

Esperto / Expert
Aaron V. Cicourel

L'essere esperto può esser descritto riferendosi alle diverse fonti di potenziale informazione percepite e comprese da neofiti ed esperti, e più in particolare in base al modo con cui ciascuno di essi fa uso della lingua per accreditare il proprio status nei confronti dell'altro. Così ad esempio nella medicina clinica la storia clinica e le informazioni risultanti da una visita diretta del paziente saranno interpretate ed elaborate in modo diverso da esperti e neofiti della disciplina: sebbene entrambi facciano uso di un linguaggio quasi identico, infatti, gli uni ma non gli altri saranno in grado di identificare la pertinenza di alcuni sintomi o misurazioni (respiro affannoso, misura della pressione sanguigna, battiti del polso, soffio cardiaco) come altrettanti segnali di problemi medici. In questo contesto, un problema essenziale è costituito dal linguaggio usato per porre domande ottenendone risposte che andranno debitamente interpretate: il linguaggio usato per ricavare informazioni dal paziente, infatti, influisce in modo diretto sul tipo di rappresentazioni mnemoniche cui il medico riuscirà ad avere accesso. Quanto alla lingua usata per la registrazione delle informazioni mediche, anch'essa è essenziale a coordinare in un quadro unitario i sintomi manifestati dal paziente, la sua storia clinica, la visita cui si sottopone e la cura prescritta.

Ogni volta che attribuiamo il ruolo di esperto a qualcuno, diamo per scontato che questi sia stato sottoposto a un processo di addestramento ed abbia un'esperienza riconducibile al possesso di un titolo, di solito certificato da credenziali già in suo possesso come una certificazione ufficiale rilasciata da un ufficio governativo o da un'associazione professionale.

Designare qualcuno “neofita” o “esperto” può implicare lo svolgimento di attività o cerimonie ritualizzate, richiedendo un abbigliamento particolare e specifiche formule per rivolgersi a quella persona: quindi i simboli che garantiscono l'identificazione o in generale l'aspetto esteriore possono favorire o limitare l'accesso a spazi particolari e l'uso di specifiche strumentazioni. Spesso gli eventi linguistici costituiscono la risorsa principale su cui fare affidamento per riuscire a comprendere attività svolte in ambienti creati in vista del raggiungimento di uno scopo; in tali ambienti infatti i vincoli organizzativi e le aspettative di rappresentazione (sia orali che scritte) sono alla base della nostra capacità di inferire o attribuire a qualcuno il ruolo di esperto. Ecco perché il linguaggio è essenziale per riuscire a comprendere tanto il comportamento del neofita quanto quello dell'esperto.

L'uso del linguaggio inoltre gioca un ruolo cruciale nell'attivare un aspetto “nascosto” ma essenziale dell'esperto: quello rappresentato dagli onnipresenti vincoli imposti dalla memoria, e dunque dalla capacità di accedere ad un patrimonio fondamentale di conoscenze che sarà considerato dagli altri come “dotato di autorità”. Del contenuto della memoria di lavoro di un neofita o di un esperto, ad esempio, fa parte la capacità di concentrarsi sull'informazione disponibile in una situazione data per poi distogliersene, limitando il proprio grado di attenzione in modo tale da riuscire ad attivare rappresentazioni mnemoniche a lungo termine relativamente più ordinate, che conterranno soltanto informazione pertinente. La percezione dell'ambiente concepito in vista di uno scopo specifico elaborata dal neofita, tuttavia, può produrre un eccessivo carico di informazioni che comprometterà l'attivazione di rappresentazioni mnemoniche adeguate e la conseguente capacità di utilizzare forme adeguate di comunicazione orale e scritta.

In ambienti legati alle professioni è difficile distinguere esperti e neofiti; chi fruisce delle funzioni svolte dai membri di una determinata professione, infatti, spesso non è certo di riuscire a distinguere gli uni dagli altri, e del resto gli attori identificati come esperti o neofiti in base a criteri organizzativi non mettono sempre al corrente clienti e pazienti del loro status e del loro background conoscitivo. Per questa ragione,

nell'ambito di un'organizzazione, il personale può essere ben consapevole delle differenze di status che costituiscono altrettanti segnali di variazioni nella specializzazione, laddove i destinatari del particolare servizio offerto molte volte possono non essere a conoscenza di tali differenze e delle possibili conseguenze che ne derivano: i neofiti infatti acquisiscono molto presto la capacità di simulare uno status da esperto dinanzi a clienti o pazienti, sebbene non siano in possesso né delle conoscenze né dell'esperienza sufficienti a eguagliare l'uso che della lingua fanno i veri esperti.

Spesso i neofiti sono addestrati stando fianco a fianco all'esperto: è ciò che accade quando chi impara a guidare è accompagnato da un istruttore di guida esperto, o quando un apprendista idraulico viene osservato dal suo principale mentre tenta di riparare o installare i tubi di uno scaldabagno. Anche chi studia per diventare avvocato recita le proprie arringhe dinanzi ad alcuni istruttori in un tribunale simulato, ed è controllato mentre stila un verbale processuale; analogamente negli studi legali un avvocato alle prime armi accompagnerà un membro più esperto dello studio quando quest'ultimo intraprende l'esame di documenti importanti, raccoglie deposizioni e rappresenta un cliente in tribunale. Uno studente di medicina al terzo o quarto anno di corso può senza dubbio intervistare un paziente già visitato da un medico che lo assiste, ma dovrà spiegare ad un esperto le proprie conclusioni e raccomandazioni (diagnosi e prescrizioni di cura); un aspetto piuttosto interessante dell'addestramento dei tirocinanti è che sebbene possano non essere osservati direttamente da assistenti, tuttavia la loro presentazione orale del caso all'esperto è essenziale per mettere in luce il livello di apprendimento e l'uso adeguato della loro conoscenza specialistica di recente acquisizione. L'esperto o l'assistente, pertanto, fa affidamento sul linguaggio con cui il tirocinante descrive i sintomi o i problemi del paziente e propone una possibile diagnosi e cura per poter valutare la competenza del neofita.

