

La partecipazione e la costruzione dell'identità dei bambini migranti nei servizi educativi e sanitari

PRIN 2017

Rapporto di ricerca finale

Università di Modena e Reggio Emilia (coordinamento)
Università di Firenze
Università del Piemonte Orientale
Università di Torino



UNIMORE
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
MODENA E REGGIO EMILIA



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE
DIPARTIMENTO DI
GIURISPRUDENZA E SCIENZE POLITICHE
ECONOMICHE E SOCIALI



**UNIVERSITÀ
DI TORINO**

Prefazione	pag.	5
1. Fondamenti teorici del progetto di ricerca	»	7
di <i>Claudio Baraldi</i>		
1. Le condizioni dell'agency	»	7
2. La facilitazione	»	10
3. La mediazione linguistica	»	10
4. L'importanza delle narrazioni	»	12
5. La dimensione interculturale della comunicazione	»	13
Riferimenti bibliografici		15
2. Verso una scuola come luogo di apprendimento dialogico. I risultati dell'analisi quantitativa	»	20
di <i>Eugenio Pandolfini, Alessandra Anichini, Luca Toschi</i>		
1. Introduzione e metodologia	»	20
2. Uso della lingua	»	24
3. Percezione dell'esperienza scolastica		29
4. Relazioni scolastiche	»	31
5. Manifestazioni e sostegno dell'agency degli studenti	»	33
6. Le sfide che affrontano gli studenti	»	36
7. Rappresentazioni dell'integrazione		38
8. Mediazione e agency nei servizi sanitari		42
9. Conclusioni		44
Riferimenti bibliografici		48
3. La facilitazione in classe	»	51
di <i>Claudio Baraldi</i>		
1. Introduzione: le attività osservate	»	51
2. Le forme generali di facilitazione	»	52
3. Facilitazione di domande e narrazioni sulle culture	»	65
4. La facilitazione nei laboratori di L2	»	69
5. I problemi della facilitazione	»	72
6. Conclusioni	»	73
Riferimenti bibliografici		75
4. Le interazioni in ambito pediatrico	»	77
di <i>Federica Ceccoli e Claudio Baraldi</i>		
1. L'interazione con i bambini in ambito pediatrico	»	77
2. I dati sulle visite		78
3. La quantificazione dei turni di parola	»	78
4. Le iniziative dei bambini	»	79
5. Inviti a esercitare agency		87
6. Limitazioni dell'agency dei bambini		93
7. Ostacoli linguistici dell'agency dei bambini		96
8. Un caso anomalo		99
9. Conclusioni		103
Riferimenti bibliografici		104
5. La mediazione linguistica a scuola	»	106
di <i>Claudio Baraldi, Federica Ceccoli e Laura Gavioli</i>		
1. Introduzione	»	106

2. Le mitigazioni delle mediatrici	»	107
3. La mediazione delle iniziative dei genitori	»	110
4. Le spiegazioni autonome delle mediatrici	»	118
5. Conclusioni	»	126
Riferimenti bibliografici		127
6. La mediazione linguistica in pediatria	»	128
di <i>Claudio Baraldi e Federica Ceccoli</i>		
1. Introduzione	»	128
2. Caratteristiche generali delle visite	»	128
3. L'agency nella mediazione	»	130
4. La partecipazione dei bambini		140
5. Il problema della partecipazione dei genitori		147
6. Effetti della trasparenza linguistica		150
7. Conclusioni	»	154
Riferimenti bibliografici		155
7. Comunicare l'asma e il diabete a scuola	»	157
di <i>Anna Rosa Favretto, Stefania Fucci e Francesca Zaltron</i>		
1. Il quadro della ricerca	»	157
2. Comunicare la malattia a scuola	»	159
3. Le pratiche comunicative: chi comunica la condizione di cronicità e con quali modalità	»	164
4. Conclusioni	»	170
Riferimenti bibliografici	»	171
8. Le pratiche di gestione dell'asma e del diabete nella quotidianità scolastica	»	172
di <i>Anna Rosa Favretto, Stefania Fucci e Francesca Zaltron</i>		
1. Vivere la quotidianità scolastica con Isma o il diabete: il punto di vista di bambini e genitori	»	172
2. Fattori che ostacolano o facilitano la gestione dell'asma o del diabete a scuola: il punto di vista di insegnanti e medici	»	181
3. Conclusioni	»	189
Riferimenti bibliografici		192
9. Il "posto" della SiO: significati e pratiche nella quotidianità del fare scuola	»	194
di <i>Roberta Bosisio, Giulia Maria Cavaletto, Federica Cornali, Manuela Olagnero e Giulia Storato</i>		
1. Nascita e diffusione della scuola in ospedale	»	194
2. I contesti della ricerca sul campo	»	197
3. La scuola in ospedale: un mondo "a rovescio"	»	199
4. Il "posto" della SiO nel rapporto con la struttura ospedaliera e la scuola territoriale		201
5. La partecipazione e i processi di costruzione dell'identità dei bambini nella scuola in ospedale		209
6. Conclusioni	»	213
Riferimenti bibliografici		214
10. Conclusioni	»	216

