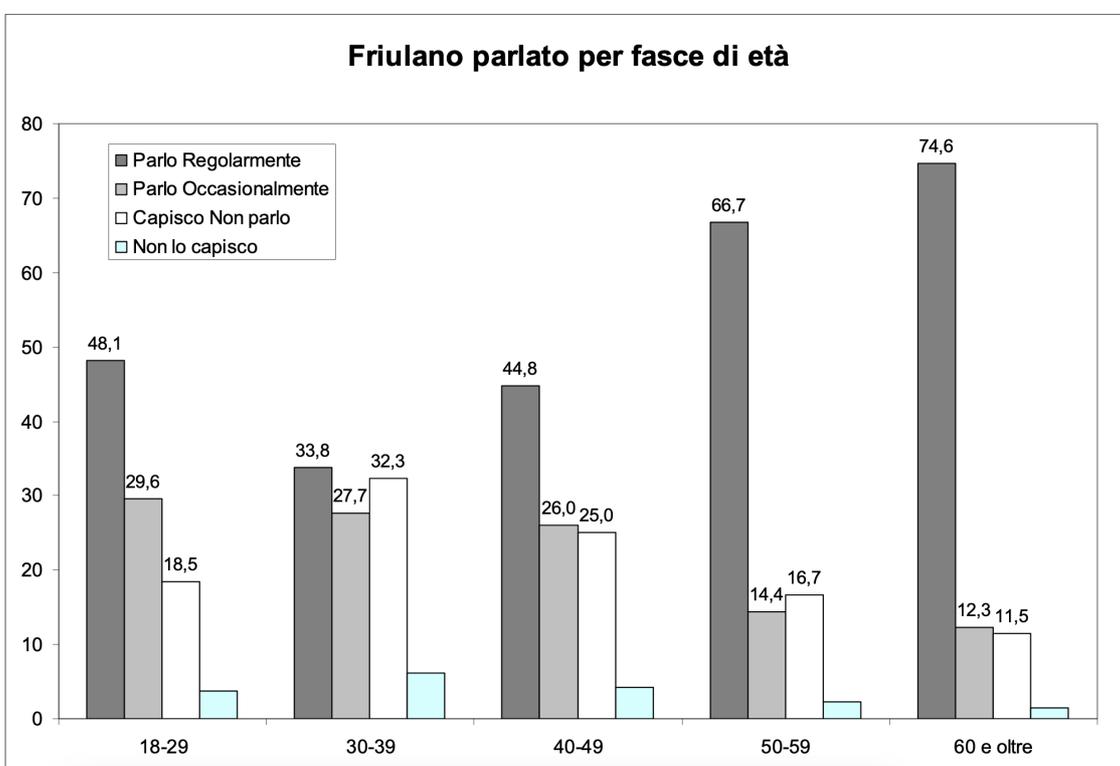


Figura 6. Parlanti regolari per fascia di età in provincia di Udine (ARLeF 2015)

Questi due grafici evidenziano chiaramente la forma di questa parabola dei parlanti regolari che vede il suo vertice minimo nella fascia d'età 30-39, la sua parte ascendente verso le età maggiori, ma anche una fascia giovane, tra i 18 e i 29, che presenta una riscoperta del Friulano; potrebbe trattarsi di quei ragazzi, giovani nipoti di nonni e figli di genitori bilingui, che sono cresciuti in contesto bilingue. La stessa parabola può essere letta all'inverso rispetto a coloro che il Friulano affermano di non comprenderlo nemmeno: il vertice massimo è rappresentato dalla stessa fascia 30-39, con le difficoltà di comprensione che diminuiscono con l'aumentare dell'età e che hanno questa tendenza inversa nei giovani dai 18 ai 29 anni. ARLeF infatti dice:

il fenomeno relativo a questa inversione di tendenza nella fascia più giovane, che “guadagna” uso del friulano invece che “perderlo”, non ci stupisce, [...], e inoltre si ritrova anche nell'osservazione della società, del territorio, degli eventi culturali che vi si svolgono, dell'affluenza agli stessi. Qualche decennio fa sarebbe stato impensabile vedere teatri pieni di giovani che assistono a festival musicali dedicati alle lingue minoritarie e presentati in friulano [...] È inoltre abbastanza facile notare l'atteggiamento positivo che i giovani contemporanei dimostrano nei confronti delle lingue complessivamente intese, e di conseguenza anche del friulano all'interno di questo insieme di lingue.

Si evidenziano inoltre, secondo ARLeF (2015), altri criteri sociolinguistici che sono apparentemente correlati ad un maggiore utilizzo del Friulano. Primo fra tutti, in quanto rilevato in tutte le altre ricerche precedentemente condotte, c'è il titolo di studio, che appare correlato in maniera inversa al tasso di uso del Friulano, come si evince dalla Tabella 6, ossia al crescere del titolo di studio diminuisce la percentuale di parlanti.

	Parlo regolarmente	Parlo occasionalmente	Capisco Non parlo	Non lo capisco
Elementari	70,4	12,7	11,3	5,6
Medie	58,9	12,6	26,3	2,1
Qualifica professionale	50,0	14,8	25,9	9,3
Superiori	41,3	26,7	24,7	7,3
Università	27,2	23,9	41,3	7,6

Tabella 6. Gradi di proprietà linguistica del Friulano in relazione al titolo di studio (ARLeF 2015)

Un altro aspetto che la ricerca ha potuto constatare è la dimensione emotiva dell'uso del Friulano: infatti, in provincia di Udine poco meno del 50% degli intervistati ha attribuito al Friulano lo status di lingua più importante, a cui si è più affezionati, ossia la propria «lingua del cuore»; alla stessa domanda, l'Italiano è stato identificato in questo modo da meno del 40% dei partecipanti. Nell'intera regione, le percentuali sono leggermente meno nette: quasi il 45% in favore del Friulano contro il 41% per l'Italiano; la parte rimanente è da attribuirsi ad «Altro» dialetto. Questo sarà un fattore da tenere in considerazione nella fase di analisi dei dati raccolti, poiché questo aspetto affettivo della lingua può determinare un'interpretazione altrettanto affettiva dell'eventuale scelta di un parlante di utilizzare la «lingua del cuore» in contesti istituzionali o istituzionalizzati.

Infine, il lavoro svolto da ARLeF e UniUd ha inoltre raccolto alcune risposte a domande già poste in ricerche del passato (in particolare nel 1977 e nel 1998), per delineare come si siano modificate le abitudini linguistiche dei parlanti. Queste domande hanno riguardato la lingua utilizzata nella comunicazione dei propri genitori fra loro e nei confronti dell'intervistato, dell'intervistato nei confronti dei fratelli, e dell'intervistato con i figli (o con altre figure rilevanti come ad esempio il/la coniuge). Riassumendo i risultati più pertinenti per il presente elaborato, che comunque nella ricerca sono stati oggetto di ripetute interpretazioni e rielaborazioni che tentano di spiegare e chiarire alcuni dati oscuri, si nota una generica tendenza di perdita dell'uso del Friulano nelle famiglie, ma una percentuale di perdita che invece va diminuendo nella trasmissione fra le generazioni. Cioè, se è vero che si va perdendo l'uso del Friulano nei parlanti intervistati, questi altresì riferiscono che lo parlano coi loro figli più di quanto non facessero le generazioni precedenti. Questo trova una plausibile spiegazione nel migliorato status di cui ha goduto la lingua e il plurilinguismo in genere dopo la seconda metà degli anni '80, oltre che senz'altro le politiche di tutela delle lingue minoritarie messe in atto a livello istituzionale.

2.2.2 - I dialetti veneti

Oltre a questa presenza maculata del Friulano (o per meglio dire, dei Friulani) sul territorio, in aggiunta all'alternanza con l'Italiano in molte zone si riscontra un'altra peculiarità dialettale tipica di questa terra così ricca dal punto di vista linguistico: le parlate venete. Il dialetto veneto divenne la lingua di prestigio durante l'appartenenza del Friuli alla Serenissima, diffondendosi tra le *élite* dei nobili friulani per poi raggiungere

anche le altre classi, dalla media alla piccola borghesia, tra le quali la percezione di questo idioma era quella di uno strumento per l'avanzamento sociale.

Si distinguono, per matrice, tre tipi di parlate venete: coloniali o d'imitazione, autoctone (ossia, originariamente presenti sul territorio), e di contatto o di frontiera.

Le parlate venete coloniali. A seguito dell'imposizione da parte della Repubblica di Venezia dell'uso del dialetto veneto in alcuni centri urbani, oggi si ritrovano ancora in Friuli alcune parlate venete d'imitazione, come ad esempio i dialetti 'udinese' e 'pordenonese' nei due rispettivi capoluoghi di provincia, o il 'triestino' di Trieste (che ha soppiantato l'originario 'tergestino', dialetto friulano). Sono coloniali anche le parlate di alcuni centri minori: Palmanova, Cividale, Spilimbergo, Codroipo.

Le parlate venete autoctone. Alcune parlate presenti in zone costiere presentano d'origine dei tratti veneti, senza che questi siano imputabili all'espansione coloniale della Serenissima. Esempi di questa matrice sono il 'gradese' di Grado e il 'maranese' di Marano (o, più in generale, il 'lagunare'), o il 'bisiaco' a Monfalcone.

Le parlate venete di contatto. Lungo la frontiera col Veneto si ritrovano le cosiddette parlate di contatto che sono simili ai dialetti di Sacile e Treviso: troviamo ad esempio il 'liventino' e tutti quei dialetti parlati in alcuni comuni o frazioni in prossimità del confine (Aviano, Fiume Veneto, Fontanafredda, Porcia, ecc).

Dal punto di vista sociolinguistico, la presenza dei dialetti veneti non rimane costante nell'uso in tutte le zone: il dialetto udinese, ad esempio, sta venendo sempre più sostituito dall'alternativa nazionale, mentre resistono più vivamente i dialetti di Grado e di Marano, forse data la più forte identità della zona lagunare, e il bisiaco parimenti; anche il triestino sopravvive energicamente e anzi, si oppone al friulano con forza, anche tra le generazioni più giovani (Fusco 2020, Rizzolatti 1996).

2.2.3 - Le altre lingue: il tedesco e lo sloveno

Le due aree di confine, quella a nord di prossimità con l'Austria e quella est con la Slovenia, si presentano come zone rispettivamente germanofone e slavofone, sia in termini di presenza di bilinguismo Italiano-Tedesco e Italiano-Sloveno, sia in manifestazioni nelle parlate locali.

Le isole linguistiche dell'area tedesca si trovano a sud delle Alpi Carniche, nel comune di Sauris/Zahre, a Timau/Tischlbong che è frazione del comune di Paluzza, e ora anche a Sappada, aggregata alla regione Friuli-Venezia Giulia a seguito di un referendum popolare tenutosi nel 2017 che ne ha sancito il distacco dal Veneto.

Le aree in cui si riscontra la presenza dello Sloveno o di parlate locali influenzate dalla presenza slava percorrono il confine con la Slovenia, in particolare in provincia di Udine sono le vallate del fiume Natisone, la val Canale, la val Resia e la val del Torre, mentre dalla provincia di Gorizia c'è il Collio, a scendere il Carso fino ad arrivare all'intera provincia di Trieste.

Rispetto al presente studio, la componente slava e quella tedesca sono del tutto trascurabili in quanto la ricerca non ha avuto luogo nelle zone appena menzionate. È tuttavia un elemento di contesto che è interessante in quanto fornisce una cornice attorno alla parte italoфона, venetofona e furlanofona della provincia di Udine, vero fulcro dell'analisi linguistica effettuata in questa sede.

Capitolo 3: Aspetti sociolinguistici della conversazione

Aspetto focale dell'analisi del presente studio è quello dei fenomeni sociolinguistici della conversazione. Secondo l'architettura dell'italiano contemporaneo (Berruto 1987, 2004), la lingua si configura (Figura 7) come un continuum multidimensionale costituito da tre assi che si intersecano: figurano un asse verticale che rappresenta la diastratia (cioè la variazione linguistica in relazione allo strato sociale del parlante, nelle varietà dall'incolta a quella colta), un asse orizzontale che costituisce la diatopia (la variazione in relazione alla provenienza geografica del parlante) e un asse obliquo che descrive la diafasia (cioè la variazione in registri linguistici, dall'informale al formale). Vi sarebbe poi una quarta dimensione di variazione, quella diacronica, che però non è rappresentabile in un asse poiché è trasversale a tutte le altre dimensioni in quanto simboleggia la variazione della lingua col trascorrere del tempo, mentre le altre dimensioni hanno carattere sincronico, cioè nel "qui ed ora".

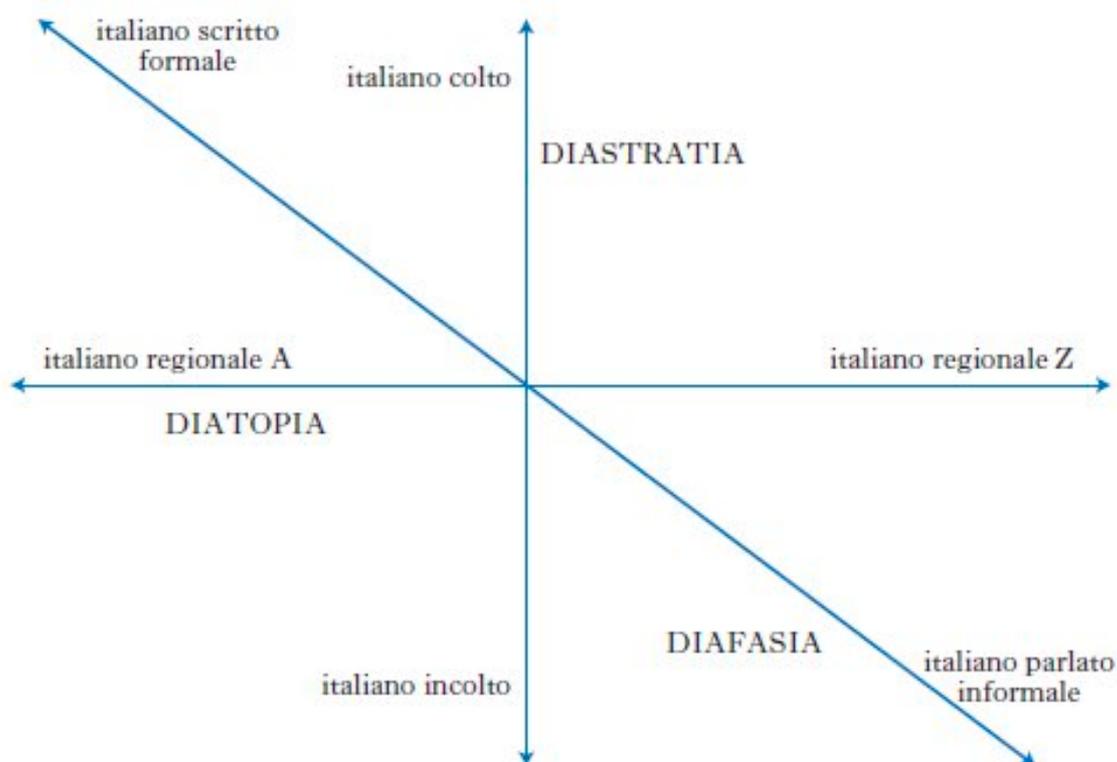


Figura 7. Architettura dell'italiano in Berruto 2011a.

D'interesse per il presente elaborato sono principalmente le dimensioni di diafasia (con i registri linguistici) e di diatopia (con la presenza del Friulano o di altri regionalismi o forme dialettali).

3.1 La dimensione diafasica

Secondo Berruto (2011b), in linea col principio secondo cui la lingua utilizzata cambia in relazione al contesto in cui avviene la comunicazione, questa dimensione di variazione prende anche il nome di 'variazione situazionale' ed è influenzata da tre fattori: il 'campo' (in inglese, *field*), il 'tenore' (*tenor*) e il 'modo' (*mode*).

Il campo indica che la conversazione è influenzata dall'argomento del discorso, dalla situazione in cui ha luogo, dai contenuti che narra e dalle finalità che implica.

Il tenore riferisce di come la lingua sia influenzata dalla relazione tra gli interlocutori dell'azione comunicativa, nonché naturalmente dai ruoli che ricoprono socialmente e comunicativamente, sia in senso astratto che poi applicato alla situazione. Si parla quindi di confidenzialità o familiarità, amicalità e autorevolezza, nello stabilire vari gradi di conoscenza e vari tipi di ruoli all'interno della comunicazione.

Infine, il modo riguarda il mezzo o il canale fisico in cui avviene la conversazione, posto che la comunicazione orale e quella scritta hanno implicitamente caratteristiche ben distinte.

3.1.1 Le lingue speciali

Facendo seguito alla definizione di 'campo', un concetto principe di questo ambito è quello delle microlingue, note con diverse espressioni sinonimiche, come 'lingue speciali', 'sottocodici', o 'linguaggi settoriali'. Secondo le parole di Berruto (2004), questi sono "microcosmi linguistici facenti parte di ogni lingua, costituiti fondamentalmente da elementi specifici, quasi gergali, espressioni tecniche o gruppi di vocaboli utilizzati nei vari settori professionali o sociali: medicina, informatica, economia, sport, ecc.". Rovere (2010), similmente, afferma che il linguaggio settoriale è l'insieme di vari aspetti del modo di esprimersi, di cui i termini tecnici sono uno degli esempi, caratteristici di un ambito specialistico, come ad esempio quello tecnico-scientifico. Posto che egli sostiene che i linguaggi settoriali possono essere classificati in tre grandi categorie, di cui solo l'ultima è quella del linguaggio tecnico-scientifico applicato alle scienze naturali, il campo interessato del presente studio è chiaramente

quello medico, quindi della biologia e a tratti della chimica; le altre due categorie sono le attività pratiche da un lato e il tecnico-scientifico relativo alle scienze umane e sociali. Relativamente alla ricchezza di sinonimi per riferirsi a questo fenomeno, questo elaborato adotterà il tecnicismo ‘lingue speciali’, in quanto diffuso a livello paneuropeo (*special languages* in ambito anglofono, *langues spéciales* in quello francofono).

3.1.2 L’allocuzione

All’interno invece delle opzioni di tenore ricadono altri elementi di variazione diafasica, uno dei quali è l’allocuzione, cioè le forme e gli atti enunciativi con cui un interlocutore si rivolge a un altro. Secondo quanto riferisce Molinelli (2010), è una somma di contesto (formale o informale) e relazione esistente tra interlocutori a determinare quale pronome allocutivo (e di conseguenza tutti gli elementi della frase che con questo vanno accordati) viene scelto durante una conversazione. Relativamente all’utilizzo dei vari pronomi allocutivi di cui dispone l’italiano (*tu*, *lei* e *voi*), si può ricostruire da un punto di vista diacronico che vi sono stati momenti ed epoche in cui il ‘voi’ veniva preferito alle altre forme: dopo la caduta del Fascismo (che ne imponeva l’uso a scapito del ‘lei’, considerato un ispanismo), l’uso del ‘voi’ è andato via via scomparendo lasciando spazio al ‘lei’ per i contesti formali e al ‘tu’ per quelli informali; il ‘voi’ rimane una prerogativa quasi esclusiva di alcune varietà regionali (in particolare centromeridionali) e dialettali, oppure si manifesta come variabile generazionale essendo più diffuso tra gli anziani. Tuttavia, non solo il ‘voi’, ma anche la sfera d’uso del ‘lei’ ha subito un processo di ridimensionamento, lasciando spazio al ‘tu’ in contesti in cui si preferivano opzioni più formali (scuola ed esercito).

3.1.3 I registri

Secondo l’approfondimento di Rovere nell’Enciclopedia dell’italiano redatta da Treccani (2011), vi sono in linguistica diverse concezioni di ‘registro’, partendo dalla considerazione più generale secondo cui vi sia una correlazione tra la situazione comunicativa e lo stile linguistico adottato (che è tautologicamente il principio della dimensione diafasica di variazione linguistica), come riferisce anche la lessicografia: «Modo di parlare o scrivere, livello espressivo proprio di una data situazione comunicativa: *registro familiare, giornalistico, burocratico*» (GDG 2008¹¹). Onde

¹¹GDG 2008 = Grande Dizionario Garzanti della lingua italiana, Milano, Garzanti.

evitare confusione tra i vari significati del termine, si sono ricercate espressioni alternative: per non cadere nell'opposizione tra la lingua parlata e quella letteraria (che piuttosto meriterebbe di essere chiamata 'diamesia'), oppure le diversificazioni della lingua in funzione dell'argomento del discorso (che Berruto nel 2004 ha distinto all'interno della diafasia come 'variazione di sottocodice'), alcuni propongono di parlare più chiaramente di «livello stilistico». Posta quindi l'ampiezza, e per certi aspetti anche l'ambiguità, terminologica, è più funzionale soffermarsi su ciò che invece discrimina le varie concezioni di questa parola, cioè gli elementi che ne influenzano la distinzione: tra questi sono da selezionare – secondo l'Enciclopedia, che adotta la lettura di Berruto (1987) – grado di formalità e relazione tra gli interlocutori.

Va premesso che questo ambito della variazione diafasica è forse uno dei più difficili da delineare, in quanto non separati in modo netto ma piuttosto sfumati su un continuum linguistico di cui sono chiari solo alcune forme molto connotate: secondo un'altra rappresentazione proposta in Figura 8 (Berruto 2004), si possono apprezzare i passaggi da un registro all'altro, una volta che l'asse diafasico viene intersecato a quello diamesico che propone l'opposizione scritto-parlato già menzionata. Si evidenziano quindi al polo superiore i registri alti, dal *tecnico-scientifico* all'*aulico*, scendendo per incrociare ipoteticamente l'italiano *standard* (diciamo ipoteticamente perché sempre più si sostiene l'idea secondo cui il nuovo registro più diffuso non sia quello standard, che mantiene diversi tratti di formalità, ma il *neostandard*), e a scendere le varietà più basse, dal *colloquiale* all'*informale*, fino a toccare l'estremo inferiore con il *gergale* o *volgare*.

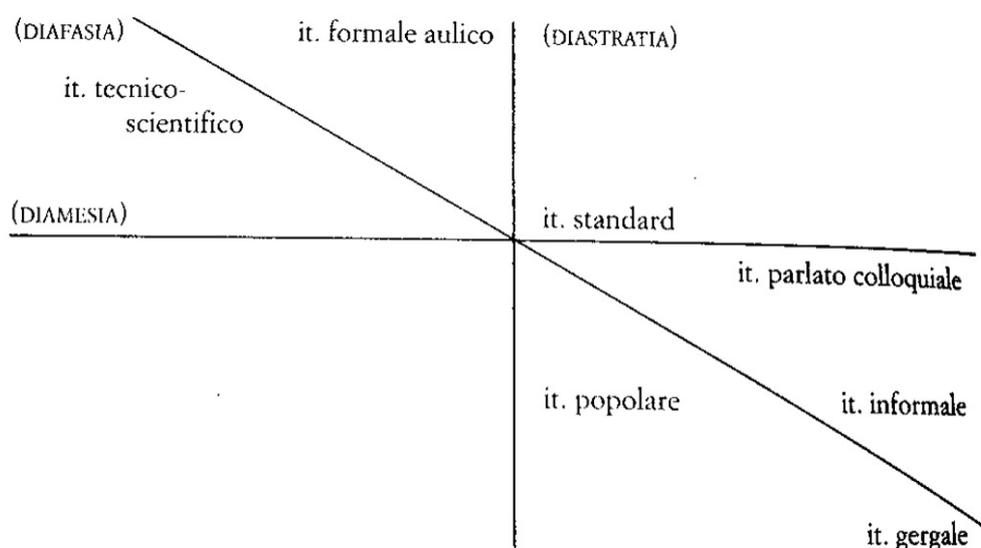


Figura 8. L'architettura dell'italiano contemporaneo in Berruto (2004, 92).

3.2 La dimensione diatopica

Nell'ambito della variazione linguistica in funzione della provenienza geografica del parlante, cioè la dimensione della diatopia, il caso italiano è particolarmente ricco dal punto di vista dialettale e quindi estremamente complesso rispetto al panorama europeo ma non solo. Grazie all'attenzione per la diatopia, si possono evidenziare fenomeni interessanti ad esempio a livello del lessico, come i 'geosinonimi' (parole diverse che definiscono lo stesso significato) oppure i 'regionalismi semantici' (parole che a seconda della regione in cui vengono usate hanno significato differente) (Berruto 2004). Non solo il piano lessicale, ma anche a livello fonetico la provenienza del parlante influenza pronuncia, cadenza e intonazione, e questo è particolarmente vero per l'italiano, per quanto – secondo Berruto – queste differenze con le relative marcatezze diatopiche vadano attenuandosi tra le nuove generazioni. Tale fenomeno è plausibile possa considerarsi conseguenza dell'aumento della scolarizzazione, poiché la lingua della cultura si attiene quanto più possibile alla lingua standard, dalla televisione e della mobilità nazionale favorita dalla leva militare obbligatoria fino a qualche decennio fa.

Come distingue D'Achille (2011), la diatopia riguarda sia le lingue che i dialetti, ma in particolare «quei dialetti secondari che sono gli italiani regionali, nati dall'incontro tra lingua e dialetto», dove il dialetto che sottostà una determinata area geografica è in grado di spiegare i fenomeni di variazioni regionali di italiano. Questo è un fenomeno che il presente studio ha incontrato, ad esempio in alcune italianizzazioni di parole o espressioni friulane, che sono state considerate una variazione di registro bassa o molto bassa poiché assimilabili ad un italiano popolare. In relazione alla competenza linguistica dei parlanti un dialetto, è opportuno sottolineare come questi non necessariamente mostrino competenza attiva nel dialetto, e ciò può emergere dai questionari sulle abitudini linguistiche che dichiarano una competenza percepita come assente o scarsamente utilizzata, sebbene poi l'analisi linguistica dimostri invece un ricorrere a forme di italiano regionale.

PARTE SECONDA

Lo studio

Capitolo 4: Materiali e metodi

Questo capitolo andrà ad illustrare lo studio condotto negli ambulatori di alcuni MMG della provincia di Udine durante la seconda metà del 2021 attraverso la registrazione audio delle visite mediche.

4.1 Preparazione dello studio

La ricerca ha ricevuto ufficialmente inizio con la registrazione dello studio presso il Bembo Lab, laboratorio sperimentale del Dipartimento di Studi Linguistici e Culturali Comparati (DSLCC) dell'Università Ca' Foscari di Venezia. Questo passaggio formale ha previsto lo sviluppo del modulo di consenso informato per i partecipanti allo studio. Dato il caso particolare di questa ricerca che coinvolge in una stessa sessione sia medici che pazienti, dove gli ultimi si trovano in una situazione di condivisione dei cosiddetti dati sensibili (mentre ciò nello stesso momento non accade per il medico), l'elaborazione dei moduli ha previsto una distinzione dei due casi, di cui si trova una copia all'Allegato 1 e 2. Poiché la ricerca prevedeva poi non solo l'osservazione ma anche la registrazione del colloquio medico-paziente, ai partecipanti doveva essere sottoposto anche il relativo modulo di consenso alla registrazione audio (Allegato 3). In questo caso non sono state necessarie distinzioni fra medico e paziente, i quali hanno perciò firmato il medesimo modulo per questa circostanza. Conclusi i vari passaggi di consulenza legale e successiva approvazione della modulistica, il Bembo Lab ha dato conferma di registrazione dello studio il 25 maggio 2021, attribuendogli il codice P020.

Un secondo momento è stato quello di sviluppo del questionario sulle abitudini linguistiche che era intenzione somministrare ai pazienti che avrebbero preso parte allo studio. Identificata empiricamente l'ipotesi che i pazienti coinvolti e i loro medici curanti avrebbero potuto manifestare dei tratti linguistici relativi ai due fronti della variazione diafasica (con allocuzione informale *tu*) e diatopica (con il ricorrere alla lingua friulana o ad altre espressioni dialettali o locali), il questionario ha inteso porre ai partecipanti domande circa la loro propensione all'utilizzo del Friulano in varie età della propria vita, nonché ad oggi nei confronti di varie figure professionali, alle quali è possibile che i

pazienti si rivolgano con varie forme di allocuzione. Perciò, dopo una serie di domande di tipo anagrafico, si è domandato ai pazienti se sia loro abitudine rivolgersi in Italiano o in Friulano a figure come il commesso o l'impiegato di uno sportello o ufficio, un professionista artigiano, il medico ospedaliero o specialista, il medico di famiglia, e quell'insieme di professionisti come ad esempio avvocato, commercialista ecc. Inoltre, rispetto agli stessi interlocutori, si è chiesto ai pazienti se sia loro abitudine dare loro del *tu*, del *lei* o del *voi*. Una copia del questionario proposto è disponibile all'Allegato 4.