I neofiti fingono di possedere un'esperienza specialistica proiettando sulle proprie capacità informative e motorie un senso di autorità o controllo; in particolare ciò avviene grazie al modo in cui usano specifiche parole, ponendo domande mentre tentano di ostentare un comportamento e uno stile

discorsivo fermi e posati, in grado di nascondere qualsiasi forma di ansia o incertezza riguardo a ciò che sta accadendo. In ambito medico, ad esempio, i tirocinanti al primo ed al terzo anno possono entrambi ostentare il possesso di un retroterra conoscitivo adeguato pur differendo notevolmente nell'effettiva capacità di formulare una diagnosi particolareggiata valida. I clienti o pazienti si possono accorgere che sono "dominati" da altri, ma per loro può essere difficile riuscire a mettere in discussione l'autorità della persona che finge di essere o è effettivamente designata responsabile. L'idea di dominio, in ogni caso, continua ad essere difficile da provare empiricamente.

Il carattere empiricamente illusorio di concetti come autorità, potere e dominio induce a interrogarsi circa il modo in cui è possibile svolgere ricerche sugli esperti in contesti medici. Una fonte di dati nasce dall'osservazione del rapporto che neofiti ed esperti intrattengono con clienti o pazienti. Un'altra strategia consiste nell'analizzare l'interazione prima fra esperti e neofiti, e poi fra questi ed i loro clienti o pazienti, in ambienti istituzionali o socialmente organizzati; in tal modo è possibile contestualizzare le fonti di dati, studiando al contempo i rapporti di status e ruolo esistenti all'interno degli ambienti osservati.

Ho tentato di comprendere alcuni aspetti del processo grazie al quale si acquisisce una professionalità ed il ruolo di esperti osservando e registrando per alcuni mesi quel che avveniva in un particolare tirocinio medico. Ho poi chiesto ad alcuni assistenti di ascoltare le registrazioni dei loro tirocinanti, per poter identificare con esattezza alcuni aspetti delle opinioni espresse dagli esperti riguardo all'uso che il neofita faceva della lingua e delle capacità di ragionamento durante l'intervista e la visita di un paziente. Ero presente sia durante l'intervista realizzata dal neofita sia quando quest'ultimo, dopo aver incontrato il paziente, faceva un resoconto della visita all'assistente; inoltre osservavo anche se l'assistente riaccompagnava il tirocinante dal paziente, presumibilmente perché nel resoconto c'era qualcosa che in base al suo ruolo di esperto non sembrava normale o perché il neofita aveva chiesto il suo aiuto per riuscire a comprendere il caso in esame.

Nella mia ricerca ho anche cercato di comprendere in che modo avveniva l'acquisizione del ruolo di esperto, seguendo i corsi sulle malattie infettive in modo da imparare come gli studenti di medicina apprendono i concetti più importanti e familiarizzarmi con gli esercizi di laboratorio che venivano loro assegnati. E non è tutto; ho anche passato molti mesi ad osservare e registrare le considerazioni di assistenti, tirocinanti ed a volte studenti di medicina durante i giri ispettivi del dipartimento di microbiologia che avvenivano ogni mattina presso l'ospedale dell'università: in quelle occasioni ho tentato di fare un uso "corretto" della lingua prendendo parte all'esame di campioni di sangue in piccole fiale o di maleodoranti capsule di Petri, e a volte osservando campioni su vetrino che i tirocinanti avevano il compito di descrivere. Infine ho trascorso molti mesi, distribuiti nell'arco di parecchi anni, osservando i giri ispettivi principali nel reparto malattie infettive che avvenivano una volta a settimana; queste ispezioni erano dedicate all'analisi di casi particolari, e alla presentazione di importanti dati microbiologici e clinici. Si trattava di occasioni in cui spesso a un neofita (cioè un tirocinante) veniva chiesto di avvicinarsi a un microscopio e identificare l'organismo presente sul vetrino mentre il pubblico osservava un'immagine video che rappresentava quello stesso organismo.

(Cfr. anche *acquisizione, codici, competenza, controllo, corpo, cura, ideologia, indessicalità, oralità, performatività, potere, registro, socializzazione*).

Bibliografia

- Ainsworth-Vaughn, Nancy, 1998, *Claiming Power in Doctor-Patient Talk*, New York, Oxford University Press.
- Cicourel, Aaron V., 1995, *Medical Speech Events as Resources for Inferring Differences in Expert-Novice Diagnostic Reasoning*, in Uta Quastoff, a cura, *Aspects of Oral Communication*, Berlin-New York, Walter de Gruyter, pp. 364-387.
- Goss, M. E. W., 1961, *Influence and Authority among Physicians in an Outpatient Clinic*, «American Sociological Review», 26, pp. 39-50.
- Hutchins, Edwin, 1995, *Cognition in the Wild*, Cambridge, Mass., MIT Press.
- Lave, Jean, 1977, *Cognitive Consequences of Traditional Apprenticeship*

- Training in West Africa*, «Anthropology and Education Quarterly», 8, pp. 177-180.
- Mishler, Elliot, 1984, *The Discourse of Medicine*, Norwood, NJ, Ablex.
- Rogoff, Barbara, 1990, *Apprenticeship in Thinking: Cognitive Development in Social Context*, New York, Oxford University Press.
- Turner, Bryan, 1987, *Medical Power and Social Knowledge*, London, Sage.