

ITALIANO LINGUA TERZA. APPRENDERE E INSEGNARE L'ITALIANO SPECIALISTICO: IL CASO DEL LINGUAGGIO MEDICO

ITALIAN AS A THIRD LANGUAGE. LEARNING AND TEACHING ITALIAN FOR SPECIAL PURPOSES: THE CASE OF ITALIAN FOR MEDICINE

Katarzyna Maniowska

Faculty of Modern Languages, Institute of Romance Studies, Maria Curie-Skłodowska University, Lublin, Polonia

katarzyna.maniowska@mail.umcs.pl

Abstract. *In the present paper the issue of teaching medical language in the context of learning Italian as LS will be analysed. The first part of the article consists of general notes on different definitions of the Italian for specific purposes, as well as different aspects of teaching process (teaching materials, time, language abilities in the field of Language for Specific Purposes). The second part of a practical nature analyses the aspect of how the levels of knowledge of the Italian language are interconnected with the ability to understand specialized texts. For the purposes of the research, a study was conducted on a group of LS Italian learners with different linguistic abilities, as well as on a group of native speakers. A short questionnaire of 10 gradually difficult questions was submitted to the heterogeneous group of Italian speakers and LS Italian learners. It was assumed that native speakers would answer more questions correctly. It's interesting to see though, that the results of the research disproved the initial hypothesis.*

Keywords: Italian for Medical Purpose; Language for Specific Purposes; language skills

1. Linguaggio specialistico

1.1. Caratteristica

Quando si può affermare con certezza di conoscere una lingua straniera? Quando invece si può sostenere senza ombra di dubbio di conoscere un linguaggio specialistico? È una banalità asserire che la conoscenza approfondita di una lingua straniera (ma anche della propria) non comporta un'immediata comprensione del linguaggio specialistico. Nonostante non esista una definizione di un'alta competenza linguistica nel caso dei linguaggi specialistici, in linea generale si può dire che

Though distinguished proficiency is described differently for each skill level, across the board it is characterized by very low occurrences of errors, the ability to process and synthesize complex information effectively and quickly, high levels of

control and mastery, superior problem-solving abilities and highly sophisticated performance (Eaton 2012: 2).

Una parziale risposta alla prima domanda è offerta dal *Quadro comune europeo di riferimento per le lingue* in cui la categorizzazione delle abilità linguistiche indubbiamente è facilitata dalla “griglia concettuale” ivi inclusa. Per quanto riguarda la seconda domanda invece, la risposta non è poi così tanto immediata. Nella griglia di autovalutazione della conoscenza della lingua straniera il concetto del linguaggio specialistico compare solo a partire dal livello B2, però la sua comprensione è condizionata dall’argomento che debba essere “relativamente familiare”. Per quanto concerne i livelli C1-C2 scompare perfino questa condizione di familiarità:

Tabella. 1. *Linguaggi specialistici secondo il QCER*

	comprensione – lettura	comprensione – ascolto	produzione scritta
livello C1	Riesco a capire articoli specialistici e istruzioni tecniche piuttosto lunghe, anche quando non appartengono al mio settore.	Riesco a capire un discorso lungo anche se non è chiaramente strutturato e le relazioni non vengono segnalate, ma restano implicite.	Riesco a scrivere lettere, saggi e relazioni, esponendo argomenti complessi, evidenziando i punti che ritengo salienti.
livello C2	Riesco a capire con facilità praticamente tutte le forme di lingua scritta inclusi i testi teorici, strutturalmente o linguisticamente complessi, quali manuali, articoli specialistici e opere letterarie.	Non ho alcuna difficoltà a capire qualsiasi tipo di lingua parlata, sia dal vivo sia trasmessa.	Riesco a scrivere riassunti e recensioni di opere letterarie e di testi specialistici.

Seppure sia stata sfatata in più occasioni la convinzione che il livello avanzato corrisponda a quello del madrelingua (Balboni, 2008, p. 63), è abbastanza radicato quel luogo comune che idealizza indiscriminatamente il parlante nativo modello, nonostante le capacità linguistiche varino anche tra i parlante nativi e siano altamente condizionate tra l’altro da tali fattori quali età, scolarizzazione e istruzione.

Il livello di padronanza della lingua propria e straniera è raggiungibile insieme allo sviluppo di generali e particolari nozioni cognitive. In altre parole, se l’apprendente non ha raggiunto un alto livello di competenza linguistica nella propria lingua, con poca probabilità sarà in grado di farlo in qualunque altra lingua straniera, visto il mancato sviluppo del sapere generale e particolare. Infine la comprensione della lingua si basa non solo sulla competenza comunicativa, bensì è un insieme di conoscenze generali sul mondo, processi cognitivi e logici, nonché capacità socio-pragmatiche e culturali:

Chi impara una lingua straniera, quando viene a contatto con frammenti di produzione linguistica reale si accorge che in ogni manifestazione della L2 è incorporato un insieme (spesso un sistema) di valori, comportamenti, procedure altrettanto peculiari quanto le regole grammaticali: frames, script, norme conversazionali, regole gestuali e prossemiche universalmente condivise nella L2/C2 ma estranee alla L1/C1. In questo caso, piuttosto che di “competenza sociolinguistica” è più corretto parlare di “competenza socio-pragmatica e culturale” (Sobrero, Miglietta, 2011, p. 251).

Descrivere con criteri certi la competenza linguistica pare un compito arduo perché vi sono troppe variabili, inoltre manca un unico modello linguistico di riferimento. C'è chi ha cercato di quantificare la capacità linguistica partendo da un dato certo, ossia dalla conoscenza del numero di parole conosciute dal parlante, l'uso delle quali richiede progressivo sviluppo di strutture grammaticali. Le ricerche però non hanno sortito un effetto sperato, poiché si è notato subito che le capacità lessicali sono interconnesse con altri fattori linguistici:

(...) vocabulary knowledge is known to be a multidimensional construct (Daller et al. 2007; Meara 2009; Read 2004) which should, therefore, not simply be regarded as a quantitative process (in terms of expansion of one's vocabulary size) but also be considered from a qualitative point of view (in terms of vocabulary depth, e.g. knowledge of different word meanings, collocations, pragmatic rules) (Benigno, de Jong, 2019, p. 8).

Se ciò fosse valido anche nel campo dei linguaggi specialistici, allora anche nel corso del loro apprendimento non si tratterebbe solo di una meccanica memorizzazione di termini specialistici, bensì di uno sviluppo multidimensionale delle capacità linguistiche, pragmatiche e socio-culturali.