L'ultima fase preliminare è stata la diffusione delle informazioni relative allo studio nei confronti dei medici di medicina generale friulani, e in particolare dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC) della provincia di Udine. Per fare ciò si è proceduto alla realizzazione manuale di una *mailing list* che raccogliesse i dati e gli indirizzi e-mail dei MMG operanti nell'ASUFC, il che è stato reso possibile dalla consultazione del portale¹² di ricerca dell'azienda sanitaria stessa. Una volta creata la *mailing list*, il giorno 11 giugno 2021 è stata mandata comunicazione a mezzo di posta elettronica a tutti gli MMG che risultavano operare in provincia di Udine: l'e-mail è stata inviata a 335 MMG. La comunicazione illustrava la ricerca sociolinguistica che si intendeva condurre, le modalità di partecipazione e la richiesta al medico di manifestare il proprio interesse per mezzo dello stesso canale; a questo primo contatto sono seguite alcune risposte di interessamento o di richiesta di informazioni aggiuntive, e da allora gli scambi sono proseguiti fino a fissare – con alcuni dei MMG che hanno manifestato il desiderio a prendere parte allo studio – l'appuntamento per la sessione di registrazione, cioè per la raccolta dei dati.

4.2 Svolgimento della ricerca

La parte operativa della ricerca si è svolta nei singoli ambulatori dei MMG che avevano confermato la loro disponibilità, ove l'operatrice si è recata personalmente per la raccolta diretta dei dati tramite registrazione audio dei colloqui, nonché per espletare tutti gli aspetti burocratici dell'informativa ai pazienti e della raccolta dei consensi.

¹² Portale di ricerca dei medici operanti nell'ASUFC; <https://asufc.sanita.fvg.it/it/medici>

4.2.1 - Tempi e luoghi

I medici di famiglia, dato l'inquadramento della loro posizione nei confronti del SSN tramite la stipula di una convenzione, possono organizzare il loro lavoro con discreta libertà, a patto che rispettino le condizioni della loro convenzione: apertura su cinque giorni settimanali con almeno due fasce orarie pomeridiane o mattutine, come spiega il sito del Ministero della Salute. Per questo motivo, con i MMG che hanno deciso di partecipare alla ricerca si è concordato un giorno della loro consueta attività di visita in ambulatorio, in giorni variabili dal lunedì al venerdì, che per alcuni è stata al mattino e per altri al pomeriggio, indicativamente di 2-3 ore o comunque fino al completamento delle visite pianificate. Si sottolinea che tutti i medici che hanno preso parte allo studio organizzano d'abitudine le loro visite su appuntamento, quindi non a libero accesso, perciò nella quasi totalità dei casi gli orari previsti sono stati rispettati con precisione.

Le sessioni di registrazione si sono svolte nei mesi di luglio, agosto e settembre 2021, in relazione alle disponibilità dei MMG. I nove ambulatori medici che hanno ospitato la ricerca erano tutti situati in provincia di Udine, come già menzionato, e in particolare nei comuni di: Basiliano (1), Gemona del Friuli (1), Pasian di Prato (1), Ruda (1), Sutrio (1), Tavagnacco (2) e Udine (2). Riprendendo una mappa del Friuli-Venezia Giulia e la suddivisione in province, la distribuzione degli ambulatori coinvolti lungo la provincia di Udine (che, si ricorda, raccoglie ben 134 comuni) risulta come in Figura 9.



Figura 9. Localizzazione degli MMG nei vari comuni coinvolti (UD).

Si può notare dalla mappa una certa concentrazione di medici coinvolti nell'area del Friuli centrale, e dal capoluogo di provincia in particolare verso i comuni a ovest di Udine. Tuttavia, sono di rilevante importanza per questo studio quei comuni che vanno a coinvolgere le regioni meno centrali del Friuli, come la Bassa Friulana con Ruda, il fulcro del Collinare con Gemona e la Carnia con Sutrio. Linguisticamente, è rilevante per questo studio il fatto di uscire dal grande centro udinese che – come evidenziato al paragrafo 2.2 – è una zona del Friuli dove non è caratteristico parlare il Friulano, quindi essere riusciti ad ottenere un contatto con la Carnia o con il Collinare consente di dimostrare come il Friulano in queste aree sia spesso la lingua di prima scelta.

4.2.2 - Strumenti e modalità di raccolta dei dati

In relazione alla sessione di registrazione, i pazienti sono stati messi al corrente dello studio in corso in diversi modi: in alcuni casi, il personale di segreteria ha avvisato nei giorni precedenti chi chiamava per chiedere appuntamento nella data stabilita per le sessioni dicendo che si sarebbe tenuta questa ricerca e i pazienti già potevano dare o meno adesione verbalmente; in altri casi, si dava notifica delle registrazioni in corso direttamente all'arrivo dei pazienti in ambulatorio. In ogni caso, è stata premura dell'organizzazione intera stabilire che fosse sempre il personale noto al paziente (quindi medici e segretari) coloro i quali avrebbero dato notifica della ricerca e chiesto al paziente l'intenzione a prendervi parte o meno. Questa è stata una decisione mossa dalla convinzione condivisa che i pazienti avrebbero letto con minore diffidenza la proposta se questa fosse provenuta da parte di persone a loro note e nelle quali ripongono di frequente la loro fiducia per le questioni sensibili riguardanti la propria salute. Questa convinzione, benché non verificata in senso contrario, si è probabilmente dimostrata corretta: il 98% dei pazienti a cui si è proposto di partecipare ha acconsentito, e solamente 2 persone su 81 hanno negato il consenso.

Gli audio sono stati quindi raccolti tramite un registratore Sony ICD Px470 posizionato a lato o in un angolo della scrivania del medico, in un punto che fosse il più possibile centrale nella stanza rispetto ai potenziali movimenti che medico e paziente/i avrebbero potuto fare per proseguire la visita sul lettino o alla bilancia. La logica è stata quella che gli interlocutori non dovessero più pensare a spostare il registratore e quindi potessero in qualche modo dimenticarsi della sua presenza durante il corso del colloquio. Sono state in questo modo raccolte quasi 23 ore di audio, che tuttavia risultano – al netto

di tutte le interruzioni e quindi ritagliati nei punti precisi di inizio e fine dei colloqui – in un totale di oltre 18 ore e 15 minuti.

4.2.3 - Partecipanti

A prendere parte allo studio sono stati 9 MMG con i loro 79 pazienti. Non vi è tuttavia una corrispondenza 1:1 tra il numero di pazienti e quello delle visite registrate, poiché ad alcuni colloqui hanno preso parte due o più pazienti: sono i casi di coppie o figli che accompagnavano genitori o suoceri, e di conseguenza i colloqui raccolti sono stati 65. Ai medici è stata attribuita una lettera da A ad I, mentre ai pazienti è stato assegnato un numero da 1 a 79; in questo modo, ogni paziente possiede un codice univoco composto da lettera e numero che lo associa al colloquio a cui ha preso parte.

La compilazione del questionario sulle abitudini linguistiche è era facoltativa, per cui non tutti i pazienti hanno aderito. In tutti questi casi, la scelta di non rispondere alle domande è stata ricondotta ad una mancanza di tempo (non quindi per disinteresse nei confronti della ricerca o per imbarazzo). Su 79 partecipanti, 12 non hanno completato questa parte della ricerca. Di quelli che l'hanno invece compilato, alcuni hanno restituito il questionario con una o più domande non risposte, ma senza averne dato motivazione in quanto non è sempre stato possibile seguire anche il momento della compilazione; benché vi sia naturalmente l'eventualità che qualcuno possa aver consapevolmente deciso di omettere qualche risposta (alla domanda sull'età, a quella sul titolo di studio o a quella sugli anni di cura dal proprio MMG), è plausibile che si tratti piuttosto di semplici dimenticanze.

Relativamente ai partecipanti che hanno prodotto delle registrazioni audio non conformi allo studio, si riportano alcuni casi particolarmente rilevanti:

- un MMG ha interrotto la conversazione (G01) perché l'argomento non era più medico ma una chiacchiera informale su temi di paese;
- un MMG ha interrotto la conversazione (D06) in un punto centrale perché la paziente manifestava imbarazzo ad affrontare alcune tematiche che percepiva come non pertinenti alla visita (nonostante parlasse di un suo disagio emotivo-psicologico) e ha poi ripreso nel punto in cui la paziente aveva potuto esprimersi liberamente;
- un MMG ha erroneamente dimenticato di azionare la registrazione (C06) all'inizio della visita e quindi ne ha registrato solamente un minuto e venti secondi alla fine del consulto.

Nessuno di questi casi è stato escluso dall'analisi, sebbene siano stati rimossi dai conteggi relativi alla durata media dei colloqui. Viceversa, altri due colloqui (le conversazioni F06 e G08) non sono stati ammessi alla fase di trascrizione e analisi poiché i pazienti hanno usato dialetti incomprensibili per l'operatrice. Infine, altri due colloqui (C01 e C05) sono stati trascritti ma non analizzati né riportati, poiché il primo paziente era di origini straniere e il secondo presentava una parlata biascicata e confusa a causa del suo stato di salute mentale.

4.3 Elaborazione dei dati

Una volta raccolti i dati, sia quelli audio tramite registrazione, sia quelli riferiti dai pazienti attraverso la compilazione del questionario, si sono trascritti i materiali.

4.3.1 - Elaborazione dei questionari

Per quanto riguarda la trascrizione dei questionari, si sono codificate le risposte in modo da trasformare ogni voce in un criterio quantificabile. Dati binari (come M e F per il genere) oppure già espressi in numero (età, anni di assistenza dallo stesso MMG) sono stati riportati come tali, mentre è stato necessario trasformare risposte a parole ed estese in numeriche. I dati sono stati quindi riportati in un foglio Excel, utilizzando la piattaforma Fogli su Google Drive.

4.3.2 - Elaborazione delle registrazioni audio

Relativamente poi alla parte delle registrazioni audio, si sono tentate diverse strade tramite *software* di trascrizione, sia gratuiti che a pagamento. Tuttavia, il limite di questi strumenti è che sono pensati per la trascrizione monologica, impostando i parametri di riconoscimento vocale su un timbro in ascolto; il materiale audio di questo studio invece prevede interazioni dialogiche con un minimo di due interlocutori, ma in diversi casi anche tre o più, quindi i software non sono stati in grado di proseguire la trascrizione al cambio di voce. Inoltre, una buona parte dei colloqui raccolti contengono alcune parole o intere frasi in Friulano (o altre espressioni dialettali e vari tipi di regionalismi) che quindi non possono essere colti dai *software* che contengono solo il codice linguistico dell'Italiano. Per questi motivi è stata necessaria una trascrizione manuale delle registrazioni raccolte secondo il sistema di trascrizione di Jefferson (cfr. par. 1.2) le cui parti in Friulano hanno inoltre richiesto una revisione completa e approfondita da parte di

una persona esperta di lingua friulana, docente abilitata all'insegnamento del Friulano e collaboratrice dell'ARLeF, la quale ha saputo comprendere meglio alcuni passi oscuri alla prima trascrizione, nonché naturalmente rendere in grafia ufficiale l'intero testo, con particolare attenzione per alcune varianti locali meno standardizzate.

4.3.3 - *Analisi del corpus*

Una volta completata la creazione del corpus, ha avuto inizio la fase di analisi dei colloqui raccolti. Sono stati quantificati e riportati in Fogli i vari criteri di lunghezza, non solo intesi come la durata in minuti, ma anche ad esempio il numero esatto di parole che ogni interlocutore ha pronunciato, con quindi il dato percentuale di eloquio di medico e paziente/i rispetto al totale dell'intera visita. Relativamente all'uso della lingua minoritaria, sono state anche contate le parole in Friulano (o altri regionalismi), e pure di questo è stato poi offerto il dato percentuale di dialetto.

Tuttavia, l'analisi di tipo più squisitamente sociolinguistico di questo studio è stata quella relativa ai registri, quindi il riconoscimento, l'evidenziazione, il conteggio e il calcolo dell'incidenza di parole o espressioni che si configurassero come uno spostamento della lingua standard sull'asse diafasico. Si sono considerati movimenti sia verso il basso (con i registri volgare, familiare, colloquiale e informale, ridotti ad alcuni *cluster*), sia verso l'alto (da un lato con un generico registro alto o aulico, dall'altro con un tipo di variazione a cavallo tra il registro e la lingua speciale: la microlingua della medicina come espressione del linguaggio tecnico-scientifico).

Relativamente ai registri identificati, che costituiscono il lavoro maggiormente interpretativo di questo studio, si sono operate diverse scelte date dalla lettura e rilettura dell'intero corpus e quindi dall'identificazione di alcuni parametri distintivi:

- 1) Il registro più basso include parole ed espressioni volgari (con l'accezione tecnica di linguaggio popolare e quindi vernacolare, ma anche secondo il termine comune di volgarità come maleducazione) e familiari (quindi tutto quell'insieme di modalità estremamente informali, figlie di un rapporto molto personale). Sono esempi di questo registro parolacce, bestemmie, esclamazioni particolarmente sgraziate, metafore o similitudini colorite, onomatopee, forme italianizzate di regionalismi, appellativi molto affettuosi o personali, ecc.
- 2) Il registro immediatamente sopra sull'asse diafasico contiene varie forme tra l'informalità e la colloquialità, che quindi si presentano non come volgari ma sempre come variazioni substandard. Sono esempi di ciò tutto l'apparato dei

suffissoidi (in particolare quelli diminutivi o vezzeggiativi), esclamazioni non ineleganti quanto quelle volgari ma comunque usate con disinvoltura, forme verbali imperativi o altro tipo di costrutto che esprime una certa mancanza di cortesia, appellativi informali e vezzeggiativi meno personali, scelte lessicali substandard di vario tipo, errori minori di concordanze grammaticali frutto di una sintassi che si modifica con l'eloquio.

- 3) Il primo registro mosso verso l'alto, quello tra il formale e l'aulico, ha riguardato in particolare delle scelte lessicali, dai sostantivi alle forme verbali, dagli avverbi agli aggettivi, che costituiscono l'alternativa più formale di un'opzione che avrebbe potuto ammettere termini più comuni e accessibili.
- 4) L'ultimo e più alto registro (benché – come già menzionato – è forse improprio riferirsi a questo fenomeno come ad un registro linguistico, potendo più propriamente parlare di variazione di sottocodice) è quello del lessico tecnico-scientifico, cioè la lingua speciale della medicina. Quest'ultima analisi è quella che ha richiesto, per quanto possa sembrare paradossale, la maggiore interpretazione: infatti, benché i termini medici siano facilmente riconoscibili, la difficoltà è stata quella di tracciare una linea tra quelli che sono termini comuni e quelli che sono termini tecnici, in quanto la definizione di “comune” dipende dall'esperienza individuale del parlante. Il flusso di ragionamento che ha guidato questa fase è stato che potrebbe sembrare che, ad esempio tra le patologie diagnosticabili, «diabete» sia un termine comune mentre «maculopatia» sia meno comune; ciò che dal corpus emerge, invece, è che il paziente che conosce la sua patologia maneggia con disinvoltura i termini tecnici associati ad essa, perciò il concetto di termine tecnico e termine comune ha avuto bisogno di un processo discriminativo molto rigoroso. Questa procedura ha visto due passaggi: (a) in primo luogo, si è verificata la presenza dei termini tecnici su 3 enciclopedie o dizionari medici online; l'esito positivo (termine presente in almeno 2 su 3 fonti) avrebbe attribuito al termine lo status di tecnico-scientifico; (b) nel caso di parole molto comuni (potrebbe sorprendere che non solo le sostanze, le diagnosi e le parti anatomiche più complesse compaiono su questi dizionari, ma anche «mano» e «schiena»), si è effettuata una seconda ricerca sul

NVdB¹³. La presenza quindi dei termini che compaiono nei dizionari medici ma sono anche considerate lessico fondamentale ha fatto decadere lo status di termine tecnico-scientifico; la presenza invece dei termini tecnici sul NVdB ma non nel lessico fondamentale bensì tra le liste ad alto uso e ad alta disponibilità ha fatto mantenere il termine tra quelli medici.

Una volta messe in evidenza le ricorrenze delle parole o espressioni per i vari registri identificati, è stato effettuato un conteggio delle occorrenze, e il conseguente calcolo della loro incidenza sul totale delle parole dei singoli interlocutori, per fornire già a colpo d'occhio un dato di formalità o informalità della comunicazione tra ogni medico e il suo interlocutore (o interlocutori, nel caso di visite con più pazienti).

L'ultima fase è quella dell'analisi statistica, che è stata condotta con l'ausilio del linguaggio di programmazione R, strumento di *coding* per l'analisi statistica dei dati, e del software RStudio¹⁴, sul quale sono state installate le seguenti librerie: readxl¹⁵, psych¹⁶, FactoMineR¹⁷ e party¹⁸.

¹³ Nuovo Vocabolario di Base della lingua italiana di De Mauro. Questo vocabolario riporta con tre formattazioni diverse le circa 2000 parole del lessico fondamentale (parole ad altissima frequenza utilizzate nell'86% dei discorsi e dei testi), il lessico ad alto uso (3000 parole di uso frequente che coprono il 6% delle occorrenze) e quello ad alta disponibilità (circa 2000 parole tipiche solo di alcuni contesti ma comprensibili da tutti i parlanti).

¹⁴ RStudio Team (2020). RStudio: Integrated Development for R. RStudio, PBC, Boston, MA URL <http://www.rstudio.com/>. Versione: R version 4.1.3 (2022-03-10).

¹⁵ Hadley Wickham and Jennifer Bryan (2022). readxl: Read Excel Files. R package version 1.4.0. <https://CRAN.R-project.org/package=readxl>

¹⁶ Revelle, W. (2022) psych: Procedures for Personality and Psychological Research, Northwestern University, Evanston, Illinois, USA, <https://CRAN.R-project.org/package=psych> Version = 2.2.3.

¹⁷ Sebastien Le, Julie Josse, Francois Husson (2008). FactoMineR: An R Package for Multivariate Analysis. Journal of Statistical Software, 25(1), 1-18. 10.18637/jss.v025.i01

¹⁸ Torsten Hothorn, Kurt Hornik and Achim Zeileis (2006). Unbiased Recursive Partitioning: A Conditional Inference Framework. Journal of Computational and Graphical Statistics, 15(3), 651--674.

Capitolo 5: Presentazione dei dati

In questo capitolo si forniranno delle rappresentazioni quantitative dei dati raccolti relativamente alle variabili sociolinguistiche sia di tipo anagrafico che rispetto alle abitudini linguistiche, nonché ai comportamenti quantificati attraverso l'analisi del corpus. Si distingueranno quindi le tre aree tipologiche di materiale raccolto.

5.1 Dati anagrafici

Questa prima sezione restituisce numericamente e graficamente la composizione dei partecipanti alla ricerca, sia medici che pazienti (ove questo sia possibile e/o rilevante, e ciò verrà eventualmente specificato caso per caso), a partire dalle informazioni fornite dagli stessi attraverso la compilazione del questionario. Nel caso dei medici, le informazioni sono state raccolte in forma di colloquio orale con la ricercatrice che quindi ne trascrive le risposte.

5.1.1 - Genere

Come mostrato in Grafico 1 e Grafico 2, su 9 medici, 4 sono uomini e 5 donne, e su 79 pazienti la suddivisione è in 36 uomini e 43 donne.

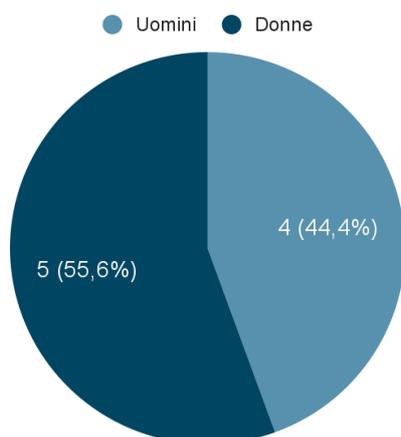


Grafico 1. Genere dei medici.

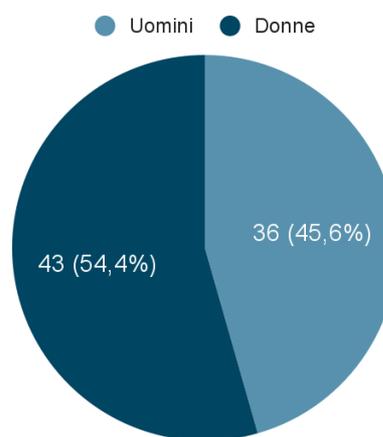


Grafico 2. Genere dei pazienti.

Questa considerazione sui partecipanti in senso assoluto non restituisce del tutto i casi più particolari: infatti, se è vero che complessivamente la suddivisione uomini-donne è prossima all'essere equa, è anche vero che facendo uno *zoom* sui valori dei singoli MMG emerge che vi sono medici che nella loro sessione hanno visitato (quasi) solo un genere e

non l'altro, e viceversa. Andiamo quindi a proporre nel Grafico 3 un focus della suddivisione dei generi per i 9 MMG (lettere da A ad I).

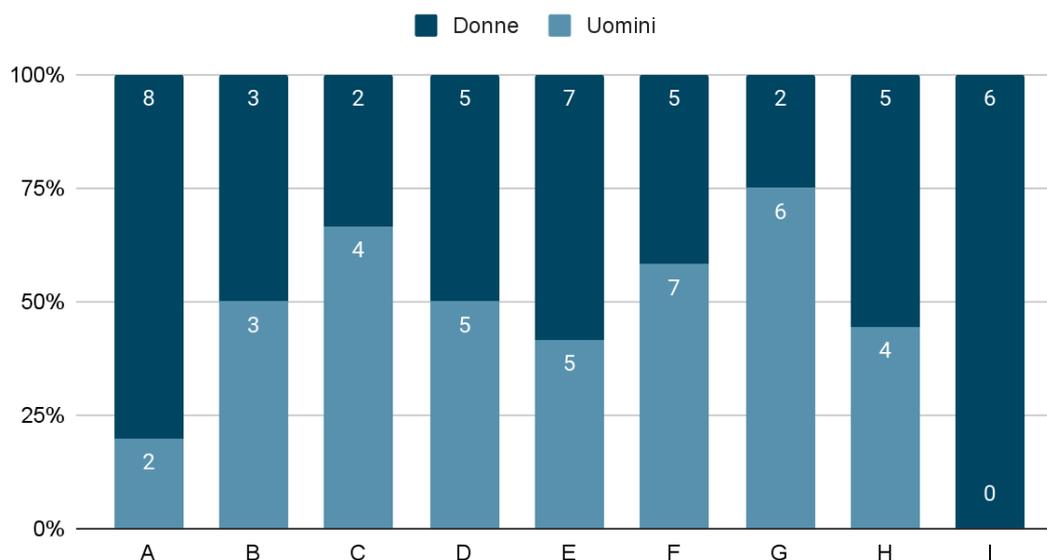


Grafico 3. Percentuale del genere dei pazienti visitati per ognuno dei nove MMG.

Naturalmente, questo dato non è rilevante ai fini della ricerca: il fatto che un medico in una data giornata visiti più o meno uomini o donne è un fenomeno casuale.

5.1.2 - Età

I MMG coinvolti sono, com'è naturale, tutti in età lavorativa. Posto il percorso di formazione necessario per giungere ad abilitazione e convenzione col SSN, questo inizio è più tardivo rispetto ad altre professioni; in questo caso infatti, ciò si pone attorno al compimento del trentesimo anno d'età. L'età media degli MMG coinvolti è di 47 anni (SD 10), con un range che va da un minimo di 36 a un massimo di 65 anni. Il dettaglio delle età dei medici partecipanti è come mostrato dal Grafico 4.

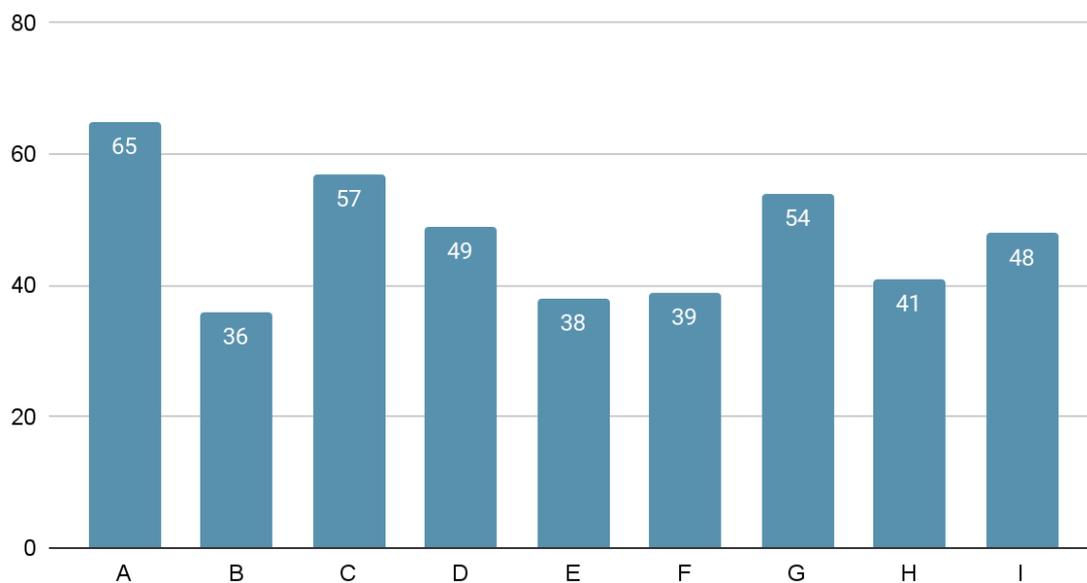


Grafico 4. Età dei nove MMG coinvolti nello studio.

Per quanto concerne invece l'età dei pazienti, va premesso che l'età è una delle informazioni raccolte tramite la compilazione del questionario, il che è stato un fatto facoltativo e a cui alcune persone non hanno acconsentito (12 pazienti). Considerato ciò, l'età media dei partecipanti è di 64 anni. Anche in questo caso, per vedere più da vicino la composizione dell'utenza dei singoli medici, si fornirà tramite il Grafico 5 un dettaglio dell'età media per i MMG individualmente.

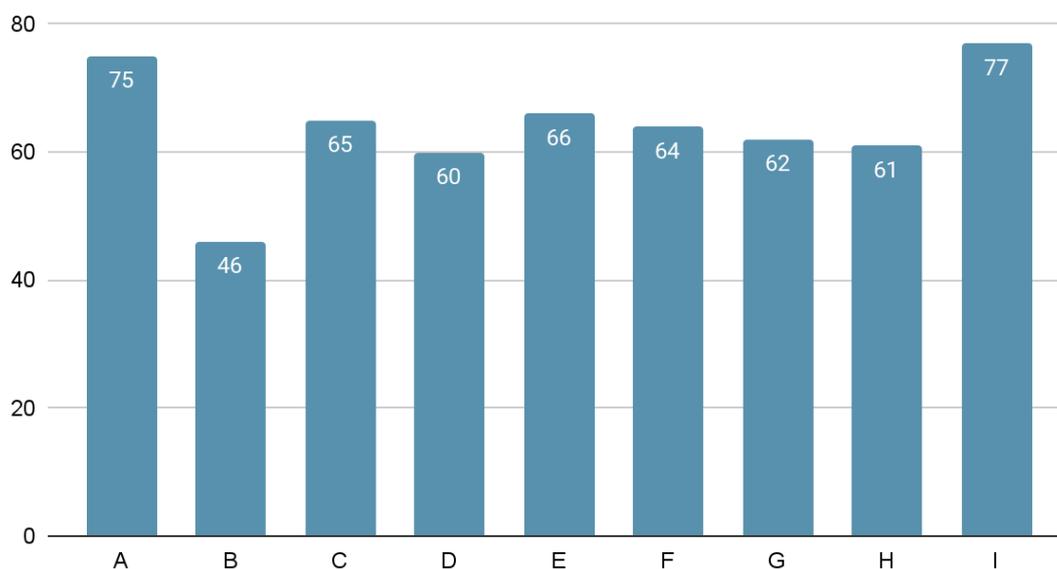


Grafico 5. Età media dei pazienti intervistati per ognuno dei nove MMG.

Relativamente al dato dell'età media, i dati forniti sono soggetti a delle deviazioni standard (SD) importanti fatto salvo il medico A, il quale ha pazienti di età media 75 con una SD di 4 (infatti il suo range va da un'età minima di 71 a un'età massima di 80). La SD per gli altri medici invece è sempre di almeno 10 anni, se non anche 20 in alcuni casi: questo è facilmente riconducibile al ridotto numero di campioni. Ecco perché il dato riguardo l'età potrebbe essere più utile fuori dalla considerazione della media e contestualizzato invece nell'analisi individuale dei dati ricavati dal corpus.

5.1.3 - *Scolarizzazione*

Relativamente al titolo di studio, riferito solo ai pazienti poiché è implicito che quello dei medici sia universitario, si rimuovono dal conteggio i pazienti che non hanno acconsentito a compilare il questionario (12). Tutti i pazienti hanno identificato nel loro livello di istruzione uno dei quattro forniti dalla risposta a scelta multipla: primaria, medie, superiori e università (o corsi post-laurea); nessuno ha risposto «Altro». Il grado di scolarizzazione dei partecipanti risulta quindi distribuito come presenta il Grafico 6; di seguito, al Grafico 7, la distribuzione della scolarizzazione dei pazienti intervistati per ognuno dei MMG coinvolti.

