

RETORICA E SCIENZA

*Il paziente impaziente.
Le strutture retoriche dell'attesa nel dialogo medico-paziente*

GAIA GAMBARELLI¹, ELVIRA PASSARO²

1 Alma Mater Studiorum – Università di Bologna
Corresponding author e-mail: gaia.gambarelli2@unibo.it

2 Università degli Studi dell'Insubria
Corresponding author e-mail: epassaro@studenti.uninsubria.it

ABSTRACT

L'anamnesi, la ricerca di un'identificazione patologica o di un piano terapeutico poggiano le loro fondamenta sull'attesa. In che modo l'attesa viene nutrita dal punto di vista retorico-argomentativo nel dialogo di cura? Lo strumento linguistico è utile a identificare consapevolmente gli orizzonti d'attesa e a interpretare la narrazione della sofferenza. La precisione sartoriale della cura assume un duplice significato: di adattamento/modellamento sul paziente e di struttura/morfologia di attese in divenire. La metodologia del lavoro consiste nel portare alla luce riflessioni teoriche generalizzabili su aspetti retorico-argomentativi distintivi del dialogo medico-paziente applicando il Trattato dell'Argomentazione di Perelman all'analisi di exempla di consultazioni.

The medical history, the search for a pathological identification or a therapeutic path set their foundations on expectation. How is the expectation nourished from a rhetorical-argumentative point of view in the therapeutic dialogue? The linguistic tool is useful to consciously identify the attendance scope and interpret the patient's illness' narrative. The tailor-made care precision acquires a double meaning: the adaptation/modeling on the patient and the structure/morphology of evolving expectations. The work methodology consists in bringing to light generalizable theoretical reflections on significant rhetorical-argumentative aspects of doctor-patient communication, through the application of the New Rhetoric by Perelman to analysis of exempla consultations.

KEYWORDS

Doctor-Patient Communication, Rhetoric of Expectation, Rhetorical-Argumentative Analysis, Argumentation, Expectation in Health



Introduzione

*Il clinico si muove nel tempo:
il presente della diagnosi, il passato dell'anamnesi,
il futuro e l'ultrafuturo della prognosi*

Vittorio Lingiardi, *Diagnosi e destino*,
Einaudi, Torino, 2018, p. XIII.

Nel dialogo medico-paziente, l'attesa evade i confini limitati della cronografia della consultazione e della topografia dell'ambulatorio. Tale dialogo si inserisce all'interno del genere deliberativo. Il consiglio del medico coincide dal punto di vista del paziente con la sua attesa, nei termini di un *definiens* che corrisponda al *definiendum*, al quale da solo non riesce a dare un nome; dal punto di vista del medico il consiglio si articola in una *pars destruens*, volta a decostruire o superare le credenze e le attese del paziente e in una *pars construens*,¹ volta a creare un nuovo orizzonte di attesa, che non sempre coincide con il raggiungimento di un piano terapeutico. Inevitabilmente, infatti le due attese possono creare discrepanze, che aumentano il rischio di inefficacia del consiglio.

All'interno del dialogo la narrazione del paziente, che va nella direzione dell'anamnesi intercetta nelle cinque parti di cui è composta la retorica (*inventio, dispositio, elocutio, memoria e actio*) uno strumento prezioso per la risoluzione o ricostruzione di nuove forme di attesa. In particolare, l'*inventio*, ovvero il ritrovamento degli argomenti, sembra all'interno della consultazione medico-paziente, costruirsi in larga parte sulla *memoria*. Lungi dall'identificarsi con una concezione statica, come ponte che collega il presente al passato sullo sfondo della rievocazione, essa è dinamica. Da parte del paziente la *memoria* è deposito del suo trascorso patologico: essa nutre il proprio orizzonte d'attesa, inteso come voleva già Jauss per la critica letteraria, come capacità di risvegliare ricordi di cose già vissute alimentando attesa per ciò che segue e per una conclusione e suggerendo un atteggiamento emozionale.² Da parte del medico è strumento sostenuto dalla cartella clinica che, come custodia della storia clinica, lo porta all'individuazione di elementi attesi e a cogliere nella perissologia del paziente la comparsa di determinati tipi di malattie. Inoltre, nell'*inventio* del medico un ruolo fondamentale assume la presa in considerazione della sfera soggettiva del paziente di cui ha memoria. L'argomento del medico, più che *ad humanitatem*, cioè orientato a un esteso pubblico, alla ricerca di una validità collettiva e di un accordo, sarà più generalmente *ad hominem*, cioè basato sul punto di vista di un interlocutore specifico. Le possibilità di argomentazione, infatti, «dipendono da quanto ognuno è disposto a concedere, dai valori che egli riconosce, dai fatti sui quali sottolinea il suo consenso».³ Superata l'interpretazione aprioristicamente fallace dell'argomento *ad hominem*, esso diviene caso paradigmatico del coinvolgimento della dimensione soggettiva nell'argomentazione, «in un contesto in cui l'appello alla persona diviene l'oggetto stesso dell'indagine».⁴ Scrive



Zagarella: «potremmo affermare che si tratta di una *stabilità plastica*, una fissità che si presuppone allorché si interpreta l'atto in funzione della persona, ma che lascia alla persona la possibilità di trasformarsi, cambiare, essere persuasa». ⁵ La plasticità della diagnosi assume in questo senso un duplice significato: quello di adattamento/modellamento sul paziente e quello di struttura/morfologia in divenire. Nell'ambito del discorso, cioè, «non troviamo solo l'aspetto pianificatorio e deliberativo dei possibili interventi futuri, ma anche quello diagnostico: la raccolta dell'anamnesi clinica, così cruciale per una diagnosi adeguata, si realizza principalmente nella sfera del discorso». ⁶

È possibile che nel processo diagnostico il paziente e i familiari offrano informazioni ridondanti o di nessun valore. [...] Tuttavia tutte queste informazioni, possono assumere una certa rilevanza nel trattamento del paziente. È di fondamentale importanza per esempio sapere se e quanto il paziente possa contare sui suoi familiari, se si dovesse optare per un ricovero o per un trattamento domiciliare. ⁷

In altre parole, la comunicazione della diagnosi diviene essa stessa strumento diagnostico nella perissologia del paziente e dei suoi familiari. La coppia attesa-diagnosi si inserisce nell'ottica individuale di uno stato d'animo negativo, contrassegnato da sentimenti e sensazioni d'angoscia, ansia, delusione incertezza, inquietudine paura. ⁸ La ricezione della diagnosi alimenta dunque lo spazio di attesa di principale importanza per il paziente. A seconda della sua gravità e delle sue possibilità di trattamento, genera sorpresa, sollievo, allarme, impotenza, rassegnazione, tristezza, disperazione, angoscia, ⁹ depressione. «La rappresentazione dell'attesa si avvale di una serie di strategie retoriche e di formule narrative di carattere esordiale, digressivo (*digressio*), rallentativo (*retardatio*), sospensivo (*suspensio*), interrogativo ecc. Tra queste un artificio significativo, adatto a creare uno stato di intensa aspettativa è la promessa di novità, con il ricorso al topos dell'inaudita *dicere*», ¹⁰ ma non solo. Nel dialogo medico-paziente essa è rintracciabile nel procedere argomentativo del terapeuta e della controparte ed evidente nella tessitura e ricerca costante della struttura del reale.

1. La dimensione personale dell'attesa nel dialogo medico-paziente

Oltre alla selezione degli argomenti, ulteriore strumento nella costruzione e decostruzione delle attese nel consiglio terapeutico è la maniera in cui essi vengono disposti nel discorso. Soprattutto da parte del medico sarà fondamentale, tenendo conto della soggettività del paziente, organizzare il discorso o seguendo un ordine crescente, per cui si esporranno innanzitutto argomenti più deboli per poi arrivare a presentare quelli più forti, o un ordine decrescente, secondo una anticlimax con quelli più forti all'inizio e quelli più deboli alla fine. Se il primo alimenta lo spazio d'attesa, il secondo invece lo interrompe bruscamente. Tra i principali insegnamenti della retorica antica e della teoria dell'argomentazione contemporanea, del resto, vi è l'idea secondo cui non c'è ragione di aspettarsi una



correlazione diretta e immediata tra il grado di validità di una proposizione e il suo grado di persuasività». ¹¹ Non è vero cioè «che più un argomento è logico, più sarà persuasivo». ¹² È nel possesso da parte del medico della *paideia*, come capacità di adattamento del discorso all'uditorio, al contesto, ai valori in gioco, infatti, che si ravvisa quella differenza fondamentale tra 'persuadere che' e 'persuadere a', che rappresenta lo spazio di attesa entro cui si costruisce l'*empowerment* del paziente e l'efficacia del consiglio terapeutico. ¹³ La prima condizione è preliminare per la seconda, ma il passaggio non è automatico e le vie logiche non sono sufficienti a innescare il comportamento. ¹⁴

Nell'epoca del post-paternalismo il medico deve affrontare la spinosa questione della conciliazione della medicina centrata sulla malattia e della medicina centrata sul malato, risolvibile attraverso la riscoperta della filogenesi del 'curare' come diretta filiazione del 'prendersi cura'. Il modello teorico proposto da Balint ¹⁵ secondo cui il medico costituisce il farmaco di maggior consumo per il paziente è, ormai, ampiamente condiviso insieme all'idea che la relazione che si instaura tra i due partecipanti rivesta grande importanza nelle fasi diverse della malattia. «La parola giusta nella cura, quella che agisce come *pharmakon* non è, però, quella che si limita a spiegare come stanno le cose, ma quella che è capace di innescare un cambiamento e la parola che è capace di innescare un cambiamento è quella che sa toccare le corde del desiderio. ¹⁶ Il discorso tra il medico e il paziente è allora in primo luogo un discorso persuasivo che mira ad agire con le parole per orientare azioni proprie o altrui; un discorso che se non è di per sé auto-persuasivo necessita, per diventarlo, delle cosiddette prove aristoteliche. «Il concetto di prova, così come esaminato da Aristotele, ricade nella costruzione del rapporto di fiducia tra i parlanti, ovvero l'attribuzione o meno di credito al discorso di qualcuno». ¹⁷ Spiega Piazza ¹⁸ che l'*ethos* come prova tecnica aristotelica, basata su colui che parla, è la prova più forte quando è realizzata per mezzo del discorso. *La dimensione personale dell'argomentazione* si rivela nella relazione medico-paziente come ineliminabile: «il medesimo enunciato pronunciato in modi differenti, è considerato diversamente (per esempio se stiamo male non è la stessa cosa seguire il consiglio di un medico o di una persona qualunque)». ¹⁹ Ad esso si somma anche l'incidenza di un *ethos* non tecnico, preliminare o prediscorsivo, che dipende dall'autorevolezza conferita da un ascoltatore a un parlante sulla base della sua posizione professionale/istituzionale.