1.2. Livello di conoscenza del linguaggio specialistico

È altrettanto difficoltoso il tentativo di tracciare una linea di demarcazione tra le abilità linguistiche e il livello di conoscenza del linguaggio specialistico. Certo è però che queste due realtà linguistiche, quella della lingua straniera e del linguaggio specialistico, si penetrano. Probabilmente è questo il principale motivo per cui è tanto intricata la questione dell'apprendimento di entrambe: “In other words, LSP (or ESP) incorporates both linguistics and content area knowledge that is specific to a particular context based on the needs of the learners” (Trace, Hudson, Brown, 2015, p. 3). L'italiano della medicina rientra nell'ambito delle “varietà della lingue utilizzate in settori specifici della vita sociale e professionale” (Cortelazzo 1994: 7), quantunque, a seconda dell'ottica assunta nella ricerca, mutino sia le definizioni che le denominazioni delle stesse:

(...) con nomi diversi e non sempre sinonimi: *lingue speciali* (a partire, almeno, da Devoto 1938a, b), con la variante *linguaggi speciali* (...) *sottocodice* (dardano 1973; Berruto 1974);

linguaggio settoriale (oggi prevalente nell'uso, anche nella variante *linguaggio specialistico-settoriale* (...) *tecnoletto* (Wandruszka/Paccagnella 1974); *microlingua* (Balboni 1982) (Cortelazzo 1994: 7).

Siccome desideriamo sottoporre all'attenzione la questione del linguaggio specialistico dal punto di vista dell'apprendimento, ci sembra di seconda importanza la questione della nomenclatura, perciò ci atterremo al termine generico "linguaggio specialistico" intendendo in questa sede l'italiano della medicina. Pare invece importante notare che in tutti i casi in cui si parla del linguaggio specialistico, esso viene considerato una realtà a sé stante, quasi come se fosse avulsa dalla realtà linguistica circostante. Eppure ogni parlante con graduale frequenza e abilità adopera elementi di quello che viene chiamato linguaggio specialistico. Tanto è vero che anche nel corso dell'apprendimento dell'italiano L2/LS, l'apprendente entra in contatto con strutture e lessico classificato come specialistico, per esempio:

Tabella 2. *Esempi di linguaggio medico a diversi livelli dell'apprendimento della lingua italiana*

livello di competenza linguistica	
A1-A2	<p>Dottoressa: Venga, si sieda sul lettino che la visito. Allora le fa male sempre o solo quando muove il collo. Paziente: No, solo quando muovo il collo, quando cerco di girare la testa... Dottoressa: Proviamo... se le tocco qui sente dolore? Paziente: Sì, abbastanza. Dottoressa: Allora è meglio fare una radiografia. (Fratter, Troncarelli, 2006, p. 197).</p>
B1-B2	<p>Infermiera: Mi dica signora. Paziente: Vorrei sapere perché il dottore non mi ha dato le solite medicine. Infermiera: Mi lasci vedere. Ah, ecco, signora, guardi: le medicine sono le stesse, è cambiata solo la confezione. Paziente: No, no, queste non vanno bene. Da quando le prendo, ho molti fastidi. (...) Ecco dottore, non so come spiegare alla signora che il farmaco che lei prende solitamente è lo stesso, nonostante la confezione sia cambiata. (Chiuchiù, 2016, p. 88-89).</p>
C1-C2	<p>Sempre attraverso la Fda si è appreso che molti consumatori americani, avendo richiesto l'invio dei prodotti a base di diversi psicofarmaci, hanno tutti ricevuto una preparazione che conteneva come principio attivo l'aloiperidolo. Questo ritrovato è da tempo un farmaco generico: viene impiegato per il trattamento delle forme schizofreniche e non è privo di effetti collaterali anche gravi. I pazienti americani che hanno ricevuto questo farmaco, invece di quello richiesto, hanno avuto problemi seri: difficoltà di</p>

respirazione, spasmi e rigidità muscolari nonché tremori. (Alessandroni, Marasco, Melani, Rondoni, 2008, p. 32).

Il linguaggio specialistico in misura variabile fa parte della vita quotidiana di ogni parlante. Invece ciò che a livello avanzato della conoscenza della lingua comporta maggiori problemi nell'uso disinvolto di certe strutture lessicali e grammaticali non è la competenza linguistica, bensì la competenza cognitiva. In altre parole, nell'apprendimento e nello studio del linguaggio specialistico una data lingua è solo un mezzo per esprimere contenuti. Qualora manchino contenuti, è lacunosa o assente la capacità linguistica in un certo ambito. Nell'insegnamento di ogni lingua straniera non si apprendono meri costrutti linguistici, parimenti nell'apprendimento del linguaggio specialistico la lingua è solo una chiave per conoscere e descrivere una data realtà.

2. L'insegnamento della lingua straniera e dei linguaggi specialistici

2.1. Tempo

L'obiettivo dell'apprendimento del linguaggio specialistico è quello di raggiungere un livello di padronanza che permetterà un uso fluente della lingua nell'ambito professionale. Lo sviluppo delle abilità linguistiche va accompagnato dall'acquisizione di altre capacità specifiche che si possono sintetizzare come particolari competenze ricettive e produttive scritte e orali, nonché quelle analitiche utili per comprendere anche significati impliciti:

People who developed expertise in particular areas are, by definition, able to think effectively about problems in those areas... experts have acquired extensive knowledge that affects what they notice and how they organize, represent, and interpret information in their environment. This, in turn, affects their abilities to remember, reason, and solve problems (Bransford et al., 1999, p. 31).

Nel contesto dei linguaggi specialistici, spesso si indica il lessico come uno dei principali fattori determinanti una corretta conoscenza del linguaggio (Gotti 1992: 240-256), dimenticando che non è un solo elemento ad assicurare una fluente comunicazione: «chi parla in lingua straniera focalizza l'attenzione sulla morfosintassi e sul lessico, ma altre componenti della competenza linguistica vengono trascurate e possono generare nell'interlocutore un'immagine non voluta di aggressività, di inconcludenza, di sprezzo» (Balboni 2000: 32). Alte capacità linguistiche nel settore medico vanno perciò abbinate alle abilità socio-culturali e pragmatiche che possano favorire un'attiva e scorrevole partecipazione allo scambio linguistico tra i parlanti. Essendo le capacità culturali e pragmatiche difficili da misurare l'attenzione si sposta su un elemento facilmente quantificabile, ossia sulla terminologia accostata all'apprendimento di nozioni grammaticali. Però come abbiamo appena accennato il fattore quantitativo (numero di vocaboli conosciuti) non si traduce in quello qualitativo. È vero invece che tanto nel caso

dell'apprendimento delle lingue straniere che dei linguaggi specialistici occorre un consistente numero di ore durante le quali diventi raggiungibile l'obiettivo di conoscere una lingua a fondo. Soventemente però nella prassi dell'insegnante di linguaggi specialistici quest'analogia non viene rispettata. In questo secondo caso infatti non si parla mai né di livelli di padronanza del linguaggio specialistico, tanto meno si applica il meccanismo di apprendimento visto come un processo a lungo termine.

