



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Opera diffusa in modalità open access
e sottoposta a licenza Creative Commons
Attribuzione – Non commerciale
Non opere derivate (CC BY-NC-ND), 3.0 Italia

Rassegna di Psicologia (2020)
XXXVII, 1, 1-8

**Narratives, texts and other resources: clinical reasoning
and decision-making in oncology**

**Narrazioni, testi e altre risorse: ragionamento clinico
e presa di decisione in oncologia**

Francesca Alby^a, Cristina Zucchermaglio^a, Marilena Fatigante^a

^a*Department of Social and Developmental Psychology, Sapienza University of Rome,
Rome, Italy*

Article info

Submitted: 06 September 2019
Accepted: 11 December 2019
DOI: 10.13133/1974-4854/16719

Abstract

The article explores collaborative diagnostic decision-making processes in the field of oncology through the discursive analysis of spontaneous interactions between doctors, collected during their daily work practice in a hospital in central Italy. The results highlight the key role played by the narratives in supporting decision-making in cases of difficult diagnosis. Rather than addressing them as individual problems of a logical-deductive nature, physicians use an abductive, dialogical and narrative thinking, sharing knowledge and resources available in the hospital community. Different narrative formats are used in the effort of balancing the specificity of individual cases and the general indications of evidence-based medicine (reference to clinical trials, guidelines). Implications for the education of physicians and for organizational interventions are discussed in the conclusions.

Keywords: narratives; collaborative diagnosis; expert knowledge; interactions between physicians.

Riassunto

L'articolo esplora processi collaborativi di decisione diagnostica in ambito oncologico attraverso l'analisi discorsiva di interazioni spontanee fra medici, raccolte nel corso della loro pratica lavorativa quotidiana all'interno di un ospedale del centro Italia. I risultati evidenziano il ruolo chiave svolto dalle narrazioni nel sostenere la presa di decisione nei casi di difficile diagnosi. Anziché affrontare tali casi come problemi individuali di natura logico-deduttiva, i medici utilizzano un pensiero abduttivo, dialogico e narrativo mettendo a fattor comune le diverse competenze e risorse disponibili nella comunità dell'ospedale. Formati narrativi diversi vengono utilizzati per cercare un'integrazione fra la specificità dei singoli casi e le indicazioni generali della evidence-based medicine (riferimento a trial clinici, linee guida). Implicazioni per la formazione dei medici e per interventi organizzativi vengono discusse nelle conclusioni.

Parole chiave: narrazioni; diagnosi collaborativa; conoscenza esperta; interazioni tra medici.

*Corresponding author.

Francesca Alby
Department of Social and
Developmental Psychology, Sapienza
University of Rome
Via dei Marsi 78, 00185, Rome, Italy.
Phone: +39 06 49917670
Fax +39 06 49917652
Email: francesca.alby@uniroma1.it
(F. Alby)

Introduzione

Il lavoro esplora processi collaborativi di ragionamento clinico e decisione medica in oncologia all'interno di una prospettiva interazionista e storico-culturale. Il ragionamento clinico e la presa di decisione in medicina sono fenomeni tradizionalmente studiati all'interno di una prospettiva individualista e cognitivista che li vede come processi intrapsichici e razionali che avvengono "prima" dell'azione e indipendentemente dai domini disciplinari e professionali specifici (Bursztajn, Feinbloom, Hamm, & Brodsky, 1990; Han et al., 2011; Kostopoulou, Russo, Keenan, Delaney, & Douiri, 2012). Studi condotti in una prospettiva interazionista e storico-culturale hanno invece descritto tali fenomeni come processi situati e distribuiti, inter-mentali e interconnessi ai domini di pratica medica entro cui hanno luogo (Cicourel, 1985, 2002; Atkinson, 1995, 1999; Anspach, 1993; Engeström et al., 1999; Caronia & Mortari, 2015; Alby, Zucchermaglio, & Baruzzo, 2015; Zucchermaglio & Alby, 2016; Alby, Zucchermaglio, & Fatigante, 2017). All'interno di questa prospettiva diversi autori hanno analizzato la narrazione come pratica lavorativa e come modalità di ragionamento condiviso fra medici (cfr. Hydèn, 2010 per una rassegna dei diversi filoni che caratterizzano l'approccio narrativo in medicina). Studi recenti (Fox & Brummans, 2019; Caronia, Chierogato, & Saglietti, 2017) hanno ad esempio evidenziato come *équipe* interprofessionali arrivino ad una comprensione clinica condivisa della situazione del paziente grazie a pratiche narrative che mettono insieme informazioni di vario tipo legando eventi passati e azioni da intraprendere all'interno dei vincoli dettati dalla cornice istituzionale. Fasulo e Zucchermaglio (2008) hanno mostrato la rilevanza delle narrazioni per l'interpretazione congiunta di questioni incerte, casi atipici o controversi in contesti sanitari. Altri studi hanno inoltre messo in luce la funzione di artefatti materiali e testuali (quali la cartella clinica) nel mediare il ragionamento diagnostico nelle visite mediche (Teston, 2012; Sterponi et al., 2017). In particolare Berg (1996), utilizzando il costrutto di "inscription" coniato da Latour (1986), ha descritto come la comprensione di un caso clinico si articoli attraverso una catena di iscrizioni e tramite un processo reiterato di atti di lettura e scrittura di documenti. Questi studi complessivamente contribuiscono ad ampliare il focus della letteratura medica che adotta un approccio narrativo (letteratura prevalentemente orientata all'analisi delle narrazioni della malattia prodotte dai pazienti o delle comunicazioni fra medico e paziente) indagando i processi narrativi di costruzione condivisa di conoscenza all'interno delle comunità ospedaliere, a livello interprofessionale e interdisciplinare (fra medici di discipline diverse).

