

IL PAZIENTE VISTO ATTRAVERSO LA TRADUZIONE Testi medici a confronto

KATARZYNA MARIA MANIOWSKA
KATOLICKI UNIWERSYTET LUBELSKI JANA PAWŁA II

Abstract – Medical documents require maximum objectivity expressed in precise and clear language. Human beings reduced to clinical cases become an object of study in which every physiological and pathological function can be measured and described. Despite the impersonal character of these texts, at its various levels, some elements which are difficult to translate can be found. Their presence becomes more visible when the source language and the target language are compared. The aim of this paper is to illustrate some peculiarities of Italian medical texts translated into Polish. In particular, morphological and syntactic aspects will be examined to show how similar clinical cases are perceived and presented in two different languages.

Keywords: translation; language for special purposes; medicine.

1. Introduzione

In un ipotetico dialogo tra il paziente e il medico, alla richiesta di descrivere i sintomi del suo malessere, il paziente risponderebbe: “Mi fa male il piede destro che ho sbattuto contro un muretto. Subito dopo il piede si è gonfiato. Inizialmente non ci ho fatto caso, anche perché il gonfiore è sparito, ma sempre più spesso il piede mi dà fastidio. Sento una crescente irritazione più o meno a metà dell’alluce che si dilaga come fitte su tutto il piede”. Il medico una volta sottoposto il paziente a necessarie analisi, descriverebbe invece lo stato del paziente nel modo seguente:

Reperti tendinei di normalità al tendine achilleo destro e al tibiale omolaterale con normale morfostruttura capsulo legamentosa tibio tarsica posteriore in assenza d’artrosinovite: non evidenti borsiti sub tendinee. Fascite plantare al retro piede e mesopiede con tenosinovite al tunnel tarsale. Ipertrofia neuromatosa gangliare al derma di 15 mm al tunnel tarsale di tumefazione obbiettiva dolente. Entesite inserzionale tensiva epifisaria prossimale al quinto metatarso. Esiti di tenosinovite al retinacolo degli estensori del quarto e quindi raggio in sede tarsale e metatarsale.

Sia nel primo che nel secondo caso la descrizione della patologia è vera e rispecchia fedelmente le condizioni del paziente da diversi punti di vista. Il paziente esprime con le proprie parole le sue osservazioni che il medico interpreta e ritraduce nel linguaggio medico. Nel momento della raccolta della storia clinica del paziente, ha un ruolo importante la capacità di comunicazione dei parlanti. Da una parte il paziente deve essere in grado di trasformare le sue impressioni sullo stato di salute, mentre il medico è

obbligato a desumere dal linguaggio del paziente¹ possibili cause del suo malessere. Come in ogni atto comunicativo, l'interpretazione delle parole altrui comporta però il rischio di fraintendimenti tra i parlanti:

Comprendere quello che dice il malato è, in molti casi, un problema di traduzione in linguaggio di ciò che viene asserito. Il medico, una volta tradotti i discorsi del malato, dovrebbe sollecitare nella relazione l'assenso o il dissenso del malato riguardo agli enunciati tradotti. Vi saranno casi in cui medico e malato faranno fatica a intendersi e allora sarà necessario un supplemento di traduzione. (Cavicchi 2011, pp. 123-124)

Sia nel primo che nel secondo caso però ci muoviamo all'interno dello stesso sistema linguistico, in ottica proposta da Jakobson della traduzione intralinguistica (cfr. Heilmann e Grassi 2002, p. 56-64) che "interpreta i segni linguistici per mezzo di altri segni della medesima lingua. Ciò presuppone evidentemente che in ultima istanza si sappia determinare in modo rigoroso l'unità e l'identità di una lingua, la forma decidibile dei suoi limiti" (Derrida 2008, p.232). La seconda descrizione dello stesso fenomeno è però molto più spassionata ed astratta e rende più difficile notare quanto possa risultare fastidiosa la "tumefazione obbiettiva dolente". A differenza della raccolta anamnestica, l'esame strumentale assicura una maggiore oggettività d'analisi, poiché indipendente dalla variabile capacità comunicativa dei parlanti. Mediante i segni linguistici vengono interpretate le immagini radiografiche. In questo caso, dal punto di vista linguistico, avremo a che fare con la trasmutazione o la traduzione intersemiotica *à rebours*. Secondo Jakobson "la traduzione intersemiotica o trasmutazione è un'interpretazione di segni verbali per mezzo di segni di sistemi segnici non verbali" (Jakobson 1984, p. 429). Nel caso dei referti medici, in sostanza puri commenti interpretativi all'immagine fatta di segni non verbali, i segni linguistici costituiscono elemento aggiuntivo al referto stesso. Gli esami RX, TK, RM, TAC essendo destinati ad un ristretto gruppo di specialisti in teoria non necessitano di ulteriori commenti, poiché comunicano già per mezzo di immagini, anziché di parole. Eppure tali esami sono sempre accompagnati dall'analisi del medico radiologo che li interpreta e mediante segni verbali descrive la realtà non verbale.

