

---

## PROMUOVERE LA COMUNICAZIONE SANITARIA IN UN'OTTICA IAP-CENTRED

Sara Putignano<sup>1</sup>, Chiara Abbatantuono<sup>2</sup>, Virginia Recchia<sup>3</sup>, Francesco Tramacere<sup>4</sup>, Rosita B. Maglie<sup>5</sup>, Maurizio Portaluri<sup>6</sup>

### *Abstract*

The steady promotion of participatory healthcare, from Empowerment policies for cancer patients to Patient-Reported Outcomes (PROs), is acknowledging the patient-citizen's status as an Individual Active Participant (IAP), thus establishing a new patient-centred era based on the healing power of words. Given the impact of health communication notably in oncology units, this Participatory Action Research project detected and gave expression to both clinical and social needs in favour of female IAPs treated with radiotherapy. The project consisted of group discussions and support initiatives aimed at: (1) spurring self-awareness; (2) fostering health communication; (3) building a community of female IAPs regionwide.

**Keywords:** Participatory Action Research, Corpus analysis, Discourse analysis, Breast cancer, Narrative medicine

### *Riassunto*

La progressiva promozione di prassi sanitarie partecipative, dal *Patto per l'Empowerment del paziente oncologico* alla diffusione dei *Patient-Reported Outcomes*, sta riconoscendo al/la paziente-cittadino/a il suo status di *Individuo Attivo e Partecipe* (IAP), e sancendo l'ingresso della comunità medica e scientifica in una nuova fase *patient-centred*: quella delle "parole che curano". Dato l'impatto della comunicazione sanitaria nei reparti oncologici, il presente progetto di Ricerca-Azione Partecipata ha posto al servizio di donne-IAP trattate con radioterapia l'analisi dei loro bisogni clinici e sociali attraverso gruppi di supporto e discussione tesi a: (1) incentivare l'autoconsa-

---

<sup>1</sup> Università degli Studi di Bari Aldo Moro - Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione. Email: sara.a.putignano@gmail.com

<sup>2</sup> Università degli Studi di Bari Aldo Moro - Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione. Email: c.abbatantuono@hotmail.it

<sup>3</sup> CNR-IFC Istituto di Fisiologia Clinica di Lecce. Email: recchia@ifc.cnr.it

<sup>4</sup> Ospedale di Brindisi Di Summa-Perrino - Reparto di Radioterapia. Email: francesco.tramacere@asl.brindisi.it

<sup>5</sup> Università degli Studi di Bari Aldo Moro - Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione. Email: rosita.maglie@uniba.it

<sup>6</sup> Ospedale di Brindisi Di Summa-Perrino - Reparto di Radioterapia. Email: m.portaluri@asl.brindisi.it

pevolezza; (2) promuovere la comunicazione sanitaria; (3) istituire una comunità di donne-IAP nel territorio pugliese.

*Parole chiave:* Ricerca-Azione Partecipata, Analisi dei Corpora, Analisi del Discorso, Tumore al seno, Medicina narrativa

## INTRODUZIONE

La medicina contemporanea ha riconosciuto alla salute una dimensione integrata, superando il concetto di “assenza di malattia” per abbracciare quello di “diritto al benessere” [Kluge et al. 2018; World Health Organization (WHO) 1948]. Il cosiddetto “momento Gutenberg” della medicina ha sancito il passaggio verso un’assistenza sanitaria più democratica [Topol 2015] ed un empowerment sanitario, inteso come un maggior controllo delle persone sulla propria salute [WHO 1998], basato su percezioni soggettive e processi collettivi di *decision-sharing* [Marzorati et al. 2018].

Nonostante i progressi verso una medicina partecipativa (e.g., pubblicazione del Patto dell’International Forum on Cancer Patients Empowerment [CPE 2017] diffusione dei Patient-Reported Outcomes [PROs]), una categoria a rischio resta quella femminile [Horton 2019; Shannon et al. 2019], per la quale il carcinoma mammario costituisce la prima causa di morte per tumore [WHO 2018], anche in mancanza di trattamenti personalizzati [Van Lankveld et al. 2018].