Per componente istituzionale intendiamo un complesso di pratiche sociali che includono sia l'insieme delle procedure che conducono al riconoscimento pubblico dei "professionisti della cura" (esami, ordini professionali, legislazione in materia, codici deontologici) sia le specifiche condizioni (più o meno codificate) in cui concretamente si realizza la relazione di cura. ²⁰

Esse riguardano la sua cronografia, limitata nel tempo in termini di orari; la sua topografia: l'ambulatorio, l'ospedale, il domicilio; l'*habitus*: il camice bianco, il green.



2. Lo spazio di attesa tra il ‘persuadere che’ e il ‘persuadere a’ come *empowerment* del paziente

La relazione medico-paziente è, fondamentalmente, una relazione asimmetrica. Essa ha infatti come presupposto il riconoscimento della diversità dei ruoli. Tra i nuovi dialettici, Walton Douglas parla a questo proposito di dialogo asimmetrico: «la parte consultata è esperta in un dominio specifico e la parte richiedente un consiglio è un profano in questo dominio. Le due parti non sono uguali».²¹ L’asimmetria è comunque sia vicendevole, se pensiamo al paziente come esperto di infermità e di una sofferenza di cui il curante può non avere fatto esperienza.²² Fondamentale diviene l’attivazione di un «*collaborative model*»²³ in cui da una parte l’esperto di scienza cerca di aiutare l’altra parte dando un consiglio accurato, utile e chiaro per risolvere il problema e la parte che richiede il consiglio cerca di ottenere informazioni cooperando nella formulazione delle giuste domande e chiedendo chiarimenti di ciò che non ha compreso. L’esperto di malattia si preoccupa di tradurre in parole la propria sofferenza affinché arrivi nella maniera più chiara e precisa al curante. Il modello garantisce la creazione di uno spazio condiviso, in cui distinguiamo vividamente l’*expertise* dei due interlocutori, che rispettano entrambi il proprio ruolo all’interno del dialogo. Proprio ciò costituisce il superamento dell’epoca paternalistica:

Mentre nella medicina paternalistica la proposta terapeutica del medico affievoliva la necessità di ulteriori deliberazioni in forza del suo expertise, oggi tali deliberazioni sono essenziali, essendosi, come sappiamo, affermata un’etica fondata sull’autonomia degli individui che conferisce al paziente il potere ultimo della scelta.²⁴

La consapevolezza di asimmetria genera nel paziente un orizzonte di attesa verso le capacità ermeneutiche dei referti e dei risultati delle indagini cliniche che il medico deve interpretare. Raramente, tuttavia, i pazienti accettano che un medico dalla lettura di un’ecografia non riesca ‘a vedere niente’ o che abbia bisogno ‘di altre indagini’.

Uno spettatore in salute è in grado di riconoscere che leggere un’immagine diagnostica non è affatto un’operazione semplice, ma per un malato la situazione è diversa: per lui, l’imaging si inserisce in un orizzonte d’attesa quanto mai urgente, e la riumanizzazione del medico, e della lettura che questi compie o ha compiuto sull’immagine, può iniziare solo al termine di un processo in cui la catastrofe della malattia evolve in senso positivo.²⁵

Gli storici della medicina²⁶ hanno rintracciato tre modelli fondamentali nei quali poter inserire il profilo relazionale medico-paziente: quello attivo-passivo, quello cooperativo e quello partecipativo.²⁷ Schematizzando, il primo modello si riferirebbe a una relazione in cui «il paziente semplicemente subisce l’intervento medico, come nell’esempio del paziente in coma o sotto anestetico»;²⁸ il secondo, a una relazione in cui il paziente «obbedisce a quanto il medico gli prescrive, come nel caso di malattie acute che necessitano trattamenti urgenti,



non negoziabili né differibili»;²⁹ il terzo a quella «in cui il paziente viene aiutato ad aiutarsi da parte del medico».³⁰ È questo il modello più interessante, che nei suoi sviluppi recenti sembra aver superato la stessa preconditione di asimmetria come strumento garante per il funzionamento della relazione. Nel modello partecipativo cioè, «l'asimmetria informativa tra medico e paziente non rappresenta necessariamente un'asimmetria relazionale e le decisioni vengono condivise e partecipate da entrambi gli attori del rapporto».³¹

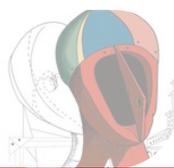
E infatti, da qualche anno, la letteratura parla di un paziente *empowered* o anche di un paziente *engaged*. Secondo la WHO (*World Health Organization*), *l'empowerment* è un processo attraverso il quale le persone possono acquisire un maggiore controllo sulle decisioni e sulle azioni che riguardano la loro salute. Il concetto è chiarito dall'analogia utilizzata da Robert Johnstone in occasione della prima conferenza europea sull'*empowerment* dei pazienti, tenutasi a Copenaghen nell'aprile del 2012: «Ciò che deve accadere è che i dottori scendano dal loro piedistallo e che i pazienti si alzino dalle loro ginocchia».³²

L'equilibrio asimmetrico è messo in bilico dal paziente *empowered* nell'epoca della post-verità: un paziente più consapevole della propria libertà di scelta del percorso di cura, della possibilità di rischi e conseguenze. Al medico non basta fare leva sul proprio *ethos* per assicurarsi totale fiducia e credibilità. L'aspetto comunicativo e la persuasione nella dimensione soggettiva della relazione assumono ancora più rilievo. Tuttavia, «superare l'asimmetria della relazione paternalistica non vuol dire ritrovarsi in una relazione neutra, in cui i due interlocutori hanno un ruolo equivalente e sono, per questa ragione, intercambiabili; asimmetrico non è, infatti, sinonimo di gerarchico bensì, semplicemente, connota la diversità nella relazione».³³ A ragion di ciò occorre «considerare il carattere personale della relazione medico paziente e, in particolare, la questione riguardante il ruolo peculiare di ciascun parlante nella relativa argomentazione».³⁴

Si rende necessaria, dunque, l'evoluzione da un *collaborative model* sopra menzionato a un *contextual model*. Secondo tale modello teorizzato da Alan Gross,³⁵ il rapporto tra persuasione e retorica in ambito medico-scientifico deve essere inteso in senso profondo, come strumento utile alla costruzione di un rapporto che non miri semplicemente a sostenere che le cose stanno in un certo modo, ma a spingere i pazienti a comportarsi in un certo modo. Il modello contestuale focalizzandosi non sulla validità delle osservazioni scientifiche proferite dall'esperto ma sulle situazioni contestuali del pubblico ha l'obiettivo, dunque, di favorire nel dialogo la formazione di un paziente attivo all'interno del processo di cura. Come sapientemente avvisano Labinaz e Sbisà infatti:

L'ampia disponibilità di informazioni relative a tematiche medico-sanitarie potrebbe far pensare che la cultura medica media delle persone possa innalzarsi di livello e condurre a un loro *empowerment* nei confronti delle decisioni che riguardano la loro salute, dall'altro, è evidente che un utilizzo non consapevole di tali informazioni può comportare grossi rischi.³⁶

Il modello contestuale deve prendere in considerazione vantaggi e rischi della nuova qualità *empowered* del paziente. È nello spazio di attesa tutto interno al dialogo tra il medico di



Medicina Generale e il paziente che si realizza allora quella responsabilità partecipativa che segna il passaggio dal ‘persuadere a’ al ‘persuadere che’.³⁷

3. Approccio metodologico

Nello spazio di attesa che si crea tra la narrazione del paziente e la deliberazione terapeutica, tra la persuasione del consiglio e la sua attuazione si intesse un discorso «intrinsecamente argomentativo»,³⁸ costituito a sua volta da piccole attese e dal loro progressivo superamento. In tempi di post-verità, l’*empowerment* del paziente deve essere rispettato attraverso la creazione del contatto delle menti,³⁹ ovvero l’apertura intellettuale che riconosce e valida gli accordi generali indirizzati per riportare il discorso comune nelle deliberazioni sul presente sul futuro.

In questa relazione porteremo in superficie alcuni *exempla* retorico-argomentativi rintracciati nella comunicazione medico-paziente. Il *corpus* di consultazioni sulle quali si fonda l’analisi risale al 2014. Le consultazioni sono avvenute in uno studio di Medicina Generale e sono state ricostruite in maniera fantasiosa e riportate in questo lavoro affinché ne rimanga intatto il solo aspetto linguistico-argomentativo. Tali estratti verranno riportati nei prossimi paragrafi in carattere corsivo, al fine di differenziarli dal resto del corpo di testo. Essi saranno inoltre introdotti rispettivamente da una ‘P:’ per indicare il turno conversazionale del paziente e da una ‘M:’ per quello del medico.