di <i>Unità di ricerca</i>		
1. La facilitazione	»	274
2. La mediazione	»	216
3. Il rapporto tra scuola e ospedale	»	218
4. La scuola in ospedale		220
5. Interazioni, narrazioni e contesto		221
Appendice		223

Prefazione. Il progetto di ricerca

Questo volume presenta un progetto di ricerca finanziato nel 2018 dal Ministero dell'Università e della Ricerca come Progetto di Rilevanza Nazionale (PRIN), dal titolo "La partecipazione e la costruzione dell'identità dei bambini migranti nei servizi educativi e sanitari". La durata di questo progetto, originariamente triennale, è stata prolungata a causa della pandemia, che ha ostacolato le attività di ricerca. Ha coordinato il progetto Claudio Baraldi (Università di Modena e Reggio Emilia). Hanno partecipato unità di ricerca dell'Università di Firenze, dell'Università del Piemonte Orientale e dell'Università di Torino.

I due obiettivi fondamentali del progetto sono stati: 1) analizzare le condizioni e i vincoli per la partecipazione e la costruzione dell'identità dei bambini di origine migrante, nel sistema educativo e nei servizi sanitari; 2) promuovere la costruzione di un sistema di facilitazione e mediazione che promuovano la partecipazione attiva e costruzione dell'identità dei bambini.

La categoria generale di "bambini di origine migrante" include potenzialmente un'ampia varietà di condizioni: residenti in Italia dalla nascita, residenti in Italia da lungo tempo, neo-arrivati al seguito di un genitore (generalmente la madre) per ricongiungimento familiare, neo-arrivati in qualità di rifugiati, bambini non accompagnati. La definizione di "bambino di origine migrante" viene pertanto meglio definita, di volta in volta, a livello locale. Il progetto ha coinvolto bambini frequentanti la scuola primaria e la scuola secondaria di primo grado, anche in ospedale. Da una parte, la ricerca ha coinvolto sia bambini nativi, sia bambini di origine migrante che frequentano la stessa classe scolastica. Dall'altra parte, la ricerca ha coinvolto soltanto bambini di origine migrante (ad es. nelle lezioni di italiano come lingua seconda e nei servizi sanitari). La ricerca ha inoltre coinvolto genitori, insegnanti, facilitatori, mediatori linguistico-culturali e operatori sanitari

Il progetto di ricerca ha contribuito ad aumentare la conoscenza dei modi di considerare la partecipazione e la costruzione dell'identità dei bambini di origine migrante, analizzando esperienze, pratiche e politiche che coinvolgono (o non coinvolgono), includano (o non includano) questi bambini nelle scuole e nei servizi sanitari, nonché le possibili forme di discriminazione e marginalità e le differenze di genere. La ricerca ha prodotto un incremento della conoscenza delle strutture e dei processi che possono ostacolare o sostenere l'agency dei bambini di origine migrante e la negoziazione delle loro identità, prestando attenzione: 1) alle forme e ai problemi della collaborazione tra scuole e servizi sanitari; 2) ai modi di facilitare la comunicazione in classe e nei servizi sanitari; 3) ai modi di fornire la mediazione linguistico-culturale nei contesti analizzati. Quindi, la ricerca ha prodotto nuova conoscenza sulle relazioni sociali che coinvolgono i bambini e sui modi di comunicare e negoziare che incrementano il loro benessere.