In questo scenario complesso, la medicina narrativa e quella basata sulle prove di efficacia rappresentano ambiti di conoscenza complementari, e non mutuamente esclusivi. Similmente ad altri movimenti sviluppatisi in Occidente (e.g., Medical Humanities; Slow Medicine; medicina centrata sul/la paziente [Pounds 2016]), la medicina narrativa cerca, infatti, una via equa per recuperare le dimensioni umane trascurate dai tradizionali approcci basati sulle scienze della natura [Istituto Superiore di Sanità (ISS) 2015]: la via della “cura con le parole oneste” [Spinsanti 2019].

Esprimendo i propri bisogni, i/le pazienti-cittadini/e possono, infatti, influire sull’agenda decisionale relativa alla propria salute, (ri)affermandosi come “Individui Attivi e Partecipi” (Individual Active Participants [IAPs]) [Topol 2015] consapevoli dei propri diritti e della propria identità. La loro voce è un mezzo di cambiamento sociale che incrementa la conoscenza di quei fattori, altrimenti “distorti” e non attendibili [Marzorati et al. 2018] che intervengono

negli stati di malattia e benessere. Rilevare tali fattori è utile ad incrementare tanto la soddisfazione del/la paziente oncologico/a [Finefrock et al. 2018] quanto le sue probabilità di aderenza al trattamento [Náfrádi, Nakamoto & Schulz 2017] e di recupero, dato che una comunicazione impoverita si associa ad un rischio di prognosi negativa [Chou et al. 2017].

Il presente progetto consiste, pertanto, in una Ricerca-Azione Partecipata negli interessi di donne-IAP con esperienza diretta di trattamento radioterapico. Tale intervento, interamente svolto su base volontaria, si pone il triplice obiettivo di: (1) incentivare l'autoconsapevolezza della donna-IAP; (2) promuovere la comunicazione sanitaria (interpersonale e intergruppo); (3) co-costruire una comunità empowered [Zimmerman 2000] di donne-IAP attraverso la partecipazione a gruppi di incontro, discussione, e mediazione con i/le professionisti/e e le istituzioni.

## MATERIALI E METODI

Il progetto, avviato il 06 novembre 2019 ed attualmente in corso, ha previsto il reclutamento iniziale di alcune donne-IAP (N = 9) in carico presso il Reparto di Radioterapia dell'Ospedale Di Summa-Perrino di Brindisi. Il centro è frequentato da donne provenienti dal territorio pugliese e sottoposte a cicli di cura che variano da una settimana a due mesi. In accordo con i principi dell'insider's perspective [Harvey 2014; Brown 2010], le partecipanti sono state reclutate dal personale del Reparto sulla base del loro interesse verso una comunicazione sanitaria più equa e/o del loro coinvolgimento attivo in iniziative sociali migliorative (e.g., attività culturali e di sensibilizzazione alla cittadinanza). La raccolta dati è stata svolta, sotto consenso informato, in presenza di n = 5 IAP (età media = 37 anni, DS = 10,65; scolarità media = 15,8 anni, DS = 5,42) appartenenti al gruppo naturale di "persone con esperienza diretta di malattia" (carcinoma mammario).

Per rispondere ai bisogni delle IAP, il progetto ha ri-creato uno spazio transizionale tra individuo e ambiente [Winnicott 1989] all'interno del Reparto, destinando un'area comune all'ascolto delle pazienti. I sei gruppi di incontro e discussione previsti dal progetto sono moderati da donne provenienti da enti esterni al Reparto in un'ottica di Ricerca-Azione Partecipata (RAP) volta a produrre conoscenza, cambiamento sociale e formazione in un ambiente dialogico e interattivo [Colucci, Colombo &

Montali 2008]. Tale sistema di indagine coinvolge i soggetti più marginali dell'agenda decisionale sanitaria per trasformarne la consapevolezza ed il potenziale emancipativo in azione sociale [Ripamonti 2011].