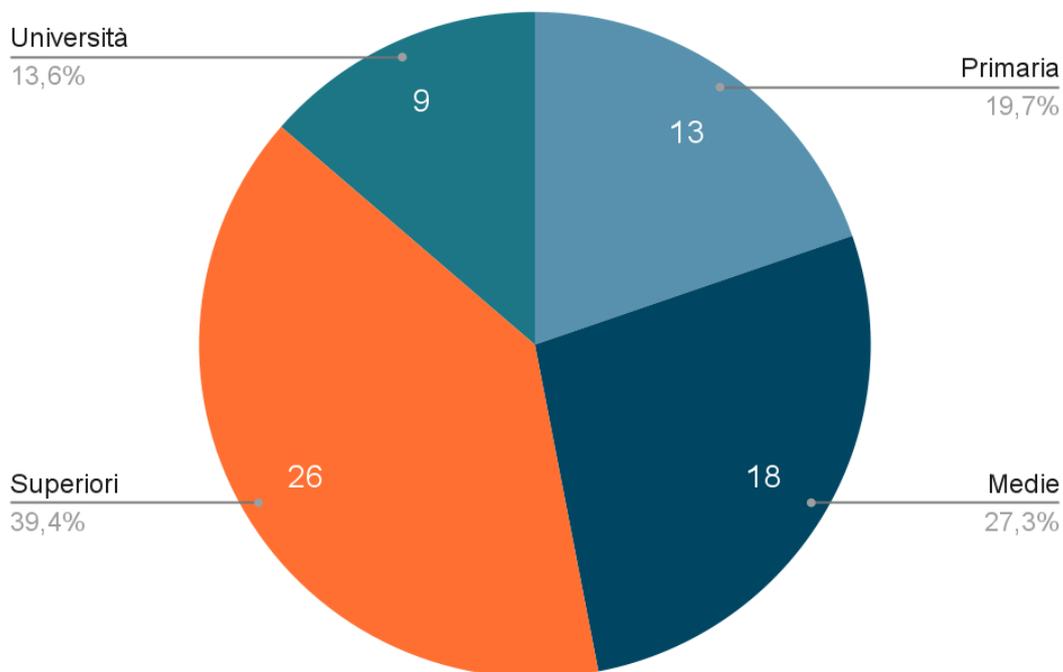


Grafico 6. Distribuzione del livello di istruzione dei pazienti.

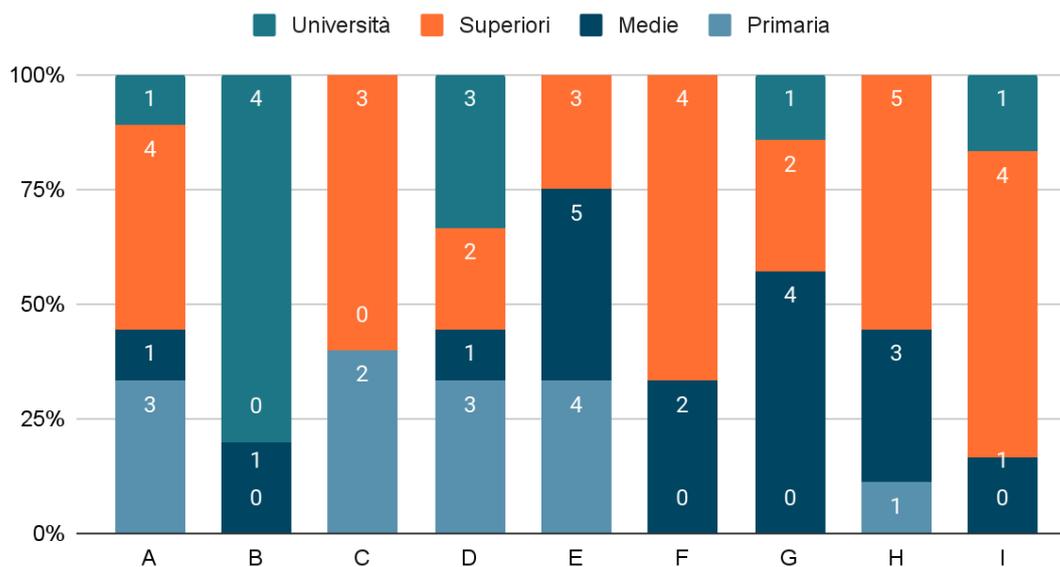


Grafico 7. Titolo di studio dei pazienti per ognuno dei MMG.

Considerata l'età media dei partecipanti, non sorprende trovare come titolo raggiunto in maniera minore quello della formazione universitaria, così come non sorprende particolarmente nemmeno il fatto che la somma delle istruzioni inferiori (primaria e secondaria inferiore) sia maggiore dell'istruzione superiore. In particolare, dal confronto dei dati di età e titolo di studio emerge che con il diminuire dell'età aumentino gli anni di scolarizzazione, come dimostra il Grafico 8, il che è in linea con quanto restituiscono i Dati Istat (2020) relativamente al titolo di studio per fascia d'età.

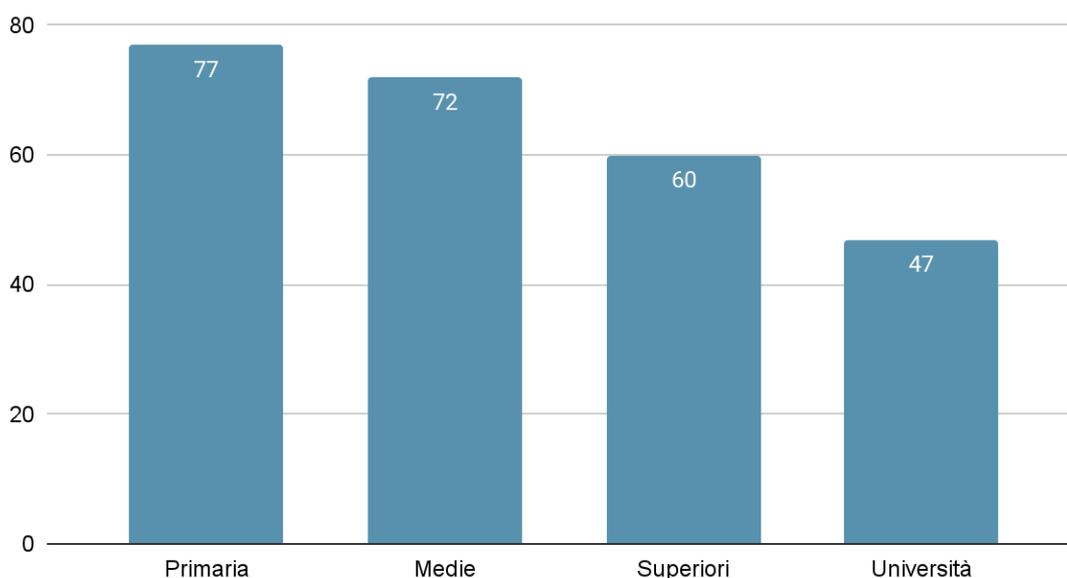


Grafico 8. Età media dei partecipanti per titolo di studio.

5.1.4 - Anni di cura dallo stesso MMG

Un'informazione di tipo diverso rispetto a quelle anagrafiche appena restituite è quella che risponde alla domanda «Da quanti anni è assistito da questo medico curante? (se meno di 1 anno, si risponda 0)». Questo è un dato che si è ritenuto possa quantificare almeno in parte il grado di profondità della relazione a partire dalla sua longevità. Naturalmente questa informazione mostrerà delle differenze decisamente marcate, poiché alcuni pazienti sono iscritti con il loro MMG da solo un anno o meno, ma questo è a causa del fatto che quel medico ha iniziato a lavorare (e quindi ha aperto le liste) da poco più dello stesso tempo; per questo motivo il dato degli anni d'assistenza verrà confrontato con gli anni da quando il medico ha aperto la convenzione, poiché è implicito che un MMG giovane all'inizio della sua carriera non può avere assistiti da più tempo della stessa assegnazione del ruolo (Grafico 9).

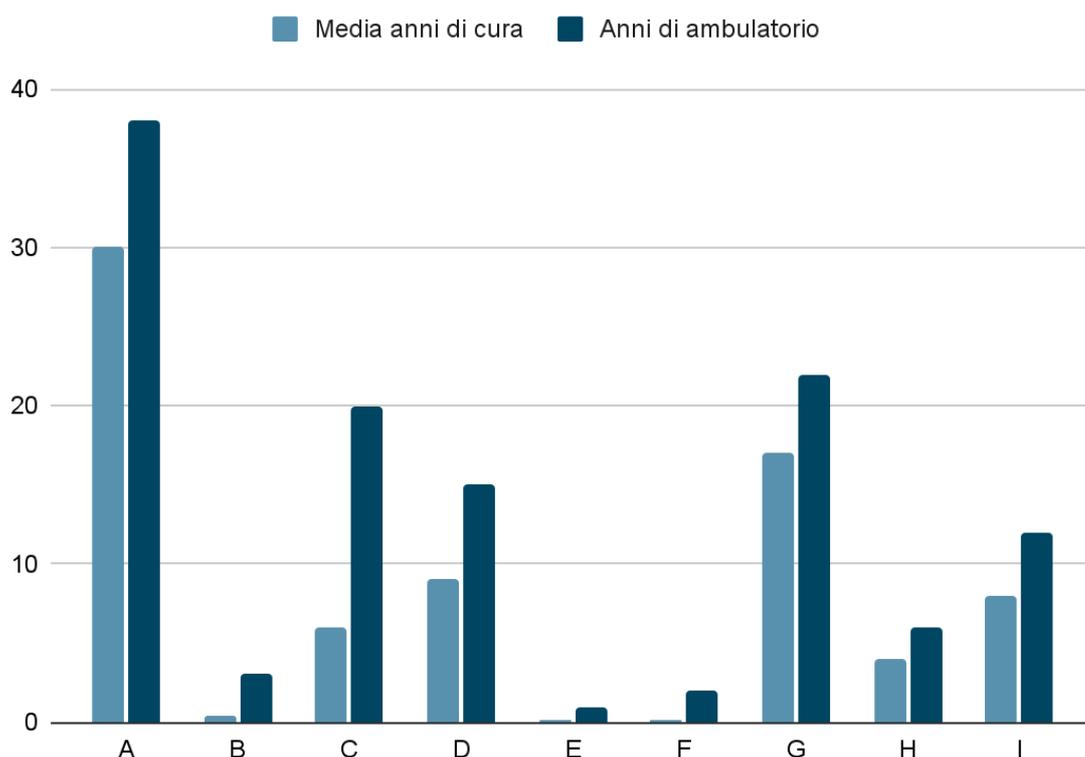


Grafico 9. Media anni in cura dallo stesso MMG vs. anni di apertura dell'ambulatorio.

Emerge quindi che i medici con più anzianità hanno sviluppato relazioni più durature coi loro pazienti, con un rapporto che rimane piuttosto stabile tra la media di anni di cura e gli anni di vita dell'ambulatorio: esclusi B, E ed F che hanno dati prossimi allo 0, gli altri hanno un rapporto tra i due valori del 60-70%; l'unico a discostarsi in modo

particolare da questo dato è il medico C, che vede un rapporto del 30%. Relativamente a quest'ultimo caso, tuttavia, va sempre considerato che può essere del tutto casuale il fatto che in quella giornata si fossero recati da lui pazienti di relativo recente inserimento in lista, come anche il fatto che un paziente non fosse un suo assistito (che quindi ha dichiarato 0 anni di cura continuativa), quindi questa deviazione rispetto ad altri colleghi con simili anzianità può essere fortuita.

5.2 Abitudini linguistiche: i questionari

Come già illustrato al par. 4.1, nella parte del questionario sulle abitudini linguistiche, è stato posto ai pazienti un primo quesito che intendeva indagare il grado di dilalia Italiano-Friulano degli individui nei diversi contesti (famiglia, scuola/lavoro, amici) e nelle tre diverse fasce d'età: da bambino/a (0-10 anni), da ragazzo/a (11-18 anni) e da adulto (oggi). Tutte e tre le domande a risposta multipla prevedevano la stessa batteria di possibili risposte graduate: Quasi solo italiano; Soprattutto italiano ma a volte friulano; Italiano e friulano più o meno alla pari; Soprattutto friulano ma a volte italiano; Quasi solo friulano. È naturale, ma doveroso da sottolineare, che il saper parlare Friulano da parte del medico abbia influenzato la risposta del paziente rispetto a quella parte della domanda. Il terzo interrogativo, quello sul bilinguismo in età adulta, aggiungeva in coda la richiesta di selezionare la lingua parlata in situazioni comunicative con alcune figure professionali: commessi o impiegati, artigiani, medici specialisti, il proprio medico di famiglia, professionisti iscritti ad un albo. In relazione alle stesse figure si è chiesto di indicare il pronome allocutivo utilizzato: *tu, lei, voi*.

5.2.1 - Bilinguismo Italiano-Friulano nelle varie età

Bilinguismo in passato.

Le risposte alle prime due domande sono riportate alle Tabelle A e B in Appendice 6. Come emerge da questi dati, i due estremi hanno raccolto la maggior parte delle preferenze, le scelte "Soprattutto..." sono state selezionate molto poco, mentre l'opzione a metà tra i due estremi è stata fornita appena più spesso, ma solitamente commentando anche che la ragione della risposta mediana fosse «Dipende, se l'altro parla Friulano allora parlo Friulano, se no Italiano» facendone quindi un principio di disponibilità perché altrimenti la scelta individuale andrebbe all'alternativa più netta.

I Grafici 10 e 11 mostrano la distribuzione delle risposte nei tre ambiti, rispettivamente per l'età 0-10 anni e 11-18 anni, accorpare le prime due risposte che prediligono l'Italiano, e le ultime tre che rappresentano la scelta del Friulano.

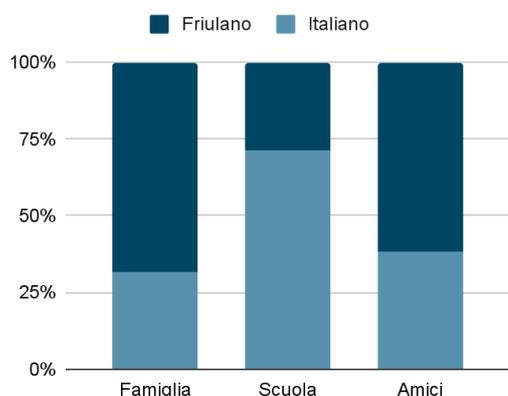


Grafico 10. Percentuale di bilinguismo Italiano-Friulano nei pazienti intervistati rispetto all'età 0-10 anni.

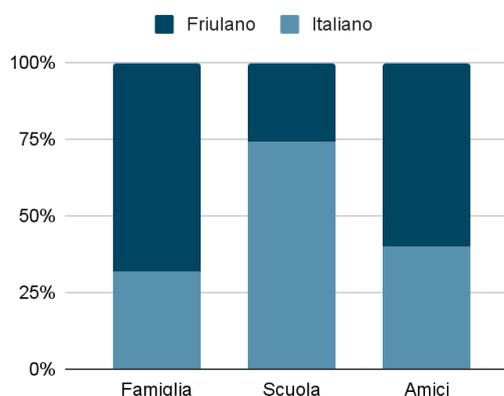


Grafico 11. Percentuale di bilinguismo Italiano-Friulano nei pazienti intervistati rispetto all'età 11-18 anni.

Questi due grafici a confronto mostrano come la distinzione 0-10 anni e 11-18 anni sia trascurabile, con un lieve aumento dell'italiano a scuola nell'età degli studi secondari, ma senza modifiche significative negli altri contesti.

Bilinguismo attuale.

La prima parte della terza domanda relativa all'età adulta mantiene la struttura delle età precedenti, cambiando di poco le situazioni: la scuola viene sostituita dal lavoro, quindi dal rapporto coi colleghi, mentre si mantengono le voci relative alla famiglia e agli amici. Anche in questo caso, come in tutti gli altri, si continua a percepire la netta preferenza dei parlanti per le opzioni più estreme, cioè quelle dell'uso quasi esclusivo dell'una o dell'altra lingua, oppure quella mediana con la medesima motivazione fornita negli altri casi (facendone quindi una questione di disponibilità di bilinguismo dell'interlocutore); rimangono opzioni scelte raramente quelle meno nette sia rispetto all'Italiano che al Friulano (le risposte con la struttura «Soprattutto... ma...»). I conteggi di questa sezione vengono forniti alla Tabella C dell'Appendice 6.

Anche in questo caso, accorpendo le due risposte che rappresentano l'opzione dell'Italiano da un lato e le tre dove si predilige il Friulano dall'altro, i risultati mostrano una ripartizione come da Grafico 12.

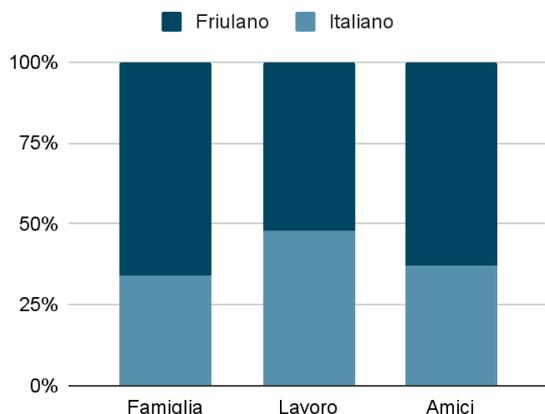


Grafico 12. Percentuali di bilinguismo Italiano-Friulano nei pazienti intervistati rispetto all'età adulta.

Per apprezzare l'evoluzione delle tre fasce d'età, in particolare di quest'ultima rispetto alle precedenti, si propone al Grafico 13 una visione comparativa dei risultati.

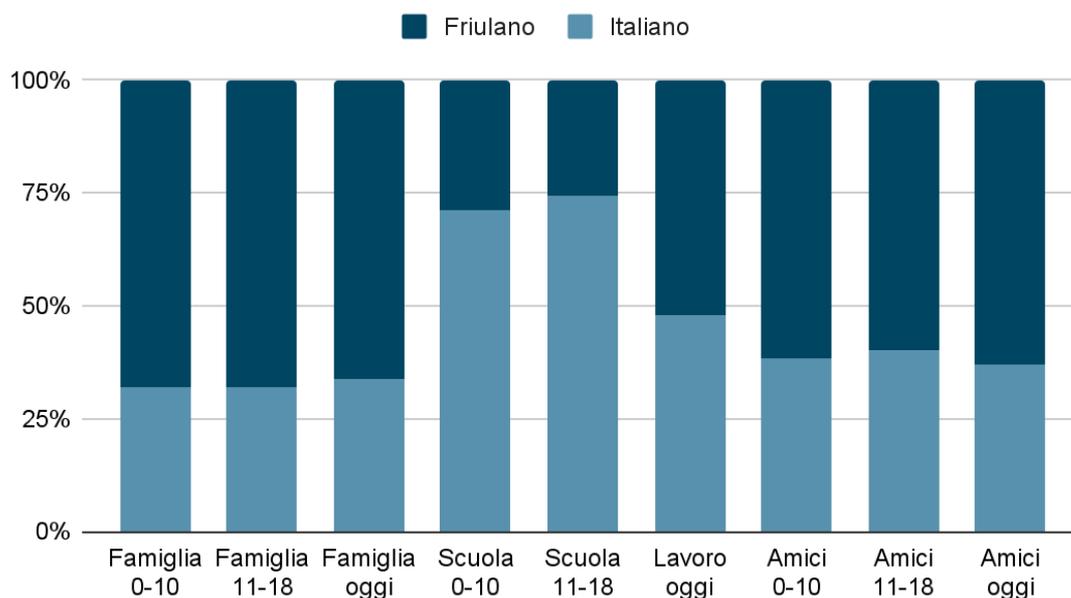


Grafico 13. Confronto fra le percentuali di bilinguismo Italiano-Friulano nei differenti contesti: famiglia; scuola/lavoro; amici.

Ciò che emerge da questo confronto è che le abitudini linguistiche relativamente all'alternanza Italiano-Friulano adottate in famiglia e con gli amici non subiscono sostanziali variazioni nel corso del tempo, mentre è la sfera pubblica quella che cambia:

nell'ambito scolastico di infanzia e adolescenza, l'Italiano è in netto vantaggio sul Friulano; tuttavia, quando questo in età adulta si trasforma nel mondo del lavoro, il Friulano e l'Italiano vengono utilizzati in modo eguale, portando il contesto lavorativo ad una sorta di via di mezzo fra quello amicale e quello scolastico.

Si è ricercata conferma di questa ipotesi attraverso un'indagine statistica condotta col linguaggio di programmazione R. In particolare, si è optato per l'Analisi delle Componenti Principali (*Principal Components Analysis*, d'ora in avanti abbreviata in PCA) per semplificare la struttura dei dati e classificare le variabili (Levshina 2015). L'analisi ha consentito di ricercare comportamenti analoghi dei dati e restituisce che la percezione di una somiglianza fra le fasce d'età e fra i contesti amicale e familiare (rappresentata dal Grafico 13) è effettivamente corretta, come dimostrano il Grafico 14 e la Tabella 7.

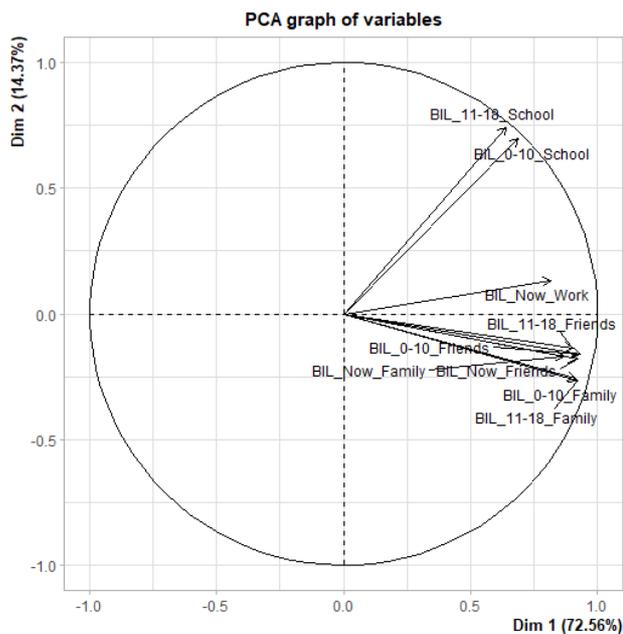


Grafico 14. PCA sul bilinguismo Italiano-Friulano nelle diverse età (0-10, 11-18, oggi) e nei diversi contesti (famiglia, scuola/lavoro, amici).

Il Grafico 14 mostra chiaramente come tutte le età nelle situazioni familiari e amicali seguano un comportamento analogo, mentre le due situazioni scolastiche ne seguano un altro. Vi è poi il contesto lavorativo, che nell'idea iniziale del questionario avrebbe seguito una modalità simile a quella scolastica, appartenendo ad un ambito del dovere; tuttavia, dall'analisi si dimostra avvicinarsi maggiormente a quello di amicizie e famiglia, piuttosto che a quello dell'istruzione formale.

	Factor 1	Factor 2
Bilinguismo in età 0-10 in famiglia	0,953	0,201
Bilinguismo in età 0-10 a scuola	0,299	0,925
Bilinguismo in età 0-10 con gli amici	0,873	0,302
Bilinguismo in età 10-18 in famiglia	0,961	0,191
Bilinguismo in età 10-18 a scuola	0,233	0,942
Bilinguismo in età 10-18 con gli amici	0,815	0,305
Bilinguismo in età adulta in famiglia	0,812	0,270
Bilinguismo in età adulta a lavoro	0,626	0,448
Bilinguismo in età adulta con gli amici	0,843	0,274
Sum of Squared loadings	5.165	2.352
Proportion Variance	0.574	0.261
Cumulative Variance	0.574	0.835

Tabella 7. Loadings della PCA sul bilinguismo nelle diverse età e nei diversi contesti.

La Tabella 7 non fa altro che restituire ulteriormente il comportamento dei dati: Famiglia (0-10, 11-18 e oggi) e Amici (0-10, 11-18 e oggi) sono spiegati dal Fattore 1; Scuola (0-10 e 11-18) è spiegato dal Fattore 2; Lavoro (solo oggi) è l'unico a non avvicinarsi nettamente né a Fattore 1 né a Fattore 2, ma si pone quasi a metà fra i due, sebbene leggermente spostato verso il Fattore 1 che è proprio quello di amici e famiglia.

Riassumendo l'indagine sul bilinguismo in Friuli-Venezia Giulia, l'utilizzo del Friulano nelle abitudini dei partecipanti coinvolti è piuttosto diffuso nei contesti informali, mentre in quelli di maggior formalità viene riscoperto solo in età adulta e addirittura viene – seppur di poco – preferito all'Italiano nei rapporti coi colleghi.

5.2.3 - Bilinguismo e allocuzione nei confronti di mestieri e professioni

Bilinguismo.

Uscendo quindi dagli ambiti più intimi delle relazioni umane, la seconda parte della domanda sul bilinguismo in età adulta è stata posta in relazione a rapporti meno continuativi e più saltuari, con alcune figure professionali con cui il parlante può esprimersi in Friulano o Italiano. Si riportano le risposte alla Tabella D, Appendice 6. Relativamente a questo primo aspetto sociolinguistico, un fatto che emerge in maniera evidente già dal colpo d'occhio che offrono questi numeri è che la scelta dell'uso quasi esclusivo dell'Italiano viene riservata praticamente alla pari a medici specialisti e professionisti, mentre che l'uso quasi esclusivo del Friulano, per quanto riferito in misura nettamente inferiore, spicca comunque a pari merito tra gli artigiani e i MMG. Questo elemento già consente di delineare la figura del MMG come quella di un professionista che viene percepito, dai parlanti friulani, come un interlocutore col quale è possibile parlare la «lingua del cuore» (cfr. par. 2.2.1), cosa che non viene concessa quasi mai ai colleghi con medesima formazione e magari anche stessa anzianità, ma che lavorano in strutture pubbliche o private, e neanche ad altri interlocutori saltuari come impiegati e professionisti di vari Ordini.

Se si vanno ad accorpare, come fatto in precedenza, le prime due risposte dal lato dell'Italiano e le ultime tre da quello del Friulano, quanto evidenziato si vede in modo ancor più chiaro, come rappresenta di seguito il Grafico 15.

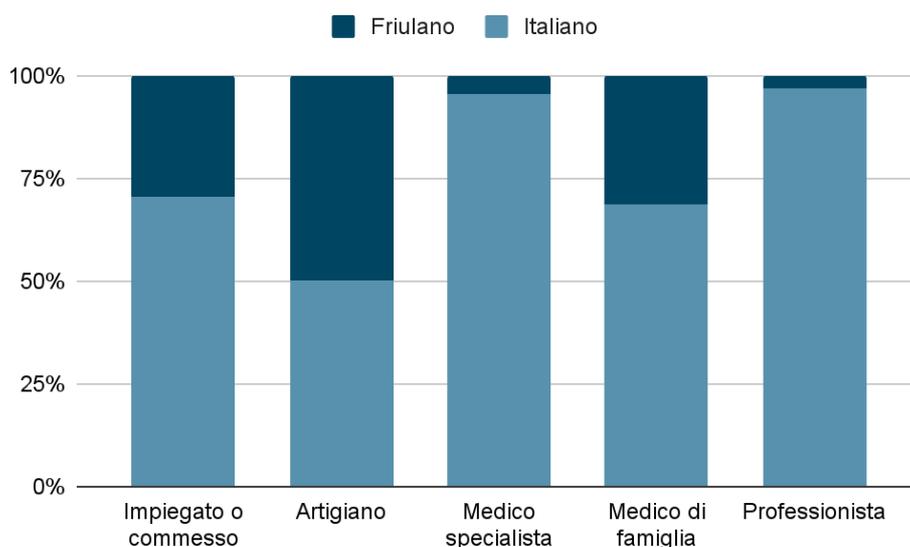


Grafico 15. Percentuali della scelta di Italiano-Friulano nei confronti di mestieri e professioni.

In questa rappresentazione, la somiglianza della colonna del medico specialista e quella del professionista rimane ben definita, mentre quella tra MMG e artigiano si modifica leggermente, portando il caso del medico di famiglia a somigliare più alla condizione dell'impiegato/comMESSO.

Allocuzione.