Obiettivo

Questo studio esplorativo vuole indagare processi collaborativi di decisione diagnostica in ambito oncologico attraverso l'analisi discorsiva di interazioni spontanee fra medici, raccolte nel corso della loro pratica lavorativa quotidiana all'interno di un ospedale del centro Italia.

Metodo

Contesto di indagine, partecipanti e corpus di dati

La ricerca è stata condotta in un ospedale di media grandezza collocato in una grande città del centro-Italia, che fornisce, fra gli altri servizi, anche cure oncologiche (visite specialistiche e trattamenti). Sono circa 3.000 i pazienti che ogni anno usufruiscono di cure oncologiche presso il reparto. Lo studio, approvato dal Comitato Etico dell'ospedale, ha utilizzato un impianto etnografico e ha previsto 7 giorni di osservazione realizzati nel corso di due mesi del 2016 (Alby & Fatigante, 2014). È stata utilizzata in particolare la metodologia osservativa dello *shadowing* (cfr. Czarniawska-Joerges, 2007) che ha previsto l'osservazione del medico responsabile del Day Hospital di Oncologia. I dati raccolti dalla ricercatrice includono, oltre a note etnografiche e fotografie che hanno permesso di comprendere tempi, luoghi e organizzazione quotidiana delle attività dell'ospedale, 190 minuti di interazioni audioregistrate, di cui 68 minuti relativi a interazioni fra medici (gli altri minuti riguardano prevalentemente visite con i pazienti e telefonate). Una ricercatrice munita di audioregistratore seguiva il medico in ospedale durante la giornata lavorativa. Le interazioni registrate, tutte in lingua italiana, coinvolgono l'oncologo e altri 6 medici di diversa specialità (endoscopia, ematologia, chirurgia, nefrologia, medicina interna, diabetologia).

Procedure di analisi

L'analisi discorsiva dei dati ha previsto le fasi seguenti. Le interazioni audioregistrate sono state trascritte *verbatim* seguendo una versione semplificata del sistema di trascrizione jeffersoniano (Jefferson, 2004; cfr. appendice). Tre ricercatrici hanno effettuato letture ripetute ed indipendenti delle note etnografiche e dei trascritti delle interazioni identificando i casi di difficile diagnosi. I casi dubbi sono stati discussi fino al raggiungimento di un accordo. I casi "difficili" sono stati identificati sulla base di marcatori lessicali con cui i medici stessi connotano la singolarità del caso (è una cosa mi lascia estremamente perplesso, è un caso strano, è un caso al limite, è un caso originale, un caso che mi stupisce) o danno voce ai loro dubbi e incertezze sullo sviluppo della diagnosi (non so che fare, che facciamo?). All'interno dei casi difficili si è proceduto ad identificare quelle narrazioni che contenessero conoscenze mediche esperte utilizzate ai fini della diagnosi. Le conoscenze esperte includono due territori epistemici diversi: conoscenze mediche di tipo scientifico, formalizzate e codificate, e conoscenze procedurali o tacite, legate alla pratica professionale e ad un'esperienza clinica personale (Polanyi, 1958; Nonaka, 1991; Nicolini et al., 2003). Sono stati identificati 12 casi di difficile diagnosi. Tutti i casi implicano interazioni fra più medici. Abbiamo scelto di focalizzare il lavoro sull'analisi di un caso singolo per le motivazioni seguenti: 1) il caso scelto contiene le risorse narrative identificate anche negli altri casi; 2) il caso scelto è un esempio particolarmente chiaro dei fenomeni emersi nell'analisi del corpus di dati complessivo; 3) dar conto di una sequenza piuttosto lunga, in modo da mostrare l'evoluzione e la costruzione graduale della diagnosi.