Quello che successivamente vorremmo osservare sono i processi nel caso della traduzione interlinguistica (o propriamente detta) che si verificano nel momento del passaggio dall'italiano al polacco. Finché i parlanti si muovono all'interno dello stesso sistema linguistico i possibili rischi di incomprensione sono delimitati dalla lingua stessa: un'eventuale incomprensione è sempre inerente alla lingua e solo mediante le parole si può risolvere questa difficoltà, poiché:

Parole e concetti che hanno lo stesso significato per qualsiasi medico possono cambiare in modo anche radicale una volta trasferite nel contesto esistenziale del paziente. Risulta quindi evidente che, se il medico deve ritradurre la storia clinica nel linguaggio e nel contesto di vita del malato, egli deve esplorare, sia pure a grandi linee, il mondo dell'altro allo scopo di

¹ Si dovrebbe dedicare uno studio separato all'analisi dell'idioletto del paziente a seconda delle situazioni in cui egli si trova; varrebbe la pena di osservare quanto varia la capacità comunicativa di ogni parlante posto in condizione di dover descrivere i propri stati fisiologici e patologici. Agli ordinari componenti che determinano la capacità comunicativa, quali età, sesso, livello di istruzione ecc., si aggiungerebbero anche elementi come una maggiore o minore reticenza nel parlare del proprio corpo, presenza o assenza di dolore (e quindi normali o limitate capacità di analisi), momento in cui svolge la conversazione (per esempio durante visite ed esami programmati o in regime d'urgenza). Tutti questi fattori influenzano in modo notevole l'abilità del paziente a chiarire il proprio stato di salute e quindi a spiegarlo al medico curante affinché quest'ultimo interpreti bene prima di tutto le parole e di conseguenza i sintomi del suo interlocutore.

tracciarne una mappa per quanto approssimativa e provvisoria. Per tradurre occorre infatti conoscere il linguaggio dell'altro (...) la "traduzione" non è opera del solo medico ma una narrazione che richiede l'intervento e la collaborazione costante del paziente: una storia insomma ricostruita. (Malvi 2011, p.51)

Il rischio di incomprendimento si raddoppia se il contenuto espresso viene allargato a un'altra lingua ancora e nel caso dei testi analizzati l'incomprensione o l'interpretazione erranea può nuocere quanto la dose d'un farmaco sbagliata. Il traduttore dei testi medici si ritrova davanti al difficile compito di tradurre argomenti molto personali legati alle sfere più intime dell'uomo. Il testo quindi è una registrazione di percorsi di malattie, trattamenti, procedure diagnostiche in cui si evidenziano i tratti più particolari del paziente.

Il quadro del paziente che riemerge dalle cartelle cliniche è abbastanza complesso, poiché viene spesso frazionato in parti con minori o maggiori anomalie. L'etica medica richiede che si guardi ogni malato complessivamente, senza cadere nel rischio di ridurlo a un organo malfunzionante, tuttavia per farlo è necessario raccogliere il maggior numero di dati possibili. Infatti, le cartelle cliniche sembrano a volte una lista infinita di sintomi redatta da medici specialisti in cui la figura del paziente si riduce appunto al portatore di una data patologia. Il paziente nelle cartelle mediche viene presentato come un insieme fatto di parti multiple. Quando il paziente compare nella sua integrità, viene spesso indicato come sede principale dell'anomalia degli organi interni. A dimostrarlo sono le locuzioni che qualificano il nome, cioè aggettivi, per esempio: "paziente ipoteso", "soggetto anemico", oppure complementi, per esempio: "pz portatrice di cardiopatia dilatativa postischemica"; "soggetto con severa cardiopatia bilaterale", "paziente con diagnosi di SM attualmente non in terapia".

Come si colloca il paziente all'interno del testo medico a lui dedicato? Egli, costituendo la parte centrale delle considerazioni incluse in questi documenti, viene spesso dislocato attraverso il processo di rimpicciolimento e ingrandimento al tempo stesso. Per rimpicciolimento si intende appunto la riduzione del paziente alla figura poco significativa nella sua integrità, poiché ciò che conta non è lui nel suo insieme, bensì le sue parti del corpo e gli organi visti sotto la lente d'ingrandimento. Con processo di ingrandimento si intende qualsiasi parte del corpo, a partire dalle cellule attraverso i tessuti agli organi, che aumenta di grandezza e d'importanza mediante la loro descrizione. Dal punto di vista diagnostico è essenziale descrivere l'oggetto analizzato per poterlo capire meglio. Dal punto di vista del paziente, anch'egli inizia a percepire il suo corpo come un insieme di numerosi elementi proprio nel momento in cui si palesa una sua parte malfunzionante.