L'ultima domanda posta è quella relativa al pronome allocutivo utilizzato per rivolgersi alle stesse figure professionali proposte alla domanda precedente sul bilinguismo, a scelta tra *voi*, *lei*, o *tu*. Come già anticipato, la risposta «Dando del *VOI*» non è stata selezionata da nessuno dei partecipanti, perciò si manterrà l'analisi sulla sola coppia *lei-tu*. Alla Tabella E dell'Appendice sei le risposte dei partecipanti. Neanche in questi casi i pazienti esprimono una scelta maggioritaria ad utilizzare l'allocutivo più informale; tuttavia, le due categorie professionali dove vi è una preferenza più marcata del pronome *tu* – tra le altre risposte che diversamente sono rasi a zero – sono proprio l'artigiano e il MMG, di nuovo in misura eguale (come mostra il Grafico 16).

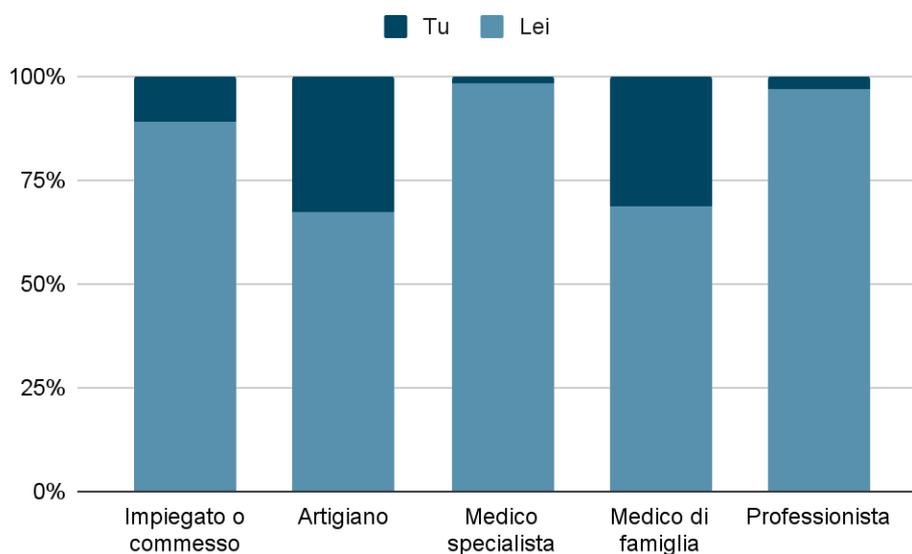


Grafico 16. Allocuzione Tu/Lei nei confronti di diversi mestieri e professioni.

Bilinguismo e allocuzione a confronto.

Sommando queste due informazioni, quella dell'allocuzione informale e quella dell'uso della «lingua del cuore», delineiamo chiaramente la profonda differenza che vi è – agli occhi del paziente – nella familiarità che si può avere con due medici se uno è uno specialista e l'altro è il proprio MMG. Non solo: appuriamo anche che questa stessa

familiarità aumentata con il MMG è paragonabile non a quella che si avrebbe ad esempio con un impiegato o un commesso, ma a quella che si ha con un artigiano. Questo potrebbe indicare un percepito del rapporto tra paziente e MMG come di una relazione più intima rispetto a quella con medici strutturati o professionisti d'Albi. Il Grafico 17 presenta la coppia bilinguismo e allocuzione con le varie professioni.

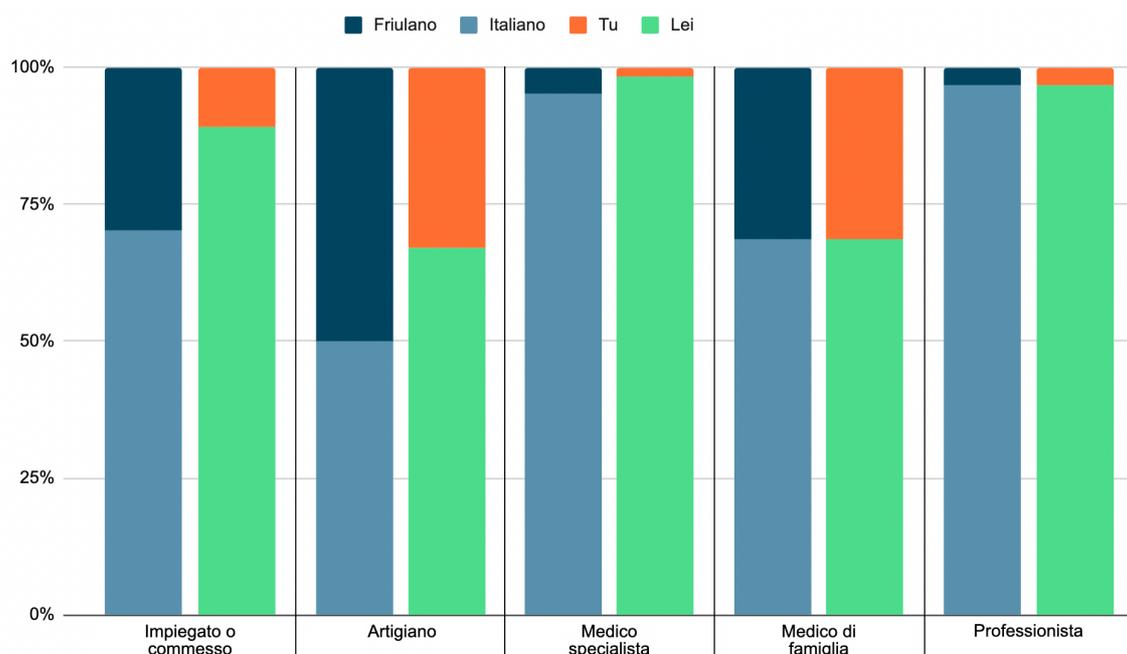


Grafico 17. Bilinguismo e allocuzione nei confronti di mestieri e professioni.

5.3 Comportamenti linguistici: i colloqui

Dall'analisi conversazionale del corpus raccolto, trascritto secondo gli elementi della notazione di Jefferson (2004; cfr. par. 1.2), emergono i veri e propri comportamenti linguistici che gli interlocutori mettono in atto durante la visita medica. In questo paragrafo andremo quindi a riferire i dati raccolti in merito a vari aspetti dei colloqui, mettendoli – se rilevante – a confronto con le informazioni riferite nei questionari rispetto al medesimo comportamento, e in relazione anche alla letteratura.

5.3.1 - Durata dei colloqui

Un dato analizzato in diversi studi già menzionati nella *literature review* (Deveugele et al. 2002; Wilson 1991; Lussier & Richard 2006) è quello della durata della consultazione medica. Relativamente al presente studio, tuttavia, è opportuno fare una

premessa riguardo il campione di questa ricerca: poiché i colloqui raccolti tramite registrazione hanno spesso coinvolto più pazienti in visita dallo stesso medico (è il caso di mariti e mogli, madri e figlie, suoceri e nuore, ecc), le durate delle visite – cosiddette – multiple saranno naturalmente influenzate dal numero dei parlanti. Per questo motivo, è importante anche analizzare la differenza in termini di durata media del colloquio quando i pazienti visitati sono più di uno (Tabella 8).

Durata media visite	Dev. St. durata visite	Durata media visite singole	Dev. St. durata visite singole	Durata media visite multiple	Dev. St. durata visite multiple
17'30"	09'17"	16'06"	08'07"	23'33"	11'03"

Tabella 8. Durata media delle consultazioni (tutte, singole e multiple) con rispettive deviazioni standard.

Emerge, com'è prevedibile, che se durante un colloquio il medico è tenuto di fatto a visitare due pazienti, la durata complessiva della visita aumenterà. In merito alle informazioni fornite dai MMG, molti hanno dichiarato che, sapendo che i pazienti sarebbero venuti in coppia, è buona norma prenotare l'appuntamento doppio, cioè direttamente due *slot* consecutivi; in altri casi invece, ciò accade “a sorpresa” e quindi per i medici e il loro personale di segreteria non è possibile prevedere questo ritardo e quindi adattare l'agenda della giornata. Alcune volte, dei pazienti erano presenti alla visita in veste di soli accompagnatori e infatti non hanno interagito minimamente con il MMG (abbiamo contributi inferiori al 5% delle parole totali) e quindi la durata della visita è determinata solo dal paziente per il quale la consultazione si è effettivamente tenuta. Altre volte invece il paziente presentatosi solo come accompagnatore ha poi “rubato un minuto” per porre un quesito riguardo la sua salute e quindi la durata aumenta. Ad ogni modo, il tempo della visita è estremamente variabile: vi sono consultazioni che (in particolare dall'analisi qualitativa questo emerge chiaramente) erano state fissate per un *follow-up* molto rapido ed efficace, come portare in visione esami o richiedere ricette per le medicine; altre visite invece sono più lunghe in quanto affrontavano una problematica nuova, come anche la letteratura menzionata riferisce.

Andando nel dettaglio dei singoli medici, la stessa distinzione per visite totali, singole e multiple può essere apprezzata di seguito in Tabella 9.

MMG	Durata media visite	Dev. St. durata visite	Durata media visite singole	Dev. St. durata visite singole	Durata media visite multiple	Dev. St. durata visite multiple
A	14'14"	07'27"	09'24"	02'20"	20'40"	07'01"
B	18'24"	04'25"	NA	NA	NA	NA
C	16'43" ¹⁹	08'46"	NA	NA	NA	NA
D	16'45"	07'00"	17'29"	08'25"	14'56"	00'40"
E	25'29"	11'09"	21'11"	09'28"	34'06"	10'20"
F	23'30"	09'28"	NA	NA	NA	NA
G	08'33"	07'14"	NA	NA	NA	NA
H	10'19"	03'38"	10'36"	03'50"	08'21" ²⁰	NA
I	23'23"	06'15"	NA	NA	NA	NA

Tabella 9. Durata media delle consultazioni dello studio (tutte, singole e multiple) per MMG.

Ciò che si può notare da queste cifre è che sembrerebbero esserci dei MMG di per sé più loquaci (i medici E, F ed I), ed altri maggiormente sintetici (è il caso di G e H). Rispetto alla differenza tra colloqui singoli e multipli, alcuni medici paiono più schematici nell'aumento proporzionale della durata in relazione al numero di pazienti presenti alla visita (è il caso dei MMG A, E ed F), mentre altri sembrano piuttosto mantenere una durata costante indipendentemente dal numero di interlocutori (così si presentano le durate di D e H). Nei casi di MMG che nella loro sessione di registrazione non hanno avuto colloqui multipli, si è applicata la dicitura *Not Applicable* (NA).

5.3.2 - Ripartizione dell'eloquio: il powerful speaker

Un elemento riguardo il quale non si sono trovati riferimenti approfonditi e focalizzati in letteratura e che invece in questo studio è possibile apprezzare è quello della

¹⁹ Durante l'ultimo colloquio, questo medico aveva scordato di far partire la registrazione che quindi riporta una durata di poco più di un minuto. Viene pertanto esclusa dalla media poiché falserebbe di molto il valore, dato che invece la durata approssimativamente riferita dalla ricercatrice in attesa fuori dallo studio, annotata sotto forma di appunto, è in linea con la durata media per questo medico.

²⁰ Un altro caso molto peculiare: l'unico colloquio multiplo del medico H ha durata inferiore alla media delle visite complessive e singole. Il dato così espresso in effetti è puramente incidentale.

ripartizione dell'eloquio tra i partecipanti. In particolare, nella presente ricerca si è optato per il conteggio delle parole: il motivo è stato che la conformazione stessa dell'interazione tra gli interlocutori è molto ricca di interruzioni e sovrapposizioni, quindi attribuire la presenza in termini di durata dell'eloquio a partecipante tramite il cronometro sarebbe stato piuttosto complesso e forse impreciso. Può darsi che il conteggio delle parole, essendo più lunghe o più corte, si discosti da quanto avrebbe detto il cronometro, ma si ritiene che questa differenza sia trascurabile e che la quantità dell'eloquio si rappresenti in modo molto oggettivo conteggiando le parole pronunciate. Contando quindi le parole del medico, quelle del paziente, sommandole e calcolando quindi la percentuale dei partecipanti sul totale, possiamo stabilire quale dei due interlocutori abbia parlato di più durante la visita; inoltre, contando anche il numero di battute di ogni partecipante, è possibile avere una media delle parole a battuta.

Come in merito alla durata, anche in questo caso è forse opportuno effettuare i dovuti distinguo tra colloqui singoli e multipli, poiché in fase di analisi alcune logiche hanno guidato determinate scelte. In particolare, i colloqui multipli hanno visto un medico interagire con due pazienti nella stessa sessione, dove però abbiamo già menzionato che alcuni hanno solo accompagnato il parente e altri invece hanno a loro volta impegnato parte della visita medica. Il primo caso, quindi, vede interventi minimi degli accompagnatori (essenzialmente ridotti a saluti, ringraziamenti e *small talk*), mentre quando a entrambi i pazienti è stata dedicata una parte della visita, entrambi hanno preso una sorta di turno all'interno della consultazione, cioè prima il medico si rivolgeva ad uno dei due per risolvere tutte le questioni che egli o ella portava, e poi si passava all'altro paziente. Appare ovvio quindi che avremo un medico che intratterrà circa la metà della conversazione totale, mentre la restante metà sarà suddivisa tra i due pazienti, ognuno avente il proprio turno di parola. Nel fornire le medie, i casi di visite multiple riporteranno la percentuale Pz come somma dei pazienti partecipanti. I dati si riportano alla Tabella F in Appendice 6. Di seguito, la rappresentazione grafica della ripartizione della conversazione tra medico e paziente (Grafico 18) e la media di parole a battuta per entrambi i ruoli (Grafico 19).

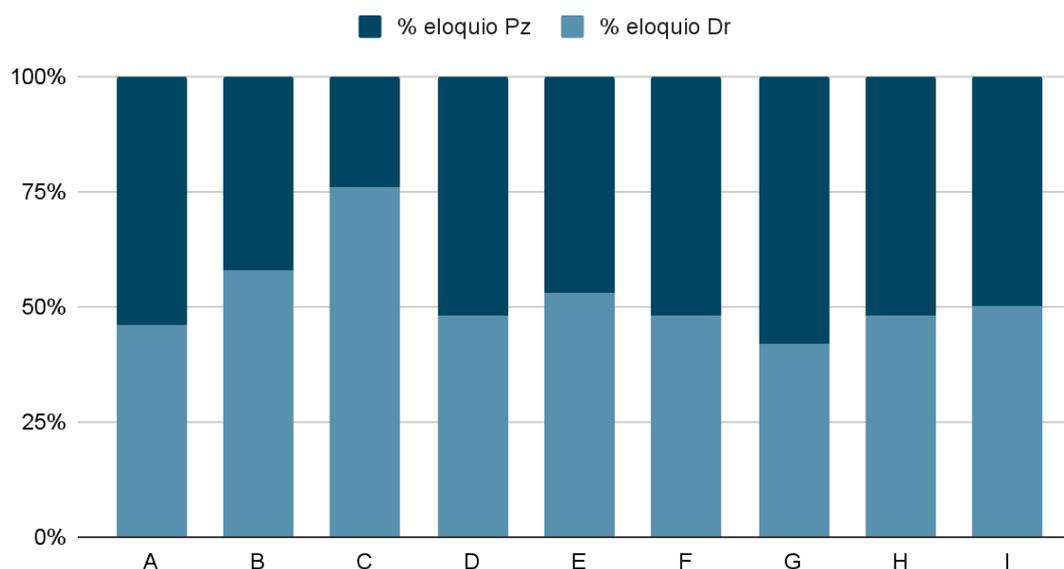


Grafico 18. Percentuale media dell'eloquio per MMG e i suoi pazienti.

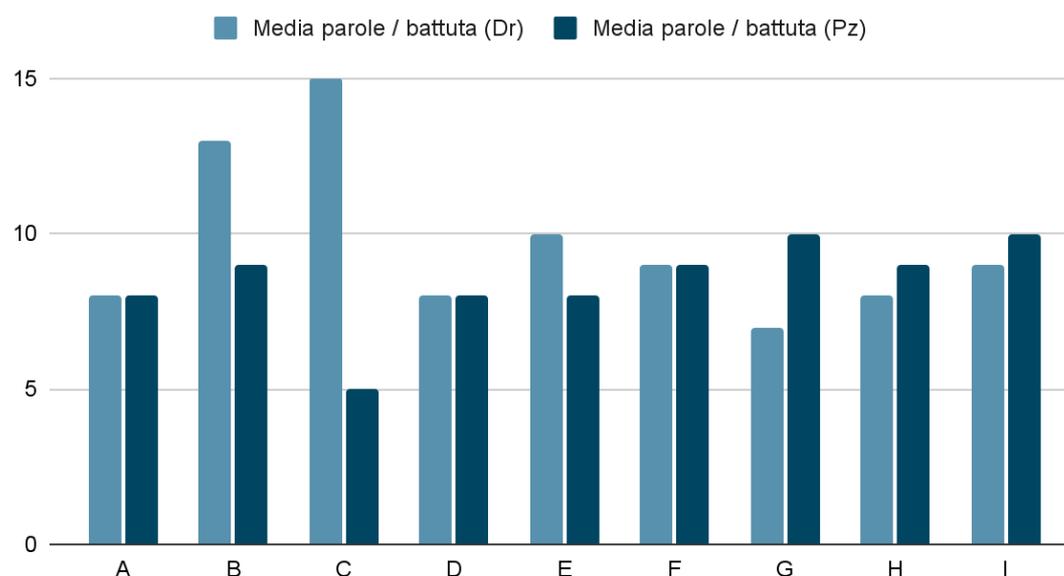


Grafico 19. Numero medio di parole a battuta per medico e per i suoi pazienti.

Dalla lettura di questi dati, emergono tre tipi di relazioni medico-paziente, con un gruppo mediano in cui l'eloquio è ripartito in modo piuttosto equo (con le percentuali distribuite attorno al 50%, come i casi dei medici D, E, F, H e I) e le due conformazioni diverse: da una parte le relazioni in cui il medico ha occupato la maggior parte dello spazio di parola (i medici B e C), dall'altra quelle in cui il medico ha lasciato ampio spazio d'espressione al paziente (i medici A e G). Questa informazione non determina implicitamente che le relazioni medico-paziente del gruppo mediano si configurino come

automaticamente più simmetriche delle altre, poiché questo dato andrà incrociato anche con i risultati relativi allo stile comunicativo dei partecipanti (registri linguistici e allocuzioni, ad esempio); tuttavia, senz'altro fornisce già un'indicazione riguardo il *powerful speaker*, cioè colui/lei che governa la conversazione impegnando buona parte dell'eloquio. Se questa posizione è presa dal medico, la ragione risulta motivata dal suo ruolo di conoscitore della materia.

5.3.3 - L'uso del Friulano e dell'Italiano

Un ulteriore aspetto quantificabile dell'interazione medico-paziente in merito allo studio condotto ha riguardato l'utilizzo del Friulano o di altre forme dialettali o regionali. Anche in questo caso, l'elemento più preciso che abbiamo potuto ricostruire è quello della conta di regionalismi, e questo perché fermarsi al solo conteggio delle frasi sarebbe stato impreciso dati i frequenti code switching o prestiti sia in Italiano che in Friulano (o dialetto). Contate quindi le parole esatte dette in Friulano (o dialetto), è stato possibile calcolare la percentuale dell'eloquio tenuta in questa lingua rispetto al totale, di cui si riportano i risultati al Grafico 20.

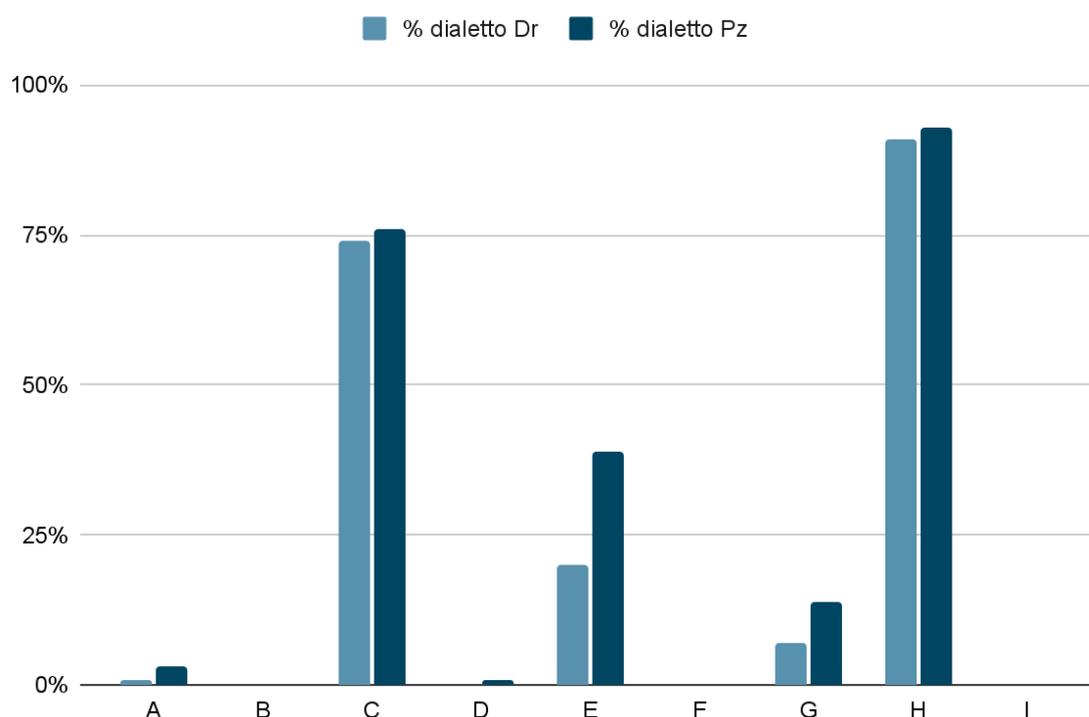


Grafico 20. Percentuale di utilizzo del Friulano da parte di MMG e i loro pazienti.

Questo grafico va interpretato alla luce dell'informazione condivisa dai medici rispetto al loro bilinguismo: i MMG che si considerano bilingue Italiano-Friulano sono C, E, F, G e H; coloro che invece non conoscono la lingua sono i medici A, B, D e I. Di conseguenza, per la lettura dei dati va premesso che l'utilizzo del Friulano da parte dei pazienti è soggetto alla disponibilità del medico di parlare a sua volta il dialetto regionale, e quindi molti pazienti che hanno dichiarato in fase di questionario un grado di bilinguismo marcato non hanno poi potuto esprimersi in lingua col proprio MMG.

Emerge in modo piuttosto forte come le premesse teoriche sulla localizzazione dei parlanti Friulano (cfr. par. 2.2.1) fossero corrette: se prendiamo i casi di utilizzo nullo della *marilenghe* (i medici A, B, D, F, I, che – eccezion fatta per F – dichiarano di non parlare Friulano), questi sono localizzati a Udine o nelle cittadine dell'immediata periferia, in linea con l'assunzione secondo cui nei grandi centri e quindi nel capoluogo di provincia il Friulano non sia parlato. Il bilinguismo invece è presente, in diversa misura, negli altri comuni meno centrali: con manifestazione minore i medici G ed E nella Bassa Friulana; salendo d'incidenza con C nel Collinare; e infine alla massima espressione con la Carnia del medico H, i cui colloqui si sono tenuti quasi interamente in Friulano, o per meglio dire in *cjargnel* (carnico). Un altro elemento da notare è che, sebbene in alcuni casi la differenza sia minima, i pazienti tendono a guadagnare medie percentuali d'uso del dialetto maggiori rispetto ai loro medici. Questo, secondo l'analisi qualitativa del corpus, alle volte è dato dal fatto che i pazienti utilizzano la «lingua del cuore» parlando fra sé e sé oppure con il partner, ma la ragione senz'altro più valida e frequente è che i medici hanno spesso fatto ricorso all'Italiano in episodi di *code switching* per utilizzare termini tecnici, quindi la frase friulana viene spesso intervallata da parole italiane.

5.3.4 - I registri linguistici

L'ultimo aspetto quantificabile indagato attraverso le registrazioni audio, poi trascritte, è l'utilizzo di espressioni che deviano rispetto alla lingua standard, o quanto meno neo-standard, secondo le indicazioni anticipate da Berruto nel 1987 e da Sabatini nel 1985. Si sono quindi intese come variazioni sia quelle verso varietà più alte dell'asse diafasico (come il linguaggio aulico e quello tecnico-scientifico), sia varietà basse, da un moderato uso colloquiale o informale a delle espressioni marcatamente familiari o volgari. Si tratta dei quattro registri già menzionati al par. 4.3.3. Si riportano in Tabella G dell'Appendice 6 le percentuali di parole ricondotte ai quattro registri appena menzionati per ogni medico (A-I) e la media dei rispettivi pazienti.

Si possono apprezzare le deviazioni dal neo-standard al Grafico 21.

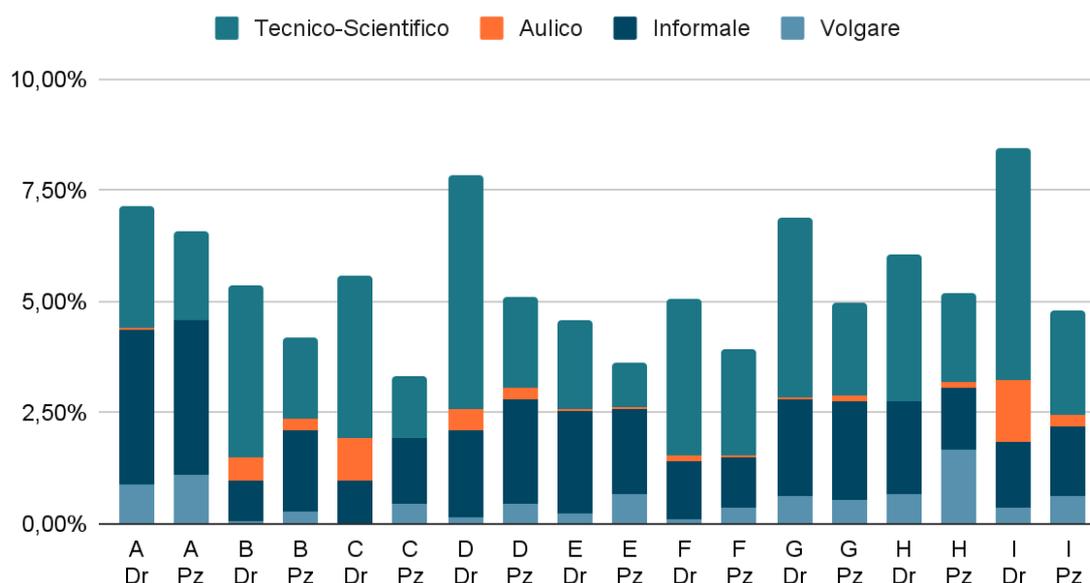


Grafico 21. Percentuali di registri che si discostano dal neo-standard per ogni MMG – prima lato medico, poi lato paziente – in ordine discendente di registro dalle varianti alte alle basse.

Ciò che si può notare da questa rappresentazione grafica è innanzitutto che le espressioni che in qualche modo deviano sull'asse diafasico dalla forma neo-standard contano per una percentuale di variazione complessiva attorno al 7%; ciò significa che dall'analisi il resto della conversazione non viene ritenuto particolarmente marcato. Oltre a ciò, è possibile apprezzare i medici, il loro gruppo di assistiti, o anche le coppie medico-pazienti, che emergono per un uso particolarmente alto o basso di un dato registro. Vediamo ad esempio che i medici B e C ricorrono molto poco alla somma dei due registri bassi (volgare e informale) rispetto ai loro colleghi, mentre i loro pazienti rimangono in linea con i pazienti degli altri medici. Allo stesso modo, vediamo che i medici C, D e I hanno una tendenza all'utilizzo di registri più alti rispetto ai colleghi, il che in alcuni casi non si ripercuote su un utilizzo degli stessi registri da parte dei loro pazienti (è il caso del medico C, i cui assistiti in effetti non ricorrono quasi per nulla a varianti più alte), mentre in altri casi ciò accade (D e I).

Per concludere la presentazione dei dati, sembra chiaro l'emergere di comportamenti linguistici, sia da parte dei medici che dei pazienti, che è opportuno indagare per ricostruire eventuali variabili sociolinguistiche che li possano spiegare o predire. Nel capitolo che segue si presenteranno le indagini statistiche condotte a tal fine.

Capitolo 6: Analisi dei dati

Nel presente capitolo si riporteranno i risultati delle indagini condotte attraverso il software RStudio, ambiente di sviluppo integrato per R, linguaggio di programmazione per il calcolo statistico. Oltre alla funzione PCA (*Principal Component Analysis*) utilizzata per ridurre il numero delle variabili raccolte tramite il questionario sulle abitudini linguistiche (cfr. par. 5.2), si renderà ora conto di un secondo tipo di analisi chiamata *Conditional Inference Trees* (CTrees) e *Random Forests* (RF). I CTrees sono un metodo di regressione e classificazione basato sul partizionamento binario ricorsivo (BRP). Da molti CTrees si possono coltivare delle RF, che possono fornire la misura dell'importanza di ogni variabile nel modello calcolata in media su molti alberi CTrees; questa misura riflette l'impatto di ogni predittore date tutte le altre variabili indipendenti (Levshina 2015, 291-292).