Gli studiosi dell'insegnamento di lingue straniere sono d'accordo sul fatto che è impossibile raggiungere una soddisfacente conoscenza di una lingua straniera senza un adeguato numero di ore didattiche: "Learning a second language for 95 hours per year for six years will not lead to functional bilingualism and fluency in the second language. Expectations must be realistic" (Archibald et al., 2006, p. 3). Sulla scia di queste osservazioni alcuni studiosi della materia propongono 10.000 ore di apprendimento di una lingua straniera suddivisi in lezioni in classe accompagnate da attività fuori dal contesto scolastico (Eaton, 2012). Sebbene nello studio citato si consideri il caso della lingua inglese L2 in una comunità canadese, quindi con maggiori probabilità di interazioni quotidiane con questa lingua, il numero di ore didattiche indispensabili pare comunque superiore a qualunque curriculum proposto e accessibile agli apprendenti di linguaggi specialistici. Mettendo in pratica queste considerazioni nel campo dell'insegnamento e dell'apprendimento dei linguaggi specialistici, si dovrebbe assicurare un numero minimo di ore durante le quali fosse realistico conoscere almeno nozioni basilari del linguaggio specialistico. Siccome i linguaggi specialistici insegnati alle facoltà di lingue vengono in genere proposti in corsi, il numero effettivo di ore di insegnamento è perciò molto limitato. Di conseguenza per gli apprendenti di linguaggi specialistici è appena possibile acquisire una certa dimestichezza con un dato linguaggio. È indiscutibile che non ci si possa permettere di allargare a dismisura l'offerta formativa, ma sarebbe utile applicare gli stessi criteri vigenti nell'insegnamento delle lingue straniere anche all'apprendimento di linguaggi specialistici. Una mappatura approssimativa di livelli di specializzazione di qualunque linguaggio specialistico, nonché gradualità difficoltà di apprendimento dello stesso potrebbero così costituire un punto di riferimento sia per gli insegnanti che per gli apprendenti.

2.2. Materiali

Siccome la comprensione del linguaggio medico è un requisito indispensabile per poter orientarsi nel mondo delle scienze mediche, con tale obiettivo vengono proposti diversi manuali sul linguaggio medico indirizzato ai futuri professionisti dell'area medico-sanitaria. Diversi autori dell'area germanofona e anglofona sembrano più attenti alla questione dell'insegnamento del linguaggio medico (Lippert-Burmester, Lippert, 2014; Riecke, 2012; Michler, Denedum, 2013; Karenberg, 2007; Fangerau et al., 2014; Moisis, Moisis, 2008, Canfield Willis, 2006, Chabner, 2011^{a b}, 2015; Tannis, Davis, 2010; Nath, 2017; Walker-Esbaugh, McCarthy, Spark 1977). Nel caso del linguaggio medico italiano una riflessione linguistica è di duplice natura. Da una parte le pubblicazioni in merito riguardano aspetti basilari, proposti agli apprendenti dell'italiano come lingua straniera, per cui

i testi e le nozioni non vanno oltre certi livelli di conoscenza della lingua straniera (Ignone, Santeusano, 2011, Forapani, 2004, 2014)⁷, dall'altra parte si possono citare pubblicazioni altamente specialistiche in cui prevalgono aspetti linguistici (lessicali, semantici, etimologici, diacronici, contrastivi ecc.) privi però di uno sguardo sulla dimensione pratica del linguaggio specialistico (Dardano, 1994; Grossman, Rainer, 2004; Gualdo, Telve, 2011). Solide basi teoriche sulla natura del linguaggio specialistico e l'abilità ad analizzare il discorso specialistico non vanno scambiate con attive competenze linguistiche indispensabili in una reale situazione comunicativa. Pare che la natura dei materiali didattici accessibili agli apprendenti e agli insegnanti sia determinata dallo stato attuale della consapevolezza nell'ambito dell'insegnamento dell'italiano della medicina. A migliorare la situazione non giovano perplessità irrisolte sulla natura dei linguaggi specialistici e sul loro insegnamento: "Le opzioni e le discussioni sulla didattica dei linguaggi specialistici, almeno quella italiana, non stabilisce i metodi ben definiti e non precisa il contenuto dei corsi; non viene risolta la questione quali concetti privilegiare e in quale misura; focalizzare sull'aspetto contenutistico o linguistico" (Szpingier, 2015, p. 57).

Ciò che colpisce è appunto questo divario, in quanto il linguaggio specialistico viene spesso percepito disgiuntamente dalle capacità linguistiche e cognitive degli apprendenti. Aspetti da tenere in considerazione sono invece sia le capacità linguistiche di partenza dell'apprendente sia le nozioni specialistiche già possedute. Di saliente importanza sono anche i destinatari del corso e di conseguenza i materiali specialistici destinati all'apprendimento. Una sola definizione non potrà mai racchiudere la complessità dell'essere umano, e così non esiste un apprendente modello, nondimeno si possono distinguere due macrogruppi di apprendenti e conseguentemente i loro bisogni. I contenuti che dal punto di vista linguistico sembreranno troppo basilari al laureato in lingue e aspirante traduttore/interprete o mediatore linguistico, non lo saranno per un operatore del settore sanitario per motivi professionali interessato ad apprendere la lingua italiana. E *vice versa*: materiali e corsi del linguaggio medico potrebbero risultare troppo difficili per chi non possiede nozioni in materia.

Non bisogna tralasciare la figura dell'insegnante interposto al confine di due materie: la lingua straniera e la scienza, due entità che, come abbiamo segnalato, si condizionano a vicenda. Alcuni studiosi (Dudley-Evans, St John, 1998, p. 13-17) hanno addirittura postulato di sostituire l'insegnante del linguaggio specialistico con la figura del professionista, spostando il baricentro non verso la lingua bensì verso la materia insegnata. Non si può certo dare torto a chi sostiene che solo gli specialisti di un dato settore della scienza siano in grado di insegnare efficacemente la lingua e la materia. Alla fine attraverso l'insegnamento della propria materia si trasmettono anche nozioni linguistiche:

⁷ Per uno studio approfondito dei materiali didattici utili nell'apprendimento della lingua della medicina in L2 si veda Polita 2013: 347-365.

Complessivamente, la didattica dei linguaggi specialistici viene spesso considerata come ponte fra la didattica delle lingue straniere – che pone l'attenzione sugli aspetti relativi alla competenza comunicativa in situazioni quotidiane, in cui la presenza di comunicazione specialistica serve da spunto per discussioni e argomentazioni – e la didattica disciplinare. Questa considerazione comporta il rischio di una perdita di identità e di una continua necessità di dichiararsi parte di una delle due discipline (Cavagnoli, 2007, p. 44).

D'altra parte però anche gli stessi studiosi della difficile materia qual è la medicina riconoscono il bisogno di soffermarsi su particolari questioni linguistiche, consapevoli che alla base della scienza poggia la lingua con tutti i suoi meccanismi. Imparare il significato dei termini come *acndroplasia*, *peritoneale*, *transesofageo* senza apprendere le logiche leggi linguistiche che stanno alla base di questi concetti non preclude una loro corretta comprensione, tuttavia favorisce il processo mnemonico e il futuro apprendimento. Inoltre bisogna ribadire che la difficoltà lessicale non consiste solo nei tecnicismi veri e propri (denominati tecnicismi specifici, TS), anzi pare più difficoltosa a causa di tecnicismi collaterali (TC) a cui spesso ricorrono gli specialisti:

I TC hanno innanzitutto una funzione stilistica e non referenziale come i TS. I TS sono obbligatori in quanto indispensabili per garantire una comunicazione esatta ed adeguata ai contenuti, mentre i TC sono facoltativi nel senso che, pur contribuendo a caratterizzare linguisticamente il testo nel suo complesso, non sono necessari alla corretta trasmissione dei contenuti (Puato, 2020, p. 646).