Risultati

L'analisi dei dati evidenzia il ruolo chiave svolto dalle narrazioni nel sostenere la presa di decisione nei casi di difficile diagnosi. In particolare abbiamo identificato quattro formati di risorse narrative: narrazioni "guida", narrazioni "singolari", narrazioni "lista", narrazioni "caso". Le caratteristiche e le funzioni svolte da tali narrazioni vengono di seguito documentate attraverso l'analisi di un caso singolo. Si tratta di un caso difficile (come vedremo definito "strano" dai medici) perché mostra sintomi diversi da quanto atteso secondo linee guida e letteratura scientifica. Si tratta di un paziente di più di 90 anni, operato per un tumore gastrico (GIST), ora ricoverato per una grave anemia.

Nell'osservazione effettuata, il caso ha uno sviluppo in quattro fasi che ripercorrono lo sviluppo del ragionamento diagnostico e della presa di decisione sul da farsi: in una prima fase l'oncologo è con il diabetologo e con il paziente al day hospital, in una seconda fase è da solo nel suo studio, in una terza fase l'oncologo parla con l'endoscopista, e in una quarta fase l'endoscopista torna dall'oncologo a due giorni di distanza. Esaminiamo di seguito le diverse fasi.

Il problema

L'oncologo viene chiamato in consultazione presso il day hospital del reparto di medicina interna dove è ricoverato il paziente. Nell'estratto seguente l'oncologo (ONC) parla con il medico diabetologo (DIAB) dichiarando la sua perplessità ed esplicitando i termini del problema: perché il paziente ha metastasi polmonari se queste non sono tra le conseguenze possibili del tumore per cui il paziente è stato operato?

Estratto 1

ONC ma una cosa mi lascia estremamente perplesso.
 DIAB [m::
 ONC [che non ho capito.
 DIAB m::
 ONC .hh perché c'ha le metastasi polmonari. perché i gist non danno mA.
 DIAB perchè lui ha (.) qu[esta=
 ONC [mai, mai,
 DIAB =neof ormazione renale,
 ONC si, ma e: i gist non danno mai [metastasi [polmonar[i.
 DIAB [a. [a. [occhei,

In questo avvio di ragionamento diagnostico ad alta voce, vengono dispiegate narrazioni concorrenti. In una narrazione è la voce della medicina che parla e che rende disponibili conoscenze esperte da usare nella discussione ("i gist non danno mai metastasi polmonari"). Questa "narrazione guida" ha una formulazione generale e fattuale, da verità non discutibile, che fissa alcuni punti fermi in una situazione incerta e guida l'azione. È invece il diabetologo a dar voce alle incongruenze presentate dal caso specifico ("perché lui ha questa neof ormazione renale") utilizzando quella che chiameremo una "narrazione singolare", attenta alle specificità

del paziente. In questa conversazione fra i due medici troviamo il dispiegamento di una tensione fra la medicina evidence-based (riferimento a conoscenze scientifiche basati su dati epidemiologici, linee guida) e la specificità e unicità dei singoli casi, tensione che, come vedremo, caratterizza tutta la sequenza narrativa esaminata e che i medici cercano di bilanciare attraverso formati narrativi diversi.

Tornato in stanza l'oncologo scrive sulla cartella clinica mentre commenta ad alta voce (come gli era stato chiesto di fare dal ricercatore) i risultati contraddittori degli esami.