Questo strumento è stato utilizzato per indagare tre aspetti del comportamento linguistico dei parlanti durante le interviste mediche registrate:

- 1) la lingua utilizzata del paziente, nell'alternativa Italiano-Friulano;
- 2) il pronome allocutivo utilizzato dal paziente per rivolgersi al suo MMG;
- 3) il ricorrere, da parte del paziente, al registro volgare.

In tutti e tre i casi, si è provveduto ad eseguire la funzione RF per identificare le variabili più importanti e in seguito si sono impostate quelle come variabili indipendenti per la creazione dei CTrees.

6.1 L'alternativa Italiano-Friulano

Relativamente al ricorrere da parte del paziente all'uso del Friulano o dell'Italiano, si sono indagate le variabili più importanti tramite la RF tra i fattori:

- BIL_PCA_Factor1, cioè il primo dei due fattori emersi dalla PCA al par. 5.2 che raccoglie l'utilizzo del Friulano nelle situazioni familiari e amicali;
- BIL_PCA_Factor2, il secondo fattore relativo alla scuola o al lavoro;
- DR_BIL, cioè il fatto che il MMG fosse o meno bilingue Italiano-Friulano (il che è, come già detto in precedenza, una variabile importante per molti pazienti che avrebbero utilizzato il Friulano se ve ne fosse stata la disponibilità);

- YearsCared, cioè da quanti anni il paziente è assistito dallo stesso MMG;
- YearsCared_Age, cioè il rapporto tra gli anni di cura e l'età del paziente;
- YearsPractDoc, cioè gli anni di attività del MMG nell'ambulatorio;
- e infine Gender (genere), Age (età) e School (livello di istruzione).

Il risultato della RF con queste variabili mostra, come rappresentato in Figura 10, che le uniche due variabili realmente determinanti ai fini dell'analisi statistica sono l'abitudine a parlare Friulano in contesti familiari e amicali da parte del paziente nelle varie età della vita e la disponibilità del MMG a parlare Friulano (DR_BIL).

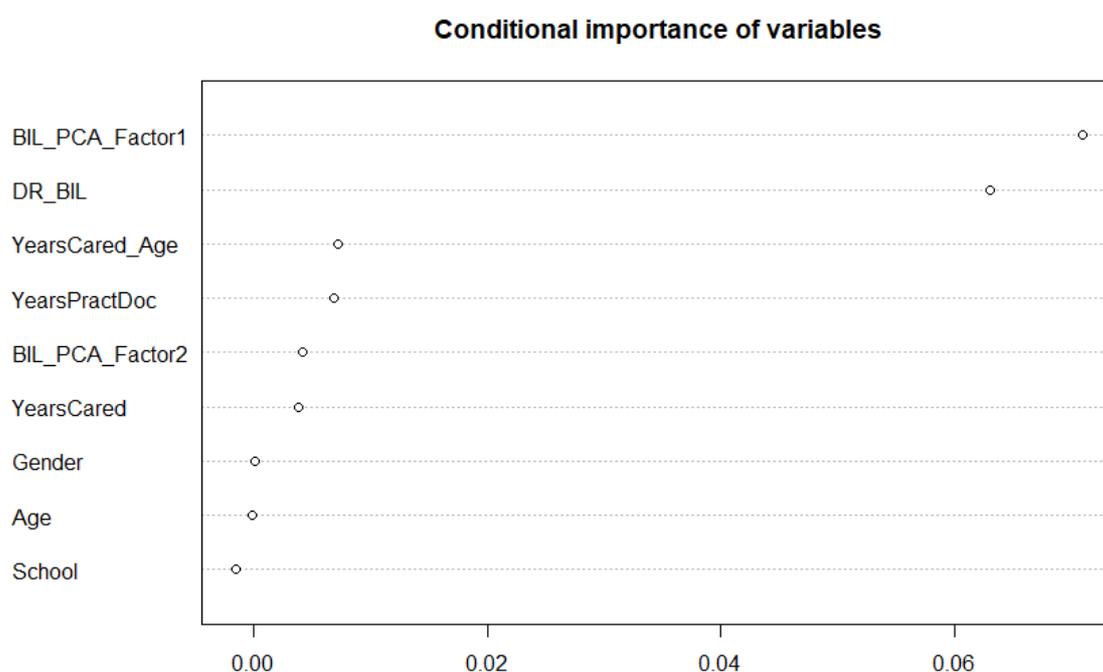


Figura 10. Importanza condizionale delle variabili nella *Random Forest* relativa all'uso del Friulano

A questo punto, nell'indagine, si sono inserite come variabili indipendenti solo queste due appena evidenziate e si è proseguito con la funzione *CTrees*, che ha restituito l'albero d'inferenza presentato di seguito in Figura 11.

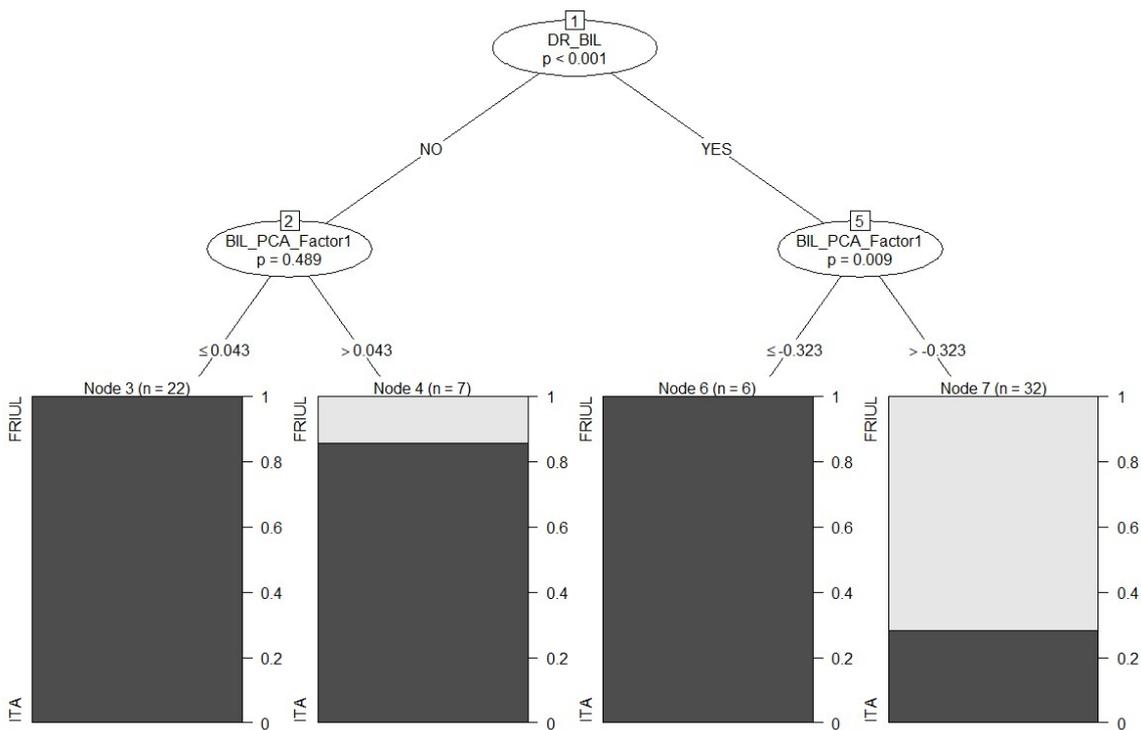


Figura 11. *Conditional Inference Tree* sull'uso del Friulano e dell'Italiano da parte dei pazienti.

L'analisi evidenzia come il primo fattore in relazione con l'uso del Friulano da parte degli assistiti sia la disponibilità bilingue del loro MMG; in seguito, al secondo nodo, emerge come il Fattore 1 della PCA sul bilinguismo effettuata in precedenza, cioè l'abitudine del paziente ad usare il Friulano in contesti amicali e familiari, motivi il suo ricorrere al Friulano anche col medico che sia a sua volta in grado di parlarlo.

Questo dato era emerso già in modo piuttosto chiaro al par. 5.3.3, dove si metteva in evidenza come la percentuale di eloquio tenuta in lingua friulana durante i colloqui era molto alta (o in alcuni casi del tutto maggioritaria) per i medici che offrivano questa possibilità, com'è perfettamente intuibile (i medici C e H sono casi particolarmente manifesti di questo fenomeno). Si riportano di seguito alcuni esempi qualitativi del fenomeno appena esaminato.

Codice conversazione: H04.

Dr: Alore?

Pz: **Sêstu stât in feriiis?**

Dr: Jo? No! O voi in Setembar. Fine Setembar o voi. Scolte, chê zovine chi difûr e je une dotoresse che e sta fasint une tesi su la comunicazion medico paziente. Se tu sês d'accordo jê e regjistrarès, in modo del tutto anonimo oviamenti, par cheste tesi.

Pz: **In italiano?**

Dr: **No, in cjargnel e je vignude par chel!** ((ride))

Pz: Bon va ben no 'nd è probleme.

Da questo estratto si può apprezzare come la prima domanda del paziente che entra nello studio medico sia riguardo le ferie del MMG. Subito dopo, alla richiesta di partecipazione allo studio, il paziente domanda se dovrà tenere il colloquio in italiano e il MMG risponderà che dovranno parlare in *cjargnel* (cioè in carnico, che è la varietà di Friulano parlata nella regione della Carnia); a questa rassicurazione il paziente risponderà in modo positivo e consentirà alla registrazione della visita.

Codice conversazione: E04.

Pz: «Tu sês propite fissade cul salam vuê» - «Eh benedete, **o soi furlane!**» i ai dite

Dr: **Se uno non è di qua non può capire** ((ride))

[...]

Pz: Le barrette di riso- Ma lasse pierdi! E il riso basmati con quello del- «Ma lasse pierdi!» I ai dite. «Si pluitost polente e frico!» i ai dite.

Dr: Non ci siamo! ((ride))

Pz: Lassin lis robis normali, o ai dite. Verdure cussì, cussì e cussì. **O sin furlans. O vin lo schema cuadrât, no chei pastroçs che a fasin ator!**

Paziente e MMG parlavano della visita specialistica dietologica e delle indicazioni nutrizionali che l'assistita ha ricevuto. La "friulanità" emerge potente da questo scambio, motivo di orgoglio e di ilarità tra paziente e MMG che scherzano sulle preferenze alimentari di salame e polenta rispetto ad altre alternative più elaborate (e verosimilmente più sane) proposte dalla collega dietologa. Questo estratto rappresenta un altro esempio di «lingua del cuore» che porta la conversazione su piani personali e familiari, piuttosto che formali ed elevati come ci si potrebbe aspettare.

Codice conversazione: C03.

Dr: Nol da problemis di stomi, non è gastrolesivo, di solit si cjol par convenzion la matine cuant che tu ti sveis, di sere prime di lâ a durmî, ogni dodis oris

Pz: Sì. Jê, **mê mari e cjol cent e cent e cincuant.**

Dr: **Sì, però tô mari e à altris problemis**

Pz: Eh ancje a jê i è partide cussì cu la:: siatiche

Dr: Eh. Però disin che li jê-

Pz: E à fat l'ozono, ah, uh Dio.

Dr: **Eh ha anche altre età,** lì prevale l'aspetto degenerativo artrosico no?

Questo scambio mostra la longevità della relazione tra i due interlocutori, dove il MMG è a conoscenza del dosaggio e della problematica della madre della sua assistita, che richiama alla mente con facilità data proprio la profonda conoscenza dei due casi, sia dal punto di vista medico che personale.

6.2 I pronomi allocutivi Tu/Lei

In modo simile, anche per quanto riguarda la scelta del pronome allocutivo si sono innanzitutto indagate le variabili più rilevanti tramite la RF, considerando:

- età (Age), genere (Gender) e livello di istruzione (School);
- il bilinguismo del MMG (come già mostrato, DR_BIL);
- YearsCared, cioè da quanti anni il paziente è assistito dallo stesso MMG;
- YearsCared_Age, cioè il rapporto tra gli anni di cura e l'età del paziente;
- YearsPractDoc, cioè gli anni di attività del MMG nell'ambulatorio.

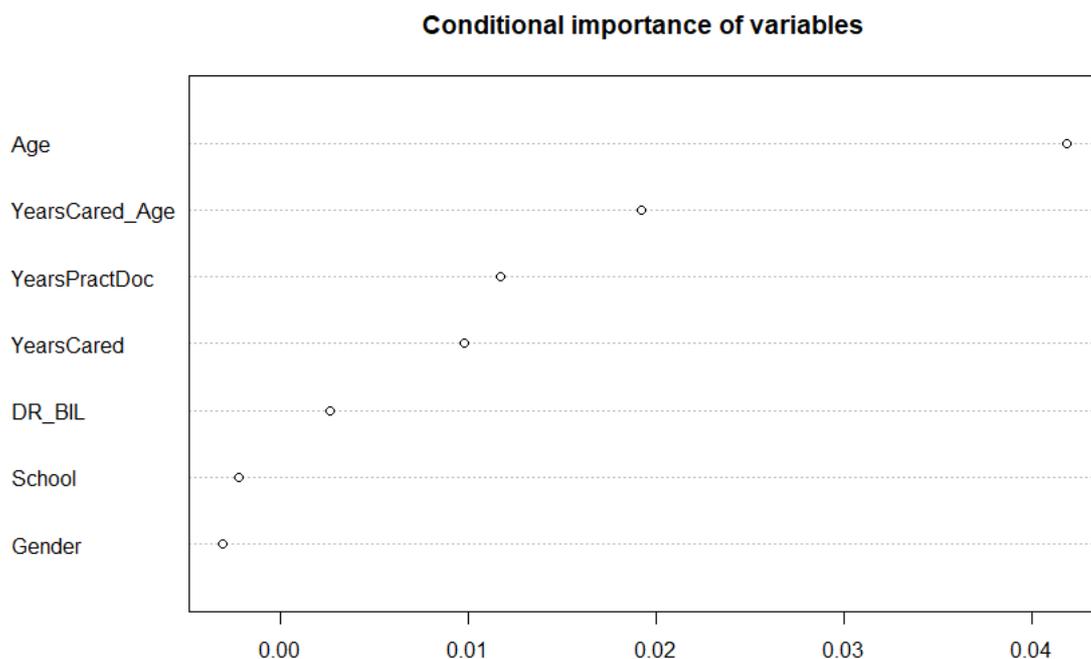


Figura 12. Importanza condizionale delle variabili nella *Random Forest* relativa all'allocuzione Tu/Lei

La Figura 12 mostra come l'unico fattore davvero rilevante per quest'analisi sia l'età del paziente, ma al fine di consentire alla funzione CTrees di generare almeno due nodi si è tenuta come valida anche la variabile YearsCared_Age, che è un dato che rende l'idea della durata della relazione MMG-assistito in rapporto all'età del secondo. Prima di presentare l'esito di questo secondo albero d'inferenza, è opportuno sottolineare come

l'età del paziente sia doppiamente rilevante ai fini di questa variabile in corso di studio: ricordiamo infatti che l'età media dei 9 MMG è di 47 anni, mentre quella dei loro pazienti è di 64. Tuttavia, i pazienti dei medici A e I hanno età medie molto maggiori (75 e 77, rispettivamente), quindi senza questi due picchi, l'età media degli altri pazienti è di 61 anni. Questo elemento risulterà particolarmente importante a seguito della visione della Figura 13, che restituisce i risultati dell'albero di inferenza riguardo il pronome allocutivo utilizzato dai pazienti per rivolgersi ai loro MMG.

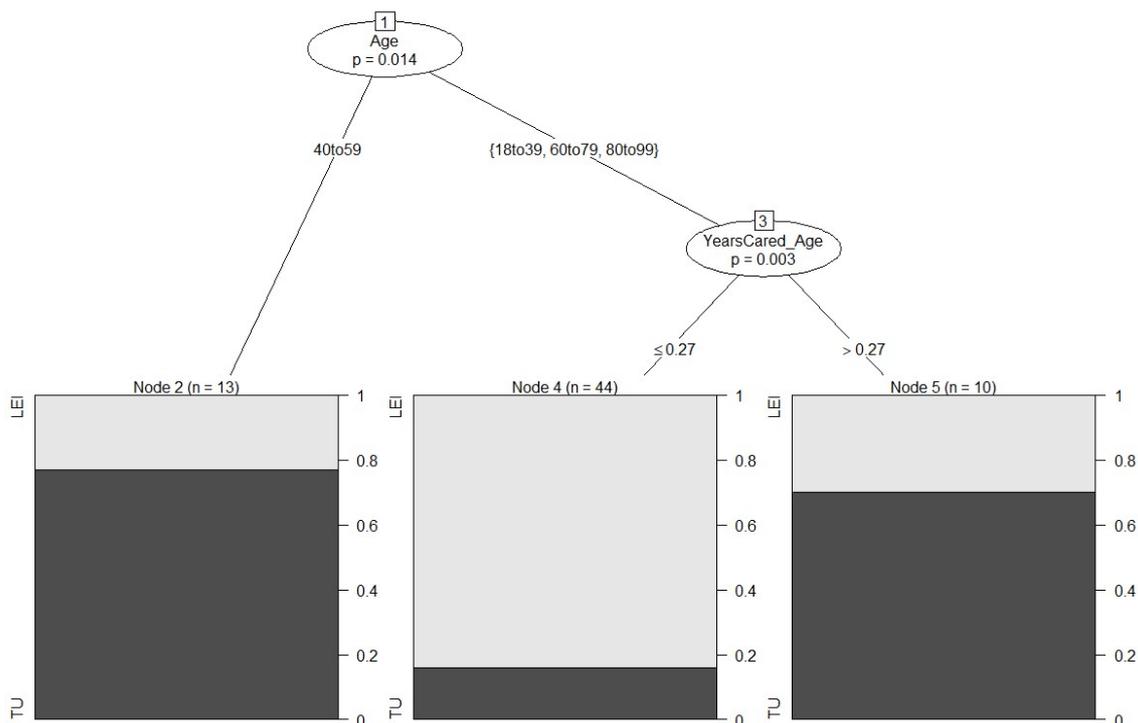


Figura 13. *Conditional Inference Tree* sull'uso dei pronomi allocutivi Tu/Lei da parte dei pazienti.

Come preannunciato, il fattore più determinante è rappresentato dal primo nodo, cioè l'età del paziente: si può apprezzare che i pazienti della fascia d'età 40-59 ricorrono più facilmente al pronome allocutivo *Tu* rispetto a quelli degli altri tre gruppi. Si ipotizza che questo elemento sia dato dal fatto che vi è una maggior vicinanza in termini generazionali tra pazienti di questa età e i loro MMG. Gli altri gruppi, infatti, vedono un altro nodo dato dalla durata della loro relazione col MMG: se il rapporto tra l'età del paziente e gli anni di cura è inferiore al 27% o 0.27 (il che rappresenta una durata della relazione piuttosto breve, o perché il MMG ha iniziato da poco l'attività, o perché il paziente è entrato in lista con quel dato MMG di recente), allora è più frequente ricorrere all'allocutivo *Lei*; viceversa, con una relazione più duratura accade spesso di rivolgersi al

MMG col pronome *Tu*. Questo dato è in linea con i principi teorici circa l'uso degli allocutivi in italiano, di cui si è riferita la letteratura a riguardo al par. 3.1.2.

Oltre alla scelta del pronome allocutivo, che è stato possibile quantificare, si vanno ora a presentare degli esempi riguardo forme di allocuzione quali vezzeggiativi o appellativi di altro genere, diversi dai più attesi: Signore/Signora e Dottore/Dottoressa.

Codice conversazione: E01.

Dr: Eh, un pocut altute, **amôr!**

Codice conversazione: E03.

Dr: Però se ti prende la sciatica, parte dalla schiena, no, **nini?**

Codice conversazione: E04.

Pz: Alore **benedete?**

Codice conversazione: I04.

Pz: Questa. Oggi non le ho portato (incomprensibile)

Dr: Ah **tesoro**, no impuarte, sa che ne ho io.

Pz: No no io ci tenevo...

Codice conversazione: E05.

PzM: Buongiorno!

Dr: Prego **cari!**

[...]

Dr: Ecco qua **cara.**

Codice conversazione: F02.

Dr: Buongiorno signora!

Pz: Buongiorno **carissima!**

Il rivolgersi al paziente con “cara” o “caro” non si annovera tra le forme più informali, in quanto diffuso nelle formule di saluto di scambio epistolare anche non strettamente colloquiali e familiari. Tuttavia, è un fenomeno che mostra un movimento

sull'asse diafasico nella misura in cui rappresenta un tentativo – più o meno consapevole – di rendere il saluto meno istituzionale e formale, data proprio la natura continuativa della relazione tra MMG e i suoi assistiti già conosciuti da tempo.

A questi estratti andrebbero inoltre aggiunti i casi in cui i MMG si sono rivolti ai e alle pazienti utilizzando il loro nome di battesimo, ma – poiché nella trascrizione sono stati abbreviati alla sola iniziale – riportare il testo dal corpus non restituirebbe un'idea chiara di cos'è avvenuto nello scambio. Basti perciò sapere che è un fenomeno frequente in particolare nei medici A (in tutti e 7 i colloqui), E (in tutti e 9 i colloqui) e H (5 su 8 colloqui; nei restanti tre non vi è stata allocuzione diretta da parte del medico). Infine, vi sono anche i casi in cui sono stati i pazienti a rivolgersi al medico col suo nome di battesimo: anche in questo caso, questi si sono concentrati nei medici A (1 colloquio), E (1 colloquio) e H (2 colloqui). Rivolgersi – sia in modo vicendevole che unilaterale – all'interlocutore chiamandolo per nome invece che con la formula “titolo + cognome” rappresenta ancora una volta uno spostamento del tono della conversazione verso tratti di colloquialità che sono spontanei in relazioni già consolidate.

6.3 L'uso del registro volgare

L'ultimo aspetto indagato tramite questa analisi statistica è stato quello del ricorrere, da parte dei pazienti, ad un registro volgare. Le variabili più rilevanti sono state ricercate – tramite la RF – tra le seguenti:

- età (Age), genere (Gender) e livello di istruzione (School);
- il bilinguismo del MMG (il già menzionato DR_BIL);
- YearsCared, cioè da quanti anni il paziente è assistito dallo stesso MMG;
- YearsCared_Age, cioè il rapporto tra gli anni di cura e l'età del paziente;
- YearsPractDoc, cioè gli anni di attività del MMG nell'ambulatorio;
- una nuova variabile è l'utilizzo del volgare da parte del medico (VolgareDr_TrueFalse), nell'ipotesi secondo cui sia l'interlocutore più potente a determinare la possibilità di utilizzare un registro più basso.

Conditional importance of variables

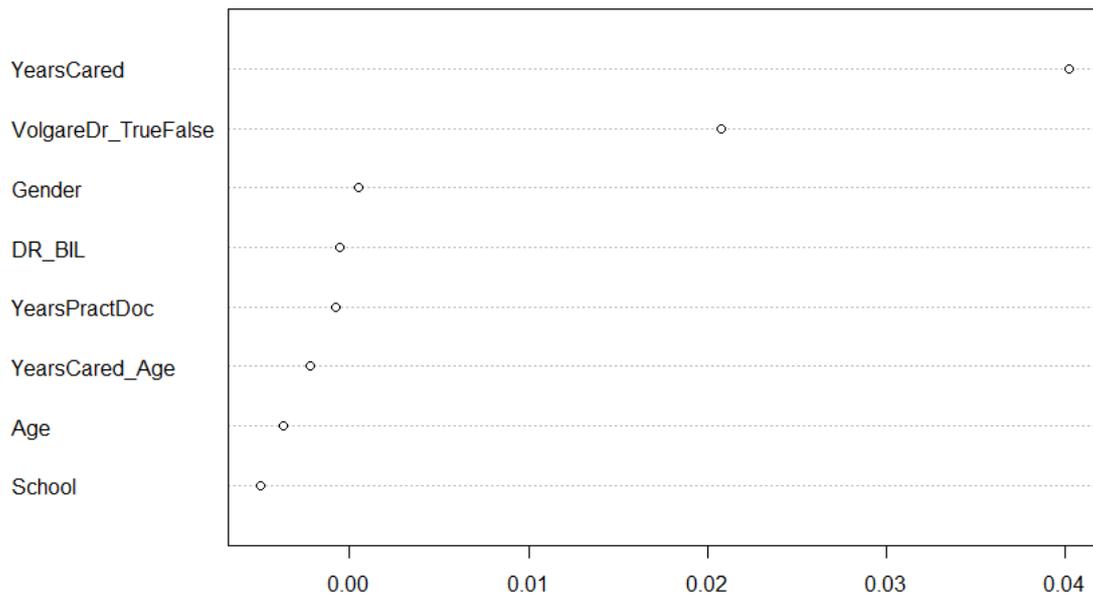


Figura 14. Importanza condizionale delle variabili nella *Random Forest* relativa all'uso del volgare.

La Figura 14 mostra una rilevanza netta della durata della relazione in termini di anni di cura (*YearsCared*) e un'importanza un po' inferiore – ma che viene considerata determinante – nell'uso del volgare da parte del medico (*VolgareDr_TrueFalse*).

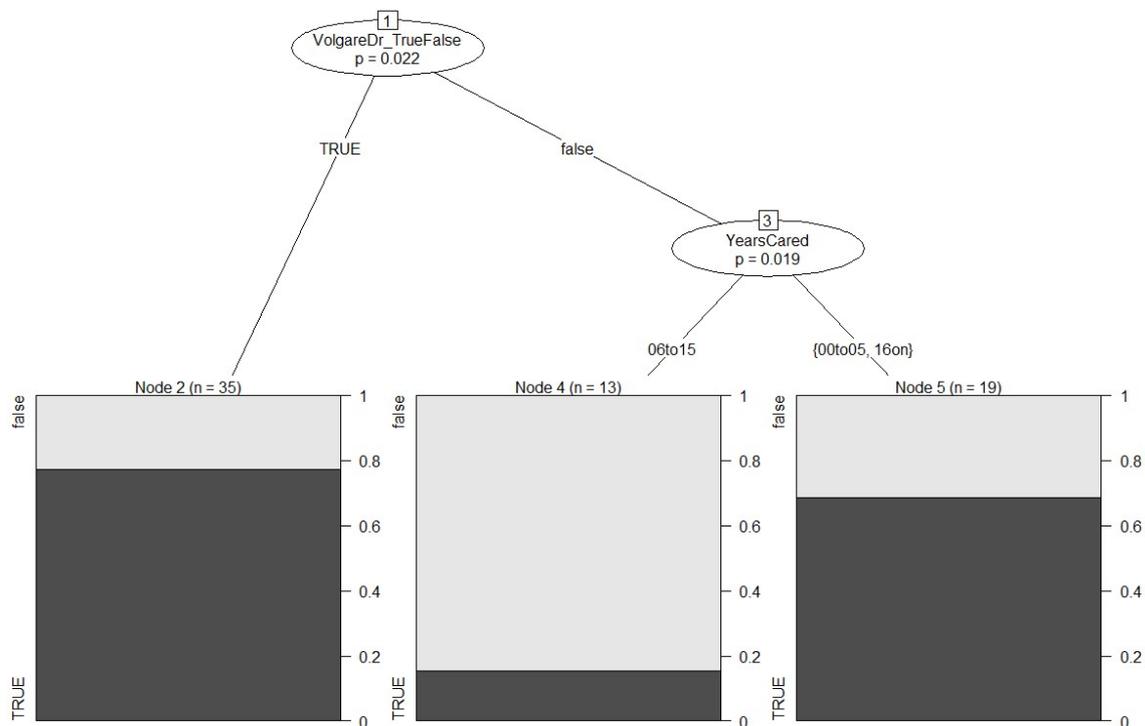


Figura 15. *Conditional Inference Tree* sull'uso del registro volgare da parte dei pazienti.

La Figura 15 mostra quindi un primo nodo nel fatto che se il MMG ha mostrato di ricorrere al volgare, allora quasi l'80% dei pazienti l'ha fatto a sua volta; se invece l'uso di questo registro basso non si è riscontrato nell'eloquio del medico, allora i pazienti che vi hanno fatto ricorso maggiormente sono quelli seguiti da più anni (in cura da più di 16) oppure di recente acquisizione (da 0 a 5 anni di cura), mentre non hanno utilizzato espressioni volgari i pazienti in cura nella fascia centrale (da 6 a 15 anni). L'elemento di più immediata comprensione – e anche quello in linea con l'ipotesi iniziale – è che il volgare sia d'uso nei pazienti seguiti da più tempo (>16 anni). Viceversa, una possibile spiegazione dello stesso fenomeno in un gruppo dalle caratteristiche opposte (la fascia di cura di più recente ingresso in lista, 0-5 anni), è che si tratti dei pazienti più giovani e quindi con uno stile comunicativo più spigliato. In effetti, la fascia di cura intermedia (6-15 anni) rappresenta un gruppo di persone che potrebbero aver incontrato il proprio MMG in una manciata di occasioni, non abbastanza da considerare la relazione come approfondita e continuativa, ma anzi da far mantenere un certo distacco. Questo elemento, in ogni caso, rimane quello di più oscura lettura e che quindi meriterebbe un approfondimento dedicato.