Il primo tratto caratteristico dei testi medici analizzati è l'estrema sinteticità del loro contenuto, che è attuata mediante alcuni procedimenti lessicali, morfologici e semantici. I testi medici tendono alla massima sinteticità. Anche nei testi di tipo descrittivo, per esempio nel caso di interpretazioni di eco- e radiografie, immagini TK e PET e sim.², si omettono gli elementi ritenuti superflui la cui esclusione non incide sul senso del testo e permette di evidenziare meglio l'essenziale. Nei testi medici si procederà quindi all'eliminazione di parti del discorso, il che comporterà ulteriori modifiche del contenuto. In questa sede verranno analizzati in chiave comparativa alcuni aspetti legati al verbo, all'aggettivo e al sostantivo.

² Le presenti analisi si basano sui testi originali e le rispettive traduzioni dei documenti medici, tra cui: cartelle cliniche, lettere di dimissione, certificati medici, interpretazione degli esami RX, EKG, TK, PET. Le riflessioni incluse nell'articolo sono frutto di lavoro di traduzione di testi medici dall'italiano in polacco e viceversa e comprendono il totale di 420 cartelle tradotte negli anni 2015-2017.

2. Verbo

Per contribuire a una maggiore sinteticità del contenuto nei testi medici si prediligono le frasi nominali in cui il predicato è sottinteso, in quanto nella maggior parte dei casi si tratta del verbo copula sottinteso: “endometrio [è] sottile e brunastro”, “frammenti di tessuto fibro-adiposo indenni da neoplasia”; “sezioni di tuba uterina con focolai di carcinoma sieroso intraepiteliale tubarico”; “sezioni di parenchima epatico sede di metastasi di carcinoma sieroso di alto grado”.

Un'altra caratteristica è la quasi prevalente mancanza di soggetto: si tende cioè a omettere il verbo favorendo lo stile nominale, come appena illustrato, oppure si introducono:

(1) forme impersonali del verbo, per esempio

- “Utero non orientabile, su una delle superfici che **si considera** essere quella posteriore, **si reperta** area ulcerata (...) **si repertano** due noduli, grigiastri, teso-elastici (...)”;
- “tessuto fibro-adiposo nel cui contesto **si riconoscono** 15 linfonodi”;
- “in considerazione dell'isotipo, della bilateralità della neoplasia associata a lesioni intraepiteliali tubariche **si consiglia** di effettuare il test per la ricerca di mutazioni BRCA1”;
- “**Si associa** focale iperdensità dell'arteria cerebrale media in sede prossimale alla lesione”;
- “**si riconosce** placca trombotica a margini calcifici”;
- “Non **si osservano** aree di ristretta diffusione”;
- “In considerazione degli impegni della paziente **si propende** per una terapia con Rithuximab”.

(2) l'uso della **forma passiva** spesso con l'eliminazione del verbo copula; in tal modo viene solo lasciata la forma del participio passato

- “tratto di grande intestino suturato da clip metalliche”;
- “lembo grigio-brunastro, sezionato ed incluso in toto”;
- “esame macroscopico eseguito da spec. Dott. XX”.

(3) la **forma attiva** dei verbi è spesso introdotta quando i verbi si riferiscono all'anomalia descritta, quando cioè alla patologia viene attribuita la funzione del soggetto

- “La neoplasia mostra aspetti di angioinvasione ed infiltra la capsula ovarica ulcerandola”;
- “Permane peraltro ridotta per entità di fissazione l'area di analogo pertinenza descritta a carico del IV segmento”.

Per quanto riguarda i tempi verbali, vista la scarsa propensione al loro uso in genere si prediligono le forme più semplici. I documenti medici anche se non contengono dati anamnestici espressi indispensabilmente al passato, costituiscono la registrazione in simultanea dei processi fisiologici o patologici, perciò l'indicativo presente è il tempo più frequentemente usato nei testi medici. La necessità di descrivere lo stato attuale del paziente impone la scelta di un tempo verbale che indichi i processi in atto, per esempio:

- “attualmente **persiste** modestissimo deficit stenico all’arto sup sn”;
- “Da circa due settimane **lamenta** vertigini oggettive nei cambiamenti posizionali”;
- “Il pz dislipidemico con importanti abitudini tabagiche **presenta** una importante compromissione dei vasi cerebro-afferenti specie a livello extracranico”;
- “Per il resto pz **deambula** autonomamente ed è autonomo nello svolgimento delle comuni attività quotidiane”;
- “è riconoscibile placca trombotica ulcerata e con margini calcifici alla biforcazione che **si estende** all’origine dell’arteria carotide”;
- “**Risulta** invariato il resto dell’esame in particolare il volume del sistema ventricolare e dei solchi della convessità”;
- “L’arteria cerebrale media e comunicante anteriore di destra **si presentano** pervie, tuttavia filiformi, verosimilmente rivascularizzate dal circolo arterioso posteriore”.