Ogni incontro, della durata di 120 minuti e proposto con frequenza mensile, rappresenta un ciclo autonomo di apprendimento. Le conoscenze prodotte nella sessione precedente orientano la successiva e sono frutto della collaborazione fra IAP e moderatrici. Data l'esigua numerosità campionaria e la presenza variabile delle IAP agli incontri, le moderatrici hanno adottato come strumento operativo un'intervista di gruppo non-strutturata, generata da cinque domande-stimolo. Tali domande sono aperte, prive di termini connotativi (ad eccezione di quelli utilizzati dalle stesse IAP negli incontri precedenti), caratterizzate da una struttura "ad imbuto" (dal generale al particolare), variabili e riferite a temi prioritari. Le fasi procedurali dell'intervista rappresentano un adattamento di quelle presenti nei focus group [Merton, Fiske & Kendall 1956]: (1) generazione; (2) registrazione; (3) discussione; (4) priorità. I contenuti proposti, nonché la consapevolezza dei propri bisogni e del proprio status di donne-IAP, sono stati individuati mediante tecniche quanti-/qualitative [Maglie 2015; 2017]. L'analisi quantitativa è basata sulla trascrizione fedele delle audioregistrazioni degli incontri. Tali informazioni linguistiche, processate dalle funzioni wordlist (frequenze assolute e percentuali; collocations) e concord (parole nel contesto) del software Wordsmith Tools 7.0 [Scott 2016], costituiscono il corpus dello studio e rappresentano un indice oggettivo e attendibile [Brookes, Harvey & Mullany 2018] dei bisogni reali e degli stili comunicativi delle IAP. L'analisi qualitativa rapporta tali dati ad un contesto sociale più ampio che ne costituisce il frame discorsivo [Fairclough 1992].

## RISULTATI

Nelle prime tre sessioni, si rileva l'occorrenza di 39,924 parole (i.e., tokens) pronunciate dal gruppo (IAP + moderatrici), di cui 4,150 parole uniche (i.e., types) (types/token ratio [TTR] = 10.39) e 33,996 attribuite alle sole IAP (media parole/IAP per incontro = 3,400, DS = 397,48) e computate ai fini dell'analisi delle frequenze. La Tabella 1 mostra una prevalenza di parole-funzione, in rapporto di 4,9:1 rispetto alle parole-contenuto (avverbi esclusi).

Tabella 1 – Lista di parole frequenti nel corpus IAP (tot. = 33,996 text tokens)

n.	Parole	Freq. (%)	Freq. (%) nei sub-corpora	n.	Parole	Freq. (%)	Freq. (%) nei sub-corpora
1	CHE	3.21	100.00	21	IN	0.79	90.00
2	NON	2.51	100.00	22	HA	0.74	90.00
3	E	2.32	100.00	23	ANCHE	0.71	100.00
4	IO	2.13	100.00	24	LE	0.67	90.00
5	È	2.04	100.00	25	POI	0.67	100.00
6	DI	1.69	100.00	26	COSA	0.66	100.00
7	MI	1.59	100.00	27	CIOÈ	0.66	100.00
8	NO	1.53	100.00	28	LO	0.66	100.00
9	SI	1.50	90.00	29	QUINDI	0.63	90.00
10	A	1.38	100.00	30	COME	0.61	90.00
11	UN	1.35	100.00	31	PERÒ	0.61	100.00
12	LA	1.32	100.00	32	SE	0.60	100.00
13	HO	1.31	100.00	33	ME	0.58	100.00
14	PERCHÉ	1.20	100.00	34	CON	0.54	90.00
15	IL	1.08	100.00	35	QUESTA	0.54	100.00
16	SONO	1.04	100.00	36	QUESTO	0.53	100.00
17	MA	0.95	100.00	37	C	0.49	90.00
18	UNA	0.93	90.00	38	DA	0.49	90.00
19	PER	0.87	100.00	39	PIÙ	0.45	100.00
20	L	0.85	100.00	40	DETTO	0.44	90.00