Per apprezzare degli esempi di questo fenomeno, si rimanda all'Appendice 7.1.

Discussione e conclusioni

In quest'ultimo capitolo, si andranno a riassumere le evidenze riscontrate nella ricerca condotta presso gli studi medici dei nove MMG operanti nell'ex-provincia di Udine (FVG) che hanno preso parte alle registrazioni audio delle loro visite con i loro assistiti. Obiettivo della ricerca era dimostrare un grado di familiarità e informalità maggiore nella relazione paziente-MMG rispetto a quanto ci si aspetterebbe in relazioni di tipo asimmetrico come quella – più genericamente intesa – tra pazienti e altri tipi di medici. Il rapporto tra l'assistito e il proprio MMG, come evidenziato, ha infatti caratteristiche di maggiore durata e continuità, una conoscenza approfondita e spesso transgenerazionale, oltre che un più ampio grado di intimità delle problematiche sia strettamente mediche che più ampiamente socioassistenziali (si pensi, ad esempio, al fatto che gli MMG vengono a conoscenza di difficoltà di natura psicologica, economica, lavorativa ecc). Dalle registrazioni e dalla loro trascrizione, infatti, emerge uno stile comunicativo spesso più diretto e familiare, con ricorso a espressioni informali o persino volgari, con l'utilizzo della lingua friulana (laddove siano soddisfatte le condizioni di bilinguismo necessarie allo scambio), con battute e metafore esplicative volte a semplificare il messaggio e rendere il messaggio più semplice per il paziente, con un utilizzo di pronomi allocutivi informali (tu) e di vezzeggiativi o appellativi affettuosi; in breve, si mostra una lingua che – per alcuni dei medici partecipanti – si allontana sensibilmente dall'idea di “medichese” che in sociolinguistica si conosce e approfondisce da tempo. La dimensione diafasica mostra, in questo studio, degli spostamenti sensibili rispetto al neo-standard: oltre ai registri bassi dell'italiano, si riscontra anche un utilizzo di termini tecnico-scientifici e registri alti. Dopotutto, vi è una parte dell'italiano medico che non è sacrificabile per l'efficacia della comunicazione, ma che anzi entra a far parte di quel vocabolario condiviso tra medico e paziente in quanto relativo alla condizione ormai conclamata e assodata (si consideri il caso di un paziente che ha ormai dimestichezza di tutti i valori del sangue e dei farmaci legati alla sua patologia). Tuttavia, per quanto alcuni medici mantengano stili comunicativi più formali, i dati raccolti dimostrano come la durata della relazione influenzi determinate scelte linguistiche in favore di approcci più informali, il che rappresenta un fenomeno anche piuttosto naturale.

Gli elementi che, statisticamente, sembrano correlati con il ricorso alle variazioni riscontrate sono i seguenti:

- per l'utilizzo del Friulano da parte del paziente, vi è prima fra tutti la condizione di bilinguismo del medico e in seguito l'abitudine ad utilizzare la «lingua del cuore» in contesti amicali e familiari (il Fattore 1 della PCA).
- la scelta di pronomi allocutivi informali (*Tu*) viene facilitata dall'età del paziente (maggiore per la fascia 40-59 anni, che è quella teoricamente più vicina all'età media dei medici intervistati), e in seguito la durata della relazione intesa come anni di cura continuativi presso lo stesso MMG.
- si riscontra una maggiore tendenza ad utilizzare il registro volgare negli scambi in cui anche il medico abbia ricorso alla stessa dimensione di variazione; successivamente, una maggiore durata della relazione sembra confermare questa propensione.

Questo insieme di elementi – è opinione di chi scrive – dona alla relazione tratti di minore asimmetria rispetto a rapporti medico-paziente più discontinui, per non dire “*una tantum*”, come spesso capita nelle visite specialistiche o nelle cure d'emergenza. La conoscenza profonda e continuativa che il MMG ha del proprio assistito – della sua condizione psico-fisica, economica, sociale, relazionale e lavorativa – consente al professionista di accedere a una quantità maggiore di informazioni rispetto ad un occhio clinico altrettanto esperto dal punto di vista tecnico, ma carente nella parte della persona. Ricordo sempre una frase che mi disse uno dei medici intervistati durante questa ricerca, in risposta alla domanda “Cosa rende speciale il ruolo del MMG?”:

“Noi conosciamo i nostri pazienti da tempo, li vediamo nella comodità delle loro case e in ogni momento, sia positivo che negativo, delle loro vite; li conosciamo quando sono felici perché diventano nonni e quando sono depressi perché perdono una persona cara. Per questo, quando un mio paziente entra in studio, solo guardandolo negli occhi capisco cosa c'è che non va! Perché ha qualcosa di diverso nello sguardo, o nel colorito della pelle, capisci? È un fatto difficile da spiegare dal punto di vista medico. Poi gli esami obiettivi e di laboratorio ti danno ragione, ma l'istinto personale e la conoscenza così profonda della persona mi rendono un medico migliore, un diagnosta migliore, un terapeuta migliore”.

Appendici

Questa sezione fornisce gli approfondimenti annunciati nel corpo dell'elaborato.

L'Appendice 1 rappresenta un *focus* sulle cure primarie e sulla figura del MMG in Italia, a partire dal suo ruolo all'interno del Servizio Sanitario Nazionale fino ad indagare meglio il suo percorso formativo, con particolare attenzione per quegli aspetti comunicativi che potrebbero o meno influenzare la sua *performance* linguistica.

Le Appendici 2, 3 e 4 riportano le informative e i moduli di consenso che i pazienti e i medici hanno firmato nel momento in cui hanno consentito di partecipare alla ricerca.

All'Appendice 5 è possibile prendere visione del questionario sulle abitudini linguistiche che è stato proposto ai pazienti e che quasi tutti hanno compilato.

L'Appendice 6 riporta le tabelle contenenti i dati puri che, nel corpo del testo, sono invece stati resi sotto forma di grafico per una maggiore fruibilità.

Infine, l'Appendice 7 intende presentare gli esempi più emblematici dei vari fenomeni che sono stati indagati e analizzati nel presente elaborato; si riportano quindi estratti del *corpus* sia relativamente ai registri che alle forme allocutive, nonché alcuni passaggi in lingua friulana.

Appendice 1: Le cure primarie e il Medico di Medicina Generale

A1.1 Le cure primarie e i Medici di Medicina Generale in Italia

Per comprendere il contesto nel quale è organizzato il presente studio, questo capitolo intende fornire una panoramica sull'organizzazione delle cure primarie in Italia, con confronti con altri Paesi europei laddove rilevante. Si farà riferimento a lavori che approfondiscono la logistica dei vari Stati, come «*Building primary care in a changing Europe: Case studies*», edito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2015) e co-finanziato dalla Commissione Europea.

A1.1.1 - Cure primarie e Servizio Sanitario Nazionale

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, fondato nel 1978, a cui tutti gli italiani sono iscritti dalla nascita, dà diritto di accedere alla scelta di un Medico di Medicina Generale (MMG) o ad un Pediatra di Libera Scelta (PLS) per i bambini e ragazzi da 0 a 14 anni, a seconda dell'area di residenza. Secondo il sito del Ministero della Salute della Repubblica Italiana (2019), queste due figure rientrano nei cosiddetti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che identificano nell'area dell'assistenza distrettuale (Capo III - artt. 3-20 del dPCM 12 gennaio 2017) tutti quei servizi di assistenza medica che non avvengono in contesto di ricovero ospedaliero, ma che sono delegati ai distretti costituiti all'interno dell'Azienda Sanitaria locale. Di queste due figure sono presenti in Italia, secondo i dati Istat del 2018, 42'987 medici di famiglia (pari a 7.12 MMG per 10'000 abitanti) e 7'499 pediatri (cioè 9.35 PLS per 10'000 abitanti di età inferiore ai 15 anni). In Friuli-Venezia Giulia, il numero di medici di famiglia è di 846 (pari a 6.97 MMG ogni 10'000 abitanti) e quello dei pediatri è di 120 (per una media di 8.16 PLS ogni 10'000 abitanti), entrambi presenti in misura leggermente inferiore rispetto alla media nazionale.

Assieme a queste due figure, vi sono anche altri servizi di assistenza primaria, come la continuità assistenziale (l'ex Guardia Medica che garantisce le cure territoriali di notte e nei giorni festivi e prefestivi), l'emergenza sanitaria (l'assistenza sanitaria e il trasporto di pazienti in condizione di urgenza, o l'ex 118), l'assistenza farmaceutica (che viene garantita anche di notte e nei giorni festivi e prefestivi tramite un sistema di turni) e molti altri servizi alla persona, dalla salute mentale alle cure riabilitative, dalle cure protesiche a quelle termali, dai consultori alle cure palliative.

A1.1.2 - Ruolo, funzioni e logistica di MMG e PLS

La funzione del MMG viene introdotta dalla definizione del 1991 della medicina generale o della medicina di famiglia, elaborata dall'organizzazione WONCA Europe (2011), acronimo per *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*:

«Il medico di medicina generale o medico di famiglia è il dottore che per primo è responsabile della fornitura di cure integrate a ogni individuo che ricerchi cure mediche e organizza altri professionisti della salute per fornire servizi quando è necessario. Il medico di medicina generale/di famiglia agisce come un generalista che accetta ogni persona che cerca cure, mentre altri fornitori di servizi sanitari limitano l'accesso ai propri servizi sulla base dell'età, del sesso o della diagnosi. Il medico di medicina generale/di famiglia si prende cura dell'individuo nel contesto della famiglia e della famiglia nel contesto della comunità senza considerare la razza, la religione, la cultura o la classe sociale. È clinicamente competente per fornire la maggior parte delle cure necessarie dopo aver preso in considerazione il contesto culturale, socio-economico e psicologico. Inoltre, si assume una responsabilità personale per fornire cure integrate e continuative per i suoi pazienti. Il medico di medicina generale/di famiglia esercita il suo ruolo professionale fornendo cure direttamente oppure attraverso i servizi di altri in accordo con i bisogni di salute dei pazienti e con le risorse disponibili all'interno della comunità nella quale opera».

Il sito del Ministero della Salute infatti stabilisce che i MMG siano medici che conoscono bene lo stato di salute dei loro pazienti e che quindi li possono guidare all'interno del SSN attraverso tutto il percorso terapeutico, permettendo loro di accedere a tutti i servizi e prestazioni compresi nei LEA. Tra gli obblighi del MMG vi sono le visite in ambulatorio e domiciliari, la prescrizione di terapie farmacologiche e riabilitative, il rilascio di certificati medici, le vaccinazioni nell'ambito dei programmi vaccinali promossi dalla Regione e dalle Aziende, nonché la partecipazione alle campagne di educazione sanitaria, di prevenzione primaria e di prevenzione secondaria. Per quanto riguarda la figura del PLS, benché la fascia di riferimento sia l'età 0-14 anni, la scelta di un pediatra è obbligatoria per i bambini da 0 a 6 anni, mentre da 6 a 14 è possibile anche selezionare già un MMG; dopo i 14 anni, l'opzione del pediatra viene revocata e il genitore dovrà scegliere per il/la ragazzo/a un MMG. Le mansioni svolte dal PLS sono simili o quanto meno comparabili alle funzioni che ricopre il MMG nei confronti dell'adulto.

Concretamente, nel rispetto dell'indicazione di guida del paziente lungo il suo percorso diagnostico e terapeutico, questa professionalità assume spesso la funzione di

gatekeeper, come suggerisce Hartmann (et al. 2006) e la stessa OMS (WHO 2015), cioè di punto unico di accesso al sistema di cura; in quest'ottica, quanto dice il nostro Ministero della Salute è corretto: a MMG e PLS viene assegnato il compito di proporre tutta una serie di interventi addizionali, da visite specialistiche a esami diagnostici, dalle cure fisioterapiche a quelle riabilitative, da interventi logopedici a consulenze dei centri di salute mentale, ecc. Concentrandosi sul caso di un paziente di età superiore ai 14 anni, quindi, il suo percorso ha inizio con l'accesso gratuito all'ambulatorio del MMG per una prima valutazione; per comprendere a fondo la condizione medica del paziente, il MMG può prescrivere eventuali esami diagnostici strumentali e di laboratorio senza addebitargli alcun costo (mentre l'esecuzione dell'esame può prevedere il pagamento calmierato di un 'ticket' all'Azienda Sanitaria); nemmeno per la prescrizione delle eventuali terapie farmacologiche il MMG riceve alcun contributo da parte dei pazienti (ma questi potrebbero dover pagare – pure in questo caso, anche solo in piccola parte – il costo del farmaco presso le farmacie). Il MMG è inoltre responsabile di far valere le eventuali esenzioni che eviteranno al paziente il pagamento del ticket previsto per le prestazioni necessarie, o per la patologia riconosciuta o per le proprie condizioni economiche. Per quanto riguarda le visite specialistiche, in Italia è possibile accedervi tramite due modalità: privatamente per accesso diretto, quando cioè il paziente prenota la visita dallo specialista in regime di libera professione e sostiene personalmente il costo della visita; oppure per accesso indiretto con l'impegnativa del MMG che, valutato lo stato di salute, ritiene necessaria quella data visita e quindi, con la sua prescrizione, consente al paziente di accedere alla prestazione senza costi (a parte la partecipazione ai costi tramite ticket). Come per le visite specialistiche, anche per case di cura, hospice, cure palliative, cure domiciliari mediche o infermieristiche, centri specialistici aziendali (diabetologico, di salute mentale, di fertilità), l'accesso può essere di tipo diretto da parte del paziente, oppure può avvenire tramite l'impegnativa del MMG che in questo modo delibera che quell'intervento è necessario al paziente e così dà il via all'*iter* che garantirà all'assistito la ricezione delle cure occorrenti, in un'ottica di assistenza condivisa tra medico curante e professionisti che si assumono quella parte della cura (OMS 2015: 139-140; Hartmann et al. 2006: 124-125).

Al.1.3 - Confronto con altri Paesi europei

Alcuni elementi dell'organizzazione delle cure primarie in Europa evidenziano delle differenze, come anche altrettanti mostrano invece similitudini ed un allineamento dell'Italia ai vari Paesi europei. Andremo ad elencare alcuni aspetti logistici che meritano una particolare attenzione perché, per vari motivi che verranno sottolineati, potrebbero determinare delle differenze nello sviluppo della relazione MMG-paziente, e di conseguenza si potrebbero manifestare anche dal punto di vista linguistico.

Gestione economica. Dal punto di vista della regolamentazione del lavoro, i MMG sono liberi professionisti che lavorano con un sistema di convenzione statale a contratto, operando sotto il controllo delle autorità sanitarie locali in nome delle quali forniscono le cure primarie. Come nel Regno Unito e in Olanda (cfr. par. 1.4.1), anche in Italia la gestione economica delle cure primarie è centralizzata tramite un sistema di *capitation*: Hartmann (et al. 2006: 124, 127) e OMS (2015: 135-137) confermano infatti che il 70% della remunerazione di MMG e PLS deriva dal contributo che il governo versa al MMG per ogni paziente in lista, mentre una parte deriva da importi variabili (vaccinazioni, interventi ambulatoriali minori) e un'altra parte in forma di pagamento a prestazione per servizi non inclusi. Per fornire un confronto di respiro internazionale, in Spagna e Svezia la grossa parte dell'introito di un medico di famiglia deriva da uno stipendio che riceve come dipendente del settore pubblico; in Germania e in Francia, invece, dal pagamento a prestazione. Questo primo elemento economico può avere degli effetti sulla relazione in quanto lo scambio che avviene in Italia all'interno degli ambulatori non vedrà (quasi) mai una conclusione della conversazione su temi venali come la corresponsione di una somma di denaro per la prestazione ricevuta. È un'ipotesi di chi scrive che ciò contribuisca a rendere la comunicazione più agevole per il paziente e a tratti meno istituzionalizzata, dove il percepito possa essere quello di un luogo in cui ricevere aiuto e non un bene comune da listino prezzi.

Continuità della cura. Alcuni elementi accomunano e distinguono i Paesi europei nel modo in cui gestiscono i servizi di cure primarie, e ciò ha delle conseguenze sulla continuità assistenziale del MMG nei confronti dei suoi pazienti. Elencheremo quattro aspetti che si ritiene siano punti cardine di questo punto: il numero di pazienti seguiti in media da un MMG; il fatto che un MMG riceva o meno secondo una lista fissa di pazienti assegnati; il fatto che i pazienti ritornino o no dallo stesso MMG, o comunque da quello che ritengono la loro prima scelta; il fatto che ai MMG sia fatto obbligo di tenere una cartella clinica globale dei pazienti (Tabella 10).

Paese	Media pazienti per MMG	Pazienti iscritti in lista di MMG	% di pazienti in visita regolare al MMG scelto	Documentazione su cartella clinica
Austria	2000	non tutti	60-70%	obbligo di legge
Belgio	ND	sì	80%	il 47%
Bulgaria	1381	sì	80-90%	obbligo di legge
Cipro	ND	no	ND	no
Rep. Ceca	1613	sì	90-95%	obbligo di legge
Danimarca	1583	sì	tutti	obbligo di legge
Estonia	1600 ± 400	sì	70%	ND
Finlandia	1900	non tutti	>50%	obbligo di legge
Francia	ND	sì ²¹	90%	tutti, l'85% su PC
Germania	2000	no	95%	ND
Grecia	ND	no	ND	no
Ungheria	1530	sì	90%	ND
Islanda	1700 (urbano) 1400 (rurale)	sì	ND	obbligo di legge ²²
Irlanda	1680	no ²³	ND	no
Italia	ND (max 1500)	sì	tutti	tutti, l'85% su PC
Lettonia	1585	sì	ND	no
Lituania	1550	sì	ND	ND
Lussemburgo	500/mese	no	ND	obbligo di legge
Malta	ND	no	ND ²⁴	no
Olanda	2322	sì	ND	tutti
Norvegia	1219	sì	tutti	tutti, il 98% su PC ²⁵

²¹ I pazienti scelgono un medico, ma questo può essere di qualsiasi tipo, anche non un MMG.

²² Tutti i centri e i professionisti della salute primaria utilizzano un sistema nazionale

²³ Il sistema di lista funziona solo per il 30% della popolazione, cioè coloro che possiedono la cosiddetta 'medical card' (informazioni sul sito internet del HSE - Servizio Sanitario Irlandese -> <https://www2.hse.ie/medical-cards/>)

²⁴ Questo rappresenta per il governo maltese un limite nello sviluppo della continuità della cura, che essenzialmente è assente, perché un paziente può entrare in un qualsiasi centro medico ed essere visitato dal medico di turno, senza quindi costruire alcuna relazione medico-paziente duratura.

²⁵ Per legge, le informazioni non possono essere condivise con altri professionisti della salute.

Paese	Media pazienti per MMG	Pazienti iscritti in lista di MMG	% di pazienti in visita regolare al MMG scelto	Documentazione su cartella clinica
Polonia	1539	sì	85%	obbligo di legge
Portogallo	1500-2000	sì	67% nell'ultimo anno	tutti e su PC
Romania	1200-1500	sì	ND	frequente
Slovacchia	2163	sì	ND	tutti, l'89% su PC
Slovenia	1789	sì	>93% in un anno	quasi tutti
Spagna	ND	sì	il più possibile	tutti, il 97% su PC
Svezia	ND	no	ND	obbligo di legge
Svizzera	ND	no	ND	90%
Turchia	3687	la maggior parte	78% in un anno	42%
Regno Unito	ND	registrati in clinica, non con MMG	88% di pazienti che richiedono un MMG particolare lo ottengono	quasi tutti su PC

Tabella 10. Resoconto dell'organizzazione dei Paesi europei secondo OMS (2015).

Quello che emerge in modo univoco da questa tabella e dai commenti forniti nell'analisi da parte dei singoli Paesi nel lavoro dell'OMS (2015) è che gli stati che hanno istituito un sistema di liste possono rendere meglio conto degli accessi degli assistiti degli MMG, nonché della continuità assistenziale che viene garantita nel momento in cui il punto di accesso di un paziente al SSN avviene sempre attraverso la stessa figura centralizzata. Oltre all'Italia, infatti, dai dati disponibili in questo senso emergono alte percentuali di ricorrenza regolare al MMG selezionato dal paziente nei Paesi col sistema a liste, come ad esempio Belgio, Danimarca, Repubblica Ceca, Estonia, Francia, Spagna, Ungheria, Slovenia, Polonia, Norvegia, ecc. Sono gli stessi stati che spesso tendono a registrare in modo rigoroso i dati clinici dei pazienti, che vi sia o meno un obbligo esplicito da parte della legge. In definitiva, l'organizzazione italiana della medicina generale che fa da contorno alla presente ricerca si dimostra in linea con quelle che per l'OMS (2015) sono annoverabili tra i criteri di continuità assistenziale nell'ambito delle cure primarie, e ciò fornisce a questo inquadramento teorico un elemento sensibile per lo studio linguistico della relazione medico-paziente.

A1.2 La formazione dei MMG

In questo paragrafo si riassumeranno il percorso obbligatorio per diventare MMG e le eventuali opportunità formative aggiuntive offerte a livello nazionale e regionale per la preparazione teorico-pratica dei medici di famiglia.

A1.2.1 - La formazione post laurea

Diversamente dalle altre specializzazioni, sia cliniche che chirurgiche, la formazione post laurea che deve intraprendere un medico per diventare MMG avviene fuori dall'ospedale: dopo i sei anni per la laurea in medicina e chirurgia, un tirocinio obbligatorio per accedere all'esame di stato, e il superamento di tale esame per l'acquisizione dell'abilitazione alla professione medica con iscrizione all'Ordine, il percorso per gli specializzandi in medicina generale o di famiglia prevede tre anni di corso di formazione che viene organizzato dai dipartimenti sanitari delle singole Regioni, sotto la supervisione del Ministero della Salute (OMS 2015). Per quanto concerne l'organizzazione delle varie regioni, ed in particolare del FVG (ARCS 2020) del corso triennale di formazione specifica in medicina generale, esso prevede un minimo di 4800 ore, di cui 1/3 (1600 ore) in attività didattiche di tipo teorico che includono lezioni e seminari, e 2/3 (3200 ore) in attività formative di tipo pratico da svolgersi nelle strutture ospedaliere della regione e presso gli ambulatori dei tutor di medicina generale e di PLS.

Rispetto all'area di interesse di questa ricerca, un elemento quantificabile che riguarda la formazione che i futuri MMG ricevono dal Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale tenuto dal CEFORMED (Centro di Formazione per l'Assistenza Sanitaria) in FVG riguarda le ore di formazione teorica dedicate ad argomenti di carattere relazionale-comunicativo. Da settembre 2021 a maggio 2022, sia al primo anno di corso, su 135 ore di lezioni seminariali, che al secondo, su 138 ore, 3 ore sono dedicate al metodo Balint e 15 ore (5 moduli da 3 ore) al tema «La comunicazione come tempo di cura»; al terzo anno, su 129 ore di corso, sono previsti due moduli da 3 ore ciascuno, il primo intitolato «Il conflitto medico-paziente» e il secondo a tema «La comunicazione come tempo di cura». Tutti i moduli prevedono un'ora di autoapprendimento ciascuno. Quindi, i primi due anni del corso offrono un 15% di attività teoriche relative alla relazione e alla comunicazione medico-paziente (ARCS 2020).

A1.2.2 - La formazione permanente

Secondo il D.M. 582/92, regolante i rapporti tra il Ministero della Sanità e i medici ambulatoriali, specialisti e generici, ed in particolare secondo l'Articolo 12 del suddetto decreto che regola l'Aggiornamento professionale obbligatorio, i medici che operano non solo per il Ministero ma anche per le Unità Sanitarie Locali (UU.SS.LL.) sono tenuti a partecipare ai corsi di aggiornamento speciali organizzati dal Ministero della sanità - Ufficio per l'attuazione del Servizio sanitario nazionale, per un impegno complessivo di 40 ore annue durante le quali il professionista viene considerato in permesso retribuito.

Vi è inoltre un programma nazionale di accreditamento rappresentato dagli ECM, acronimo per Educazione Continua in Medicina che, secondo il sito dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.na.s), è stato avviato nel 2002 in base al D.Lgs 502/92, integrato dal successivo D.Lgs 229/99, che ha istituito l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità. Con l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente «La formazione continua nel settore salute» (Rep.Atti n. 14/CSR) sancito il 2 febbraio 2017, anche la regione FVG ha approvato il documento «La formazione continua nel settore Salute». Questo tipo di validazione e aggiornamento professionale consiste nella partecipazione ad attività formative offerte da aziende o enti pubblici e privati, purché accreditati come Provider delle attività di formazione: si può trattare di eventi residenziali (RES) come seminari, workshop, simposi, tavole rotonde e sessioni plenarie, di formazione sul campo (FSC) e di formazione a distanza (FAD).

In aggiunta, come riportato sul sito della Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie (SIICP), per gli MMG è possibile anche prendere parte al corso per Animatori di Formazione in Medicina Generale. L'obiettivo di questo percorso è di istruire figure strategiche per i processi di educazione permanente nell'ambito della medicina generale, che siano in grado di identificare i bisogni formativi della professione e quindi progettare, condurre e valutare opportunità di formazione. Anche questo corso costituisce un'opportunità formativa che, organizzata e bandita da enti accreditati per le varie regioni, rientra nel programma di formazione continua ECM, garantendo ai professionisti così l'ottenimento dei crediti formativi secondo l'impegno orario del corso.

Un ulteriore percorso per gli MMG riguarda la possibilità di formarsi per diventare a loro volta tutor dei medici di medicina generale in formazione, per poterli accogliere come tirocinanti nei propri ambulatori durante il triennale Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.

AI.2.3 - La Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie

Un'ulteriore fonte di approfondimento professionale per gli MMG è rappresentata dall'impegno della Società Italiana di Medicina Generale delle Cure Primarie (SIMG) che, come riporta nella sezione di presentazione del suo sito,

«è un'associazione autonoma e indipendente nata per promuovere, valorizzare e sostenere il ruolo professionale dei medici di medicina generale, sia nella sanità italiana che nelle organizzazioni sanitarie europee e extraeuropee. [...] L'associazione, che si propone alle istituzioni pubbliche e private quale referente scientifico-professionale della medicina generale, presta particolare attenzione alle attività di formazione, di ricerca e di sviluppo professionale continuo, anche attraverso l'accREDITAMENTO dei propri soci».

La SIMG, che nel 2022 compie 40 anni, si è sempre impegnata nella formazione dei propri soci attraverso un'offerta di vari approfondimenti professionalizzanti: dagli incontri di accREDITAMENTO finalizzati al raggiungimento degli ECM con il catalogo del portale 'SIMG Learning', alla fondazione di una Scuola di Alta Formazione per supportare lo sviluppo della figura del MMG verso una dimensione di vero e proprio *manager* delle cure primarie, dal lancio della prima Scuola Italiana per Animatori di Formazione, al Congresso Nazionale SIMG che si tiene ogni anno per tre giorni nel mese di novembre e che nel 2022 vedrà la sua 39^a edizione (e i cui atti congressuali delle edizioni passate sono disponibili sul sito dell'associazione dal 2003 a oggi).

Un'altra risorsa targata SIMG che risulta determinante per l'accrescimento della professionalità del MMG è la rivista scientifica che l'associazione pubblica (e di cui, sul suo sito, sono reperibili i numeri e/o i contenuti²⁶) a partire dal 1997. D'interesse per questa ricerca è l'osservazione di alcuni editoriali o approfondimenti circa gli aspetti relazionali e comunicativi, che si inseriscono in quella che altrimenti è una rivista ad alto carattere tecnico-scientifico, con articoli specialistici sulle varie aree d'interesse medico che il MMG si trova ad affrontare nella sua gestione a tutto tondo del paziente. Le tematiche dell'ambito comunicativo-relazionale hanno avuto titoli del tipo «L'importanza dell'ascolto nella relazione terapeutica in Medicina Generale», «Le implicazioni emotive nella relazione terapeutica in Medicina Generale» e «La cultura umanistica nella formazione del medico»²⁷ nel 1997. O anche un editoriale del 1998²⁸ dal titolo «Agosto, dottore mio non ti riconosco» che ripercorre la figura e il ruolo del MMG attraverso i modelli d'interazione medico-paziente, sottolineandone criticità e anacronismi. E ancora:

²⁶ Archivio Rivista SIMG => <https://www.simg.it/category/pubblicazioni/rivista-simg/>

²⁷ Rivista SIMG, rispettivamente: Numero 1, 1997; Numero 5, 1997; Numero 10, 1997.

²⁸ Rivista SIMG: Numero 7, 1998.