Una soluzione ottimale sarebbe infatti quella di creare un tandem: insegnante di lingua e specialista, poiché senza negare a nessuno le proprie competenze nel settore, si creerebbe un ambiente favorevole allo studio della lingua straniera nel contesto di una scienza specifica:

Il professionista come collaboratore – questo ruolo dell'insegnante consisterebbe, nel caso di un'organizzazione ideale del corso, in una sua collaborazione con i veri professionisti del campo scientifico-professionale. In questo reciproco scambio di esperienze, gli esperti provvederebbero a fornire un'approfondita analisi del testo dal punto di vista del contenuto specifico mentre l'insegnante, avvalendosi del loro aiuto, potrebbe integrare tali conoscenze nel suo programma e nelle attività linguistiche del corso (Drljević, 2019, p. 218).

L'insegnante del linguaggio specialistico LS sta al bivio di queste diverse aspettative del suo pubblico, e anche delle proprie. Per soddisfarle occorrerebbe cambiare l'ottica di pensare al linguaggio specialistico come ad una coronazione delle capacità linguistiche da una parte, un inarrivabile miraggio per gli apprendenti della lingua straniera a livello elementare. Il linguaggio specialistico è una realtà a

sé stante, certamente radicata nella lingua, la conoscenza della quale non comporta un'automatica capacità di usarle entrambe con la stessa maestria.

2.3. Livelli del linguaggio specialistico

Il linguaggio specialistico raramente viene considerato alla pari di qualunque altra lingua con le sue proprie leggi e difficoltà gradualità. Eppure i linguisti nelle analisi del linguaggio specialistico segnalano diverse situazioni comunicative in cui esso può apparire, indicandone anche varianti e registri:

Un esauriente studio della formazione delle parole in ambito medico – e, più in generale, lo studio del linguaggio medico contemporaneo – dovrebbe fondarsi essenzialmente su cinque tipologie testuali: (a) l'uso orale dei medici, verificato nelle interazioni tra colleghi e nel colloquio con i pazienti; (b) l'uso scritto desumibile da atti ufficiali (cartelle cliniche, referti autoptici, relazioni medico-legali ecc.); c) la lingua dei manuali destinati a studenti di medicina o a laureati perfezionandi; d) gli articoli scientifici; e) i dizionari specializzati (Grossman, Rainer, 2004, p. 585).

A onor del vero, la suddivisione proposta non è del tutto meditata in quanto le due categorie (uso orale e uso scritto), includono già le tre successive. Inoltre, l'uso orale del linguaggio medico indistintamente categorizzato come strumento di comunicazione tra medici e medico-paziente è ben lungi dalla realtà linguistica. Nel linguaggio medico conta maggiormente la specializzazione, mentre di seconda importanza sembrano le tipologie testuali. La macro categoria etichettata come linguaggio medico include sottocategorie più disparate, dalla genetica molecolare, alla chirurgia pediatrica, alla medicina legale, quest'ultima resa ulteriormente difficile dalla commistione di un ulteriore linguaggio specialistico. Qualunque sia l'ambito della medicina trattato, è vero che vi si possono distinguere dei tratti distintivi, come negli esempi seguenti:

Tabella. 3. *Livelli di specializzazione del linguaggio medico*

TESTO A. specializzazione bassa	<p>Non prenda il farmaco: se è allergico all'acido acetilsalicilico, all'acido ascorbico, ad altri analgesici (antidolorifici) / antipiretici (antifebbrili) / farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) o ad uno qualsiasi degli altri componenti di questo medicinale (elencati al paragrafo 6); se soffre di ulcera gastroduodenale (ulcera allo stomaco o alla prima parte dell'intestino); se soffre di diatesi emorragica (tendenza al sanguinamento); se soffre di grave insufficienza renale (ridotta funzionalità dei reni) o epatica (del fegato) o cardiaca (del cuore); se soffre di deficit del glucosio-6-fosfato deidrogenasi (enzima la cui assenza, geneticamente determinata, comporta una malattia caratterizzata da ridotta sopravvivenza dei globuli rossi); se sta già assumendo il metotrexato (a dosi di 15 mg/settimana o più).</p>
TESTO B. specializzazione media	<p>Il paziente giunge alla nostra osservazione in seguito a caduta dall'impalcatura riportando trauma cranico commotivo. Per tale motivo si è recato in PS dove ha eseguito TC encefalo che ha evidenziato una emorragia sub aracnoidea bilateralmente in sede frontale, frattura mastoide dell'osso temporale di sinistra e pneumoencefalo. Eseguito teleconsulto NCH. Consigliato ricovero per osservazione e valutazione ORL. Allo stato il pz è vigile. Ben orientato nel tempo e nello spazio.</p>
TESTO C. specializzazione alta	<p>TC di ristadiazione (dopo 10° sec. Protocollo Folox 4 + panitumamab): non lesioni secondarie del parenchima polmonare; invariato il minuto esito nodulare in sede apicale sinistra. Rispetto al precedente esame, attualmente si osserva lesione secondaria in S4a di circa 13 mm ed altra in S8 di 25 mm. Altra piccola lesione ipodensa di 7 mm in S8. Non evidenti altre lesioni focali epatiche.</p>

Nonostante i testi appartengano a diverse tipologie testuali (foglietto illustrativo nel caso del testo A, referti medici nel caso dei testi B e C), li accomuna il linguaggio medico dalla difficoltà bassa a quella media e alta.

Nel caso del testo A, destinato al paziente, quindi presumibilmente a una persona a cui non viene richiesta la conoscenza del linguaggio specialistico, si possono indicare alcune caratteristiche:

- è mantenuta una lineare struttura della frase: per una facile comprensione del testo non viene omesso nessuno dei suoi elementi, anche se ciò richiede costanti ripetizioni,
- le frasi sono complete di ogni elemento morfologico (preposizioni, preposizioni articolate, articoli, ecc.),

- il lessico sembra adeguato a un pubblico vario con diverso grado di familiarità con termini specialistici;
- vengono proposti termini equivalenti in forma di definizione o di un sinonimo più diffuso, sebbene meno tecnico (diatesi emorragica = tendenza al sanguinamento; antipiretici = antifebbrili),
- comprensione dei singoli termini viene agevolata dal cotesto: sia per la presenza di termini equivalenti, sia per la costruzione delle frasi.