Estratto 2

ONC ora per la stadiazione della malattia del gist è utile la pet,
 io gli faccio fare la pet, (.) e la pet, (.)
 e la pet. che è assai curiosa, (.) ci fa vede:re, (.) un iper accumulo del tracciante a livello polmonare. (.)
 la cosa strana è che il- il gist non da mai metastasi polmonari.
 quindi, cacchio è? (.) e- tra l'altro l'ultima pet però è negativa↓ ((ride))

L'oncologo ripercorre le evidenze disponibili e ne sottolinea l'incongruenza rispetto alle attese ("è assai curiosa", "la cosa strana"). A rendere ancora più complesso il quadro clinico è il fatto che l'esame di diagnostica per immagini (PET, Positron Emission Tomography) quando è stato ripetuto per la seconda volta non mostra più le metastasi polmonari. In questo estratto è ben rappresentato il tipo di ragionamento diagnostico utilizzato dai medici simile a quella che in logica viene chiamata inferenza abduzione. Un'ipotesi è favorita rispetto ad un'altra per la sua capacità di dar conto di eventi altrimenti inspiegabili. Nelle occasioni da noi osservate questa pratica inferenziale avviene nel discorso, che in questo caso è una sorta di discorso interiore oralizzato, ma in altri casi è un discorso argomentativo a più voci attraverso il quale i medici cercano congiuntamente di interpretare le evidenze cliniche contraddittorie.

Di nuovo nella sequenza troviamo delle narrazioni che forniscono conoscenze, fanno da guida per l'azione e segnano punti fermi ("per la stadiazione della malattia del gist è utile la pet"; "il gist non da mai metastasi polmonari") e narrazioni che sottolineano la singolarità del caso ("la pet che è assai curiosa"; "quindi, cacchio è? (.) e- tra l'altro l'ultima pet però è negativa").

La politica

Il ruolo delle narrazioni a sostegno del ragionamento e dell'azione diagnostica è reso esplicito dall'oncologo stesso quando nell'estratto che segue dice: "scriviamo se no tra un pochino me scordo tutto quanto". Egli inizia quindi a scrivere sulla cartella (cfr. Fig.1) quella che definisce "la politica" da seguire.

Estratto 3

ONC scriviamo se no me scordo tra un pochino me scordo tutto quanto. allora, politica.
 uno, chiarire, (.) l'anemia, (.) sideropenica. (.)
 legata (.) in qualche modo (.) al gist? (.)

parentesi, recidiva? però pet negativa, emorragia? intestinale?
 intanto gli faremo il solito esame occulto nelle feci.
 altra neoplasia? (.) colon? (.)
 due, (0.5) e:: asportazione in formazione in blocco
 prima ansa digiuna:le, emorragia intestina:le, (.)
 vedere, (.) quale (.) endoscopia è la migliore.
 e adesso andiamo a parlà con gli endoscopisti.
 tre, vedere, la massa renale, (0.3) ecco. .hh adesso andiamo a parlà con gli endoscopisti.

In questa sequenza la narrazione assume la forma della lista attraverso cui è possibile organizzare in un ordine temporale le azioni diagnostiche e proiettarle nel futuro. Si tratta di una narrazione scritta ed oralizzata che chiameremo “narrazione lista” in quanto porta traccia delle ipotesi diagnostiche in campo e porta inscritte una lista di azioni da intraprendere. È interessante notare il ruolo giocato dalla cartella clinica come artefatto testuale: se vista all’interno dello sviluppo sequenziale della diagnosi, la scrittura della cartella non ha solo una funzione mnemonica e organizzativa ma di sostegno al ragionamento del medico e allo sviluppo pragmatico dell’azione in corso (cfr. Sterponi et al., 2017). È infatti nel corso di tale scrittura che l’oncologo commenta “adesso andiamo a parlare con gli endoscopisti”. Si reca quindi presso la stanza di un endoscopista.

Sviluppare ulteriori ipotesi e azioni diagnostiche

L’oncologo racconta al collega endoscopista (ENDO) la vicenda del paziente nella forma di “caso”, sottolineando gli elementi clinici rilevanti. Vediamo quindi una “narrazione caso” tipica del discorso medico inteso come genere di discorso standardizzato contenente un lessico e un repertorio di risorse conoscitive scientifiche che possano servire di volta in volta a sviluppare ipotesi e azioni diagnostiche (Hunter, 1991).