«Problematiche relazionali nell'ambulatorio del medico» nel '99²⁹ che indaga le dinamiche comunicative e il linguaggio usato; «Medico e paziente tra passato e futuro» nel 2000³⁰ che offre una visione di radice antropologica dell'approccio al malato come essere sociale, e non alla malattia come entità biologica.

Dopo questo primo inizio, costante in questa dimensione sociale e comunicativa, la rivista ha preso una direzione maggiormente tecnica, seppure con qualche ricomparsa delle tematiche care al presente studio. Vediamo allora nel 2002³¹ una pubblicazione dal titolo «La prima visita: le aspettative dei pazienti» che rende conto di una ricerca condotta in 2 studi di medicina generale di Padova nella seconda metà del 2000 che ha somministrato un questionario a 178 pazienti che si recavano dal MMG per la prima visita. I risultati di questa ricerca restituiscono che i pazienti consideravano importanti sia la maggioranza degli aspetti relativi alla formazione e alla preparazione del medico (ad esempio, la partecipazione regolare ai corsi di aggiornamento), sia anche a degli aspetti più legati alla relazione, come ad esempio la riservatezza, il far sentire il paziente libero di parlare dei suoi problemi, e lo spiegare le cose utilizzando termini semplici e chiari.

Negli ultimi anni, la rivista ha toccato questi aspetti meno spesso: nel 2006³², una lettera dal titolo «L'approccio centrato sulla persona in Medicina Generale» ha riportato l'attenzione ad alcune teorie paziente-centriche e la criticità di quelle strettamente biomediche (cfr. par. 1.1.2); nel 2013³³, un giovane MMG ha offerto una revisione dei principi relazionali, linguistici e comunicativi, nell'ottica di delineare un assetto ottimale per lo svolgimento dei colloqui; infine, nel 2017³⁴ un team veneto ha proposto una metodologia di rilevazione, classificazione e uso ai fini diagnostici e terapeutici delle bugie e delle omissioni grazie ad un approccio linguistico e pragmatico, facendo riferimento a segni verbali e non verbali di disagio e/o bugia, alle tipologie di bugie e omissioni, e alle possibilità per il MMG di comprenderne il significato e muoversi comunque nella direzione della diagnosi e della terapia.

²⁹ Rivista SIMG: Numero 3, 1999.

³⁰ Rivista SIMG: Numero 4, 2000.

³¹ Rivista SIMG: Numero 8, 2002.

³² Rivista SIMG: Numero 3, 2006.

³³ Rivista SIMG: Numero 1, 2013.

³⁴ Rivista SIMG: Numero 1, 2017.

Appendice 2: Modulo per l'espressione del consenso informato

“La comunicazione tra medico e paziente: il particolare caso del Medico di Famiglia”

Gentile partecipante,

Il presente studio è condotto da Gangi Barbara, laureanda, sotto la supervisione di Santulli Francesca, presso il Vostro studio medico. Firmando questo modulo, esprime il suo consenso alla partecipazione allo studio e alle attività in esso incluse. Per partecipare a questo studio, inoltre, è necessario firmare anche un consenso per le audio registrazioni: la mancata firma di questo consenso non le permetterà di partecipare allo studio. La partecipazione a questo studio è volontaria e potrà decidere di abbandonarlo in qualsiasi momento senza alcun tipo di conseguenza negativa. Esprimendo il suo consenso, autorizzerà i/le ricercatori/trici ad archiviare in formato digitale ed elaborare in maniera confidenziale e sicura i suoi dati personali per l'intera durata del progetto di ricerca o comunque fino alla loro completa anonimizzazione, in conformità con il Regolamento UE 2016/679 e il Decreto Legislativo n. 196/2003; inoltre, i risultati delle analisi dei dati verranno sempre presentati e pubblicati in tesi, libri o articoli per riviste scientifiche in forma aggregata e anonima. Può richiedere in ogni momento di modificare, rettificare o eliminare il suo consenso alla partecipazione allo studio e tutti i dati raccolti contattando il/la responsabile della raccolta dati (di cui i recapiti nella pag. seguente). Lo studio e i moduli che le viene chiesto di compilare hanno ricevuto l'approvazione della Commissione Etica di Ateneo in data 05.02.2020, verbale n. 1/2020 (per ulteriori informazioni: commissione.etica@unive.it).

Metodologia di ricerca

Il presente studio è rivolto a soggetti di età superiore a 18 anni che svolgono la professione di Medico di Medicina Generale convenzionato col SSN. L'interesse principale è quello di indagare le caratteristiche della comunicazione tra medico e paziente tramite la registrazione audio di un normale colloquio o visita. Infine, potremmo chiederle di compilare un breve questionario sul suo profilo linguistico, il *background* familiare e il percorso educativo. La compilazione del questionario è volontaria e non preclude la partecipazione allo studio.

Contatti

Per qualsiasi domanda relativa alle procedure dello studio e per modificare o revocare il consenso alla partecipazione allo studio, ora o in futuro, può contattare:

- Supervisore della ricerca: Francesca Santulli, francesca.santulli@unive.it
- Ricercatore/responsabile della raccolta dati: Barbara Gangi, studentessa, 865908@stud.unive.it
- Eventuali altri recapiti: Staff BemboLab, bembolab@unive.it, 041/2345738 - 041/2345748

Informativa sul trattamento dei dati nell'ambito del progetto “La comunicazione tra medico e paziente: il particolare caso del Medico di Famiglia” ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 2016/679 (“Regolamento”)

Con il presente documento, l'Università Ca' Foscari Venezia (“Università”) le fornisce informazioni in merito al trattamento dei dati personali raccolti all'interno del progetto di tesi denominato “**La comunicazione tra medico e paziente: il particolare caso del Medico di Famiglia** che si prefigge di indagare le caratteristiche della comunicazione tra medico e paziente ed è condotto da Barbara Gangi e supervisionato da Francesca Santulli quale Principal Investigator e relatrice del progetto di tesi. Ove necessitasse di ulteriori informazioni relative al progetto, la preghiamo di contattare il Principal Investigator scrivendo all'indirizzo di posta elettronica francesca.santulli@unive.it

Il progetto è stato redatto conformemente agli standard metodologici del settore disciplinare interessato ed è depositato presso il Laboratorio BemboLab – Dipartimento di Studi Linguistici e Culturali Comparati dell'Università Ca' Foscari di Venezia ove verrà conservato, assieme alla documentazione ad esso inerente (salvo le pubblicazioni nel frattempo effettuate), per cinque anni dalla conclusione programmata della ricerca stessa.

1. Titolare del Trattamento

Il Titolare del Trattamento è l'Università Ca' Foscari Venezia con sede legale in Dorsoduro 3246, 30123 Venezia, rappresentata dal Magnifico Rettore *pro tempore*.

2. Responsabile della Protezione dei Dati

L'Università Ca' Foscari ha nominato il "Responsabile della Protezione dei Dati", che può essere contattato scrivendo all'indirizzo di posta elettronica dpo@unive.it o al seguente indirizzo: Università Ca' Foscari Venezia, Responsabile della Protezione dei Dati, Dorsoduro 3246, 30123 Venezia (VE).

3. Categorie di Dati Personali, Finalità e Base Giuridica

Il trattamento ha ad oggetto i seguenti dati personali del partecipante:

- Nome e cognome indicato nel modulo di consenso informativo;
- Audio registrazioni del colloquio con i propri assistiti;
- Informazioni sulla propria istruzione, esperienza professionale e profilo linguistico.

Si noti che potrebbero essere raccolte altresì generalità personali, dati anagrafici e di contatto che potrebbero essere comunicati al paziente durante il colloquio orale registrato. Diversamente da una comunicazione diretta del paziente al proprio medico o viceversa avvenuta durante la registrazione, quindi, le ricercatrici di questo progetto non avranno accesso a dati direttamente identificativi. I predetti dati saranno raccolti attraverso interviste audio registrate ed un breve questionario sul suo profilo linguistico, il *background* familiare e il percorso educativo. La compilazione del questionario è volontaria e non preclude la partecipazione allo studio.

Il trattamento dei dati personali verrà effettuato con strumenti cartacei ed informatici, adottando misure tecniche e organizzative adeguate a proteggerli da accessi non autorizzati o illeciti, dalla distruzione, dalla perdita di integrità e riservatezza, anche accidentali.

Per la tutela della riservatezza dei partecipanti, i dati personali raccolti mediante le audio registrazioni verranno immediatamente trascritti, privati di ogni riferimento che consenta anche solo potenzialmente l'identificazione della persona fisica e successivamente distrutte definitivamente.

Le attività di ricerca sono svolte nell'ambito dell'esecuzione delle finalità istituzionali di ricerca scientifica dell'Ateneo, pertanto la base giuridica è rappresentata dall'art. 6.1.e) del Regolamento ("esecuzione di un compito di interesse pubblico"). Lei potrà revocare il suo consenso in qualsiasi momento senza subire alcun pregiudizio, scrivendo al Responsabile della Protezione dei Dati personali ai recapiti sopra indicati. L'Ateneo si asterrà dal trattare ulteriormente i predetti dati personali salvo sussistano motivi cogenti che legittimino la prosecuzione dello stesso.

4. Tempi di Conservazione

I dati saranno conservati per la durata necessaria per giungere alla completa anonimizzazione dei dati personali raccolti.

5. Destinatari e Categorie di Destinatari dei Dati Personali

I dati raccolti saranno trattati dai ricercatori dell'Università e dai ricercatori impegnati nel progetto, che agiscono sulla base di specifiche istruzioni fornite in ordine alle finalità e modalità del trattamento medesimo, nonché da soggetti che forniscono servizi ausiliari all'Università nominati 'responsabili del trattamento'. La lista aggiornata dei responsabili del trattamento è disponibile alla pagina: <https://www.unive.it/pag/34666/>.

I dati, in forma aggregata ed anonima (in modo da non renderla mai singolarmente identificabile), potranno inoltre essere comunicati ad altre Università o enti per lo svolgimento delle attività di ricerca e diffusi per attività di disseminazione dei risultati (ad es. in pubblicazioni, rapporti di ricerca, banche dati nonché citazioni durante lezioni, seminari e convegni). Potranno altresì esaminare tutta la documentazione (comprensiva dei dati identificativi dei partecipanti) raccolta nell'ambito del progetto sia organismi nazionali e internazionali sia comitati delle riviste scientifiche italiane e straniere al fine di controllare che la ricerca sia condotta correttamente e in conformità alle disposizioni vigenti, nonché eventuali auditor.

6. Diritti dell'Interessato e Modalità di Esercizio

Lei potrà esercitare nei confronti dell'Università tutti i diritti previsti dagli artt. 15 e ss. del Regolamento; in particolare, potrà ottenere: l'accesso ai dati personali, la loro rettifica o integrazione, la cancellazione (c.d. "diritto all'oblio"), la limitazione e l'opposizione del trattamento. Qualora abbia prestato il suo consenso esplicito al trattamento delle categorie particolari di dati personali, ha il diritto di revocarlo in ogni tempo (fino a completa anonimizzazione), a semplice richiesta. La richiesta di esercizio dei diritti a lei spettanti potrà essere presentata, senza alcuna formalità, contattando direttamente il Principal Investigator all'indirizzo francesca.santulli@unive.it e/o il Responsabile della Protezione dei Dati all'indirizzo dpo@unive.it ovvero inviando una comunicazione al seguente recapito: Università Ca' Foscari Venezia – Responsabile della Protezione dei dati, Dorsoduro 3246, 30123 Venezia. In alternativa, è possibile contattare l'Università, scrivendo a PEC protocollo@pec.unive.it. Inoltre, se ritiene che i dati personali siano stati trattati in violazione a quanto disposto dal Regolamento, potrà fare reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali o adire le opportune sedi giudiziarie.

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara

di aver letto con attenzione e compreso le informazioni contenute nel presente documento; che il/la ricercatore/trice ha risposto alle domande in maniera esaustiva; che gli è stata consegnata una copia del presente documento. Dichiaro di esprimere il proprio consenso a partecipare allo studio qui descritto e dichiaro di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali. Il consenso potrà essere modificato/revocato in qualsiasi momento.

Luogo, data.

Firme.

Appendice 3: Consenso aggiuntivo per i dati sensibili

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a _____

consapevole della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento senza subire pregiudizio e letta l'informativa che precede

acconsento non acconsento

al trattamento delle categorie particolari di dati personali sopra citate, ovvero di salute, con le modalità e le finalità sopra descritte nell'informativa nell'ambito del suddetto progetto.

Luogo, data.

Firme.

Appendice 4: Consenso alla registrazione audio

Durante la sessione sperimentale la Sua voce verrà registrata come parte effettiva del progetto di ricerca. La partecipazione allo studio dipende dal Suo consenso alla registrazione audio della Sua voce ed è assolutamente volontaria. Al fine di tutelare la Sua privacy, il file contenente la registrazione audio e il file con la relativa trascrizione non saranno mai riconducibili alla Sua persona o ai Suoi dati personali, ma verranno trattati come descritto nel consenso informato generico. Le chiediamo di esprimere il consenso all'utilizzo delle registrazioni audio mettendo una crocetta negli appositi spazi. Questa è ricerca di base. Se esprimerà il Suo consenso, i risultati delle analisi dei dati in forma aggregata potranno essere pubblicati sotto forma di tesi, libri o articoli per riviste scientifiche. Se acconsentirà a riprodurre le registrazioni audio o mostrare le trascrizioni in ambito didattico o in contesti quali congressi, convegni o seminari scientifici, esse non riporteranno mai nessun codice, sigla o dicitura che possano essere ricondotte a Lei o ai Suoi dati personali, ma saranno presentati in forma aggregata. Le ricordiamo che Lei potrà contattare il/la ricercatore/trice di riferimento scrivendo all'indirizzo email 865908@stud.unive.it o lo staff del BemboLab chiamando i numeri 041/2345738 - 041/2345748 oppure scrivendo una email a bembolab@unive.it per chiedere di modificare o ritirare il consenso alla partecipazione al progetto di ricerca in qualsiasi momento o per chiedere chiarimenti riguardo il progetto di ricerca. Lo studio e i moduli che Le viene chiesto di compilare hanno ricevuto l'approvazione della Commissione Etica di Ateneo (Università Ca' Foscari Venezia) in data 05.02.2020, verbale n. 1/2020. Per qualsiasi chiarimento riguardo le modalità di approvazione dei progetti e delle procedure può contattare i membri della Commissione all'indirizzo email commissione.etica@unive.it.

1. Esprimo il consenso alla registrazione audio durante la sessione sperimentale. Sì No
2. Le registrazioni audio e le relative trascrizioni potranno essere ascoltate, lette e analizzate dal/la ricercatore/trice (e eventualmente dal team) nell'ambito del progetto di ricerca. Sì No
3. Le registrazioni audio e le relative trascrizioni potranno essere conservate in formato digitale e cartaceo dalla ricercatrice per l'intera durata del progetto di ricerca. Sì No
4. Le registrazioni audio e le relative trascrizioni potranno essere conservate in formato digitale e cartaceo dal/la ricercatore/trice (e eventualmente dal team) almeno per 5 anni dopo la conclusione del progetto di ricerca. Sì No
5. Le registrazioni audio e le relative trascrizioni potranno essere ascoltate, lette e analizzate da altri/e ricercatori/trici del BemboLab per studi di approfondimento al termine dell'attuale progetto di ricerca. Sì No
6. I dati estrapolati dalle registrazioni audio e dalle relative trascrizioni e collettivamente analizzati potranno essere pubblicati in forma anonima in riviste e in articoli scientifici. Sì No
7. Le registrazioni audio e le relative trascrizioni potranno essere mostrate in maniera anonima a scopo educativo/formativo all'interno del BemboLab. Sì No
8. Le registrazioni audio e le relative trascrizioni potranno essere riprodotte/mostrare in maniera anonima durante congressi, convegni e seminari scientifici a scopo divulgativo. Sì No
9. Le registrazioni audio e le relative trascrizioni potranno essere riprodotte/mostrare in maniera anonima durante le lezioni a scopo didattico. Sì No

Ho letto con attenzione e compreso tutte le informazioni e i punti del documento. Esprimo il mio consenso all'utilizzo delle registrazioni audio come indicato qui sopra e autorizzo il/la ricercatore/trice a trattare, gestire ed archiviare tutti i dati sperimentali con le modalità sopracitate. Il/La ricercatore/trice ha risposto alle mie domande in maniera esaustiva. Mi è stata consegnata una copia del presente documento. Il mio consenso potrà essere modificato/revocato in qualsiasi momento.

Luogo, data.

Firme.

Appendice 5: Questionario sulle abitudini linguistiche

Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande relative alle sue abitudini linguistiche. Il questionario contiene 10 domande e le porterà via solo 5 minuti. Grazie infinite della collaborazione!

Sezione 1. Informazioni biografiche

Nome e Cognome: _____ Et : _____ anni

Genere:

- Uomo
- Donna
- Altro
- Preferisco non rispondere

Livello massimo di istruzione:

- Primaria (6 – 10 anni)
- Secondaria di primo grado (11 – 13 anni)
- Secondaria di secondo grado (14 – 18 anni)
- Universit  (triennale, magistrale, master, dottorato di ricerca, corsi post-laurea)
- Altro (specificare): _____

Luogo attuale di residenza: Citt  _____ Regione _____

Da quanti anni   assistito da questo medico curante? _____ (se meno di 1 anno, si risponda 0)

Sezione 2. Anamnesi linguistica

Generalmente, quale lingua parlava da bambino/a (0-10 anni) nei seguenti contesti?

	Quasi solo italiano	Soprattutto italiano ma a volte friulano	Italiano e friulano pi� o meno alla pari	Soprattutto friulano ma a volte italiano	Quasi solo friulano
in famiglia					
a scuola					
con gli amici					

Generalmente, quale lingua parlava da ragazzo/a (11-18 anni) nei seguenti contesti?

	Quasi solo italiano	Soprattutto italiano ma a volte friulano	Italiano e friulano pi� o meno alla pari	Soprattutto friulano ma a volte italiano	Quasi solo friulano
in famiglia					
a scuola					
con gli amici					

Generalmente, quale lingua parla oggi nei seguenti contesti?

	Quasi solo italiano	Soprattutto italiano ma a volte friulano	Italiano e friulano più o meno alla pari	Soprattutto friulano ma a volte italiano	Quasi solo friulano
con i parenti					
con i colleghi					
con gli amici					
con un/a commesso/a o impiegato/a di <i>front office</i> (posta, negozi, sportelli...)					
con un artigiano (idraulico, elettricista, falegname...)					
con un medico specialista (ospedaliero o privato) o del Pronto Soccorso					
con il medico di famiglia (Medico di Medicina Generale)					
con un professionista iscritto a un ordine/albo (avvocato, commercialista, psicanalista, geometra...)					

Generalmente, come si rivolge alle seguenti figure professionali?

	dando del "TU"	dando del "LEP"	dando del "VOP"
a un/a commesso/a o impiegato/a di <i>front office</i> (posta, negozi, sportelli...)			
a un artigiano (idraulico, elettricista, falegname...)			
a un medico specialista (ospedaliero o privato) o del Pronto Soccorso			
al medico di famiglia (Medico di Medicina Generale)			
a un professionista iscritto a un ordine/albo (avvocato, commercialista, psicanalista, geometra...)			

Grazie!

Appendice 6: Tabelle

Tabella A. Risposte alla domanda sul bilinguismo da bambini (0-10).

	Quasi solo italiano	Soprattutto italiano ma a volte friulano	Italiano e friulano più o meno alla pari	Soprattutto friulano ma a volte italiano	Quasi solo friulano
In famiglia	18	3	8	3	34
A scuola	41	6	9	4	6
Con gli amici	20	5	11	2	27

Tabella B. Risposte alla domanda sul bilinguismo da ragazzi (11-18).

	Quasi solo italiano	Soprattutto italiano ma a volte friulano	Italiano e friulano più o meno alla pari	Soprattutto friulano ma a volte italiano	Quasi solo friulano
In famiglia	19	2	7	4	34
A scuola	44	5	8	4	5
Con gli amici	21	5	11	4	24

Tabella C. Risposte alla domanda sul bilinguismo da adulti (oggi).

	Quasi solo italiano	Soprattutto italiano ma a volte friulano	Italiano e friulano più o meno alla pari	Soprattutto friulano ma a volte italiano	Quasi solo friulano
Con i parenti	19	3	9	7	27
Con i colleghi	26	5	13	3	18
Con gli amici	23	1	10	3	28

Tabella D. Risposte alla domanda sul bilinguismo nei confronti di mestieri e professioni.

	Quasi solo italiano	Soprattutto italiano ma a volte friulano	Italiano e friulano più o meno alla pari	Soprattutto friulano ma a volte italiano	Quasi solo friulano
commesso/a o impiegato/a di front office (posta, negozi, sportelli...)	41	4	10	3	6
artigiano (idraulico, elettricista, falegname...)	26	6	9	6	17
medico specialista (ospedaliero o privato) o del Pronto Soccorso	57	4	3	0	0
medico di famiglia (MMG)	43	1	4	1	15
professionista iscritto a un ordine/albo (avvocato, commercialista, psicanalista, geometra...)	59	3	1	0	1

Tabella E. Risposte alla domanda sul pronome allocutivo nei confronti di mestieri e professioni.

	Dando del «LEI»	Dando del «TU»
commesso/a o impiegato/a di front office (posta, negozi, sportelli...)	57	7
artigiano (idraulico, elettricista, falegname...)	43	21
medico specialista (ospedaliero o privato) o del Pronto Soccorso	63	1
medico di famiglia (MMG)	44	20
professionista iscritto a un ordine/albo (avvocato, commercialista, psicanalista, geometra...)	62	2

Tabella F. Percentuali medie dell'eloquio e media di parole a battuta fra MMG e pazienti.

MMG	Media % (Dr)	Media parole / battuta (Dr)	Media % (Pz)	Media parole / battuta (Pz)
A	46%	8	54%	8
B	58%	13	42%	9
C	76%	15	24%	5
D	48%	8	52%	8
E	53%	10	47%	8
F	48%	9	52%	9
G	42%	7	58%	10
H	48%	8	52%	9
I	50%	9	50%	10

Tabella G. Percentuali medie di eloquio in Friulano o dialetto per medico (Dr) e pazienti (Pz).

MMG	Volg. Dr	Volg. Pz	Inform. Dr	Inform. Pz	Aul. Dr	Aul. Pz	Tec-Sc. Dr	Tec-Sc. Pz
A	0,87%	1,09%	3,48%	3,48%	0,05%	0,01%	2,76%	2,02%
B	0,07%	0,27%	0,92%	1,85%	0,52%	0,25%	3,85%	1,83%
C	0,01%	0,47%	0,96%	1,44%	0,97%	0,00%	3,63%	1,40%
D	0,15%	0,46%	1,96%	2,35%	0,46%	0,27%	5,28%	2,03%
E	0,25%	0,65%	2,31%	1,95%	0,04%	0,03%	1,98%	1,01%
F	0,12%	0,37%	1,29%	1,14%	0,15%	0,04%	3,51%	2,37%
G	0,62%	0,53%	2,19%	2,21%	0,04%	0,14%	4,02%	2,08%
H	0,65%	1,65%	2,09%	1,39%	0,02%	0,15%	3,29%	2,00%
I	0,38%	0,64%	1,45%	1,57%	1,42%	0,23%	5,20%	2,36%

Appendice 7: Esempi dal corpus

7.1 Il registro volgare

Di seguito, ai fini dell'apprezzamento dei dati raccolti, si forniranno degli esempi delle espressioni informali e volgari più significative per il contesto.

Espressioni colorite e iperboliche.

Codice conversazione: A01.

Pz: Male **da morire** eh.

[...]

Dr: I flaconcini **fanno schifo!**

Codice conversazione: A02.

Pz: Fan da mangiare che è **una bomba** guarda, **da Dio!**

[...]

Pz: Non ti dico, è tutto **un fuego**, che va di qua di là

Codice conversazione: A05.

PzM: [...] Bon **mi veniva da piangere** a fare la pipì!

[...]

PzM: Scusa se ti abbiamo **rotto le scatole**

Dr: Ma va, figurati!

Codice conversazione: A07.

PzF: Si comunque salassi non li sto facendo da:::l **settembre** dell'anno scorso, perché con quella- come si chiama là- quella **schifosa medicina** che prendo::

[...]

PzF: [...] perché::: mi sto- mi sto **scocciando** con tutte ste... **menate!**

Codice conversazione: D05.

Dr: Col vaccino tutto bene?

Pz: Sì, la seconda dose sono stato due giorni **ammazzato**.

Codice conversazione: D08.

Dr: Buongiorno! Come andiamo?

Pz: E:::h **una chiavica** grazie!

Dr: **Una chiavica!** Perché?

Pz: Allora, a parte che::: **un freddo fotonico**

[...]

- Pz: [...] andavo in bagno, un po' di **Montezuma** e tornavo a dormire, invece sabato **morte e distruzione**. C'è bacinella e water **se no morivo**.
- [...]
- Pz: Perché c'è stato un periodo due settimane fa in cui avevo le gambe che veramente **sembravo una che veniva picchiata dalla mattina alla sera** ((ride))
- [...]
- Pz: Sì ho anche pensato che potessero essere degli effetti assurdamente del vaccino ma l'ho fatto **mille anni fa**

Codice conversazione: I02.

- Pz: Perché gli ho detto che posso **ammazzarla** quando- Cioè non avrei adesso di **ammazzarla**, la **ammazzo**, ma non ho ness-
- [...]
- Pz: Però, io bambina, sì, vedersi questo che era, non so se **mongoloide**, non so cosa fosse

Parolacce e bestemmie.

Codice conversazione: A05.

- PzF: Io?? **Hazzo!** Il caldo non lo sopporto, non. lo. sopporto!
- [...]
- Dr: Ti fa star meglio e basta!
- PzM: Va ben, ma **Dio poi!**
- [...]
- PzM: **Dio boi** siamo stati là::: una vita là...

Codice conversazione: A06.

- Dr: Mio zio diceva «**Tromba di culo, sanità di corpo**»
- Pz: Di corpo, ok...
- Dr: Ce ne ho un'altra. «**La scoreggia è l'urlo lacerante della merda oppressa**»
- [...]
- Dr: Proprio **culo e camicia** sono, sempre insieme, sempre insieme.

Codice conversazione: C02.

- Pz: Parcè che o ai viodût int che **Dio porc**, a son tancj sì
Perché ho visto gente che Dio porco, sono tanti sì
- [...]
- Pz: **Dio porc** ce robe, ce robe
Dio porco che robe, che robe

Codice conversazione: D03.

Dr: È già un anno!
PzF: **Dio boe** ce ch'al passe chel timp
Dio boia, come passa il tempo

Codice conversazione: D04.

Dr: Attento alle zecche!!
Pz: **Dio bon**, son tante, eh!

Codice conversazione: D05.

Dr: Ferie fatte::: una settimana ma non le ho minimamente sentite ((ride))
Pz: Solo una? Eh **Dio poi**

Codice conversazione: E01.

Pz: [...] Mi onç cul VOLTAREN®, saio jo ce dal **porco can**
Mi ungo col VOLTAREN®, non so che porco cane

Codice conversazione: E02.

Pz: No diciamo::: per **sfiga** li ho conosciuti.

Codice conversazione: G05.

Pz: Tutt'al più se c'è la terza dose io la faccio, sa? Anche se sto male **non me ne frega niente**, pazienza, però:::

Codice conversazione: H03.

PzM: Jo i ai dit «**Dio poi**, o ai a pene fat l'anche, o ai di vê ancje chê li ancje cumò». Alore lui al à dit «Spietìn doi agns». No ma... Mi à fat pierdi un tic di equilibrio chê **porco Dio** di anche achì.
Gli ho detto «Dio poi, ho appena fatto l'anca, devo fare anche quella adesso». Allora lui ha detto «Aspettiamo due anni». No ma... Mi ha fatto perdere un po' di equilibrio questo porco Dio di anca qui.

Codice conversazione: H04

Pz: E dopo **o zuri che dopo no romp i coions**
E dopo giuro che non rompo i coglioni
Dr: Ma figuriti, o soi chi par chel eh! No, viodin di risolvi la cuistion de vòs.
Ma figurati, son qui per quello eh! Vediamo di risolvere la questione degli occhi
Pz: No **Dio poi**, o dîs, **che cazzo**, ce ise? Ma isal pussibil?
No Dio poi, dico, che cazzo, cos'è? Ma è possibile?

Codice conversazione: H07.

Dr: E l'eparina, ok?

Pz: Tal **cûl**?
Nel culo?

Dr: No no! Te panze.
No no! Nella pancia.

Codice conversazione: I02.

Pz: A forza che **mi hanno tanto rotto** a casa, la psicologa mi ha mandato dalla psichiatra.

[...]

Pz: ma i problemi che ho con questa **vecchia bastarda**

Regionalismi e dialettalismi

Codice conversazione: A01.

Pz: [...] non sono riuscita assolutamente a **combinare**³⁵ con nessuno perché non rispondevano né il CUP né...

Codice conversazione: A03.