Particolarmente frequente è il pronome di negazione “NON”, seguito dal pronome personale “IO”, entrambi scelti in tutte le sessioni da ogni IAP (i.e., 100% dei sub-corpora), ma non co-occorrenti secondo una soglia di significatività prestabilita per t-test (= 2) e MI score (= 3). L’analisi delle parole-contenuto evidenzia le seguenti scelte: (1) l’utilizzo dei verbi essere (“È” = 2.04%; “ERA” = 0.42%; “SONO” = 1.04%, equamente distribuito fra 1<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> persona), avere (“HO” = 1.31%; “HA” = 0.74%), dire (“DETTO” (part. pass.) = 0.44%), e fare (“FATTO” (part. pass.) = 0.42); (2) il duplice utilizzo di “QUEST\*” (= 1.07%, equamente distribuito fra aggettivo e pronome dimostrativo); (3) l’utilizzo di “COSA” (= 0.66%) come sostantivo.

La variabilità e minor frequenza delle parole-contenuto dipende dall’eterogeneità dei temi trattati in ogni sessione. Ad esempio, la parola

“MEDICO”, seppur molto usata (= 0.13%), passa dal n.53 per frequenza assoluta nella sessione 1 (focalizzata sulla relazione medico-paziente), preceduta solo dal soggetto “IO”, al n.117 estendendo l’analisi alle successive sessioni.

Dall’analisi delle *collocations* (span = 5) emerge la tendenza delle IAP a rivelare attività, spostamenti e provenienza attraverso i pattern ricorrenti “A” + fare qualcosa; “A” / “DI” + luogo, accompagnati dal pronome “IO”. Significativo è anche l’uso dei verbi per descrivere non solo le attività (“HO” + “CONOSCIUTO” / “COMINCIATO” / “AVUTO” / “CHIESTO”; “SONO” + “ANDATA” / “ARRIVATA”), ma anche bisogni e percezioni (“AVEVO” + “PAURA” / “PROPRIO” + “BISOGNO”; “HO” + “VISSUTO” / “VISTO”; “MI” + “SONO” + “SENTITA”; “SONO” + “D’ACCORDO”; “STO” + “DICENDO” / “MALE”). Le scelte discorsive sono state rapportate al contesto attraverso un confronto sistematico con le linee di concordanza, rivelando aspetti narrativi unici ed altrimenti non rilevabili, tra i quali il ricorso a figure retoriche (e.g., sostituzioni, eufemismi, ellissi) e l’utilizzo del “NO” come marcatore discorsivo.

## DISCUSSIONE

L’analisi corpus-based ha permesso di individuare le scelte linguistiche di ciascuna IAP per sessione di gruppo, ponendo le basi per lo svolgimento di un’analisi del discorso (i.e., parole nel contesto e strategie comunicative), e per la progettazione e implementazione degli incontri. In accordo con l’*insider’s perspective* [Brown 2010; Harvey 2014] le domande-stimolo di ciascuna sessione sono state infatti strutturate sulla base delle parole dette e delle priorità suggerite dalle stesse IAP.

L’autoconsapevolezza è stata valutata in ciascuna IAP e nel gruppo, tenendo conto del contesto di occorrenza delle parole e dei pattern. L’alta frequenza del pronome “IO” e significatività dei verbi ausiliari in varie *collocations* suggeriscono la tendenza delle IAP ad auto-percepirsi come individui attivi, ossia come soggetti di azioni (e.g., “IO” + “SONO” + “ANDATA” [in quel reparto]), ma anche atteggiamenti, aspettative e desideri (e.g., “IO” + “AVEVO” + “PROPRIO” + “BISOGNO” [di fare controlli]). Altrettanto rilevante è il ricorso al “NON” per esprimere disaccordo (“NON” sono d’accordo), critica verso l’ipocrisia istituzionale (Come fai a “NON”

accorgerti che quelle pazienti hanno bisogno di qualcosa?!), ma anche incertezza su argomenti e opinioni (“NON” so). Tali scelte linguistiche accomunano il gruppo e indicano una prosodia semantica negativa, soprattutto nel discorso sull’assistenza sanitaria ricevuta (generato dalle domande-stimolo della sessione I e ripreso anche nelle successive).