L’approccio metodologico adottato riguarda l’applicazione del *Trattato dell’Argomentazione* di Perelman e Olbrechts-Tyteca all’analisi delle consultazioni.

In particolare, intendiamo far emergere da questo lavoro la pluralità degli orizzonti d’attesa che possono caratterizzare la consultazione medico-paziente. L’anamnesi, la lettura del referto, la definizione del rischio, la ricerca di un’identificazione patologica o di un piano terapeutico poggiano le loro fondamenta sulla percezione dell’attesa. Come tale percezione viene nutrita dal punto di vista retorico-argomentativo nel dialogo di cura? Dal momento che l’attesa pervade sì entrambi gli interlocutori, ma in particolar modo acquista carattere d’urgenza per il paziente, le analisi si concentreranno soprattutto sulle strutture retoriche e di ragionamento utilizzate da quest’ultimo. Nella prima consultazione l’attesa della diagnosi e della definizione del rischio è funambolicamente gestita dagli interlocutori in un continuo passaggio dal piano del *pathos* a quello del *logos*. Il procedimento analogico basato sulla *memoria* caratterizza invece la seconda consultazione nel tentativo di ridurre lo spazio di attesa. Tale tentativo è bene evidente anche nella terza consultazione, attraverso l’uso da parte del paziente di figure di comunione e la conseguente demolizione dell’equilibrio asimmetrico, che caratterizza il dialogo di cura. La struttura analogica, non più sostenuta dalla memoria cronologica del trascorso patologico, quanto intesa piuttosto come strumento linguistico per la narrazione della sofferenza, ritorna nella quarta e ultima consultazione presa in analisi; attesa portante in questo caso è la ricerca del nome della malattia.



4. Le prove retoriche nell'attesa: il paziente impaziente

«Il malato immaginario è, in modo nuovo,
proprio per la sua natura,
veramente malato»

Karl Jasper, *Psicopatologia generale*, 1913.

All'interno del modello *patient centred* le capacità tecniche e biomediche del modello *doctor o disease centred*, sono affiancate dalle capacità tecniche di comunicazione che, nell'azione medica, sono volte a garantire dignità e usabilità ai contenuti espressi dall'esperienza di chi vive la *disease* come patologia organica, non separabile nel malato dalle istanze soggettive, psicologiche, sociali dell'essere malato. L'insieme complesso di questi elementi costituisce l'agenda del paziente,⁴⁰ ovvero il linguaggio, le metafore che utilizza, l'interpretazione dell'evento morboso, del vissuto, delle risorse del contesto sociale che lo circonda, della cultura intesa antropologicamente (costituita da *logos, pathos, ethos e methodos*).

Richiamando quanto detto nell'introduzione a proposito del sistema delle prove descritto da Aristotele, conviene porre l'attenzione sul ruolo che *pathos, ethos* e *logos* esercitano nella costruzione di discorsi che risultino "possibilmente persuasivi per qualcuno". Come sottolinea Zagarella:

Ogni discorso può dirsi davvero tale e può aver presa sul mondo solo come risultato di una relazione dinamica tra gli elementi che lo compongono, solo cioè in quanto in esso l'oratore si mostra in un certo modo e nell'ascoltarlo o leggerlo l'uditorio ha l'occasione di farsi un'idea di chi parla o scrive, ponendosi in una determinata disposizione d'animo nei suoi confronti. La scelta di separare gli aspetti logici da tutti gli altri elementi che compongono un discorso – propria dell'immaginario collettivo in cui vige il mito del giudizio neutro, imparziale, a mente fredda, nonché un'idea della scienza come di un'entità astratta che parla per sé – rischia di impoverire la realtà degli scambi comunicativi e di lasciare il discorso scientifico in balia della capacità di arrangiarsi dei singoli ricercatori.⁴¹

Un giovane paziente entra nello studio del medico e manifesta la sua ansia di aver contratto una malattia sessualmente trasmissibile.

P: Buongiorno io sono venuto qua perché è più o meno da un mese che ho un'idea fissa in testa perché ho avuto un rapporto sessuale con una ragazza [...] mi è rimasto sempre paura di questo virus HIV che...

La *narratio* del paziente viene scandita dalle domande in forma di *percursorio* del medico, il quale cerca di ricostruire gli eventi che hanno potuto generare l'ansia del contagio. Dall'anamnesi così ricavata, emerge che il paziente ha avuto un rapporto occasionale protetto in un paese straniero con una partner della quale non capiva bene la lingua. La richiesta subito esplicitata è che il medico gli prescriva il test per la ricerca degli anticorpi



anti-HIV su sangue, pur avendone già effettuato uno, di esito negativo a distanza di pochi giorni dal rapporto. Il paziente è consapevole che il test è in grado rilevare l'infezione non prima delle 3-12 settimane dal contagio, ma insiste tuttavia sull'urgenza della prova per placare la sua ansia. Siamo di fronte al caso di un paziente impaziente, molto preoccupato, che si costruisce un mondo fantastico di malato di HIV. Si tratta di una delle diagnosi più temute o cercate, che ronzano nelle teste di patofobici e ipocondriaci.

«Secondo l'American Psychiatric Association, tra i pazienti che si rivolgono al medico di base, la percentuale di persone ipocondriache è compresa tra il 2% e il 7%, uomini e donne in egual misura». ⁴² Il loro santo protettore è Argante, malato immaginario di Molière.

La strategia comunicativa del medico dunque è tutta rivolta alla rottura della narrazione immaginifica e alla ricostruzione di una narrazione verosimile. «La raccolta dell'anamnesi può essere una tappa fondamentale per ricostruire la storia personale e collocare la comparsa dei sintomi fisici in relazione a importanti eventi di vita». ⁴³ Tale necessità lega indissolubilmente il tema alle questioni principali del *Trattato dell'argomentazione. La nuova retorica*, attraverso l'applicazione della retorica aristotelica, come teoria razionale del preferibile, che indaga il rapporto tra retorica e psicologia, tra *Ethos* - la credibilità dell'oratore, di colui che parla, - *Pathos* il coinvolgimento emotivo dell'ascoltatore, di colui a cui si parla e *Logos* - l'argomento stesso, ciò che si dice. ⁴⁴

Da un lato il paziente si muove funambolicamente tra il *pathos* e il *logos*, cedendo irrimediabilmente terreno al primo rispetto al secondo, dall'altro il medico, tenta di rompere la sua narrazione riconducendo l'argomentazione nell'ambito della terza prova aristotelica. Il rischio è infatti che «non sempre i pazienti ipocondriaci sono disposti ad accettare che qualcuno dica loro che il problema è di natura più psicologica che organica, e continuano a peregrinare tra medici di base e specialisti, in attesa di qualcuno disposto ad ascoltarli, visitarli, e, implicitamente, «contenerli». ⁴⁵

Come emerge più volte nel corso del dialogo, ad accrescere la paura di contagio è, per il paziente, la difficoltà comunicativa incontrata con la partner.

P: *Con una ragazza che non conoscevo veramente bene. Questo un mese fa e è stato protetto tutto però dato che non la conoscevo bene mi è rimasto sempre paura di questo virus HIV*

Ha ragione Susan Sontag ⁴⁶ quando dice che persino i nomi di queste malattie sembrano avere un potere magico, come nel primo romanzo di Stendhal, *Armance*, in cui la madre del protagonista si rifiuta di pronunciare la parola «tubercolosi», perché pronunciandola teme di affrettare il corso della malattia del figlio.

P: *Però questa ragazza quando mi parlava non capivo bene le cose.*

L'entimema che fonda il ragionamento è basato su una generalizzazione accreditata dall'opinione comune, secondo cui chi ha un rapporto sessuale con persone sconosciute



aumenta il rischio di contrarre l'HIV. A distanza di dieci anni dalla pubblicazione del suo *Illness as Metaphor* (1978), nel suo *AIDS and Its Metaphors* (1988), Sontag metteva in luce come l'AIDS fosse divenuta una categoria sociale-morale abitata da metafore punitive. La malattia si lega in questo modo a pratiche specifiche che la gente dovrebbe abbandonare. Scrive Sontag:

La trasmissione per via sessuale di questa malattia, vista dai più come una calamità che ci si procura da sé, viene giudicata con maggiore severità rispetto alle altre forme di trasmissione, soprattutto in quanto l'AIDS è considerata come una malattia dovuta non solo all'eccesso sessuale, ma alla perversione [...]. Una malattia infettiva il cui principale mezzo di trasmissione è di tipo sessuale sottopone inevitabilmente a maggior rischio le persone che sono sessualmente più attive, ed è facile considerarla una punizione per tale attività. Si ritiene che chi contrae una malattia attraverso una pratica sessuale è più responsabile, per cui merita maggior biasimo.⁴⁷

Il pensiero giudicante sull'atto commesso ingrandisce l'ansia del tempo d'attesa, del tempo necessario per effettuare il test.

L'occupatio, l'anticipazione dell'obiezione del medico basata sul dato scientifico, sostituisce nella argomentazione del paziente la forma interrogativa, che infatti è eclissata in favore di uno stile allusivo e aposiopesico, attraverso cui il paziente chiede all'esperto di prendere il turno conversazionale per sciogliere i propri dubbi.

P: Infatti e quindi non sapevo se dovevo, perché io so che ci sono diversi livelli di test ci sono alcuni che riescono a capirlo magari la terza settimana altri che magari sono un po' meno affidabili comunque io qui non ci capisco niente.