Nei casi della raccolta dei dati anamnestici remoti per illustrare l’importanza dei fatti passati e il loro legame con i problemi analizzati al presente viene introdotto l’**indicativo passato prossimo**:

- “ha eseguito presso la CH vascolare intervento di tromboendarteriectomia sn”;
- “un controllo ecodoppler TSA ha evidenziato un diffuso ispessimento intimale a carico dei vasi esaminati”.

Un procedimento piuttosto comune però consiste nella riduzione del passato prossimo alla sola forma del participio passato. Tale operazione avviene sia nel caso della diatesi attiva che quella passiva, per esempio:

- “Lo studio di perfusione miocardica **condotto** con tecnica tomografica dopo l’iniezione di Tc99m-MIBI all’acme di un test di sforzo al cicloergometro, **interrotto** al 12^o minuto di lavoro, **raggiunta** una frequenza cardiaca pari all’83% della teorica massimale per assenza di sintomi, in presenza di alterazioni ecografiche dal 1^o al 5^o minuto di recupero, e **ripetuto** in condizioni basali, **mostra...**”;
- “il pz ~~è stato~~ **ricoverato** presso la Med. Interna dell’Ospedale di Fano”;
- “~~viene sospesa~~ la terapia”;
- “Lo studio ~~è stato~~ **condotto** con tecnica spin echo, ~~sono state~~ **eseguite** acquisizioni di 3 mm di spessore pesate in T2 **orientate** sui piani sagittale e assiale (...)”;
- “il 4 dicembre ~~è stato~~ **iniziato** trattamento con finigolimod”.

Nella maggior parte dei casi sono assenti forme verbali che in modo esplicito possano incitare il paziente a seguire o evitare certi comportamenti. I testi medici, nello specifico le lettere di dimissione, dovrebbero spiegare in modo dettagliato le cure domiciliari, poiché la guarigione è un processo complesso e spesso conseguibile solo a lungo termine fuori del contesto ospedaliero. Il medico sarebbe quindi tenuto a spiegare al paziente tutta una serie di azioni con cui egli potrà migliorare lo stato di salute o evitare il suo peggioramento. Tuttavia le indicazioni terapeutiche assumono prevalentemente la forma di un elenco impersonale di azioni da eseguire, che dal punto di vista grammaticale si riduce alle frasi nominali o alla forma implicita:

- “Terapia: vita di assoluto riposo fino alla data della visita anestesiologicala. Dieta ipolipidica. Abolizione assoluta del fumo”;

- “A domicilio bere abbondantemente”;
- “Si consiglia regolarizzazione dell’alvo (adeguata idratazione 2L/die). Eventuale ecografia da programmare col curante se persistenza della sintomatologia”;
- “arto in scarico”.

Sono rarissimi i casi in cui il medico si esprime alla prima persona, oppure si rivolge direttamente al paziente. Tale scelta stilistica può trovare la sua spiegazione nella volontà di rendere il testo il più neutro possibile, avvicinarlo al registro scientifico, perciò l’omissione di riferimenti personali è addirittura consigliabile. D’altra parte i testi sottoposti all’analisi fanno parte di documenti destinati all’uso del paziente. È quest’ultimo a dover seguire le indicazioni mediche, nel proprio interesse ma anche in quello del suo medico curante, poiché la guarigione è il comune obiettivo di entrambi. Una curiosità linguistica notata in questi tipi di testi consiste nella formula di apertura delle lettere di dimissione: “gentile / egregio / pregiatissimo collega oggi dimettiamo il suo paziente ricoverato ...”, mentre non succede che si inserisca una formula qualsiasi che indichi un dialogo tra il paziente e il medico. È vero che dal punto di vista contenutistico tale espressione sarebbe del tutto superflua, poiché le informazioni salienti del documento sono i nomi di farmaci da assumere o le analisi da eseguire. Il paziente deve essere consapevole di dover rispettare le prescrizioni mediche senza formule di cortesia, senza che il medico si rivolga a lui direttamente. Eppure cambia moltissimo il contenuto del testo se vi si introducono elementi sintattico-lessicali in cui il medico riconosce il suo ruolo nella terapia del paziente e si fa partecipe del trattamento, come nel caso seguente: “L’8.02.2017 ha già una visita prenotata nei nostri ambulatori dove prenderemo una decisione insieme”. Altrettanto rari sono i modi verbali che potrebbero indicare incertezza, ipotesi, condizioni e sim. L’obiettivo della massima semplificazione semantica fa sì che vengano quasi eliminati i modi condizionale e congiuntivo. Se la diagnosi proposta è frutto di congetture clinicamente ancora non del tutto confermate, si preferisce ridurre l’enunciato all’essenziale, per esempio: “npl (?)”, “prob. tb”, piuttosto che spiegare le incertezze del medico in modo più esplicito: “Per tutti questi motivi penserei ad uno shift verso tysabri. Questo però creerebbe dei problemi alla paziente (...). Un alternativa potrebbe essere il tecfidera, ma è necessario che risalgano i ln”.