Benché il testo B abbia caratteristiche comuni al testo A e C, esso tende però a semplificare e omettere elementi morfo-sintattici ritenuti non essenziali a favore della maggiore densità del senso non sempre desumibile solo in base ai termini dati. Il testo C è la quintessenza del linguaggio specialistico semplificato dal punto di vista morfo-sintattico. La comprensione del significato dei singoli termini richiede un'approfondita conoscenza di nozioni specialistiche, in quanto nel cotesto sono assenti elementi chiarificatori. In entrambi i casi:

- la sintassi è molto ridotta: spesso compaiono frasi semplici; prevalgono proposizioni implicite,
- termini altamente specialistici (lesioni secondarie, esito nodulare) non sono accompagnate da termini chiarificatori,
- alcuni termini non sono completi: per ricostruire un elemento eliso (per esempio: lesione [nel livello] S4) risultano indispensabili conoscenze extratestuali,
- il significato di sigle e abbreviazioni è condizionato sia dal contesto che da cognizioni relative al problema presentato.

Paradossalmente una maggiore specializzazione della lingua riduce la complessità morfo-sintattica. Quanto più aumenta il livello di specializzazione del linguaggio specialistico, tanto più decresce la complessità grammaticale del testo. Infatti, la comprensione del testo C avviene nonostante l'abolizione delle leggi grammaticali. La comprensione a livelli ancora più specialistici richiede la capacità di colmare i sensi non espressi basandosi sulle proprie capacità linguistiche e cognitive inerenti all'argomento trattato. A prima vista pare che la padronanza del linguaggio specialistico non richieda una spiccata conoscenza delle strutture grammaticali, poiché queste tendono a venir meno in alcuni testi molto vincolanti. È però un'apparenza ingannevole, in quanto in assenza del senso esplicito è molto più probabile il rischio di fraintendimento. L'abilità a muoversi nel linguaggio specialistico consiste nel vedere anche ciò che manca, quindi nell'andare al di là del testo scritto.

3. Livelli di conoscenza della lingua italiana vs la comprensione del linguaggio medico

Le riflessioni teoriche hanno veicolato la ricerca tra gli apprendenti dell'italiano L2/LS e dei parlanti nativi per sottoporre all'analisi un'eventuale interdipendenza tra il livello di padronanza della lingua italiana e del linguaggio medico. Abbiamo formulato la seguente ipotesi: quanto più aumenta il livello di padronanza dell'italiano tanto più migliorano le capacità di comprensione di un testo altamente specialistico. L'ipotesi iniziale è in netta contraddizione al ragionamento appena presentato, secondo cui il linguaggio specialistico con la sua difficoltà graduale non

è di facile intendimento ai non professionisti. Tuttavia l'ipotesi così formulata è servita come punto di aggancio tanto per scegliere intervistati quanto per strutturare il questionario.

3.1 Metodologia e obiettivi della ricerca

Al gruppo eterogeneo di italofoeni e apprendenti dell'italiano LS è stato sottoposto un breve questionario di 10 domande di graduale difficoltà. Lo scopo delle domande chiuse era quello di analizzare quanto una buona conoscenza della lingua italiana potesse influire sulla corretta interpretazione dei testi proposti. I brani dei testi medici inseriti nel questionario sono stati estrapolati da testi autentici destinati sia ai medici specialisti che alle persone senza conoscenze specifiche del settore. Per quanto concerne la difficoltà delle domande inserite nel questionario (cf. Appendice A) due provengono da una cartella clinica con alcuni dati anamnestici (domanda 3, 6) e da un referto radiologico (domanda 7). Le restanti riguardano la posologia di un farmaco (domanda 4), modalità terapeutiche (domanda 2, 5), un frammento del consenso informato richiesto per la somministrazione di un analgesico (domanda 8), generiche informazioni sul rischio di insorgenza di un'insufficienza venosa (domanda 1) e su indicazioni e controindicazioni relative all'esame mammografico (domanda 10). Nel caso dei primi due testi, essi vengono trattati come scrittura ad alto grado di difficoltà in quanto destinati agli specialisti. I testi restanti invece costituiscono un vasto gruppo di informazioni destinate all'uso del paziente il quale in diverse occasioni viene chiesto di prenderne visione, di comprenderle e a volte di attenersi alle raccomandazioni incluse (prescrizione, consenso informato). Nel caso di questi testi la lettura consapevole è fondamentale sia dal punto di vista medico che quello legale.

Al questionario hanno partecipato in totale 52 persone, delle quali 27 hanno dichiarato di essere di madrelingua italiana, 12 di possedere un livello di conoscenza dell'italiano C1-C2 e 13 un livello B1-B2 secondo il QCER. Entrambi i gruppi erano composti da laureandi o laureati in materie umanistiche o scientifiche. Il tempo lasciato a disposizione per ogni partecipante del questionario era di 60 minuti durante i quali si potevano rivedere ed eventualmente modificare le risposte.

3.2. Limiti del metodo

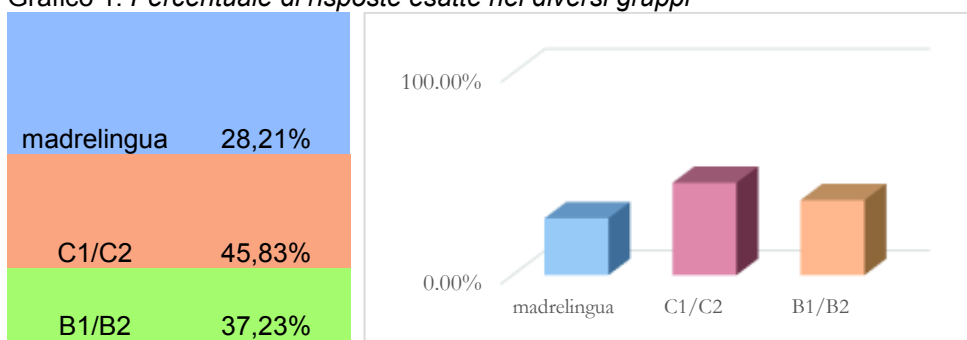
I risultati sono stati ottenuti dall'analisi in base alla correttezza delle risposte scelte. Il questionario (cf. Appendice A) prevedeva risposte chiuse, di cui alcune erano a scelta multipla. La conoscenza della lingua italiana non è stata verificata in nessun altro modo, perciò i livelli di conoscenza della lingua italiana sono meramente dichiarativi. Possono cioè risultare inconsapevolmente modificati da persone sottoposte al questionario. Un altro limite del metodo è legato al questionario stesso, composto da appena dieci domande di variabile grado di difficoltà, il che non è abbastanza rappresentativo, poiché esclude molte altre tipologie testuali. Un'ulteriore limitazione del metodo consiste nella forma stessa del questionario. Essendo esso composto di domande relativamente brevi, non offre al lettore un contesto più vasto che possa rendere più agevole la comprensione delle domande specifiche. Infatti, la graduale difficoltà delle domande e i diversi temi trattati in

ciascuna di esse possono compromettere le capacità di comprensione e di conseguenza la correttezza della risposta.