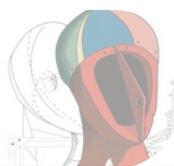
Si apre a questo punto il secondo orizzonte di attesa che, pur non evadendo dalla dinamica ondulatoria tra *pathos* e *logos*, è tutto volto alla definizione del rischio. In questo caso il medico, che di fronte a una *quasitio finita* non ottiene una risposta assertiva o negativa da parte del paziente, usa il procedimento della definizione per dissociazione.

M: Protetto con il preservativo?

P: Con il preservativo sì sì. So che il pericolo è molto basso rispetto al ehm

La dissimulazione della paura, celata dietro al dato statistico di pericolo di contrarre la malattia, lascia emergere, nella reticenza, il timore, tipico di ogni paziente di essere rispetto al 99% dei sani, quell'1% di malati. Il paziente teme di essere *l'exemplum in contrarium* che impedisce la generalizzazione e invalida la regola.⁴⁸ «È importante che il clinico non si faccia convincere a medicalizzare una situazione che medica non è, ma è altrettanto importante che sappia instaurare una relazione di fiducia senza minimizzare e svalutare le preoccupazioni del paziente».⁴⁹

Il medico tenta di rassicurare il paziente riportando l'argomentazione sul piano del *logos* dichiarando la bassa possibilità statistica che sia avvenuto il contagio. Si tratta di



un'argomentazione quasi-logica fondata sul probabile e che si realizza quando si abbiano valutazioni fondate contemporaneamente sull'importanza degli eventi e sulla probabilità che hanno di verificarsi, cioè sulla grandezza delle variabili e sulla loro frequenza, sulla speranza matematica.⁵⁰ La narrazione fantastica del paziente è dunque nuovamente interrotta mediante una *commoratio*, che tuttavia non riesce a riportare l'argomentazione sul piano del *logos*. È raro riuscire a rassicurare i pazienti ipocondriaci. Da una parte, dunque, il medico rischia di sottovalutare i sintomi e i segni di una patologia organica in atto; dall'altra rischia di abbandonare il paziente alle sue peregrinazioni, con medicalizzazioni inutili e senza fine.⁵¹

Il paziente, infatti, dirige ora il suo ragionamento all'eccezionalità della sua condizione:

P: Lo so, non so ma è una cosa so che forse è esagerato

Al luogo di qualità, introdotto dall'antitesi allusiva proposta dal paziente, il medico oppone quello di quantità fondamento del normale e della norma, sulla base della frequenza. Insieme a esso sfrutta persuasivamente la forza stessa degli argomenti.

M: No non è esagerato, è normale, però volevo solo insomma tranquillizzare rispetto ai rischi che non sono poi così elevati

Una tecnica molto efficace è quella di restringere la portata degli argomenti. Tutte le tecniche d'attenuazione danno l'impressione favorevole di ponderatezza, di sincerità e concorrono a distogliere dall'idea che l'argomentazione sia un espediente. Da queste tecniche di attenuazione derivano le figure come la reticenza, la litote, l'eufemismo come espressione di una volontà di moderazione.⁵² L'operazione del medico, dunque, agisce in modo duplice: rompe la narrazione fantastica del paziente riportandolo alla realtà e alla normalità e crea una nuova attesa che questa volta è quella definitiva del risultato scientifico. «Ancora una volta al medico è richiesta una tensione, un tormento: né medicalizzare troppo, né psicologizzare troppo. Deve saper fare una cosa difficilissima: mettersi in relazione con la «psiche del corpo». Saperlo fare «caso per caso» a misura di *quel* paziente».⁵³

5. La memoria come creatrice dello spazio d'attesa

*[...] Somos nuestra memoria,
somos ese quimérico museo de formas inconstantes,
ese montón de espejos rotos.*

Jorge Luis Borges, *Elogio de la sombra*, 1969.

All'interno del rapporto di fiducia, lo spazio di attesa del paziente, nel momento in cui si reca nello studio di Medicina Generale per una consultazione con il proprio medico di base, è spesso nutrito da un lato dall'aspettativa che il medico ricordi perfettamente



la propria storia clinica, dall'altro che il medico confermi l'auto-diagnosi del paziente, il quale si ritiene «esperto della propria malattia».⁵⁴ La memoria, come serbatoio per le argomentazioni costruite attorno al «nesso causale»⁵⁵ che, cioè, dato un evento, tendono a individuare l'esistenza di una causa che ha potuto determinarlo, diviene dunque strategia capitale nella *narratio* del paziente. Il paziente, del resto, non accoglie il parere dell'esperto, ma ponendosi come *pares* e partecipando attivamente alla costruzione della diagnosi attraverso l'indagine del *primum movens*, compete con lo stesso diagnosta.

Nella consultazione in esame, il turno conversazionale del medico all'interno del dialogo è infatti quasi completamente assorbito dalla stessa paziente, che pone al curante domande tipiche del processo di anamnesi in attesa di una *confirmatio*.

P: Io allora io c'ho il solito problema e mi comincia a far male un po' il tallone e mi viene tutto su mi fa male l'anca

Interessante è che sia la paziente stessa a creare all'inizio del dialogo uno spazio d'attesa basato sulla *memoria* del proprio trascorso patologico.

P: C'ho dolore ecco [...] Come quell'anno che due anni fa, che ero andata a fare quelle cose che poi non mi avevano fatto niente [...] adesso però sento un po' male solo tallone quindi vuol dire che è la stessa cosa dell'altra volta [...] Io ho detto le porto tutto così sa già che medicine prendevo

Per comprendere meglio cosa s'intenda con la creazione di un sistema di attese basate sulla *memoria*, va notato che dal punto di vista della retorica *docens* la *memoria*, trattata per la prima volta sistematicamente insieme alle altre parti (*inventio*, *dispositio*, *elocutio* e *actio*) nella *Rhetorica ad Herennium*⁵⁶ (II16-24), è intesa come capacità di ricordare, ottenuta e rinforzata con particolari accorgimenti tecnici.⁵⁷ Non è alla memoria così intesa che va il nostro interesse, quanto piuttosto a quell'aspetto della retorica *utens* che lega la *memoria* alla teoria dell'argomentazione e fa della *memoria* una risorsa ermeneutica.

Deriva da Hume l'idea della memoria come fondamento dell'abitudine, in qualità di strumento della facoltà conoscitiva dell'uomo. L'abitudine, a sua volta, è «ciò che procede da un'antecedente ripetizione»,⁵⁸ e costituisce quindi un meccanismo che agisce prima che intervenga la riflessione. Intendendo l'abitudine come un fatto di esperienza, Hume lega la memoria e il nesso causale alla convinzione che porta a credere che «i casi dei quali non abbiamo nessuna esperienza debbono necessariamente assomigliare a quelli dei quali abbiamo esperienza [...] poiché l'intelletto o l'immaginazione può trarre conseguenze dall'esperienza passata senza rifletterci su, anzi senza bisogno di formulare nessun principio in proposito o ragionare su esso».⁵⁹

Tale concezione della *memoria* trova riscontro anche nella teoria degli schemi e degli script originariamente formulata dalla Gestalt e ripresa poi dalle ricerche sull'intelligenza artificiale di Marvin Minsky, Roger Schank e Robert Abelson,⁶⁰ che ha avuto ruolo fondamentale per la nascita della neuroretorica. Dalla teoria dello schema (detto anche *frame*) deriva la



convinzione che ogni nostra nuova esperienza si inserisca in quello che può essere definito uno schema di attese nutrito dalla memoria. L'esperienza cioè «viene compresa sulla base di un confronto con un modello stereotipico, derivato da esperienze simili registrate nella memoria: ogni nuova esperienza è valutata per conformità o difformità rispetto a uno schema pregresso». ⁶¹ Gli schemi così intesi permettono non solo la concettualizzazione e la decodifica delle informazioni, ma si configurano come una struttura generatrice di attese: assumendo una funzione di predizione e interpretazione della realtà, la memoria mette nelle condizioni di generare inferenze o formulare aspettative. ⁶² Si tratterebbe di uno dei sistemi neurocognitivi ⁶³ della cosiddetta memoria episodica, concetto proposto per la prima volta nel 1972 dallo psicologo Endel Tulving. La sua funzione sarebbe quella di consentire agli individui non solo di esperire di nuovo eventi passati, ma anche di simulare o immaginare episodi, scenari o eventi futuri. ⁶⁴ Lungi dall'immagine di platoniana memoria dei blocchi di cera molle su cui imprimere un sigillo, i ricordi tendono a essere ricostruiti in base alle credenze, alla presumibilità di quanto è già accaduto e all'aspettativa di quanto possa accadere. Ricostruire i ricordi, piuttosto che riprodurli fedelmente, renderebbe possibile l'*episodic future thinking*, cioè pensare a episodi che potrebbero plausibilmente svolgersi in futuro. I ricordi sarebbero, inoltre, *goal-directed*, ossia pilotati dai nostri obiettivi temporanei, al punto che «vivono con i nostri interessi e insieme ad essi si modificano». ⁶⁵ Sulla base di queste evidenze, il filo su cui si muove l'argomentazione della paziente rischia di ricadere nel ragionamento tendenzialmente fallace del *confirmation bias*, la tendenza a ricercare evidenze o prove a favore delle proprie credenze aspettative o ipotesi piuttosto che quelle che potrebbero falsificarle. ⁶⁶ La memoria diviene allora nell'argomentazione induttiva della paziente strumento essenziale a servizio del ragionamento basato sull'analogia, come emerge dalla domanda che pone al curante:

P: Quindi è la stessa cosa dottore? Perché tanto io sento che è uguale

L'analogia, a sua volta, si fonda sulla rappresentazione di un rapporto costruito per somiglianza o per contrasto: l'evocazione o la ripetizione di ciò che è noto conduce a un'esperienza nuova. La conclusione alla quale giunge la paziente, rompendo lo spazio d'attesa rispetto alla diagnosi del medico, è che la situazione patologica è la medesima della precedente. La differenza è che, grazie all'esperienza vissuta, conosce i mezzi che possono permetterle di agire senza indugio.