Le maggiori difficoltà a livello verbale riscontrate nella traduzione sono il frequente uso della forma impersonale. Ciò non vuol dire che la forma impersonale non si usi in polacco. Nella lingua polacca è in uso una struttura apparentemente analoga, ossia il pronome riflessivo *się* unito al verbo alla III^a persona sempre al singolare anche quando il complemento oggetto è al plurale: *W Polsce je się dużo ziemniaków / In Polonia si mangiano tante patate*. Eppure va sottolineato il fatto che l’analogia con tutte le sue differenze è deviante, poiché tale forma in certi contesti non va mai usata. Negli esempi riportati al punto (1) occorrerebbe introdurre la forma del participio presente (in polacco: *imiesłów przymiotnikowy bierny*) accompagnato dal verbo copula *być* (*essere*) (1), oppure la forma impersonale viene omessa mediante l’introduzione del soggetto, anche se a volte è lecito lasciare immutata la forma impersonale con il pronome riflessivo *się* (2):

Utero non orientabile, su una delle superfici che si considera essere quella posteriore, si reperta area ulcerata (...) si repertano due noduli, grigiastri, tesolo-elastici (...);	Macica bez kształtu [...] Na jednej z powierzchni, która wydaje się (2) [częścią] tylną widoczne (1) dwa szarawe guzki o strukturze napiętej i elastycznej.
tessuto fibro-adiposo nel cui contesto si riconoscono 15 linfonodi;	tkanka włóknisto-tłuszczowa, wewnątrz której jest widocznych (1) 15 węzłów chłonnych;

In considerazione dell'isotipo, della bilateralità della neoplasia associata a lesioni intraepiteliali tubariche si consiglia di effettuare il test per la ricerca di mutazioni BRCA1;	Biorąc pod uwagę izotop, dwustronność nowotworu powiązanego ze zmianami między nabłonkowymi jajowodu, zaleca się (2) / jest zalecane (1) przeprowadzenie testu na obecność mutacji BRCA1;
---	--

Tabella 1
La forma impersonale.

In altri casi la struttura sintattica del testo tradotto corrisponde grosso modo a quella italiana, quindi conserva le caratteristiche del testo di partenza rispettando sia i tempi che i modi verbali.

3. Aggettivi

Un altro argomento legato direttamente alla questione dei verbi sono gli aggettivi, o più precisamente le forme del participio presente e passato. Come abbiamo osservato poc'anzi, i testi medici tradotti in polacco avranno tendenzialmente un maggior numero di forme del participio presente (→ *imiesłów przymiotnikowy bierny*) poiché è la forma con cui spesso si sostituisce la forma impersonale presente nei testi originali. Per questo motivo le forme del participio presente o passato nei testi medici in italiano verranno conservate anche in polacco, rispettivamente con le forme di *imiesłów przymiotnikowy czynny* (o con forme di aggettivo deverbale) e *imiesłów przymiotnikowy bierny*, ma a queste si aggiungeranno anche quelle nuove che sostituiranno la forma passiva:

participio presente	imiesłów przymiotnikowy czynny / przymiotnik
Non alterazioni a carico dei rimanenti vasi del circolo di Willis.	Niezmienione pozostałe naczynia koła tętniczego Willisa.
Frammenti di tessuto fibroadiposo comprendente strutture neoplastici di carcinoma sieroso.	Fragmenty tkanki włóknisto-tłuszczowej zawierające nowotworowe struktury raka.
participio passato	imiesłów przymiotnikowy bierny
Utile, per i molti fattori di rischio un approfondimento con test da sforzo ed ecocardiografia se non già eseguito .	Ze względu na wiele czynników ryzyka wskazane dalsze badania z testem wysiłkowym i EKG o ile już nie przeprowadzono .
Immodificata l'ipodensità corticale presentante all'interno una piccola area iperdensa da verosimile micro raccolta ematica focale.	Niezmieniona hipodensyjność korowa wykazująca wewnątrz nieznaczny obszar hipodensyjny w związku z prawdopodobnym ogniskowym nagromadzeniem krwi o minimalnym rozmiarze.
L'esame ecografico della spalla dx eseguito in condizioni statiche e in stress dinamico.	Badanie EKG barku P przeprowadzono w warunkach statycznych i w stresie dynamicznym.
Cuffia dei rotatori di sn con convessità solo parzialmente rappresentata e spessore ridotto.	Pierścień rotatorów po lewej z wklęsłością jedynie częściowo przedstawioną i o zmniejszonej grubości.

Tabella 2
Il participio presente e passato nella traduzione.