3.3. Risultati della ricerca

I risultati della ricerca hanno smentito l'ipotesi iniziale. Si presupponeva che i madrelingua avrebbero risposto correttamente a un maggior numero di domande, cosa che non è avvenuta. Nei tre gruppi sottoposti all'analisi i risultati migliori hanno ottenuto gli apprendenti dell'italiano a livello di conoscenza d'italiano C1-C2 (Graf. 1). Paragonando le percentuali, il gruppo C1/C2 ha dato il 45,83% di risposte esatte, segue il gruppo B1/B2 con il 37,23% di risposte corrette e finisce in coda alla classifica il gruppo dei madrelingua con il 28,21% di risposte esatte.

Grafico 1. Percentuale di risposte esatte nei diversi gruppi



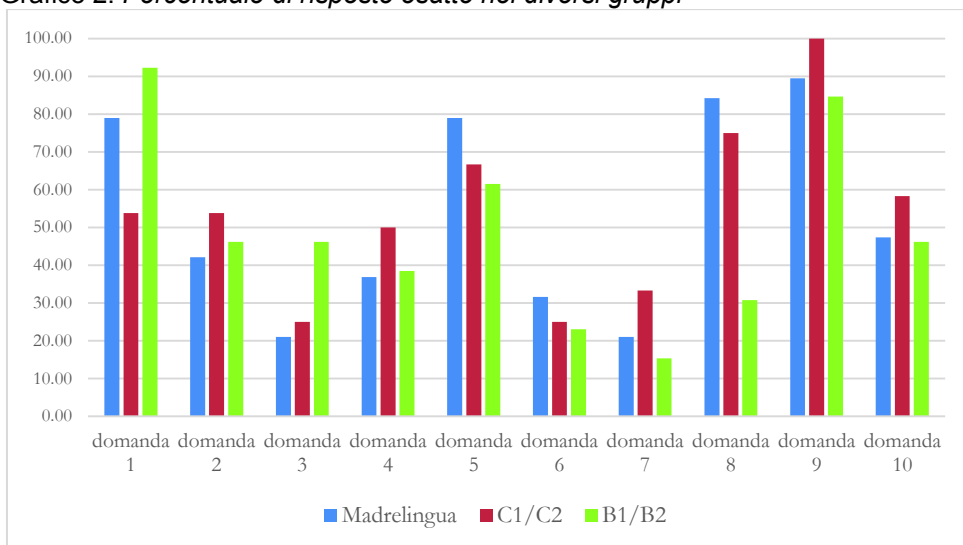
Sebbene il livello di conoscenza dell'italiano possa facilitare la comprensione del linguaggio medico, ciò non garantisce che ogni suo registro e grado di specializzazione siano intesi. Analizzando i risultati delle singole domande (tab. 4), non si nota un trend univoco (Graf. 2):

Tabella 4. Risultati delle singole domande ottenuti in ogni gruppo

	Madrelingua	C1/C2	B1/B2
domanda 1	78,94	53,84	92,30
domanda 2	42,10	53,84	46,15
domanda 3	21,05	25,00	46,15
domanda 4	36,84	50,00	38,46
domanda 5	78,94	66,66	61,53
domanda 6	31,57	25,00	23,07
domanda 7	21,05	33,33	15,38
domanda 8	84,21	75,00	30,76
domanda 9	89,47	100,00	84,61
domanda 10	47,36	58,33	46,15

Nei dati sopra indicati e riportati nel grafico 2 possono colpire alcuni particolari: la percentuale delle risposte esatte nel caso dei madrelingua in alcuni casi è addirittura inferiore al gruppo degli apprendenti C1/C2. Per quanto concerne le domande n. 1, 2, 3, 4, 7, 9, 10 i più abili a scegliere le risposte esatte sono stati gli apprendenti dell'italiano LS. Ha eccelso il gruppo degli apprendenti C1/C2 in quanto ha superato la soglia del 50% di correttezza nel caso di 6 domande, mentre i madrelingua sono riusciti a farlo solo nel caso di 4 domande. Nel caso del gruppo di apprendenti B1-B2 il numero decresce ulteriormente a 3 domande.

Grafico 2. Percentuale di risposte esatte nei diversi gruppi

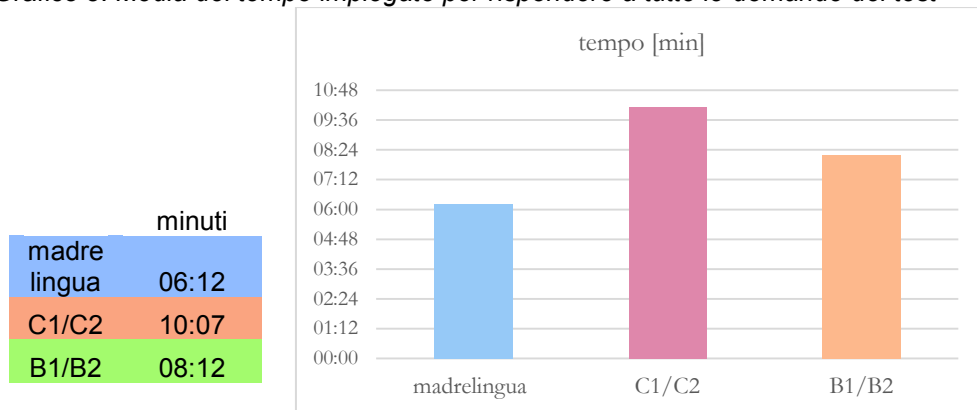


La competenza linguistica non è l'unico fattore a facilitare la comprensione di brevi testi medici. La ricerca meriterebbe un ulteriore approfondimento con un'analisi abbinata alla valutazione di generali capacità linguistiche e conoscenze generali dell'ambito medico. Il fatto che necessita uno studio approfondito sono i risultati dei madrelingua i quali, se confrontati con quelli degli apprendenti, devono destare una certa preoccupazione: a parte le tre domande molto specifiche, le altre sei riguardavano temi medici con cui si presume siano entrati in contatto i madrelingua. Il linguaggio medico era quindi quello dedicato al parlante privo di spiccate conoscenze dell'ambito medico. Per tale motivo si può avanzare un'ipotesi sui sorprendenti motivi dei risultati del questionario. Tanto nel caso degli apprendenti che dei madrelingua avrà giocato un forte fattore psicologico: i primi convinti forse delle loro imperfette abilità linguistiche volevano dimostrarsi all'altezza del compito, mentre i parlanti nativi dando per scontato le loro capacità linguistiche non avranno dedicato sufficiente attenzione al questionario.

Si può ipotizzare ulteriormente che la difficoltà del test consisteva nella tipologia dei testi proposti. L'interpretazione di questi testi oltre alla capacità linguistica generale e specifica richiede anche l'abilità di parafrasi del significato dato. Si può presumere che i madrelingua non incontrando troppe difficoltà nell'intendimento di singole domande, non abbiano avuto bisogno di soffermarsi per analizzarle logicamente. Gli apprendenti dell'italiano invece per capire il senso delle domande

dovevano dedicarci più attenzione per capirne il senso. Così la loro analisi linguistica ha portato i risultati migliori. Infatti, se analizzeremo la media del tempo impiegato per rispondere a tutte le domande del test noteremo, che è stato proprio il gruppo degli apprendenti C1/C2 a dedicare più tempo rispetto agli altri due gruppi (10:07 min).