P: Non sono al punto dell'anno scorso...sono venuta prima per evitarlo

Il ruolo del medico sarà allora quello di porsi in uno spazio di dialogo che agisce sullo scenario presente-futuro, partecipando con la paziente nel processo di memoria ricostruttivo, senza tuttavia escludere la dimensione di non attendibilità di eventi non ancora esperiti. Il suo



compito cioè sarà quello di non permettere che la memoria episodica agisca come tenaglia asfittica sulla diagnosi futura.

6. La riduzione dello spazio d'attesa: figure di comunione e rottura dell'equilibrio asimmetrico

Il n'y a pas de maladies, Il n'y a que de malades
J.J. Rousseau

La dimensione dialogica prevede inevitabilmente un'analisi dei caratteri in senso bidirezionale. Tanto più se si presuppone l'adozione di un *contextual model*, in cui la dimensione soggettiva, contestuale del paziente è riconosciuta come indiscutibile punto di partenza nell'impostazione del percorso di cura della persona. Il medico saggio, come scrive Ghilardi, «sarà colui che con una solida conoscenza fisiologica ed un altrettanto solida pratica clinica è in grado di valutare [...] non tanto quale tipo di malattia abbia il proprio paziente, quanto piuttosto che tipo di paziente stia soffrendo quella determinata malattia». ⁶⁷ È colui che si pone innanzitutto una domanda che lascia per un momento da parte l'aspetto clinico della relazione, ravvivando le proprie competenze teoriche, ossia calandole all'interno di una dimensione personale imprescindibile: che tipo di paziente ho davanti? Si crea così la prima attesa nel dialogo, la cui risoluzione è rintracciabile nella narrazione della sofferenza, fondamenta della relazione. Tale relazione «si fonda su una esposizione e comprensione non logica e sequenziale del problema ma 'associativa, formulaica, verbomotoria, enfatica, ridondante, agonistica e partecipativa'. Come è tipico, secondo Ong, di quella concettualità definita orale e che agisce sia nel paziente che nel medico». ⁶⁸

In questa consultazione il paziente accelera il raggiungimento del punto di incontro, facendo entrare in *medias res* il curante nella propria sfera personale. Il modello dialogico partecipativo della tassonomia di Ghilardi ⁶⁹ viene attuato in primo luogo dal paziente ed è lo stesso paziente a rompere in maniera particolarmente convincente l'asimmetria bidirezionale tipica. Egli coinvolge il medico nella sua esperienza di malattia con lo spontaneo utilizzo di figure di comunione, come l'enallage della persona, fin dalla prima battuta:

P: Siamo messi un po' male [...] c'è un problema

Il problema è presentato dal paziente impersonalmente, come qualcosa che non è completamente in lui, ma che esiste sotto gli occhi di entrambi gli interlocutori. Lo stile comunicativo della comunione inevitabilmente supera l'attesa del raggiungimento dello spazio di condivisione. Non è un caso che la ricerca di terreno condivisibile porti naturalmente a un significativo uso di linguaggio figurato.



Il paziente descrive la tosse associandola a una rumorosa fisarmonica, poi a un pantano. Le metafore usate sono perlopiù legate alla sfera della vita quotidiana. Esse costituiscono l'esempio per eccellenza dell'inadeguatezza del modello del codice, per cui il linguaggio fungerebbe da mero strumento comunicativo. Sebbene il contributo di Sontag, preziosa fonte di riflessione nell'analisi precedente, resti altamente illuminante e influente, la sua visione di un futuro libero da metafore nella rappresentazione comunicativa della malattia è stata attualmente abbandonata, perché si è rivelata allo stesso tempo irrealistica e indesiderabile: «Metaphor is seen as resource insofar as it enables sufferers to express and share their experiences, and professionals to clarify various aspects of diseases and treatments».⁷⁰ Le metafore in questione testimoniano al contrario l'esigenza di una comprensione del mondo ben più ampia, che comprende al contempo il mondo dei valori, assumendo un terreno di conoscenza complesso condiviso tra i parlanti. Il linguaggio a questo punto «più che un attrezzo, costituisce il modo tipicamente umano di aver presa sul mondo».⁷¹ Una delle principali funzioni della metafora nuova secondo Lakoff e Johnson sarebbe quindi fornire una comprensione parziale di un tipo di esperienza in termini di un altro tipo di esperienza. D'altra parte nel figurarci la sofferenza cerchiamo metafore personali per mettere in luce e rendere coerente la nostra realtà presente, in un certo senso per razionalizzare l'esperienza e renderla negoziabile con chi, della nostra sofferenza, non è esperto. «Le metafore ci consentirebbero di concettualizzare le nostre emozioni in termini più chiari e di collegarle ad altre aree esperienziali. Più che concettualizzare il non-fisico in termini fisici, le metafore ci aiutano a pensare l'amorfo nei termini di ciò che è formato».⁷² Le metafore usate in questo caso dal paziente sono metafore originali e creative. Lebaniz e Sbisà definiscono le metafore come uno «strumento da maneggiare con cura»,⁷³ in quanto come è vero che spesso sono usate per il loro aspetto cognitivo, con lo scopo di rendere comprensibile l'argomento trattato, allo stesso modo le metafore più ricercate e creative possono talvolta sollecitare l'aspetto emozionale in primo luogo, e poi la comprensione di quanto detto.⁷⁴ Nel nostro caso però scopo di tali metafore fantasiose è far comprendere al curante la qualità della tosse da cui il paziente è colpito. Importante è la funzione del *blending* della figura, ossia della fusione tra il dominio sorgente e il dominio bersaglio. La teoria del *blending* supera senza contrapporsi il modello Lackoff-Johnson di metafora, sottolineando «il carattere parziale dei domini concettuali coinvolti nella costruzione metaforica, prevedendo che il dominio sorgente e il dominio bersaglio abbiano in comune uno spazio (*blended space*) in cui il materiale concettuale selezionato dalla sorgente e dal bersaglio risulta combinato per formare una nuova struttura».⁷⁵ È inoltre interessante notare le precise associazioni che il paziente porta alla luce. Dalla sfera uditiva della tosse rumorosa associata al suono della fisarmonica, il paziente passa alla sfera tattile, per cui la tosse diventa un pantano. Possiamo fare riferimenti a studi sinestesici che riportano la tendenza a una direzionalità dei sensi dall'alto al basso, in nome di un procedimento cognitivamente più naturale. Il tatto è considerato senso basso in quanto più esteso, non relativo a un organo specifico: «alcuni attributi come lo spessore, la durezza o la presenza



di vibrazioni vengono percepiti esclusivamente a partire dal tatto, che dunque riveste un'importanza fondamentale nello sviluppo dei nostri sistemi di credenza in relazione alla realtà». ⁷⁶

Tuttavia, il terreno di condivisione, quel *blended space* che deve essere ricercato anche ad alto livello nella relazione medico-paziente, non deve diventare motivo di vanificazione dei ruoli, ma deve garantire l'esistenza delle sfere d'origine. Come il medico non potrà mai provare allo stesso modo del paziente i malesseri corporei, così quest'ultimo dovrà riconoscere di non avere la stessa esperienza e competenza medico-scientifica del curante. L'*ethos* del medico e il carattere asimmetrico dell'esperienza devono essere comunque preservati. È infatti sempre il medico ad avere parte attiva nella formulazione della diagnosi: «in termini psicologici, la formulazione di una diagnosi corretta è compito esclusivo di un'unica persona, e questa è il medico». ⁷⁷

P: Poi ho fatto quelle analisi mi han detto che non ho niente. Poi ho dei mali delle volte qua e della volte qua. Poi la partenza dal ginocchio allora dico come mai mi han detto che va tutto bene

L'anafora del 'poi' definisce lo spazio di un nuovo orizzonte di attesa da parte del paziente. Tuttavia egli comincia a profilarsi come paziente *over-engaged*, rompendo il prezioso equilibrio asimmetrico.

M: È dovuto anche al diabete quel problema.

P: Ah, è il diabete sicuro.

Nonostante gli esami stabiliscano che non vi sia alcun valore fuori dalla norma, il paziente avverte un disturbo e, riconoscendolo come effetto, partecipa attivamente all'indagine della causa, attorno alla quale si concentra la sua attesa. Egli si pone come *pares* nei confronti del diagnosta, facendosi sì che ben presto si crei una discrepanza di attese tra quello che il paziente vuole sentirsi dire e quello che gli dice il medico. Il paziente rovescia la didattica socratica che prevedeva l'accordo del maestro con il punto di vista dell'allievo come base attraverso cui poterlo maieuticamente superare; dichiara il proprio consenso alla tesi del medico intendendo però in realtà oltrepassarlo. Si sviluppa così un'argomentazione basata sul ragionare per causa e per effetti. Si tratta, tra le argomentazioni permesse dal nesso causale, di quelle che dato un evento, tendono a individuare l'esistenza di una causa che abbia potuto determinarlo.