Il progetto di ricerca ha raggiunto questi obiettivi attraverso cinque azioni. La prima azione è un'analisi di sfondo sulle politiche di inclusione dei bambini di origine migrante e non nelle regioni in cui il progetto è stato realizzato (Emilia-Romagna, Piemonte e Toscana). La seconda azione è una ricerca quantitativa sulla condizione dei bambini di origine migrante nelle scuole e nei servizi sanitari nelle aree di Alessandria, Modena, Reggio Emilia e Torino. La terza azione riguarda l'analisi qualitativa delle prospettive di bambini e adulti sulla partecipazione e le forme di collaborazione tra scuola e servizi sanitari nei casi sia di malattia, anche cronica, dei bambini sia di malattie che comportano lunghi periodi di ospedalizzazione.

La quarta azione è l'analisi valutativa di interventi nelle scuole e nei servizi pediatrici. Attraverso queste azioni, è stata raccolta un'ampia gamma di dati, quantitativi e qualitativi, che riguardano il

coinvolgimento dei bambini nei servizi a loro dedicati, per cogliere il significato dell'innovazione in questi servizi. L'ultima azione è l'uso dei materiali basati sulla ricerca per la produzione di una serie di strumenti: un archivio di materiali di ricerca, linee guida per consentire interventi efficaci, la progettazione di una formazione per insegnanti, educatori e operatori sanitari, linee guida per l'autovalutazione delle attività.

In sintesi, durante la ricerca sul campo, sono stati raccolti i seguenti dati:

1. 2.339 questionari, di cui 1.088 con bambini (il 46% di origine migrante)
2. Interviste con 287 partecipanti, di cui 72 bambini
3. Attività strutturate con 23 bambini
4. Video-registrazione di 42 attività, che hanno coinvolto complessivamente 292 bambini (40,3% di origine migrante), che hanno anche compilato un questionario di valutazione e partecipato a interviste di gruppo in 16 classi.
5. Audio-registrazione di 17 visite pediatriche con la partecipazione di bambini migranti e loro genitori
6. Audio-registrazione di 13 visite pediatriche mediate dal punto di vista linguistico, con la partecipazione di bambini migranti e loro genitori.
7. Audio-registrazione di 10 incontri mediati dal punto di vista linguistico nelle scuole primarie, con la partecipazione di insegnanti e genitori dei bambini migranti.

I capitoli di questo volume, redatti dai membri dei diversi gruppi di ricerca, presentano i principali risultati del progetto. Il capitolo 1 introduce i concetti fondamentali che hanno guidato il progetto. Il capitolo 2 riassume i risultati della parte di ricerca quantitativa, basata su alcuni questionari che, nel complesso, hanno coinvolto bambini, operatori scolastici, operatori sanitari e mediatori. Le tabelle che riguardano questa analisi quantitativa sono in appendice. I capitoli 3-6 riguardano la parte di ricerca che ha messo a fuoco le interazioni che permettono di promuovere oppure ostacolano la partecipazione, nelle classi scolastiche, in particolare in interventi con l'obiettivo di facilitare la partecipazione dei bambini (capitolo 3), nei servizi pediatrici, prevalentemente nella diabetologia pediatrica, con la partecipazione di bambini e loro genitori (capitolo 4) e in presenza di mediatori per eliminare le barriere linguistiche, sia negli incontri tra insegnanti e genitori (capitolo 5), sia nei servizi pediatrici con la partecipazione di bambini e genitori (capitolo 6). I capitoli 7-8 mettono a fuoco la ricerca qualitativa sull'esperienza e sulla gestione delle malattie croniche dei bambini a scuola, con particolare riferimento all'asma e al diabete. Il capitolo 9 tratta invece il ruolo dell'educazione scolastica in ospedale, che interfaccia l'istituzione scolastica e i servizi sanitari che accolgono bambini ospedalizzati. Nel complesso, i capitoli 7-9 mettono a fuoco l'esperienza e la gestione della malattia dei bambini, tra scuola e ospedale. Il capitolo 10, infine, trae le conclusioni sulla ricerca nel suo complesso.

1. Fondamenti teorici del progetto di ricerca

Claudio Baraldi

I concetti di fondamentali che hanno guidato questa ricerca, e che saranno trattati nelle prossime sezioni, sono i seguenti: agency, facilitazione, mediazione linguistica, produzione di narrazioni¹, transizioni biografiche, identità e integrazione ibrida. In estrema sintesi, l'analisi ha evidenziato le condizioni di costruzione di politiche e interventi che promuovono il valore positivo dell'agency dei bambini di origine migrante e non, e la produzione di identità ibride nei contesti di ricerca.