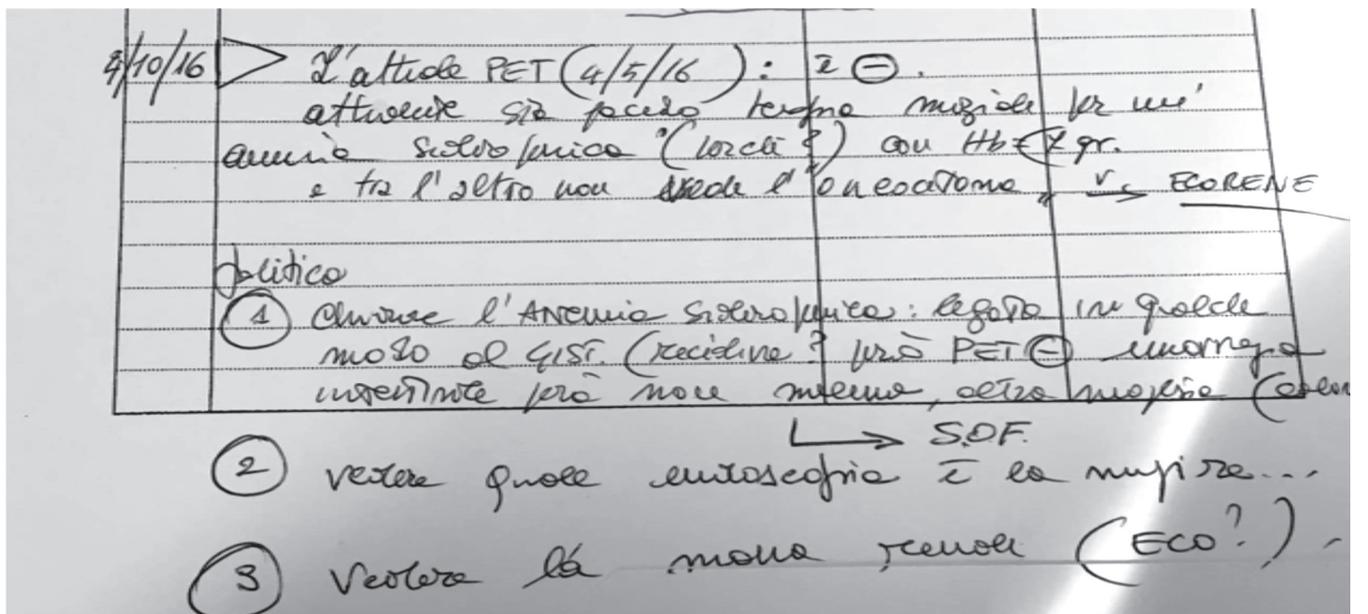
Estratto 4
 ONC adesso però è successa una cosa curiosa (xxx) il motivo per cui sto qua.
 ENDO e,
 ONC fa una una grave anemia sideropenica.
 ENDO m::[:
 ONC [con sette grammi di emoglobina per cui adesso la stanno trasfondendo. (.) ora, posto che quest’anemia sideropenica non è colpa del glivec ((farmaco per il cancro)) quello può da un’anemia ma non sideropenica. .hh potrebbe essere, qualche emorragia in sè, qualche cosa che noi dobbiamo andare a guardare endoscopisticamente senz- e magari c’ha na terza patologia non lo so. comunque dobbiamo=e: v- visto il=la [patolo-
 ENDO [o: pet negativa e?: mo [col cancro del colon=
 ONC [pet negativa.
 ENDO = pet negati:va

Nella conversazione che segue l’endoscopista sostiene che il paziente è troppo anziano per essere operato e suggerisce di fare altri esami (anticorpi apca, sangue occulto nelle feci), le trasfusioni e aspettare.

Estratto 5
 ENDO io quello che gli farei. farei gli apca. sangue occulto, e poi gli farei le trasfusioni. poi
 ONC: le trasfusioni le sta già facendo.
 ENDO vediamo tra- intanto se vediamo gli apca gli possiamo cominciare la b dodici, poi vediamo se si rianemizza. se si rianemizza, riaffrontiamo il problema.

Complessivamente l’interazione fra oncologo e endoscopista ha portato ad un incremento di conoscenze sul caso (si faranno

Fig.1. La cartella clinica



nuovi esami, l'operazione è risultata troppo invasiva). Ha inoltre portato all'adozione di una strategia di azione situata (Suchman, 1987): provare a fare alcune azioni (trasfusioni), prendere tempo e vedere se il paziente si rianemizza. Un approccio simile al "watchful waiting", usato in medicina quando i rischi del trattamento sono superiori ai benefici.