M: È un'infiammazione dei nervi dovuta al diabete

P: Ah ma guardi che lo so che son diabetico però guardi che non c'entra mica il diabete. Cioè lì è la questione del nervo infiammato

Il nesso causale assume un rilievo importante nel ragionamento che Perelman definisce della probabilità retrospettiva: si tratta di eliminare, in una costruzione puramente teorica,



la causa vista come condizione necessaria del prodursi del fenomeno, per considerare le modifiche che risulterebbero da questa eliminazione.⁷⁸

Deve essere duro per il paziente accontentarsi di non sapere le cause della sua malattia (Perché mi si è alzata la pressione? Ci sarà pure un motivo!) [...] In realtà è difficile anche per il medico accontentarsi delle sue conoscenze e tollerare l'incertezza di una sua prognosi, per quanto banale sia il malanno in causa. Sotto questo aspetto, il futuro, la prognosi, la previsione, rappresenta un momento drammatico del rapporto con il paziente, lo spazio di tempo in cui le angosce del medico e quelle del malato emergono nell'atteggiamento di resistenza alla comunicazione da parte dell'uno e di preoccupata attesa da parte dell'altro.⁷⁹

Il paziente tenta in questo caso di combattere 'la preoccupata attesa' accelerando il tempo lento dell'anamnesi, della creazione di spazio condiviso, non rispettando però d'altro canto lo spazio della diagnosi del medico. Quest'ultimo si trova a dover fronteggiare un aspetto ben più complesso dell'accertamento di un'ipotesi diagnostica o terapeutica, ossia l'aspetto relazionale, contestuale del paziente, che necessita di una ridefinizione dei ruoli e di un'accettazione più ponderata degli spazi d'attesa.

7. La struttura del reale: l'attesa della definizione, identità e ragionamento analogico

*È il mondo delle parole a creare il mondo delle cose,
inizialmente confuse nell'hic et nunc del tutto in divenire,
dando il suo essere concreto alla loro essenza,
e ovunque il suo posto a ciò che è di sempre:*

ktema es aeéi

Funzione e campo della parola, in Lacan 1966, p. 269.

Come affermato nell'introduzione al saggio, la sfera del discorso non comprende solo l'aspetto deliberativo del percorso di cura. Trattiamo dunque in coda uno dei primi orizzonti di attesa chiamati a realizzarsi nel dialogo, ossia la coppia attesa-diagnosi. Il discorso è volto all'identificazione della presenza e prefigurato nella narrazione della sofferenza. «La presenza agisce in modo diretto sulla nostra sensibilità»⁸⁰: il paziente sente spesso il bisogno di concretizzare la propria sofferenza, cosicché «ciò che è presente alla coscienza acquista un'importanza di cui la pratica e la teoria dell'argomentazione debbono tener conto».⁸¹ La sofferenza esiste già, ma attende e ha bisogno prima di tutto di un nome, affinché l'argomentazione deliberativa ne risulti valorizzata. Chiaro è, come avvisa Perelman, che la presenza non è mai certezza e che la sua evidenza genera nell'argomentazione un approccio selettivo degli elementi di cui fa uso. L'arduo compito del diagnosta può essere dipinto ancora una volta come un movimento funambolico tra *ethos*, *logos* e *pathos*. In questo caso, il medico agisce sul piano del *logos* attraverso gli argomenti *ad rem* e su quello del *pathos* attraverso gli argomenti *ad hominem*. Il paziente d'altro canto esplicita la necessità di trovare una definizione attraverso l'uso della struttura analogica come strumento linguistico e interpretativo della propria sofferenza.



Una paziente entra in ambulatorio e inizia a descrivere i propri malesseri in una *narratio* sbrigativa, ma dalla conclusione fortemente esemplificativa:

P: *E poi altra cosa come mai io quando parlo mi sento stanca? Cioè anche parlando con lei ora cioè io non ce la faccio più a parlare mi sento stanca ogni volta in testa cioè è una cosa, cos'è 'sta cosa?*

‘Cos'è sta cosa’. L’attesa del nome proprio che definisca il malessere, tradotto in descrizioni ancora molto vaghe. In retorica, diversamente dal senso scientifico, la definizione è una figura come le altre: appartiene alle figure di identità ed è considerata, nel Trattato dell’Argomentazione, come quasi-logica. quando «non è considerata né completamente arbitraria, né evidente, cioè quando dà o può dare luogo a una giustificazione argomentativa». ⁸² La definizione è una tensione. Ha un aspetto contrattuale, perché nella definizione è intrinseco lo sforzo di purificazione. È attesa di un *definiendum* che identifichi il *definiens*, lo circoscriva, presupponendo in questo senso di «superare la distanza che divide l’oggetto della definizione dai mezzi usati per definire». ⁸³ In ambito medico-somatico la ricerca della definizione è quella tensione che va verso la diagnosi. Questo spazio di tensione sospesa è nutrito da verbi di percezione come ‘mi sento’. Oltre a questi ricorrono talvolta espressioni, quali per esempio ‘mi sembra come se’, nella descrizione dei sintomi. Anche i verbi di apparenza, approfonditamente analizzati in un lavoro di Musi, ⁸⁴ fanno parte dei verbi di percezione e, in termini fillmoriani, afferirebbero tutti al *frame* di natura esperienziale della *experiential situation*. ⁸⁵ Tali verbi di percezione possono essere ricondotti alla modalità epistemica dell’evidenzialità, per cui «concernono la valutazione da parte del parlante dello statuto ontologico dell’evento soggiacente alla proposizione su cui hanno la portata [...] gli evidenziali indicano la fonte usata dal parlante per affermare qualcosa». ⁸⁶ Il verbo d’apparenza ‘sembrare’ in particolare può ricorrere in questo senso come indicatore di evidenzialità diretta, in cui «le proprietà comuni (parametro) che permettono l’istituzione del confronto, non testualmente espresse, sono parte integrante delle fonti di informazione a sostegno della verità della proposizione». ⁸⁷ Il paziente esprime incertezza sulla base della natura e della parzialità dei dati che ha a disposizione. Egli non può sapere con certezza se la sua sensazione sia davvero tale e quale al parametro che utilizza come paragone e attende la risoluzione nell’attribuzione di identità a tali percezioni corporee.

Il linguaggio del paziente è strumento di indagine fondamentale. Come scrive Bert, «la narrazione non dà solo informazioni sulla sua vita e su come la malattia la modifica [...] Solo attraverso la narrazione possiamo scoprire il linguaggio che il paziente usa, il significato che dà alle parole e ai concetti, le metafore di cui si serve, le emozioni che prova». ⁸⁸ La particolarità comunicativa ricorrente della paziente in analisi è l’uso dell’analogia. Nel Trattato dell’argomentazione, l’analogia viene definita come tappa in campo scientifico, come anello della catena nel ragionamento induttivo, dove serve come mezzo di invenzione più che come mezzo di prova. ⁸⁹



P: A volte faccio fatica anche cose se perdessi non lo so tutto d'un tratto mi sento come se sto in una confusione. Mi sento come se io ho qualcosa nella gola

La fatica lega il 'non lo so' a reali situazioni di confusione. Il medico da parte sua costruisce lo spazio d'attesa necessario per la focalizzazione del problema con un elenco di probabilità. Il male alla gola sta al sintomo come il male alla gola sta alla sensazione di 'qualcosa' dentro la gola. Il superamento dell'analogia avviene attraverso la ridefinizione continua del foro. La comprensione del foro è la chiave del medico per la focalizzazione del problema nello spazio soggettivo della paziente. Il foro, ridefinito dal curante, non è forse un 'peso', più che un 'qualcosa'? 'Un fastidio'? L'analogia è figura dell'attesa, in quanto il suo statuto è precario, «dipende in gran parte dal fatto che essa può scomparire proprio per il suo successo»⁹⁰ e porta al superamento di una tappa, traguardo atteso da paziente e medico. L'uso dei deittici e dei nomi altamente generici, come 'cosa' ancora l'inesprimibile a tutto ciò che la paziente sperimenta nella realtà e che argomenta con esempi legati alla sua vita quotidiana. Le analogie della paziente, più che avere valore strettamente persuasivo, assumeranno in questo caso il compito di rinforzo, adempiendo a una funzione argomentativa più vicina a quella dell'esempio. Esse, ricche di particolari vividi e concreti, mirano a dare presenza e si costituiscono come base di un ragionamento induttivo attraverso cui, ancora una volta, la paziente vuole condurre il medico dall'elenco dei sintomi alla definizione di una diagnosi. Tale approdo si raggiunge in altre parole quando la narrazione del paziente può essere raccontata dal professionista nel processo di co-costruzione del significato.⁹¹

Gli schemi alla base delle tecniche argomentative per la ricerca della definizione sono caratterizzati da procedimenti di associazione o dissociazione. In questo caso il medico usa il procedimento della definizione per dissociazione. Essa si riscontra ogni volta cioè che si danno due definizioni che invece di essere usate come intercambiabili vengono utilizzate come due definizioni diverse di uno stesso concetto. Un esempio di definizione per dissociazione è: A: Io sono complicato B: No, tu non sei complicato sei complesso. Nella consultazione il medico domanda:

M: Stanca o fa fatica a respirare? [...] Qualcosa del tipo un peso o un fastidio?

Scriva Perelman nel Trattato in relazione alle dissociazioni come espediente per ottenere un risultato:

Le dissociazioni non vertono solo sui concetti usati nell'argomentazione ma anche sul discorso stesso, perché l'uditorio pratica nei suoi riguardi, sia spontaneamente, sia perché vi è invitato, dissociazioni di importanza capitale. Espediente è un modo di operare per ottenere un certo risultato come il procedimento di fabbricazione, mezzo tecnico per la confezione di un prodotto. [...] La dissociazione ha luogo solo dunque per togliere un'incompatibilità. Essa implica che si ha - su un piano che può d'altronde variare - una concezione del reale, criterio che permette di scoprire l'espedito ("argomenti veritieri", "realtà dei sentimenti dell'oratore", "realtà dei fatti enunciati"). Una concezione della realtà e una concezione dell'espedito si presuppongono a vicenda.⁹²



Altri espedienti utilizzati all'interno del dialogo sono le figure di raddoppiamento (epanortosi, epanadiplosi, anadiplosi), usate da entrambi gli interlocutori e volte ad aumentare il sentimento di presenza e a scomporre in maniera più dettagliata e co-costruita la complessità della narrazione di malattia.