1. Le condizioni dell'agency

Negli studi internazionali sull'infanzia, il concetto di agency è spesso utilizzato per indicare la possibilità dei bambini non soltanto di agire, ma anche di essere autonomi nell'azione (James, 2009), pur nel quadro di vincoli strutturali dati da gerarchie generazionali (Alanen, 2009; Bjerke, 2011; Leonard, 2016). Questa concezione duale, che deriva dalla teoria di Anthony Giddens (1984), non è tuttavia sufficiente a cogliere l'aspetto più rilevante del concetto di agency, ossia il suo prodursi in sistemi di comunicazione e, in particolare, in sistemi basati sull'interazione in presenza. Soltanto se si comprende l'interazione con gli adulti è possibile cogliere il significato dell'agency dei bambini (Wyness, 2013).

Su questo sfondo, l'agency può essere definita come la possibilità di scelta dei modi di agire e dei contenuti dell'azione, che si produce in uno specifico sistema di comunicazione (Baraldi, 2022). Più in specifico, l'agency richiede un'attribuzione di autorità nella produzione autonoma della conoscenza (autorità epistemica). Agency significa manifestazione di imprevedibilità dell'azione, che introduce incertezza, e quindi cambiamento, in un sistema di comunicazioni.

Il vincolo strutturale dell'agency è dato dalle strutture dei sistemi di comunicazione in cui l'agency si manifesta. In particolare, se è vero che le gerarchie generazionali sono molto importanti nella società e nei sistemi sociali in cui sono coinvolti i bambini (ad es. le gerarchie di ruolo tra insegnanti e studenti o tra medici e pazienti), è altresì vero che queste gerarchie non possono promuovere agency, ma, al contrario, la rendono impossibile. Questo assunto, che radicalizza un'idea più fluida di agency presente negli studi sull'infanzia (ad es. Kirby, 2020; Oswell, 2013), comporta che l'agency si manifesti soltanto se è possibile scegliere l'azione e quindi influenzare un sistema di comunicazioni attraverso questa scelta. Al contrario, questa posizione esclude che si possano definire agency forme mitigate in cui la scelta è minimale o inesistente (ad es., Bühler-Niederberger e Schwittek, 2014; Klocker, 2007; Muftee, 2015).

¹ Va precisato che l'azione "Education in Hospital", focalizzata sul servizio di scuola in ospedale, ha sollecitato la produzione di narrazioni, da parte dei 23 bambini e ragazzi coinvolti, a partire da stimoli non solo verbali, ma anche visuali (fotografie, disegni, oggetti). Per un approfondimento si vedano Clark e Moss, 2001 e Storato, Cavaletto, Bosisio, 2023.

Nella prospettiva radicale del nostro progetto di ricerca, l'agency dei bambini si produce soltanto in un sistema di facilitazione, basato su una struttura dialogica (Baraldi, 2022). Ciò significa che vigono i seguenti tre presupposti dell'agency:

1. La possibilità di partecipare attivamente è equamente distribuita (anche tra adulti e bambini)
2. Si garantisce sensibilità per i contributi di tutti i partecipanti
3. Ciascun contributo è compreso come un arricchimento della comunicazione.