D’altro canto, l’incremento dei token per sessione (1 = 8,232; 2 = 11,407; 3 = 14,357) si è accompagnato ad una maggiore varietà di temi e strategie comunicative nel tempo, come rilevato dalle linee di concordanza di parole-contenuto come “QUEST” e “COSA”. In base al contesto, infatti, tali parole possono sostituire termini assai diversi, assumere un tono eufemistico, e/o accompagnarsi ad altre figure retoriche come l’ellissi.

Trasversalmente rispetto ai contesti di occorrenza, il tema più saliente sembra essere il rapporto con il “MEDICO”. In un clima di gruppo libero e spontaneo, le IAP, dopo aver risposto alle diverse chiavi di lettura richieste in ogni incontro, sono regolarmente tornate sull’argomento, evidenziandone criticità e aspettative: la relazione con il medico, laddove causa di sofferenza e/o indifferenza, *deve* quindi modificarsi.

Si segnala, infine, l’utilizzo del “NO” come marcatore discorsivo (il “SÌ”, invece, indica consenso e approvazione). Dall’analisi qualitativa, si evince che tali scelte sono state condivise dall’intero gruppo per promuovere sia la partecipazione che la validazione empatica.

Nonostante i limiti relativi alla numerosità campionaria e alla generalizzabilità dei dati, il progetto ha permesso una prima analisi dei bisogni delle donne-IAP e della loro comunicazione in contesti gruppo-specifici, mettendo al loro servizio i dati degli incontri, in vista di un momento di discussione-restituzione finale con il personale medico.

Complessivamente, il lavoro ha perseguito i suoi obiettivi: (1) incentivando l’autoconsapevolezza della donna-IAP in un clima spontaneo, in cui ciascuna si è sentita libera di esporsi su temi ritenuti personali e prioritari; (2) promuovendo la comunicazione sanitaria attraverso narrazioni *sulla, della e per la salute*, frutto di una mutua collaborazione; (3) ponendo le basi per un’inedita comunità di donne che, partecipando attivamente ai gruppi di incontro e discussione, possono sentire il loro controllo potenziarsi e la distanza con altri individui (professionisti/e compresi/e) e istituzioni ridursi.