Interpretare e dare un senso all'anamnesi significa dunque in prima luogo «approfondire la storia di un caso sino a farne una vera storia, un racconto, perché solo allora si avrà un 'chi', oltre un 'che cosa'». ⁹³ L'attenzione al percorso di condivisione e co-costruzione può sollevare interrogativi significativi, quali:

Come è possibile immedesimarsi con i propri pazienti senza perdere l'oggettività – che pure è componente essenziale dell'arte medica? Che significa essere amici in senso medico? Se l'amicizia è una condivisione, come la si può costringere al solo ambito medico? Andando ancora più in fondo alla questione, è davvero possibile immedesimarsi al punto tale da comprendere empaticamente ciò che l'altro sta attraversando? ⁹⁴

Lo strumento del linguaggio diviene in tal senso di vitale importanza, si pone da un lato come *medium* attraverso il quale poter condividere esperienza, dall'altro come *inter-medium* tra il paziente e il curante, per far sì che quest'ultimo, partecipando alla sofferenza, possa analizzare, scomporre e comprendere la narrazione per ri-significarla consapevolmente in termini tecnici. «*Metastrofé*» non significa capire la sofferenza, assimilandola, portandola dentro di sé, quanto piuttosto «essere trasportati verso il Soggetto della narrazione, incontrare il suo sguardo, mantenendo quella distanza che lungi dall'essere frattura, diviene garanzia di dialogo». ⁹⁵ La malattia o la sua definizione risultano in questo percorso co-creato come una pluralità di segni (racconto dei sintomi, sintomi, postura del corpo ecc.) interpretata da una pluralità di lettori (non solo il medico, ma anche e prima di tutto il paziente, con la cui narrazione fornisce già un'interpretazione). ⁹⁶ L'identificazione del paziente con la patologia non può dunque essere intesa come un vero e proprio punto d'arrivo, quanto piuttosto come un «circolo ermeneutico» che «resta aperto e richiede una costante fusione di orizzonti diversi». ⁹⁷ Il discorso della salute è costellato di orizzonti d'attesa, il punto non è superarli quanto prima, ma ridefinirli costantemente e in compartecipazione durante l'intero percorso di cura.

Conclusioni

Le consultazioni prese in analisi portano alla luce una fitta tessitura retorico-argomentativa che colma gli spazi di attesa da cui il dialogo medico-paziente è caratterizzato. L'attesa non è solo colmata, ma viene ridefinita dai due interlocutori affinché diventi lo scalino per l'avanzamento della costruzione del percorso di cura. Abbiamo forse dimenticato di parlare di un orizzonte d'attesa altrettanto peculiare del dialogo terapeutico. Quell'orizzonte d'attesa che viene a crearsi per mezzo di *obscuritas*, reticenze, figure di sospensione e di silenzio. Tali



figure possono caratterizzare la narrazione del paziente quanto quella del curante. Va fatta a questo proposito una distinzione tra quello che Valesio chiama il «silenzio transitivo»,⁹⁸ che consiste nel tacere, senza tuttavia opporsi al dire ma semplicemente riducendolo, e il «silenzio transitivo» quello che tace punto e basta.⁹⁹ Questo tipo di silenzio, che interrompe quell'orizzonte di attesa fondamentale nel processo di cura, induce rovinosamente verso il cosiddetto rischio di *noncompliance*. Nell'analisi retorica delle emozioni di Aristotele il legame dei *pathe* con la dimensione del piacere e del dolore acquisisce un ruolo fondamentale nel perseguire lo scopo primario della persuasione: indurre l'ascoltatore all'azione.¹⁰⁰ Il silenzio del paziente assume cioè un preciso significato comunicativo. Può essere prima di tutto espressione di meccanismi di difesa psichica (come la rimozione, l'isolamento, la negazione, la proiezione o la regressione) che proteggono dall'emergere di emozioni che il paziente teme di non poter controllare. Le modalità espressive del dolore del malato o del paziente in attesa di diagnosi, possono dare credito, cioè, a meccanismi inconsci di difesa che tendono a negare la malattia. In *Archeologia della mente: origini neuroevolutive delle emozioni* Panksepp, nell'analisi dell'evoluzione dei neurocircuiti che sottostanno alle principali emozioni, identifica sette principali neurocircuiti o "sistemi emotivi" che regolano i principali aspetti della vita. In questo senso, il silenzio come negazione comunicativa in risposta alla comunicazione della diagnosi, il rifiuto della realtà dell'evento, il tentativo di annullarla per difendersi dallo *shock* sono il risultato di processi-terziari in cui la rabbia induce azioni psicologicamente complesse che portano a cercare strategie per ripristinare e ricreare le situazioni desiderate.¹⁰¹ Il «silenzio transitivo» invece alimenta le figure come la *reticentia* e l'aposiopesi, e nutre quello spazio di attesa che è «forza espressiva»,¹⁰² non un limite dell'espressione/comunicazione verbale «quanto un serbatoio o una fonte d'ispirazione per un uso più profondo del linguaggio».¹⁰³ La retorica in grado di radicarsi nel silenzio si configura essenzialmente come una retorica dell'ascolto¹⁰⁴ ed è questo, del resto, l'aspetto che riguarda direttamente la retorica del dialogo medico-paziente. Anche l'ascolto del medico è in questo caso attesa che accoglie tanto le parole della narrazione del paziente quanto il silenzio dell'afasia che le abita. Il silenzio, l'ascolto e l'attesa assumo così il ruolo «benjaminamente assegnato al linguaggio umano di sonorizzare la lingua muta delle cose»,¹⁰⁵ nutrendo l'assenza e percorrendola.

**NOTE**

- 1 Cfr. Capaci 2017: 11.
- 2 Jauss 1989: 39.
- 3 Perelman, Olbrechts-Tyteca 2013: 119.
- 4 Zagarella 2015: 113.
- 5 *Ibidem.*
- 6 Ghilardi 2018: 23.
- 7 Bongiorno, Malizia 2002: 53.
- 8 Peron 2018: X.
- 9 Lunigiardi 2018: 40.
- 10 Peron 2018: XI.
- 11 Zagarella 2016: 98.
- 12 Zagarella, Bigi 2020: 15.
- 13 Piazza 2020: 36.
- 14 Zagarella, Bigi 2020: 17.
- 15 Balint 2014.
- 16 Di Piazza, Piazza 2015: 261.
- 17 Zagarella 2020b: 190.
- 18 Piazza 2004: 160.
- 19 Zagarella 2015: 19.
- 20 Di Piazza, Piazza 2015: 259.
- 21 Douglas 1996: 193.
- 22 Benincasa, Bernabé, Danti 1998.
- 23 Douglas 1996: 193.
- 24 Caporale, Zagarella 2020: 152.
- 25 Tartarini 2017: 111.
- 26 Cfr. Kaba, Sooriakumaran 2007.
- 27 Szasz, Hollender 1956.
- 28 Ghilardi 2018: 20.
- 29 *Ibidem.*
- 30 *Ibidem.*
- 31 *Ibidem.*
- 32 *Ibidem.*
- 33 Caporale, Zagarella 2020: 153.
- 34 *Ibidem.*
- 35 Gross 1994.
- 36 Labinez, Sbisà 2020: 41.
- 37 Piazza 2020.
- 38 Caporale, Zagarella 2020: 142.
- 39 Perelman. Olbrechts-Tyteca 2013: 16.
- 40 Moja, Vegni 2000.
- 41 Zagarella 2020a: 7.
- 42 Lunigiardi 2018: 69.
- 43 Ivi: 76.
- 44 Aristotele, Rh. 1356a.



- 45 Lunigiardi 2018: 76.
- 46 Sontag 1978.
- 47 Idem 2002: 114.
- 48 Perelman, Olbrechts-Tyteca 2013: 386.
- 49 Lunigiardi 2018: 78.
- 50 Perelman, Olbrechts-Tyteca 2013: 277-278.
- 51 Lunigiardi 20118: 78.
- 52 Perelman, Olbrechts-Tyteca 2013: 503.
- 53 Lunigiardi 20118: 79.
- 54 Bernabé, Danti 1998.
- 55 Perelman, Olbrechts-Tyteca 2013: 285.
- 56 Cornificio, *Rhet. Her.*: II,16-24.
- 57 Mortara Garavelli 2012: 35.
- 58 Hume 1992: 117.
- 59 *Ibidem.*
- 60 Cfr. Minsky 1989: 150 ss; Shank, Abelson 1977: 64 ss.
- 61 Calabrese 2013: 29.
- 62 Ivi: 29-30.
- 63 Schacter, Tulving 1994.
- 64 Schacter, Addis 2007.
- 65 Bartlett 1932: 212.
- 66 Labinaz, Sbisà 2020: 54.
- 67 Ghilardi 2018: 23.
- 68 Bernabé 1989: 372.
- 69 Ghilardi 2018: 20.
- 70 Semino 2008: 176.
- 71 Caporale, Zagarella 2020: 146.
- 72 Calabrese 2016: 65.
- 73 Labinaz, Sbisà 2020: 62.
- 74 *Ibidem.*
- 75 Ivi: 66-67.
- 76 Ivi: 117.
- 77 Balint 2014: 120.
- 78 Perelman 1958: 287.
- 79 Benincasa 1989: 150.
- 80 Perelman 1958: 126.
- 81 *Ibidem.*
- 82 Ivi: 227.
- 83 Ivi: 228.
- 84 Musi 2020.
- 85 Ivi: 86.
- 86 Ivi: 54.
- 87 Ivi: 220-221.
- 88 Bert 2007: 20.
- 89 Perelman 1958: 430.
- 90 Ivi: 431.