Pz: =Allora, parte del ginocchio, comincia **dolire**, poi mi va su...

Codice conversazione: A07.

PzF: ((ride)) Ecco vedi, allora lui tiene il dolo::re, là sul divano come un **disperà**.

[...]

Dr: Ecco, se bevesse un po' di più...

PzF: Eh madonna quanto beve! Ma, **perfin un trippon cossì ghe vien!**

[...]

PzF: =Sa, fa tanti di quei **pastrocchi** là perché:-

[...]

PzF: Ecco allora dico, prima mi dai una roba che io ho- ho tenuto duro 12 giorni con **mal de pansa** sempre

[...]

PzF: Esatto, bravo, **me ga capì**

³⁵ NdA: in Friulano, il verbo "cumbinâ" significa anche "farcela, riuscire, arrangiarsi". È quindi comune nell'italiano regionale del Friuli-Venezia Giulia utilizzare il verbo "combinare" con questa accezione. Dal sito internet del "Vocabolario Europeo" online, alla voce "Cumbinin" => <https://www.festivaletteratura.it/it/vocabolario-adottivo/cumbinin#:~:text=Letteralmente%20significa%20%E2%80%9Ccombiniamo%E2%80%9D%3B%20vuol,%C3%88%20un'esclamazione%20%2D%20cumbinin!>

Codice conversazione: B01.

Pz: E mi sono sia **sbregata** sia- però era anche un colpo di botta, come.

Codice conversazione: B05.

Dr: **Urca!**

Pz: Eh lo so, no- non è un **urca**, ero andata così bene

Codice conversazione: D08.

Pz: Sì sì sì! Ho un po' di:: cè ho un po' di nausea ancora, ma non da dire:: **malon!**

[...]

Dr: Ha mangiato stamattina a colazione?

Pz: Sì, tre Abbracci.

Dr: Oh, poco!

Pz: Eh ma di più **non combino**³⁶, cè se-

Codice conversazione: G01.

Dr: Se **non si combina**³⁷ allora... facciamo un'opzione:::

Pz: Facciamo un tranello **intermegno** come si suol dire, no?

[...]

Pz: Il nostro cuoco è preoccupato, ma **si combina**³⁸, perché abbiamo già assoldato altri due, quindi... i grigliatori ci sono.

Codice conversazione: G04.

Pz: [...] durante l'estate sinceramente no, ma fanno **per televisione**³⁹, sa?

Codice conversazione: I03.

Pz: No sa cosa, devo fare adesso la visita del:- come si chiama... **ostrega!** Dal fisiatra.

Onomatopée, similitudini, metafore

Codice conversazione: A04.

Dr: Fammi veder la lingua! (4") Mamma mia

Pz: Che cosa!?

Dr: **Cin cin!**

Pz: Ma sì che bevo

³⁶ Si veda la nota 35.

³⁷ Si veda la nota 35.

³⁸ Si veda la nota 35.

³⁹ In Friulano, "alla televisione" o "in televisione" si dice "par television". È comune ricalcare questa espressione nell'italiano regionale del FVG con la forma "per televisione".

Codice conversazione: A07.

PzF: Invece lui mette la bottiglietta di mezzo litro bella frizzante sul tavolino e se ha “**glu glu glu gluc**” ((ride)) E quello non va bene

[...]

Pz: Sì però c'è anche una cosa da dire, che io a volte esagerando con l'acqua ho la pancia “**Ron ron ron ron ron**”

Dr: No no, non esageri mai con l'acqua, se la bevi a piccoli sorsi non esageri, se ti fai “**RA:::H**” esageri

Codice conversazione: B01.

Pz: Eh proprio qua, ecco qua, questo proprio **mi fa gli aghi qui**

Codice conversazione: B02:

Dr: Ah sì gliele stampo, aspetti un attimo... aspetti un attimo... **tac!**

Codice conversazione: D08.

Pz: Qui oggi un po' meno ma perché forse **sto sudando come una disgraziata**

Codice conversazione: E02.

Dr: Che infatti era questa segnata qua. Che noi... **tuc tuc tuc tuc tuc.**

Miscellanea

Codice conversazione: A06.

Dr: Ma ci mancherebbe! Anche se un **sagittario**...

Figlia: Beh, ti becchi l'**acquario** sto giro, va bene?

[...]

Pz: Sì hai ragione::! **Sagittario!**

Codice conversazione: D08.

Pz: E::hm e poi::: basta. Però son stata bene. Siamo tornati a casa, abbiamo fatto **pisolino**, ho fatto **pisolino**, l'ho aiutato a montare i mobili intanto che si preparava la cena...

[...]

Pz: E::: ci siamo messi poi sul divano tranquilli a::: lui col suo libro, io a giocare col::: col videogioco. Mezzanotte e mezza ho detto «Bon **vado a nanna**»

7.2 Il registro aulico

In questa parte, sarà possibile apprezzare esempi di scelte alte, tra il formale e l'aulico, che si sono mostrate particolarmente interessanti per varie ragioni: in quanto ritenute di registro incoerente con il livello della conversazione, poiché di una formalità eccessiva che avrebbe potuto essere resa in modo più immediato, o per la distanza che tali scelte hanno posto tra il parlante più acculturato e quello meno.

Viceversa, vi potrebbero anche essere dei casi ritenuti d'interesse perché colui/lei che li ha utilizzati (solitamente, il medico) ha poi riformulato in modo più accessibile il concetto, dimostrando una comprensione dei propri pazienti superiore all'iniziale istinto di utilizzare un termine troppo complesso.

Incongruenze di registro e incomprensioni

Codice conversazione: B01.

Dr: Ok. E questo è un dolore comparso tutto in un momento::, **progressivamente** nel tempo::...?

Pz: Quel- sì quello era un'altra cosa, è *da mo'*. Questo:: no, quest'anno diciamo::.

Codice conversazione: B06.

Dr: Allora. *Vediamo la pancia.* (6") C'è una **regione** dell'**addome** in cui **percepisce maggiormente** questo gonfiore?

Codice conversazione: C02.

Dr: [...] *disin* dal **pont di viste statistic**, *disin*, di chei che mi son capitâts, almeno metà delle persone che fanno l'acido ialuronico a àn dei risultati discreti, discreti al vûl dî ch'*a tirin indevant* con un **fastidio** più che un dolôr che ju limite.

[...] *diciamo dal punto di vista statistico, diciamo, di quelli che mi sono capitati, almeno metà delle persone che fanno l'acido ialuronico hanno dei risultati discreti, discreti vuol dire che tirano avanti con un fastidio più che un dolore che li limita.*

Codice conversazione: C04.

Dr: Spale diestre plui alte, chê atre plui basse, il bacino **slivellato**. Disin che tu sês un pôc *stuartute*.

Spalla destra più alta, l'altra più bassa, il bacino slivellato. Diciamo che sei un po' stortina.

[...]

Dr: Disin che:: nol è ben di nissune bande, tal sens che dutis lis articolazions a son **un ninin comprometudis, disin cussì...**

Diciamo che non è bene da nessuna parte, nel senso che tutte le articolazioni sono un pochettino compromesse, diciamo così...

Codice conversazione: D01.

Pz: Effettivamente mi sembra sia leggermente calato, così **a:: occhio**. Però:-

Dr: **Non sostanzialmente.**

Codice conversazione: D04.

Pz: E **come** le altre **robe** sono abbastanza nella norma?

Dr: Non ho ancora **terminato** di guardare, quello che ho visto finora andava tutto bene, ma adesso **terminiamo**.

Pz: Ah. Perché avevo visto i globuli rossi un po', ma anche l'altra volta, **bassini...**

Codice conversazione: D05.

Pz: Quindi fai quello che vuo- in realtà **fai quello che vuoi**

Dr: Sì è una cosa **discrezionale**, certo.

Codice conversazione: I01.

Dr: Ok. Ed è una zona **circoscritta**? Qui?

Pz: Mh arriva **fino a qua**. Sì, circoscritta sì perché non supera-

Dr: Beh, ma è ampia questa zona!⁴⁰

Codice conversazione: I04.

Dr: Partiamo dall'inizio, lei ha avuto un **trauma**?

Pz: No

Dr: È caduta?

Pz: No no no

Dr: Ah niente, sono venute fuori **spontaneamente**?

Pz: No, allora la prima volta mi son trovata sta macchia scura e ho detto «Ma cosa succede» no? [...] poi pensando, due giorni prima **un ragazzino mi era venuto sopra con la bicicletta**⁴¹.

⁴⁰ La zona descritta dalla paziente era praticamente metà della schiena, ma la definiva "circoscritta", dimostrando di non aver compreso a pieno il senso della parola utilizzata dal medico.

⁴¹ Anche in questo caso, alla parola "trauma" la paziente risponde di non averne subiti, eppure poi parla di un ragazzino che le è "venuto sopra con la bicicletta".

Codice conversazione: I04.

Dr: Anche lì per **oggettivare** se c'è un calo dell'udito, d'accordo? Che quello sì bisogna preservarlo ((ride))

Pz: ((ride)) Perché se no **baruffo** tutto il giorno con mio figlio! Perché non ci capiamo!

Riformulazioni da registro alto a più accessibile

Codice conversazione: A01.

Dr: Perché è talmente complicato, **multifattoriale**, che non esiste un rimedio unico che ti risolve tutto, purtroppo.

Codice conversazione: C01.

Pz: Ah poi lì al pronto soccorso mi hanno dato questo per mettere su

Dr: Allora questa può **sospenderla**, non c'è più bisogno, non è infetto, non c'è niente, e quindi quello- solo lavare le mani va bene, niente altro.

Codice conversazione: C03.

Dr: La risonanza serve [...] in presenza di quelle che chiamiamo le **red flags**, le bandierine rosse, i segni di allarme per dirti che quella roba lì probabilmente è un'ernia che va operata.

[...]

Dr: Una sindrome che non ha una **linea guida**, quindi dove i **soloni**, i nostri *capocje*⁴², non si sono espressi per dirti «Fai così così così così»

[...]

Dr: [...] consiglio di incrementare di 50mg a settimana, quindi al vûl dî che dôs pastiliis di cinquante a deventin di setantecinc. *quindi vuole dire che due pastiglie da cinquanta diventano da settantacinque.*

Codice conversazione: C04.

Dr: Quindi il dolôr al ven, tu tu ti stuarzis par compensâ il dolore, e questa compensa uno scompenso che **proroga ulteriormente** il dolore, lu fâs vignî fûr di altris bandis, non dome là che al jere la prime volte.

Quindi il dolore viene, tu ti storci per compensare il dolore e questa compensa uno scompenso che proroga ulteriormente il dolore, lo fa venire fuori da altre parti, non solo là dov'era la prima volta.

⁴² Capocje in Friulano significa “capoccia”, inteso sia come “testa” che come chi comanda.

Codice conversazione: I01.

Dr: Si ha una sensibilità **alterata**, diversa.

Codice conversazione: I02.

Dr: Ok, gli esami vanno bene, c'è sempre il discorso vitamina D che dobbiamo **incrementare**, dobbiamo aumentare il dosaggio.

Codice conversazione: I06.

Dr: Era una tosse insistente, **persistente**, cioè proprio non le ha dato tregua.

7.3 Il registro tecnico-scientifico

Quest'ultima sezione di variazioni diafasiche include il gergo medico, o la lingua speciale della medicina, comprensiva di:

- nomi commerciali di farmaci (TACHIPIRINA®) o loro principi attivi (paracetamolo);
- parti anatomiche (dalle più semplici come “muscolo” a termini più tecnici come “nervo ulnare” o “cuffia del rotatore della spalla”);
- patologie (glaucoma, vaginiti, bradicardia);
- valori delle analisi del sangue o altro (ferritina, colesterolo LDL, calprotectina, omocisteina, emoglobina glicata);
- esami o indagini (gastroscopia, TAC, esame istologico);
- specialisti (gastroenterologo, ematologo, trasfusionista) o reparti (fisiatria, diabetologia, cardiologia).

Di particolare interesse e quindi riportate in questa parte saranno quelle scelte linguistiche che il MMG spiega in modo più semplice (o autonomamente, o in seguito ad una richiesta di chiarimento).

Codice conversazione: B02.

Dr: Ok? E aumentare il contenuto di **fibre**

Pz: E **fibre**... cosa si intende?

Dr: **Fibre** sarebbero le verdure::, la frutta::, ok?, i cereali integra::li che sono ricchi di **fibre**, e questi cosa fanno, aumentano il contenuto di feci, le rendono anche morbide.

Codice conversazione: B04.

Dr: O::k. E c'è la conferma degli **anticorpi contro la tiroide**

Pz: Ah. Che non so::

Dr: Ok, adesso le spiego tutto. Adesso le spiego tutto quanto.
(al PC) "**Hashimoto**"

Codice conversazione: D01.

Dr: C'era anche la **VES** leggermente mossa, la **velocità di elettrosedim-**, che è un **indice di infiammazione**.

[...]

Dr: Perché cos'è questo? È la **guaina del tendine**, qui ci sono i tendini che scorrono. I tendini sono **come dei cavi** che scorrono in una guaina, e questa guaina si è ispessita e cosa fa, rende difficile lo scorrimento.

Codice conversazione: D05.

Dr: Sai cos'è la **bilirubina**? Un prodotto di **degradazione dei globuli rossi** che insomma è::: quello che dà il colore alla bile. La bile è arancione perché ottiene questo che si chiama bilirubina. E quindi a volte la bilirubina si può aumentare quando c'è la bile un po' spessa, ci sono un po' di calcoletti...

Codice conversazione: F02.

Parlando di cisti al rene.

Dr: Sono assolutamente delle cose benigne, faccia conto che il suo rene è **come un fagiolo, un grande fagiolo, liscio**. Poi può succedere, ci sono persone che formano **cisti** un po' nel fegato, un po' nel pancreas. Sono **come bolle** che vengono fuori, quindi la struttura del- del- del rene non è bella liscia.

Altri esempi sono stati selezionati in quanto sottolineano una netta differenza tra la competenza espressiva del medico e quella del paziente.

Codice conversazione: C03.

La paziente riferisce che le faceva male il **nervo sciatico**, il MMG non è d'accordo.

Dr: Alore jo le ai segnalade ca la prime volte il 29 giugno come forma **lombalgica**, quindi no **siatiche**, nome **schene**.

Allora, io l'ho segnata qui la prima volta il 29 giugno come forma lombalgica, quindi non sciatica, solo schiena.

Pz: Cioè sì mi dulive di li in jù ve!

Cioè sì mi faceva male da lì in giù!

Dr: Sì sì ca- ca propit al è segnât- cuant ch'ò met **lombalgjie** al significhe che il dolôr al è ae **schene**, che non è **gamba**, **schiena**, quindi fermo lì.

Sì sì, qua- qua proprio è segnato- quando metto lombalgia significa che il dolore è alla schiena, che non è gamba, schiena, quindi fermo lì.

Codice conversazione: H03.

Dr: Ma achì, secont di me a son doi problemis. Un, e je une **artrosi** siguramentri dal zenoli. Quindi al è vues cun vues. Però al è inflamât tal stes timp il **menisco** e il **leament colaterâl mediâl**

Ma qui, secondo me ci sono due problemi,. Uno, c'è sicuramente un'artrosi del ginocchio. Quindi osso contro osso. Però allo stesso tempo è infiammato il menisco e il legamento collaterale mediale

PzF: Sì parcè che propite alì, mi pâr che al sedi **un tic sglonfut**

Sì perché proprio lì, mi pare che sia un pochino gonfietto

Codice conversazione: I01.

Dr: Le dà- che **sintomi** ha?

Pz: Mi fa **maletto**. Non posso-

Dr: Ma come bruciore, come::: un formicolio? Un **dolore trafittivo**?

Pz: Come un dolore- **dolore leggero**. Sì. Ecco, ecco, alla sera, sì, lì così, **mi fa male**.

[...]

Dr: Qua... qua forse è più **edematosa** questa ((caviglia)) che questa.

Pz: Questa è più **cicciona**, caviglia.

Abbreviazioni

AC / CA = Analisi della Conversazione / Conversation Analysis

CTrees = Conditional Inference Trees

GP = General Practitioner

LEA = Livelli Essenziali di Assistenza

MMG = Medico di Medicina Generale o Medico di Famiglia

PCA = Principal Component Analysis (Analisi delle Componenti Principali)

PLS = Pediatra di Libera Scelta

PS = Pronto Soccorso

RF = Random Forest

SSN = Servizio Sanitario Nazionale

Leggi

D.M. 582/92 = Decreto Ministeriale del 31 dicembre 1992 n. 582. “Regolamento recante l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti tra il Ministero della sanità ed i medici ambulatoriali, specialisti e generici, operanti negli ambulatori direttamente gestiti dal Ministero della sanità per l'assistenza sanitaria al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile”

L.R. 15/96 = Legge Regionale del 22 marzo 1996 n. 15. “Norme per la tutela e la promozione della lingua e della cultura friulane e istituzione del servizio per le lingue regionali e minoritarie.”

L. 482/99 = Legge del 15 dicembre 1999 n. 482. “Norme in materia di tutela delle minoranze linguistiche storiche.”

D.Lgs 502/92 = Decreto Legislativo del 30 dicembre 1992 n. 502. “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.”

D.Lgs 229/99 = Decreto Legislativo del 19 giugno 1999 n. 229. “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.”

Bibliografia

Ariss S. M. (2009). Asymmetrical knowledge claims in general practice consultations with frequently attending patients: limitations and opportunities for patient participation. *Social science & medicine* (1982), 69(6), 908–919.

Berruto, G. (1987). *Sociolinguistica dell'Italiano Contemporaneo*. La Nuova Italia Scientifica.

Berruto, G. (2004). *Prima lezione di sociolinguistica*. Laterza.

Berruto, G. (2011) *Varietà* in Treccani, *Enciclopedia dell'italiano* [https://www.treccani.it/enciclopedia/varietà_\(Enciclopedia-dell'Italiano\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/varietà_(Enciclopedia-dell'Italiano)/)

Berruto G. (2011), *Variazione diafasica*, in Treccani, *Enciclopedia dell'italiano* [http://www.treccani.it/enciclopedia/variazione-diafasica_\(Enciclopedia-dell'Italiano\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/variazione-diafasica_(Enciclopedia-dell'Italiano)/)

Cavaco, A., & Roter, D. (2010). Pharmaceutical consultations in community pharmacies: utility of the Roter Interaction Analysis System to study pharmacist-patient communication. *The International journal of pharmacy practice*, 18(3), 141–148.

D'Achille, P. (2011). *Variazione diatopica*, in Treccani, *Enciclopedia dell'italiano*. https://www.treccani.it/enciclopedia/variazione-diatopica_%28Enciclopedia-dell%27Italiano%29/

Deveugele, M., Derese, A., van den Brink-Muinen, A., Bensing, J., & De Maeseneer, J. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ (Clinical research ed.)*, 325(7362), 472.

Emanuel, E. J. & Emanuel, L. L. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 267(16), 2221.

Fusco, F. (2011). *Il Friuli-Venezia Giulia: mosaico di lingue, lingue di minoranza e dialetti* in Treccani, l'Enciclopedia italiana. https://www.treccani.it/magazine/lingua_italiana/speciali/minoranze/Fusco.html

Fusco, F. (2020). Plurilingualism and Language Contact in Friuli Venezia Giulia: The State of the Research. *Quaderni d'italianistica*, 40(1), 165–199.

Garfinkel, H. (1996). Ethnomethodology's Program. *Social Psychology Quarterly*, 59(1), 5-21.

Gill, V. T. (1998). Doing Attributions in Medical Interaction: Patients' Explanations for Illness and Doctors' Responses. *Social Psychology Quarterly*, 61(4), 342–360.

Goodwin, C., Heritage, J. (1990). Conversation Analysis. *Annual Review of Anthropology*, 19, 283-307.

Il grande dizionario Garzanti della lingua italiana, Milano, Garzanti, 2008.

Hartmann, L., Ulmann, P. & Rochaix, L. (2006). Access to regular health care in Europe: Outline presentation. *Revue française des affaires sociales*, 115-132.

Heritage, J. (2004). 5 Conversation Analysis and Institutional Talk , in Fitch, K. L., & Sanders, R. E.. *Handbook of Language and Social Interaction* (Routledge Communication Series) (1st ed.). Psychology Press.

Hodges, B. D., Kuper, A., & Reeves, S. (2008). Qualitative Research: Discourse Analysis. *BMJ: British Medical Journal*, 337(7669), 570–572.

Hutchby, I. (2019). Conversation Analysis. In P. Atkinson, S. Delamont, A. Cernat, J.W. Sakshaug, & R.A. Williams (Eds.), *SAGE Research Methods Foundations*.

Jefferson, G. (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. In G. Lerner (Ed.), *Conversation analysis: Studies from the first generation* (pp. 13–31). Amsterdam, Netherlands: John Benjamins Publishing.

Kasimtseva, L., Kiseleva, L., & Dzhabrailova, S. (2019). Doctor-patient communication as a linguistic model. Proceedings of the 1st International Scientific Practical Conference “The Individual and Society in the Modern Geopolitical Environment” (ISMGE 2019).

Korsch, B. M., & Negrete, V. F. (1972). DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION. *Scientific American*, 227(2), 66–75.

Levshina, N. (2015). *How to do Linguistics with R*. Van Haren Publishing.

Li, H. Z., Krysko, M., Desroches, N. G., & Deagle, G. (2004). Reconceptualizing interruptions in physician-patient interviews: cooperative and intrusive. *Communication & medicine*, 1(2), 145–157.

Li, H., Desroches, N., Yum, Y., Koehn, C. and Deagle, G., (2007). Asymmetrical Talk between Physicians and Patients: A Quantitative Discourse Analysis. *Canadian Journal of Communication*, 32(3).

Li, H. Z., Zhang, Z., Yum, Y., Lundgren, J., & Pahal, J. S. (2008). Interruption and patient satisfaction in resident-patient consultations. *Health Education*, 108(5), 411–427.

Liu, Mengzhen. (2020). A Review of the Researches on Doctor–Patient Conversation.

Lussier, M. T., & Richard, C. (2006). Doctor-patient communication. Time to talk. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 52(11), 1401–1402.

McCarthy, D. M., Waite, K. R., Curtis, L. M., Engel, K. G., Baker, D. W., & Wolf, M. S. (2012). What Did the Doctor Say? Health Literacy and Recall of Medical Instructions. *Medical Care*, 50(4), 277–282.

Molinelli, P. (2010). *Pronomi allocutivi*, in Treccani, Enciclopedia dell'italiano. https://www.treccani.it/enciclopedia/pronomi-allocutivi_%28Enciclopedia-dell%27Italiano%29/

Ohtaki, S., Ohtaki, T., & Fetters, M. D. (2003). Doctor-patient communication: a comparison of the USA and Japan. *Family practice*, 20(3), 276–282.

Pawlikowska T, Leach J, Lavalley P, et al. (2007). Consultation models. In: Charlton R (ed.) *Learning to consult*. Oxford: Radcliffe Publishing Ltd., pp. 178-215.

Peck, B. M., & Conner, S. (2011). Talking with Me or Talking at Me? The Impact of Status Characteristics on Doctor-Patient Interaction. *Sociological Perspectives*, 54(4), 547–567.

Pires, Carla M. and Cavaco, Afonso M. (2014). Communication between health professionals and patients: review of studies using the RIAS (Roter Interaction Analysis System) method. *Revista da Associação Médica Brasileira* [online]. V. 60, n. 2, pp. 156-172.

Rizzolatti, P. (1996). Di ca da l'aga. Itinerari linguistici nel Friuli occidentale. Fondo de Cultura Económica.

Rossen, C. B., Buus, N., Stenager, E., & Stenager, E. (2015). The role of assessment packages for diagnostic consultations: A conversation analytic perspective. *Health*, 19(3), 294–317.

Rossi, G. (2021). Conversation analysis (CA). In J. Stanlaw (Ed.), *The International Encyclopedia of Linguistic Anthropology*. Wiley-Blackwell.

Roter DL, Hall JA (1989). Studies of doctor-patient interaction. *Annu Rev Public Health*. 1989; 10:163-80.

Roter, D. L., Stewart, M., Putnam, S. M., Lipkin, M., Jr, Stiles, W., & Inui, T. S. (1997). Communication patterns of primary care physicians. *JAMA*, 277(4), 350–356.

Roter D, Larson S. (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling* 46.

Rovere, G. (2010). *Linguaggi settoriali*, in Treccani, Enciclopedia dell'italiano. [https://www.treccani.it/enciclopedia/linguaggi-settoriali_\(Enciclopedia-dell'Italiano\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/linguaggi-settoriali_(Enciclopedia-dell'Italiano)/)

Rovere, G. (2011). *Registro*, in Treccani, Enciclopedia dell'italiano. [https://www.treccani.it/enciclopedia/registro_\(Enciclopedia-dell'Italiano\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/registro_(Enciclopedia-dell'Italiano)/)

Sabatini, F. (1985), “*L'italiano dell'uso medio*”: una realtà tra le varietà linguistiche italiane, in *Gesprochenes Italienisch in Geschichte und Gegenwart*, hrsg. von G. Holtus & E. Radtke, Tübingen, Narr, pp. 154-184.

Sacks, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G. (1974). A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation. *Language*, 50(4), 696–735.

Schegloff, E. (2007). *Sequence Organization in Interaction: A Primer in Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.

Waitzkin, H., Cabrera, A., de Cabrera, E. A., Radlow, M., & Rodriguez, F. (1996). Patient-Doctor Communication in Cross-National Perspective: A Study in Mexico. *Medical Care*, 34(7), 641–671.

Wijesundara, Karunatilake, Karunaratne, Dilmini, Chandratilake, Madawa. (2018). The dynamics of doctor-patient conversations: A linguistic analysis.

Wilson A. (1991). Consultation length in general practice: a review. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 41(344), 119–122.

White, Sarah. (2022). Bedside matters: Acknowledging responsibility in effective doctor–patient conversations. *Emergency Medicine Australasia*.

WHO Regional Office for Europe. (2015). *Building Primary Care in a Changing Europe (Observatory Studies) (1st ed.)*. World Health Organization.

WONCA Europe. (2011). *Definition of General Practice / Family Medicine*. WONCA Europe - World Family Doctors. Caring for People. <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>

Sitografia⁴³

Age.na.s. = *ECM - Educazione Continua in Medicina* in Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. <https://ape.agenas.it/home.aspx>

ARCS = *CEFORMED - Corso di formazione specifica in medicina generale* in Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute. <https://arcs.sanita.fvg.it/it/aree-tematiche/formazione/ceformed-centro-regionale-di-formazione-per-larea/corso-di-formazione-specifica-in-medicina-generale/>

ARLeF = *Agenzie Regionâl per Lenghe Furlane* - Agenzia Regionale per la Lingua Friulana. <https://arlef.it/it/>

ASUFC = Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale. <https://asufc.sanita.fvg.it/it/>

Dati Istat = *Statistiche Istat* in Istat - Istituto nazionale di statistica. <http://dati.istat.it/Index.aspx>

Dizionario di Medicina online di Treccani = https://www.treccani.it/enciclopedia/elenco-opere/Dizionario_di_Medicina

Dizionario Medico online di ABCsalute.it = <http://www.abcsalute.it/dizionario-medico>

Enciclopedia Medica online di Sapere.it by DeAgostini = <https://www.sapere.it/sapere/medicina-e-salute/enciclopedia-medica.html>

Enciclopedia Medica online di Sanihelp.it = <https://www.sanihelp.it/enciclopedia/>

⁴³ Si segnala che per tutte le voci riportate in sitografia, la data di ultima visualizzazione è da intendersi il giorno 22/09/2022.

ECM FVG = *Educazione Continua in Medicina - FVG* in Sanità Regione FVG.
<https://ecm.sanita.fvg.it/ecm/home>

Federsanità ANCI FVG = *Atlante dei servizi sanitari e sociosanitari in Friuli Venezia Giulia* in Federsanità ANCI - Friuli Venezia Giulia.
<https://federsanita.anci.fvg.it/comunicazione/pubblicazioni/atlante/#null>

HSE = *Health Service Executive*. Servizio Sanitario Irlandese.
<https://www2.hse.ie/medical-cards/>

Ministero della Salute = *LEA: assistenza distrettuale* in Ministero della Salute
<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4696&area=Lea&menu=distrettuale>

NVdB = Nuovo Vocabolario di Base della lingua italiana di Tullio de Mauro in Internazionale, de Mauro, T. (2017) *Il Nuovo vocabolario di base della lingua italiana*
<https://www.internazionale.it/opinione/tullio-de-mauro/2016/12/23/il-nuovo-vocabolario-di-base-della-lingua-italiana>

Orioles = Orioles, V., *Materiali didattici* in Prof. Vincenzo Orioles.
http://www.orioles.it/linguistica_mat.htm

SIICP = Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie.
<https://www.siicp.it/>

SIMG = Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie.
<https://www.simg.it/>

SFF = *Societât Filologjiche Furlane*. Società Filologica Friulana.
<https://www.filologicafriulana.it/>