## Bibliografia

- Brookes G., Harvey K., & Mullany L. (2018). From corpus to clinic: health communication research and the impact agenda. In D. McIntyre, and H. Price (Eds.), *Applying Linguistics: Language and the Impact Agenda* (pp. 99-111). London: Routledge.
- Brown B. (2010). Participation: the insider's perspective. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(9), 34-7.
- Chou W. S., Hamel L. M., Thai C. L., Debono D., Chapman R. A., Albrecht T. L., Penner L. A., & Eggly S. (2017). Discussing prognosis and treatment goals with patients with advanced cancer: A qualitative analysis of oncologists' language. *Health Expectations*, 20 (5), 1073-80.
- Colucci F.P., Colombo M., & Montali L. (2008). *La ricerca-intervento*. Bologna: Il Mulino.
- Drageset S., Cand P., Lindstrøm T. C., Cand P., Ellingsen S., & Cand P. (2020). "I Have Both Lost and Gained." Norwegian Survivors' Experiences of Coping 9 Years After Primary Breast Cancer Surgery. *Cancer Nursing*, 43(1), E30-37.
- Fairclough N. (Ed.) (1992). *Discourse and social change*. Cambridge: Polity.
- Finefrock D., Patel S., Zodda D., Nierenberg, R., Feldman, J., & Ogedegbe, C. (2018). Patient-Centered Communication Behaviors That Correlate With Higher Patient Satisfaction Scores. *Journal of Patient Experience*, 5(3), 231-235.
- Horton R. (2019). Offline: Gender and global health – an inexcusable global failure. *The Lancet*, 393, 511.
- International Forum on Cancer Patients Empowerment. (2017). Patto per l'Empowerment del paziente oncologico. Retrieved from: [http://www.forumcpe.it/resources/images/Patto\\_empowerment.pdf](http://www.forumcpe.it/resources/images/Patto_empowerment.pdf).
- Istituto Superiore di Sanità, & Centro Nazionale Malattie Rare. (2015). Conferenza di Consenso: Linee di indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative. *Quaderni di Medicina, Suppl. al N.7*, 5-18. Rome: Il Sole24Ore Sanità.
- Harvey K. (2014). *Investigating adolescent health communication: A corpus linguistics approach*. Bloomsbury Publishing.
- Kluge H., Kelley E., Barkley S., Theodorakis P., Yamamoto N., Tsoy A., Aiypkhanova A., Ganesh V., Hipgrave D. B., Swartling Peterson S., Valderas J. M., & Mossialos E. (2018). How primary health care can make universal health coverage a reality, ensure healthy lives, and promote wellbeing for all. *The Lancet*, 392(10156), 1372-74.
- Marzorati C., Bailo L., Mazzocco K., & Pravettoni G. (2018). Empowerment from patient's and caregiver's perspective in cancer care. *Health Psychol Open*, 5(2): 2055102918815318.

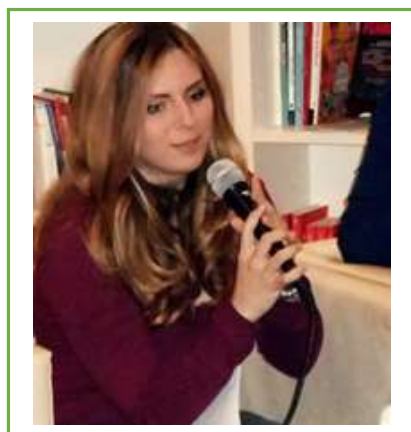


- Maglie R. (2015). *The new Discourse of Healthcare: A Corpus and Discourse analysis approach to a Q&A website*. Rome: Aracne.
- Maglie R. (2017). Cultivating effective communication in healthcare: the case of Q&A websites. *Iperstoria*, 10, 80-93.
- Merton R.K., Fiske M., Kendall P.L. (1956). *The Focused Interview: A Manual of Problems and Procedures*. London: The Free Press.
- Náfrádi L., Nakamoto K., Schulz P.J. (2017). Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS One*, 12 (10), e0186458.
- Pounds G. (2016). Patient-Centred Communication in Ask-the-Expert Healthcare Websites. *Applied Linguistics*, 39(2), 1-19.
- Ripamonti E. (2011). *Collaborare: Metodi partecipativi per il sociale*. Rome: Carocci.
- Scott M. (2016). *WordSmith Tools Help Manual version 7*. Stroud: Lexical Analysis Software.
- Shannon G., Jansen M., Williams K., Cáceres C., Motta A., Odhiambo A., Eleveld A., & Mannell J. (2019). Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter? *The Lancet*, 393, 560-79.
- Spinsanti S. (2019). *La cura con le parole oneste*. Rome: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Topol E. J. (2015). *Patient Will See You Now: The Future of Medicine is in Your Hands*. New York: Basic Books.
- Van Lankveld J., Fleer J., Schroevers M. J., Sanderman R., den Oudsten B. L., & Dekker J. (2018). Recruitment problems in psychosocial oncology research. *Psycho-oncology*, 27(9), 2296-98.
- Winnicott D. W. (1989). *Playing and reality*. London: Routledge.
- World Health Organization (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from: Disponibile al link <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPRGlossary1998.pdf>.
- World Health Organization (2018). *Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018*. Geneva: World Health Organization.
- Zimmerman M. A. (2000). Empowerment Theory. Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis. In Rappaport J., Seidman, E., *Handbook of Community Psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