Accanto alla propensione all'eliminazione di alcune parti del discorso si tende a conservarne altre. Un elemento piuttosto costante in questo tipo di testi sono gli aggettivi qualificativi, poiché spesso intensificano la caratteristica dei sintomi o dell'aspetto patomorfologico dell'organo. Non sempre però questi aggettivi sono termini tecnici, si riferiscono piuttosto alla percezione soggettiva del medico che valuta un dato fenomeno, per dare un quadro più preciso dell'organo, per esempio:

- colore: “discromia **caffelatte** alle gambe”, “annesso uterino composto da tratto di tuba **brunastra**”, “mucoose **rosee**”;
- suono: “toni lievemente parafonici”, “qualche crepitio basale”;
- dimensione: “permane **ridotta** per entità di fissazione l'area di analoga pertinenza anatomica”; “**lieve** substenosi della stomia”; “**modesto** impegno foraminale”; “**lieve** incremento del carico lesionale con comparsa di nuove placche”.

Luca Serianni ha notato che all'interno di ogni linguaggio specialistico si possono trovare termini formati non in base alla necessità terminologica, bensì in seguito alle scelte lessicali affermatesi nel corso del tempo. Alcuni termini infatti costituiscono una delle possibili scelte ed esistono in quanto tali solo perché sono prevalsi sugli altri, altrettanto possibili: “Ma qual è il criterio fondamentale per definire un tecnicismo collaterale? A differenza del tecnicismo specifico, tendenzialmente stabile (o alternatesi con termini di rango analogo: *blenorragia-gonorrea* ecc.), il TC, legato a esigenze di registro stilistico non a necessità denotative, presenta sempre un certo margine di oscillazione” (Serianni 2005, p. 128)³. Tra i tecnicismi collaterali Serianni annovera le espressioni che si riferiscono alla combinazione di due nomi, di cui uno spesso rappresenta una patologia, mentre l'altro descrive la sua posizione. In italiano esistono due modi possibili per esprimere questi concetti, ossia mediante l'accostamento del nome e del complemento di specificazione, oppure del nome e dell'aggettivo di relazione. In alcuni casi si utilizzano due termini di cui uno fa parte della terminologia usata dagli specialisti mentre l'altro appartiene all'italiano d'uso comune, per esempio: *flusso urinario* / *flusso dell'urina*, *cisti mediastinica* / *cisti del mediastino*; *exeresi linfonodale* / *exeresi dei linfonodi*, *metastasi cerebrale* / *metastasi del cervello*; *variazione tensiva* / *variazione della tensione*. In altri casi, nonostante nulla vieti la formazione di due termini di uguale significato analogicamente agli esempi appena illustrati, ciò non avviene. Per questo motivo il traduttore dal polacco, in caso di termini meno ovvi e frequenti, deve spesso porsi la domanda fino a che punto la forma di un dato termine sia dovuta all'uso linguistico, in altre parole se il termine da tradurre appartenga a tecnicismi specifici o collaterali. In questo caso la risposta non è del tutto facile per un motivo abbastanza serio dovuto alla lingua polacca: in genere il polacco non prevede la possibilità di formare doppi termini mediante l'accostamento nome + complemento di specificazione oppure nome + aggettivo. Per tale motivo, i tecnicismi collaterali in genere non ritroveranno mai un simile corrispettivo nei testi tradotti e verranno ridotti a un solo termine, per di più dal punto di vista morfologico diverso dal termine italiano realmente esistente (nome + aggettivo di relazione). I termini polacchi ritradotti in italiano assumerebbero cioè la forma sbagliata dell'accostamento nome + complemento di specificazione. Come si può osservare dagli

³ Cfr. la distinzione introdotta da Serianni in *tecnicismi specifici* (TS) e *tecnicismi collaterali* (TC), cfr. Serianni 1989, pp. 109-109; 381-416; Serianni 2003, pp. 82-83, 94-98.

esempi seguenti, i termini italiani non fanno più parte dei tecnicismi collaterali, bensì fanno riferimento a un concreto fenomeno la cui descrizione non ammette altre varianti lessicali.

Termine italiano	Termine polacco	Termine ritradotto
tubercolosi polmonare	gruźlica płuc	tubercolosi dei polmoni
micosi cutanee	grzybice skóry	micosi della pelle
lussazione acromionclavicolare	zwichnięcie stawu barkowo- obojczykowego	lussazione dell'acromion e della clavicola
parenchima mammario	mięsz piersi	parenchima della mammella
parete duodenale	ściana dwunastnicy	parete del duodeno
lesione encefalica	uszkodzenie mózgowia	lesione dell'encefalo
necrosi miocardica	martwica mięśnia sercowego	necrosi del miocardio
ombra cardiaca	sylwetka serca	ombra del cuore

Tabella 3
Tecnicismi tradotti.

Gli esempi riportati illustrano quanto insidioso possa essere la similitudine morfologica tra le due lingue. Sia in italiano che in polacco esistono gli stessi processi di formazione delle parole, ma in molti casi il termine così coniato non ritrova il suo corrispettivo nell'uso. È vero che alcuni concetti possono essere espressi con una certa licenza, ma è molto facile correre il rischio di applicare le regole in modo analogico in tutti i casi.