Proposta di una nuova azione diagnostica

Due giorni dopo questa conversazione, l'endoscopista si reca nello studio dell'oncologo. È tornato sulla sua decisione e propone ora di fare un tipo di intervento diverso, meno invasivo, in modo da evitare che il paziente affronti una vera e propria operazione.

Estratto 6

ENDO scusa se te interrompo. per XXXX ((cognome paziente))
 stavo pensando, se tu ritieni anche per (xx) non fa nulla, faccio io con APC ((Argon Plasma Coagulation, intervento poco invasivo usato per il controllo di emorragie))
 ONC no, io (xxx) io l'ho interrogato a lu:ngo il vecchietto. ma lui ha è ass:olutamente (.) privo di qualsiasi altra comorbidità. prende na pasticchetta per una lieve ipertensione per il resto è sano come un pesce. .hh quindi insomma prima de condannare e di non deve fare niente: ce volevo pensà trenta secondi.
 ENDO no. nel caso io posso fare la APC [si, questo lo sai
 ONC [si. perfetto.
 si=si=si=si=si.
 ENDO maestro!
 ONC grazie! tu sei il maestro. (.) io sono lo scolaro.

Da questa sequenza vediamo che entrambi i medici avevano continuato a pensare al caso. Vengono aggiunte alcune informazioni di tipo clinico rispetto alla presentazione del caso fatta in precedenza dall'oncologo e l'accordo sulla proposta di intervento endoscopico.

Discussione e conclusioni

Il lavoro descrive i modi con cui medici ospedalieri prendono congiuntamente decisioni su casi di difficile diagnosi molto frequenti nella loro pratica lavorativa. Anziché affrontarli come problemi di natura logico-deduttiva, i medici sembrano piuttosto utilizzare un pensiero abducente, dialogico e narrativo mettendo a fattor comune le diverse competenze disponibili nella comunità dell'ospedale. Così facendo i medici fanno della diagnosi un problema collettivo, non circoscritto alle competenze personali del singolo medico ma distribuito nella comunità e mediato dall'utilizzo di risorse narrative. Tra le narrazioni abbiamo evidenziato : 1) narrazioni "guida", che fissano punti fermi in una situazione in divenire, forniscono conoscenza esperta da mettere subito in gioco come guida per l'azione costruendo allo stesso tempo un repertorio condiviso

di comunità; 2) narrazioni "singolari" che sottolineano le incongruenze, marcano la distanza del caso in questione dalle attese; 3) narrazioni "lista" che servono a costruire e condividere scenari di azioni diagnostiche e terapeutiche future; 4) narrazioni "caso" in cui viene raccontata la situazione del paziente dando salienza ad una serie di evidenze cliniche rilevanti per l'azione diagnostica in corso (e non ad esempio al vissuto soggettivo dei sintomi da parte del paziente). Tali narrazioni documentano la versatilità e la varietà del discorso medico come genere specifico di discorso professionale, a cui è importante che i giovani medici siano socializzati come modo privilegiato per imparare forme situate (e non astratte) di diagnosi clinica. Questo studio ha quindi importanti risvolti per la formazione professionale e per la *medical education* in quanto identifica nella narrazione di casi clinici un dispositivo particolarmente efficace per trasmettere forme di conoscenza pratica esperta e di ragionamento clinico situato.

Nella sequenza che abbiamo esaminato i medici si spostano in diversi luoghi dell'ospedale e tale mobilità è utile ad aver accesso a persone, conoscenze, strumenti. Viene inoltre documentato lo sviluppo temporale del processo diagnostico. I medici si prendono un tempo nel quale ridurre progressivamente l'incertezza e arrivare a decisioni più ponderate (Alby & Zucchermaglio, 2008, 2009; Streponi et al. 2019). Anche di queste dimensioni spazio-temporali sarebbe opportuno tener conto nel configurare interventi organizzativi di sostegno alle comunità ospedaliere.