Grafico 3. *Media del tempo impiegato per rispondere a tutte le domande del test*



4. Conclusioni

Se nell'ambito glottodidattico si considerasse il linguaggio specialistico come una lingua con propri gradi di specializzazione, sottocodici e varietà, nell'apprendimento sarebbe necessario adottare gli stessi criteri che valgono nell'apprendimento di qualunque lingua straniera. Ciò che risulterebbe più difficile nell'insegnamento del linguaggio della medicina non sono certo solo le tipologie testuali, bensì l'enorme diversificazione delle specializzazioni esistenti. Nel campo medico un otorinolaringoiatra serio non si azzarderebbe mai a formulare giudizi in campo ostetrico. Per non perire sotto la valanga il peso del sapere, occorre adottare utili accorgimenti. L'insegnante del linguaggio specialistico LS costituisce una risorsa non perché presenti in modo selettivo conoscenze di una materia sconfinata, bensì perché abitua l'apprendente a misurarsi con la lingua. Nell'insegnamento delle lingue conta anche, se non soprattutto, lo sviluppo del senso del pensiero filologico che permette di orientarsi nella realtà che la lingua descrive. Il sapere è sempre espresso dalla lingua, attraverso la lingua si raggiungono le conoscenze, mentre non accade mai il contrario. Il mondo reale ed immaginario è tanto più ricco quanto più ampie sono le conoscenze linguistiche abbinate al sapere.

APPENDICE A - QUESTIONARIO

Domanda 1/10

A rischio di forme serie di insufficienza venosa cronica sono soprattutto le donne over-60, specialmente se in sovrappeso e sedentarie e che hanno alle spalle

diverse gravidanze.

- A. donne incinte si ammalano più facilmente di insufficienza venosa cronica
- B. l'insufficienza venosa cronica riguarda sia gli uomini che le donne
- C. la sedentarietà, l'obesità e gravidanze precedenti sono fattori di rischio dell'insufficienza venosa
- D. nessuna risposta è corretta

Domanda 2/10

Terapia a domicilio: Aspirina una compressa alle ore 8 di mattina e di sera.

- A. il paziente deve assumere due compresse al giorno sempre alla stessa ora
- B. il paziente deve assumere una compressa al giorno alle 8 di mattina o di sera
- C. il paziente deve assumere due compresse al giorno di mattina
- D. nessuna risposta è corretta

Domanda 3/10

Uomo di 37 anni con menzione di epatopatia cronica esotossica, presentasi alla osservazione per brevità di respiro e severa dilatazione del ventricolo sinistro.

- A. il paziente ha problemi di fegato e di cuore
- B. il paziente abusa dell'alcol, ha problemi di cuore e difficoltà nel respirare
- C. il paziente con problemi di fegato e di cuore è stato ricoverato per un intervento
- D. nessuna risposta è corretta

Domanda 4/10

Non prenda il farmaco: se è allergico all'acido acetilsalicilico, all'acido ascorbico, ad altri analgesici (antidolorifici) / antipiretici (antifebbrili) / farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) o ad uno qualsiasi degli altri componenti di questo medicinale.

- A. il farmaco non va assunto dai pazienti allergici all'acido ascorbico e all'acido acetilsalicilico contenuti nei farmaci antinfiammatori e antidolorifici
- B. il farmaco non va assunto con altri farmaci, quali antidolorifici e antifebbrili
- C. il farmaco è sconsigliato in caso di allergie a farmaci contenenti componenti ai quali il paziente è allergico
- D. nessuna risposta è corretta

Domanda 5/10

Prescrizioni: Arto inf. a riposo. Ghiaccio per 2-3 gg. Tra una settimana utile ecografia. Analgesico se dolore.

- A. Il paziente non deve sforzare la gamba, in caso di dolore deve assumere un antidolorifico.
- B. il paziente deve assumere antidolorifici con ghiaccio per 2-3 giorni
- C. l'ecografia della gamba è indispensabile tra sette giorni
- D. nessuna risposta è corretta

Domanda 6/10

Il paziente giunge alla nostra osservazione in seguito a caduta dall'impalcatura riportando trauma cranico commotivo. Eseguita valutazione ORL, Paziente ricoverato.

- A. il paziente cadendo dall'impalcatura ha riportato gravi lesioni, tra cui la frattura del cranio
- B. il paziente è stato dimesso senza altre indagini
- C. il paziente è stato ricoverato dopo la consultazione con l'otorino
- D. nessuna risposta è corretta

Domanda 7/10

Rispetto al precedente esame, attualmente si osserva lesione secondaria in S4a di circa 13 mm.

- A. l'esame ha evidenziato nuove ferite rispetto all'esame precedente
- B. il paziente si trova nello stesso stato rispetto all'esame precedente
- C. l'esame ha evidenziato segni di neoplasia assente all'esame precedente
- D. nessuna risposta è corretta

Domanda 8/10

Io sottoscritto dichiaro che mi sono state fornite tutte le informazioni relative a: procedura anestesiológica (analgesia epidurale), possibilità di strategie alternative di contenimento del dolore, rischi, effetti collaterali e complicanze secondari all'analgesia epidurale nel travaglio di parto.

- A. la paziente è sottoposta all'intervento chirurgico in cui è indispensabile l'analgesia epidurale
- B. la paziente è consapevole di possibili rischi legati all'anestesia ma non vi sono alternative
- C. la paziente sta per partorire perciò è indispensabile il suo consenso per un'eventuale analgesia epidurale
- D. nessuna risposta è corretta

Domanda 9/10

L'esame angiografico è considerato il più efficace per la diagnosi di aneurismi, delle malformazioni artero-venose, delle fistole e di tutto ciò che rientra nella patologia steno-occlusiva vascolare. In particolare è l'unico esame in grado di valutare il flusso di circolazione del sangue nel distretto esaminato.

- A. l'esame angiografico viene effettuato per diagnosticare diverse patologie vascolari di tipo steno-occlusivo
- B. esistono diverse modalità diagnostiche utili per esaminare il flusso di circolazione
- C. l'angiografia è una modalità diagnostica molto efficace nel caso di malformazioni artero-venose e altre patologie vascolari
- D. nessuna risposta è corretta

Domanda 10/10

La prima mammografia è indicata intorno ai 35-40 anni d'età. Successivamente va ripetuta su consiglio del medico radiologo. Poiché si tratta comunque di un esame strumentale che espone a radiazioni ionizzanti, sebbene a basso dosaggio, se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica.

- A. l'esame mammografico va ripetuto regolarmente a partire dai 35-40 anni d'età solo quando è necessario
- B. per poter eseguire la prima mammografia è necessario consultare il medico che valuterà il rischio legato all'esame
- C. la mammografia è un esame sicuro perciò non mette a rischio la salute della paziente
- D. nessuna risposta è corretta

Riferimenti bibliografici

- [1]. **Alessandroni, D., Marasco, M., Melani, T., Rondoni, R.** (2010) *Come prepararsi all'esame del Celi 4*, Perugia: Guerra Edizioni.