4. Nome

Serianni riflettendo sulla terminologia medica in uno studio comparativo tra l'italiano, il francese e lo spagnolo (Zanola 2006, p. 14) propone una suddivisione di termini medici a seconda di quanto siano specialistici. L'ordine dei termini va da quelli più fondamentali noti a tutti i parlanti, come *fegato*, *diabete*, (termini fondamentali), oppure termini di basso specialismo conosciuti dai parlanti istruiti (*ulna*, *esatema*). Man mano il grado di specializzazione aumenta, si riduce l'ambito di parlanti capaci di usarlo e di comprenderne il significato: dai termini noti a tutti i medici (termini di medio specialismo come *ioide*, *ipoacusia*), si passa ai termini di altissimo specialismo conosciuti solo dalla minoranza dei medici specialistici, per esempio: *emanazione*, *baropodometrico*.

Possiamo aggiungere che l'appartenenza a un gruppo non preclude che un termine non possa appartenere a un altro, ossia in ogni raggruppamento proposto vi possiamo trovare sinonimi più correnti dei termini complessi. Infatti, basta sfogliare qualsiasi bugiardino per notare questa doppia terminologia introdotta proprio per facilitare la comprensione del testo ai parlanti con nozioni specialistiche molto variegate:

Effetti indesiderati molto rari: prurito, lesioni della pelle dopo l'esposizione al sole (reazione di fotosensibilità), ad esempio formazioni di bolle (eruzione bollose), arrossamenti (eczema, eritema, eritema multiforme), o macchie rosso-violacee (porpora, porpora allergica), infiammazione della mucosa della bocca con ulcere (stomatiti), infiammazione della lingua (glossite), problemi all'esofago, difficoltà di evacuazione (costipazione), problemi all'intestino quali restringimenti (stenosi diaframma-simili), infiammazione del pancreas (pancreatite), patologie del sangue quali: ridotto numero delle piastrine (trombocitopenia), ridotto numero dei globuli bianchi (leucopenia) e dei granulociti (agranulocitosi), ridotto numero dei globuli rossi (anemia); alterazioni della sensibilità (parestesie); disturbi della vista, quali offuscamento o visione doppia (diplopia).

Le lingue romanze, nonostante ovvie differenze tra di loro, appartengono tuttavia alla stessa famiglia. Nel caso già citato della doppia terminologia esistente in italiano si aggiunge anche il caso dello sdoppiamento terminologico in polacco, cioè a un termine medico italiano spesso corrisponde più di un termine medico polacco.

La stragrande maggioranza della terminologia medica polacca è costituita da prestiti dal greco, per esempio: *hiperglikemia*, *leukocytoza*, *diplopia* e come la loro forma straniera viene assimilata dal polacco: “Anche le parole adattate in polacco in maniera superficiale, come per esempio iperglicemia o eutireosi non infastidiscono poiché grazie alla capacità del greco di formare in modo naturale parole composte, quei termini sostituiscono costrutti di più parole di tipo ‘aumento del tasso di glucosio nel sangue’ e ‘stato di funzionalità tiroidea normale’” (Doroszewski 2000, p. 35)⁴.

Tuttavia la terminologia medica polacca è costituita, oltre che da prestiti integrali anche da calchi semantici, così si ottengono due possibili termini corrispondenti allo stesso fenomeno, per esempio:

- iperglicemia: hiperglikemia / podwyższony poziom stężenia glukozy we krwi;
- leucocitosi: leukocytoza zwiększona liczba leukocytów / zwiększona liczba krwinek białych;
- plegia: plegia / paraliż;
- laparotomia: laparotomia / otwarcie jamy brzusznej;
- eutireosi: eutyreoza / prawidłowe funkcjonowanie tarczycy.

Ciò che rende la traduzione più difficile è la sinonimia tra il prestito e il calco semantico, poiché in questi casi il rischio è quello di confondere il registro in cui il termine viene usato. In un testo medico destinato al paziente, come foglietto illustrativo, si possono includere certi concetti, mentre gli stessi termini sono da evitare nel caso di descrizione particolareggiata dello stato di salute fatta in base all’esame strumentale come radiografia, ecografia, tomografia ecc.

Un’altra particolarità dovuta alla differenza nella formazione di terminologia medica in polacco consiste nel fatto che essa include solo un termine che in linea di massima costituisce calchi lessicali, per esempio:

- polmonite: zapalenie płuc;
- mioma: mięśniak;
- annessiectomia: usunięcie przydatków;
- fibrosi: włóknienie;
- parestesia: czucie opaczne;
- artosi: choroba zwyrodnieniowa stawów.