Attraverso configurazioni di risorse narrative, materiali, spaziali e temporali i medici considerano le specificità dei singoli casi, le loro esperienze personali (esperienze dirette, viste e toccate con mano, comprensive di conseguenze positive o negative sui pazienti) integrandole con le indicazioni della *evidence-based medicine* (riferimento a trial clinici, dati epidemiologici, linee guida), cercando un bilanciamento contingente e occasionale fra medicina evidence-based e medicina personalizzata.

Ulteriori studi potranno ampliare i risultati di questa ricerca esplorativa approfondendo maggiormente il ruolo svolto dalle risorse materiali, spaziali e temporali ed esplorando altri contesti ospedalieri.

Author Contributions

The authors contributed equally to this manuscript.

Compliance with Ethical Standards

Conflict of interest

The authors declare that they have no competing interests.

Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

Ethical approval

All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

Informed Consent

Each participant dealt with the process of informed consent.

Bibliografia

- Alby F., Zucchermaglio C., & Baruzzo M. (2015). Diagnostic decision making in oncology: creating shared knowledge and managing complexity. *Mind, Culture & Activity*, 22 (1), 4-22. <https://doi.org/10.1080/10749039.2014.981642>
- Alby F., & Zucchermaglio C. (2008). Collaboration in web design: Sharing knowledge, pursuing usability. *Journal of Pragmatics*, 40(3), 494-506.
- Alby F., & Zucchermaglio C. (2009). Time, narratives and participation frameworks in software troubleshooting. *Computer Supported Cooperative Work*, Special Issue on Technology and Diagnostic Work, 18(2), 129-146.
- Alby, F., & Fatigante, M. (2014). Preserving the respondent's standpoint in a research interview: Different strategies of 'doing' the interviewer. *Human Studies*, 37(2), 239-256.
- Alby, F., Zucchermaglio, C., & Fatigante, M. (2017). Communicating uncertain news in cancer consultations. *Journal of Cancer Education*, 32(4), 858-864.
- Anspach R.R. (1988). Notes on the sociology of medical discourse: The language of case presentation. *Journal of Health and Social Behavior*, 29(4), 357-375.
- Atkinson P. (1995). *Medical Talk and Medical Work: The Liturgy of the Clinic*. London: SAGE.
- Atkinson P. (1999). Medical discourse, evidentiality and the construction of professional responsibility. In: S. Sarangi & C. Roberts (Eds.), *Talk, Work and Institutional Order: Discourse in Medical, Mediation and Management Settings* (pp.75-108). Berlin; New York: Mouton de Gruyter.
- Berg, M. (1996). Practices of reading and writing: The constitutive role of the patient record in medical work. *Sociology of Health and Illness*, 18, 499-524. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10939100>
- Bursztajn, H. J., Feinbloom, R. I., Hamm, R. M., & Brodsky, A. (1990). *Medical choices, medical chances: How patients, families, and physicians can cope with uncertainty* (Vol. 1981). New York: Routledge.
- Caronia, L. & Mortari, L. (2015). The agency of things: how spaces and artefacts organize the moral order of an intensive care unit. *Social Semiotics*, 25(4), 401-422. <https://doi.org/10.1080/10350330.2015.1059576>
- Caronia, L., Chierigato, A., & Saglietti, M. (2017). Assembling (non) treatable cases: The communicative constitution of medical object in doctor-doctor interaction. *Discourse Studies*, 19(1), 30-48.
- Cicourel, A. V. (1985). Raisonement et diagnostic: le rôle du discours et de la compréhension clinique en médecine. *Actes de La Recherche En Sciences Sociales*, 60(1), 79-89.
- Cicourel, A. V. (2002). La gestion des rendez-vous dans un service médical spécialisé. *Actes de La Recherche En Sciences Sociales*, 143(1), 3-17.
- Czarniawska-Joerges, B. (2007). *Shadowing and other Techniques for Doing Fieldwork in Modern Societies*. Fredericksburg: Copenhagen Business School Press.
- Engeström, Y., Miettinen, R. & Punamäki, R.L. (1999). *Perspectives on Activity Theory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fasulo, A. and Zucchermaglio, C. (2008). Narratives in the workplace: facts, fiction and canonicity, *Text and Talk, Special Issue*, 28(3), 351-376. <https://doi.org/10.1515/TEXT.2008.017>
- Fox S., Brummans B. H. J. M. (2019). Where's the plot? Inter-professional collaboration as joint employment in acute care, *Journal of Applied Communication Research*, 47(3), 260-282, DOI: 10.1080/00909882.2019.1624807
- Han, P. K. J., Klein, W. M. P., & Arora, N. K. (2011). Varieties of uncertainty in health care: A conceptual taxonomy. *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making*, 31(6), 828-838.
- Hunter K.M. (1991). *Doctor's stories: The narrative structure of medical knowledge*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Hydèn, L.-C. (2010). Medicine and narrative. In D. Herman, J. Manfred, & M.-L. Ryan (Eds.), *Routledge Encyclopedia of narrative theory* (pp.293-297). New York, NY: Routledge.
- Jefferson, G. (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. In G. H. Lerner (Ed.), *Conversation analysis: Studies from the first generation* (pp. 13-23). Amsterdam, the Netherlands: John Benjamins.
- Kostopoulou, O., Russo, J. E., Keenan, G., Delaney, B. C., & Douiri, A. (2012). Information distortion in physicians' diagnostic judgments. *Medical Decision Making*, 32(6), 831-839.
- Latour, B. (1986). Visualisation and cognition. *Knowledge and Society*, 6, 1-40.
- Nicolini, D., Gherardi, S. & Yanow, D. (2003). *Knowing in Organizations: A Practice-Based Approach*. New York, NY: ME Sharpe.
- Nonaka, I. (1991). The knowledge-creating company, *Harvard Business Review*, 69(6), 96-104.
- Polanyi, M. (1958). *Personal Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Sterponi L., Zucchermaglio C., Alby F., Fatigante M. (2017). Endangered Literacies: What is lost in the transition to digital literacy technology in medical practice? *Written communication. An International Quarterly of Research, Theory, and Application*, 34(4), 359-386. <https://doi.org/10.1177/0741088317723304>
- Sterponi, L., Zucchermaglio, C., Fatigante, M., & Alby, F. (2019). Structuring times and activities in the oncology visit. *Social Science & Medicine*, 228, 211-222.
- Suchman, L. A. (1987). *Plans and situated actions: The problem of human-machine communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Teston, C. B. (2012). Moving from artifact to action: A grounded investigation of visual displays of evidence during medical deliberations. *Technical Communication Quarterly*, 21(3), 187-209. <https://doi.org/10.1080/10572252.2012.650621>
- Zucchermaglio C., & Alby F. (2016). Theorizing about practice: storytelling and practical knowledge in cancer diagnoses. *Journal of Workplace Learning*, 28(4), 174-187. <https://doi.org/10.1108/JWL-01-2016-0006>