- 91 Castagliuolo 2020: 226.
- 92 Perelman 1958: 485-486.
- 93 Venuti 2005: 86.
- 94 Ivi: 87.
- 95 Ivi: 91.
- 96 Mordacci 2009b: 30.
- 97 *Ibidem.*
- 98 Valesio 1986: 136.
- 99 *Ibidem.*
- 100 Piazza 2008.
- 101 Panksepp 2014.
- 102 Valesio 1986: 396.
- 103 *Ibidem.*
- 104 Piazza 2008.
- 105 Brandalise 2018: 264.

BIBLIOGRAFIA

- Aristotele (1959), *Rh.: Ars Rhetorica*, in W. D. Ross (a cura di), Oxford, Clarendon Press, (trad. it. *Retorica*).
- Balint M. (2014), *Medico, paziente e malattia*, Roma, Giovanni Fioriti.
- Bartlett F. C. (1932), *Remembering: A study in experimental and social psychology*, Cambridge, UK, Cambridge University Press.
- Benincasa F. (1989), *Tempo e malattia*, in Bernabé S. (a cura di), *Il malato immaginato. Il Giudizio Clinico valutazione comunicazione e decisione in Medicina Generale*, Monza, CSeRMEG, pp. 145-151.
- Bernabé S., Benincasa F., Danti G. (1998), *Il giudizio clinico in medicina generale*, Milano, UTET.
- Bernabé S. (1989), "Il Malato immaginato", in Bernabé S. (a cura di), *Il malato immaginato. Il Giudizio Clinico valutazione comunicazione e decisione in Medicina Generale*, Monza, CSeRMEG, pp. 365-369.
- Bert G. (2007), *Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura*, Roma, Il Pensiero Scientifico.
- Bongiorno A., Salvatore M. (2002) *Comunicare la diagnosi grave. Il medico, il paziente e la sua famiglia*, Roma, Carrocci.
- Brandalise A. (2018), *Il presente come attesa. Pratiche del vuoto tra pensiero e poesia nel Novecento*, in Peron G., Sangiovanni F. (a cura di), *L'attesa. Forme, retorica, interpretazioni. Atti del XLV Convegno Interuniversitario* (Bressanone, 7-9 luglio 2017), Padova, Esedra, pp. 261-266.
- Calabrese S. (2016), *Retorica e scienze neurocognitive*, Roma, Carocci.
- Capaci B. (2017), *The Counsel of the Fox. Examples of Counsel from the Commedia, Short Stories, Letters and Treatises*, «Res Rhetorica Journal», vol. IV, pp. 1-11.
- Caporale C., Zagarella R.M. (2020), *L'argomentazione medico-paziente: il problema della comunicazione dal punto di vista retorico e bioetico*, «Medicina e Morale», vol. 2, pp. 139-158.
- Castagliuolo J. (2020), "L'arte di guarire nell'arte": tra terapia, argomentazione e narrazione, in Capaci B., D'Angelo M. (a cura di), *Il silenzio di Ippocrate. Quello che il medico dice e non dice: bugie pietose e reticenze nella cura*, Bologna, I libri di Emil, pp. 219-241.
- Cornificio (1969), *Rhetorica ad C. Herennium*, in Calboli G. (a cura di), Bologna, Pàtron.



- Di Piazza S., Piazza F. (2015), *La retorica che cura Per un approccio retorico alla psicoanalisi*, «Lo Sguardo. Rivista di filosofia», vol. 17, n. 1, pp. 255-266.
- Douglas W. (1996), *Arguments from Ignorance*, Pennsylvania, The Pennsylvania State University Press.
- Ghilardi G. (2018), *L'etica del discorso nella relazione tra medico e paziente*, «Argumentation and medicine», vol.12, n.1, pp. 18-29.
- Gross A.G. (1994), *The roles of rhetoric in the public understanding of science*, «Public Understanding of Science», v. 3, n. 1, pp. 3-23.
- Hume D. (1992), *Trattato sulla natura umana*, «Opere filosofiche», vol. I, Laterza, Bari.
- Jauss H.R. (1967), *Literaturgeschichte als Provokation der Literaturwissenschaft*, Konstanz, Universitas-Druckerei GmbH, (trad. it. *Perché la storia della letteratura?*, in A. Varvaro (a cura di), Napoli, Guida.
- Kaba, Riyaz A., Sooriakumaran, Prasanna (2007), *The Evolution of the Doctor-Patient Relationship*, in *International Journal of Surgery*, n. 5, (February 2007), pp. 57-65.
- Labinaz P., Sbisà M. (2020), *Informazioni su argomenti di medicina: un'analisi dell'attendibilità e fruibilità di testi online secondo una prospettiva pragmatica*, in Bigi S., Caporale C., Zagarella R.M. (a cura di), *Politiche del linguaggio in medicina. Una prospettiva etica e linguistica*, Pisa, Edizioni ETS, pp. 41-74.
- Lingiardi V. (2018), *Diagnosi e destino*, Torino, Einaudi.
- Minsky M. (1989), *La società della mente*, Milano, Adelphi.
- Moja E.A., Vegni E. (2000), *La visita medica centrata sul paziente*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Mordacci R. (2009a), *Il problema antropologico dell'espressione del vissuto corporeo nel malato*, in Fondazione Zoè (a cura di), *La comunicazione della salute. Un manuale*, Milano, Raffaello Cortina, pp. 8-11.
- Idem (2009b), *Il circolo ermeneutico nel processo diagnostico*, in Fondazione Zoè (a cura di), *La comunicazione della salute. Un manuale*, Milano, Raffaello Cortina, pp. 29-32.
- Mortara Garavelli B. (2012), *Manuale di Retorica*, Milano, Bompiani.
- Musi E. (2020), *Dalle apparenze alle inferenze*, Bologna, I libri di Emil.
- Panksepp J. (2014), *Archeologia della mente. Origini neuroevolutive delle emozioni umane*, Milano, Raffaello Cortina.
- Perelman C., Olbrechts-Tyteca L. (1958), *Traité de l'argumentation. La nouvelle rhétorique*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Peron G. (2018), *Introduzione*, in Peron G., Sangiovanni F. (a cura di), *L'attesa. Forme, retorica, interpretazioni. Atti del XLV Convegno Interuniversitario (Bressanone, 7-9 luglio 2017)*, Padova, Esedra, pp. IX-XIX.
- Piazza F. (2020), *Parlare alla pancia. Sulla falsa dicotomia tra emozioni e ragione*, in Bigi S., Caporale C., Zagarella R.M. (a cura di), *Politiche del linguaggio in medicina. Una prospettiva etica e linguistica*, Pisa, ETS, pp. 31-40.
- Piazza F. (2008), *La retorica di Aristotele introduzione alla lettura*, Roma, Carocci.
- Piazza F. (2004), *Linguaggio persuasione e verità*, Roma, Carocci Editore.
- Schank R.C., Abelson R.P. (1977), *Scripts, Plans, Goals, and Understanding: An Inquiry into Human Knowledge Structure*, Erlbaum, Hillsdale (NJ).
- Schacter D.L., Tulving, E. (Eds.) (1994), *Memory systems 1994*, Massachusetts, The MIT Press.
- Schacter D.L., Addis D.R. (2007), *The cognitive neuroscience of constructive memory: remembering the past and imagining the future*, «Phil. Trans. R. Soc. B», 362, pp.773-786.
- Semino E. (2008), *Metaphor in Discourse*, New York, Cambridge University Press.
- Sontag S. (2002), *Malattia come metafora: cancro e AIDS*, Milano, Mondadori.
- Szasz T. S., Hollender M. H. (1956), *A contribution to the philosophy of medicine: the basic model of the doctor-patient relationship*, «Archives of Internal Medicine», n. 97, pp. 585-92.



- Tartarini C. (2017), *Immagini, storia dell'arte e medical humanities: tra evidenze e narrazioni*, in Anselmi G.M., Fughelli P. (a cura di), *Narrare la medicina*, Bologna, Biblioteca "Ezio Raimondi" del Dipartimento di Filologia Classica e Italianistica, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna.
- Valesio P. (1986), *Ascoltare il silenzio. La retorica come teoria*, Bologna, il Mulino.
- Venuti G. (2005), *Il rapporto paziente-medico. La capacità di essere-con*, in Gensabella M. (a cura di), *Il paziente, il medico e l'arte della cura*, Soveria Mannelli Cosenza, Rubbettino, pp. 85-96.
- World Health Organization (2012a), *ROADMAP Strengthening peoplecentred health systems in the WHO European Region A Framework for Action towards Coordinated/Integrated Health Services Delivery (CIHSD)*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Zagarella R.M. (2020a), *L'ethos nella comunicazione della ricerca scientifica*, «Esercizi Filosofici», vol. 15, pp. 1-15.
- Idem (2020b), *La comunicazione pubblica della ricerca biomedica: il ruolo dell'ethos*, in Capaci B. D'angelo M. (a cura di), *Il silenzio di Ippocrate. Quello che il medico dice e non dice: bugie pietose e reticenze nella cura*, Città di Castello, I libri di Emil, pp. 185-200.
- Zagarella R.M., Bigi S. (2020), *Prendersi cura delle parole. Il dibattito sulla salute dalla prospettiva delle scienze del linguaggio*, in Bigi S., Caporale C., Zagarella R. M. (a cura di), *Politiche del linguaggio in medicina. Una prospettiva etica e linguistica*, Pisa, ETS, pp. 9-30.
- Zagarella R.M. (2016), *Persuasione, fiducia e reputazione nel discorso medico-scientifico*, «The Future of Science and Ethics. Rivista scientifica a cura del Comitato Etico della Fondazione Umberto Veronesi», vol. 1, n. 2, pp. 97-104.
- Idem (2015), *La dimensione personale dell'argomentazione*, Padova, Unipress.