A questa modalità di formazione terminologica si lega l’aspetto di tipo quantitativo. I tecnicismi medici italiani costruiti sulla base greca e latina permettono una maggiore concisione terminologica grazie alla suffissazione e alla prefissazione. La nomenclatura medica polacca essendo spesso formata da calchi lessicali e non da prestiti dal greco o dal latino, richiede la divisione di un solo termine in più parti, il significato delle quali viene quindi diviso ed espresso mediante equivalenti semantici polacchi. In questo ultimo caso

⁴ Tutti i frammenti, testi e le fonti originariamente nella lingua polacca citati e analizzati nel presente articolo sono stati tradotti dall’autrice.

per esprimere un solo termine italiano ci vogliono spesso più di una parola, il che comporta il cambiamento nel rapporto quantitativo tra il termine medico italiano e quello polacco, per esempio:

- orofaringe: część ustna gardła;
- emimandibulectomia: częściowe wycięcie żuchwy / hemimandibulektomia;
- omentectomia : usunięcie sieci większej / omentektomia;
- otalgia: ból ucha;
- podalgia: ból stopy;
- angioinvasione: zajęcie naczyń;
- linfedema: obrzęk limfatyczny;
- emiparesi: paraliż połowiczny.

La maggiore complessità dei termini polacchi impedisce così il frequente procedimento osservato nei testi medici italiani. Spesso infatti dai nomi composti si formano aggettivi di relazione, per esempio: tratto orofaringeo, intervento angioinvasivo, paziente linfedemico, marcia emiparetica. In polacco invece dai nomi composti da due o più elementi è impossibile formare un aggettivo perciò a seconda del caso sono necessari interventi a livello morfologico mediante l'introduzione di elementi assenti nel testo originale.

Il linguaggio medico con tutte le sue particolarità si riferisce sempre agli stati fisiologici e patologici comuni agli esseri umani. Quelli non variano a seconda della lingua usata, anzi esistono a prescindere dal sistema linguistico in cui possono essere espressi. Da questo punto di vista la traduzione effettivamente dovrebbe costituire solo un passaggio da un sistema all'altro senza incidere sul contenuto, essendo il testo di partenza e di arrivo ancorato nello stesso contesto universale della fisiologia del corpo e dei processi biologici. Eppure anche il fattore linguistico influisce sulle modalità rappresentative di certi fenomeni comuni. Diceva Benjamin, riferendosi a testi ben diversi da quelli qui analizzati, che "certi concetti relazionali conservano il loro senso, forse il loro senso migliore, non riferendoli a priori esclusivamente all'uomo (...). A tempo stesso rimarrebbe da prendere in considerazione la traducibilità di forme linguistiche anche nel caso in cui fossero umanamente intraducibili" (Benjamin 2007, p. 8).

La pragmatica della traduzione richiederà di andare oltre il sistema linguistico per ritrovare gli stessi significati in una realtà linguistica diversa.

Bionota: Katarzyna Maniowska è docente di italiano presso l'Università Cattolica Giovanni Paolo II di Lublino; ha tenuto corsi di lingua e cultura italiana anche all'estero (Universidad de Navarra, Université de Haute-Alsace, Università degli Studi di Bergamo); traduttrice e interprete, collabora con diverse agenzie di traduzione. Al centro dei suoi interessi scientifici si trova la questione di (in)traducibilità.

Recapito dell'autore: katarzyna.maniowska@outlook.com

Bibliografia

- Benigno P. e Li Voti P. 1999, Lessico medico italiano, CG Edizioni Medico Scientifiche, Torino.
- Benjamin W., Il compito del traduttore, trad. Sciacchitano A., in "aut-aut" aprile-giugno 2007, pp. 7-20.
- Dardano M. e Trifone P. 2016, Grammatica italiana con nozioni di linguistica, Zanichelli, Bologna.
- Derrida J. 2008, Psyché. Invenzioni dell'altro, Jaka Book, Milano.
- Dorland W. N. 2006, Dizionario Medico Dorland. 29a Edizione, Elsevier, Milano.
- Doroszewski W. 1999, Polski język medyczny, in Pisarek W. (eds.) *Polszczyzna 2000. Orędzie o stanie języka na przełomie tysiącleci*, Ośrodek Badań Prasoznawczych, Kraków, pp. 33-49.
- Heilmann L. Grassi L. 2002, *Saggi di linguistica generale*, Feltrinelli, Milano.
- Jakobson R. 1984, *Aspetti linguistici della traduzione*, in Heilmann L. *Saggi di linguistica generale*, trad. Heilmann L., Grassi L., Feltrinelli, Milano, pp. 56-64.
- Malvi C. 2011, *La realtà al congiuntivo. Storie di malattia narrate dai protagonisti*, FrancoAngeli, Milano.
- Mazzini I. 1989, *Introduzione alla terminologia medica*, Pàtron, Bologna.
- Petrelli M. L. 2007, *Dizionario medico italiano-inglese inglese-italiano*, Le Lettere, Firenze.
- Serianni L. 1989, *Saggi di storia linguistica italiana*, Morani, Napoli.
- Serianni L. 2003, *Italiani scritti*, Il Mulino, Bologna.
- Serianni L. 2005, *Un treno di sinonimi. I medici e le parole: percorsi linguistici nel passato e nel presente*, Garzanti, Milano.
- Słomski P. 2007, *Podręczny słownik medyczny angielsko-polski i polsko-angielski*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.