## Biografia



Sara Putignano è una Dottoressa di Psicologia Clinica, appena laureatasi presso l'Università Degli Studi Di Bari Aldo Moro con una tesi sperimentale che esamina la problematica della relazione del medico con il paziente oncologico, sperando di promuovere un progresso sociale e psicologico in entrambe le parti. Ha avuto, inoltre, la fortuna di svolgere un praticantato presso la CRAP (Comunità Riabilitativa Assistenziale Psichiatrica) del comune di Cisternino, dove ha potuto mettere a fuoco ulteriori ambiti d'interesse professionale e di ricerca. Sara è disponibile per ogni progetto che possa permetterle una crescita personale e professionale, ed è raggiungibile all'indirizzo



Chiara Abbatantuono è tirocinante post-lauream in Psicologia presso l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro. Laureata in Filosofia (L05) e Psicologia Clinica (L24; LM51), attualmente collabora con i Dipartimenti di Psicologia (For.Psi.Com) e Neuroscienze (DSMBNOS) dell'Università di Bari e con il gruppo CLAVIER dell'Università della Calabria per progetti di ricerca nei seguenti ambiti: linguistica e multimodalità; salute elettronica; comunicazione sanitaria; psiconcologia; diagnosi e intervento con tecnologie assistive in ambito clinico.



Virginia Recchia svolge attività scientifica dal 1998 ed è attualmente Ricercatrice presso il CNR-IFC Istituto di Fisiologia Clinica di Lecce. Nel gruppo Public Health & Well-being, è responsabile dell'area tematica Comunicazione e Knowledge Management in Sanità. Coordinatrice e co-investigatore in molteplici progetti regionali, nazionali ed internazionali, è autrice di numerosi articoli scientifici peer reviewed. I suoi maggiori interessi si collocano nell'area Medical Humanities, incentrandosi sul coinvolgimento attivo del paziente e sulla sostenibilità in medicina. Si occupa, in particolare, di comunicazione

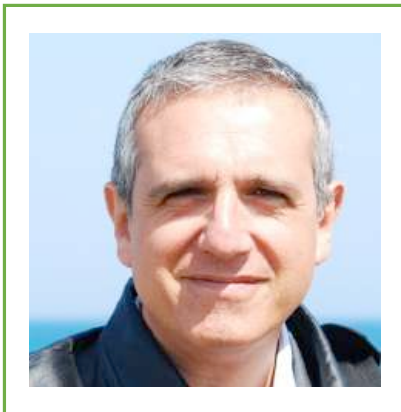
del rischio, e-learning e usabilità, formazione interattiva, consenso informato, decisioni condivise e appropriate nei percorsi di salute, processi partecipativi.



Francesco Tramacere è un medico radioncologo specializzato c/o l'Università degli Studi di Bari con tesi sul tumore della prostata e lavora come dirigente medico dal 2008 c/o l'ospedale "A. Perrino" di Brindisi. Si interessa del trattamento radiante di neoplasie del distretto addomino-pelvico.



Rosita B. Maglie è ricercatrice in Lingua e Traduzione Inglese presso il Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia e Comunicazione dell'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro". Le sue aree di ricerca comprendono la linguistica dei corpora, la multimodalità, i linguaggi specialistici e gli studi (inter)culturali e di genere. Ha pubblicato diversi articoli e saggi in riviste e curatele nazionali e internazionali ed è autrice di tre lavori monografici.



Maurizio Portaluri fa il medico pubblico in ospedale a Brindisi nel campo della oncologia e della radioterapia. Si occupa di oncologia ambientale e lavorativa e di medicina narrativa, è consulente di associazioni e movimenti per il diritto alla salute.