Appendice - Segni e convenzioni per la trascrizione di dati conversazionali

(0.2)	durata di una pausa in secondi.
(.)	durata di una pausa inferiore a (0.2) secondi.
:	con i due punti si segnala il prolungamento della vocale che precede
?	tono ascendente (come nella domanda)
,	tono ascendente di sospensione
!	tono animato, di sorpresa, eccitazione etc.
—	con lo stile sottolineato viene evidenziata una parola o frase pronunciata con enfasi
M	con il carattere maiuscolo si segnala un sensibile aumento di volume della voce del parlante
[]	con le parentesi quadre si indica inizio e fine della sovrapposizione tra parlanti
(xxxx)	frasi o parole non perfettamente decifrabili
.	con il punto si indica il tono discendente come a fine frase
°xx°	tra i centigradi si indica il parlato emesso sottovoce
-	con il trattino a seguito di una lettera o sillaba si indica il troncamento della pronuncia, come quando ci si interrompe oppure si scandisce nettamente la fine di parola
=	allacciamento (<i>latching</i>), segnala la mancanza di scansione tra due parole o turni di parola
>(xx)<	le parentesi con gli apici rivolti all'interno segnalano l'aumento di velocità dell'eloquio (parola o turno)
<(xx)>	le parentesi con gli apici rivolti all'esterno segnalano il rallentamento dell'eloquio (parola o turno)
-	innalzamento sensibile del tono
-	abbassamento sensibile del tono
(())	nella doppia parentesi è possibile includere tutti gli elementi che riguardano l'ambiente circostante o altri fenomeni non verbali (sguardo, postura, risate, movimenti e gesti) che tuttavia sono di sostegno all'interpretazione di quello che viene detto
°	evidenzia le righe di interesse analitico
xxx	fra gli asterischi è indicato il discorso riportato diretto (<i>reported speech</i>); si citano cioè le esatte parole di un altro parlante