- [2]. **Archibald, J., Roy, S., Harmel, S., Jesney, K., Dewey, E., Moisik, S.** (2006) *A review of the literature on second language learning* (2nd ed.), Edmonton: Alberta Education.
- [3]. **Balboni, P.** (2008) *Imparare una lingua straniera*, in De Giovanni F., Di Sabato B. (a cura di), *Imparare ad imparare, imparare ad insegnare*, Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane, pp. 63-90.
- [4]. **Benigno, V., De Jong, J.** (2019) *Linking vocabulary to the CEFR and the Global Scale of English: A psychometric model*, in Huhta, A. and Erickson, G. and Figueras N. (ed.), *Developments in Language Education: A Memorial Volume in Honour of Sauli Takala*, University of Jyväskylä/Centre for Applied Languages and EALTA, Jyväskylä, pp. 8-29.
- [5]. **Bransford, J., Brown, A., Cocking, R.** (1999) *How People Learn: Brain, Mind, Experience, and School*, Washington D.C: National Academy Press.
- [6]. **Cavagnoli, S.** (2007), *Per un approccio generalistico nell'insegnamento interculturale specialistico*, in Engberg, J. and Grove Ditlevsen M. and Kastberg, P. Stegu, M. *New Directins in LSP Teaching*, Bern-Berlin-Bruxelles-Frankfurt am Main-New York-Oxford-Wien: Peter Lang, pp. 41-62.
- [7]. **Chabner, D.-E.** (2011^a) *Medical Language Instant Translator*, Missouri: Elsevier.
- [8]. **Chabner, D.-E.** (2011^b) *The language of Medicine*, Saint Louis: Saunders Elsevier.
- [9]. **Chabner, D.-E.** (2015) *Medical Terminology. A Short Course*, Missouri: Elsevier.
- [10]. **Canfield Willis, M.** (2006) *Medical Terminology. The Language of Health Care*, Baltimore: Lippincott Williams&Wilkins.
- [11]. **Chiuchiù, G., Chiuchiù, A.** (2016) *In italiano. Il corso*, vol. 3, Milano: Hoepli.
- [12]. **Cortelazzo, M.** (1994) *Lingue speciali. La dimensione verticale*, Padova: Unipress.
- [13]. **Dardano, M.** (1994) *I linguaggi scientifici*, in Serianni, L. and Trifone, P. (ed.), *Scritto e parlato*, vol. II, Torino: Einaudi, pp. 497-551.
- [14]. **Drljević, J.** (2019) *Insegnare i linguaggi settoriali di una LS a livello universitario (il caso della lingua italiana). Il ruolo e le competenze dell'insegnante e dello studente*, *Анали Филолошког факултета* 31 (1), pp. 213-232.
- [15]. **Dudley-Evans, T., St John, M.** (1998) *Developments in ESP: A multidisciplinary Approach*, Cambridge: CUP.
- [16]. **Eaton, S. E.** (2012) "Applying the "10000-hour rule" to English language learning: or why informal learning is essential to achieving language proficiency", in *Teal Manitoba Journal*, vol. 28 (2), pp. 4-7.
- [17]. **Fangerau, H., Schulz, S., Noack, T., Müller, I.** (2014) *Medizinische Terminologie. Ein Kompaktkurs*, Berlin: Lehmanns Media.

- [18]. **Fratter, I., Troncarelli, C.** (2006) *Piazza Navona. Corso di italiano per stranieri. Livello A1-A2*, Genova: Cideb.
- [19]. **Forapani, D.** (2014) *Italiano medico*, Roma: Edilingua.
- [20]. **Forapani, D.** (2004) *Italiano per medici*, Perugia: Alma Edizioni.
- [21]. **Gotti, M.** (1998) *La valutazione delle competenze linguistiche di carattere specialistico*, in M. Pavesi, G. Bernini (ed), *L'apprendimento linguistico all'università: le lingue speciali*, Roma: Bulzoni Editore, pp. 227-245.
- [22]. **Grossmann, M., Rainer, F.** (2004) *La formazione delle parole in italiano*, Tübingen: Max Niemeyer Verlag.
- [23]. **Gualdo, R., Telve, S.** (2011) *Linguaggi specialistici dell'italiano*, Roma: Carocci.
- [24]. **Ignone, A., Santeusano, N.** (2011) *Italiano della biologia e della medicina*, Perugia: Guerra Edizioni.
- [25]. **Karenberg, A.** (2007) *Fachsprache Medizin im Schnellkurs. Für Studium und Berufspraxis*, Stuttgart-New York: Schattauer.
- [26]. **Lippert-Burmester, W., Lippert, H.** (2014) *Medizinische Fachsprache – leicht gemacht*, Stuttgart: Schattauer.
- [27]. **Michler M., Benedum, J.** (1981) *Einführung in die Medizinische Fachsprache. Medizinische Terminologie für Mediziner und Zahnmediziner auf der Grund des Lateinischen und Griechischen*, Berlin-Heidelberg-New York: Springer-Verlag.
- [28]. **Moisio, A., Moisio, E.** (2008) *Medical Language: Focus on Terminology*, Boston: Cengage Learning.
- [29]. **Nath, J.** (2017) *Medical Terminology*, Burlington: Jones&Bartlett Learning.
- [30]. **Polita, M.** (2013) "L'apprendimento della lingua della medicina in L2: due manuali a confronto", in *Italiano Lingua Due*, n. 1, pp. 341-365.
- [31]. **Puato, D.** (2020) "Il lessico della medicina. Un confronto italiano-tedesco in prospettiva didattico-traduttiva", in *Italiano Lingua Due*, n. 2, pp. 642-655.
- [32]. **Riecke, J.** (2004) *Die Frühgeschichte der mittelalterlichen medizinische Fachsprache im Deutschen*, Berlin-New York: Walter de Gruyter.
- [33]. **Sobrero, A., Miglietta, A.** (2011) "Per un approccio varietistico all'insegnamento dell'italiano a stranieri", *Italiano Lingua Due*, n. 2, pp. 243-257.
- [34]. **Szpingier, B.** (2015) "La prassi didattica dell'italiano per scopi speciali nell'ambito universitario polacco sull'esempio della varietà medica", in *Neofilolog*, n. 44/1, pp. 51-60.
- [35]. **Tannis, D., Davis, P.** (2010) *Medical Terminology: a Programmed Systems Approach*, New York: Delmar.
- [36]. **Trace, J., Hudson, T., Brown, J.** (2015) *Developing Courses in Language for Specific Purposes*, Manoa: National Foreign Language Resource Centre.

[37]. Walker-Esbaugh, C., McCarthy, L., Sparks, R. (2004) *Dunmore and Fleischer's Medical Terminology. Exercises in Etymology*, Philadelphia: F.A. Davis Company.