La costruzione di un adeguato sistema di facilitazione costituisce il punto di caduta metodologico di questi presupposti. Un sistema di facilitazione si basa sul dialogo e produce condizioni di dialogo tra i partecipanti: da un lato, la facilitazione introduce il dialogo nella comunicazione tra facilitatrice e bambini; dall'altro, la facilitazione stimola il dialogo nella comunicazione tra i bambini. Un sistema di facilitazione mina le tradizionali gerarchie di ruolo, ad esempio nel sistema educativo (in una classe scolastica) e nel sistema della medicina (ad es. in una visita pediatrica). Nel sistema educativo, la facilitazione si distingue chiaramente dall'insegnamento e dalla valutazione delle prestazioni scolastiche degli studenti. La facilitazione: si orienta alle persone, anziché ai ruoli; sostituisce i monologhi dell'insegnante (ossia la tendenza ad agire senza tenere conto della potenziale produzione di conoscenza dell'interlocutore) con il dialogo che coinvolge l'agency degli studenti; sostituisce la valutazione delle prestazioni degli studenti con la sensibilità per esperienze, emozioni e punti di vista dei bambini. Nel sistema della medicina, la facilitazione è interrelata in modo più complesso con i ruoli e le prestazioni, poiché non è possibile immaginare che il medico rinunci all'autorità nella produzione della conoscenza di sintomi delle malattie, della diagnosi e della terapia. In questo caso, la facilitazione si concretizza in una pratica di comunicazione centrata sul paziente, ossia orientata ai problemi personali e alle esperienze dei pazienti: le azioni del medico possono infatti accogliere e promuovere le espressioni personali dei pazienti e orientarle alla terapia, promuovendone l'autonomia e l'auto-espressione (Arora, 2003), facilitando gli scambi d'informazione (Gravois Lee e Garvin, 2003), incoraggiando la comprensione reciproca (Epstein et al., 2005; Howells e Lopez, 2008), costruendo le condizioni per decisioni condivise (Stevenson et al., 2000; Wirtz, Cribb e Barber, 2006). Nella comunicazione centrata sul paziente, "the delicate balance between patients' needs and satisfaction and interviewers responsiveness and reassurance is a primary concern" (Beach e LeBaron 2002, p. 618).

La tendenza a destrutturare le gerarchie di ruolo e le forme tradizionali di comunicazione nei sistemi in cui si applica, rende particolarmente difficile mettere in atto la facilitazione. Ciò è sicuramente evidente per quanto riguarda il modo in cui si è evoluta l'interazione in classe, al di là delle forme tradizionali studiate in particolare per la valutazione (ad es. Delamont, 1976; Mehan, 1979), verso un'educazione "centrata sulla persona" (Gordon, 1974) che si occupa dei modi per incrementare la partecipazione in classe degli studenti, ma che tuttavia non rinuncia a produrre una gerarchia nella produzione di conoscenza, considerando gli studenti come apprendenti, anziché come produttori di conoscenza, e quindi intendendo la partecipazione come opportunità per incrementare l'apprendimento, anziché l'agency come opportunità di scelta autonoma (ad. es., Davies, 1990; Mercer e Littleton, 2007; O'Connor e Michael, 1996; Sharpe, 2008). L'associazione tra forme di apprendimento attivo (il cosiddetto apprendimento basato sull'esperienza) e agency è osservato anche nella sociologia dell'infanzia (Oswell, 2013), fraintendendo la differenza tra opportunità di partecipazione e agency.

D'altro canto, la letteratura sulla comunicazione tra pediatri e bambini pazienti evidenzia la difficoltà di promuovere l'agency dei bambini. Le ricerche di Stivers (2005a, 2005b, 2006) mostrano che i pediatri cercano il consenso dei genitori, soprattutto nella fase di prescrizione del trattamento medico dei figli. Si aprono così negoziazioni tra pediatri e genitori "resistenti", che possono portare i pediatri a concessioni importanti, ad esempio alla prescrizione di medicinali inutili, come effetto di una

promozione della partecipazione dei genitori che non è funzionale dal punto di vista medico. Tuttavia, Stivers osserva anche che il *modo* in cui il pediatra propone il trattamento condiziona il livello di resistenza del genitore. La resistenza aumenta se il pediatra agisce in modo poco efficace: non è propositivo, la sua proposta non è specifica e minimizza il problema. Per converso, una proposta precisa e specifica, che non minimizzi il problema, rende più probabile l'accettazione da parte del genitore. Un'altra ricerca ha evidenziato che le domande aperte del medico, che lasciano ampio spazio di risposta, sono importanti nel promuovere la partecipazione dei bambini durante le visite mediche e che anteporre alle domande una premessa che promuova la competenza del bambino come esperto e conoscitore del suo problema, presentandolo come chi ne sa più di tutti, incrementa l'autorità epistemica del bambino (Clemente et al., 2008). Un altro studio di Stivers (2012) dimostra che le risposte dei bambini alle domande dei pediatri sono molto meno frequenti di quelle dei genitori: i pediatri pongono soltanto il 37% delle domande direttamente ai bambini e i bambini rispondono al 65% di queste domande; pertanto i bambini partecipano soltanto nel 24% dei casi. Tuttavia, anche per Stivers è possibile promuovere la partecipazione dei bambini e sostenere l'acquisizione di informazioni sul loro stato di salute, in tre modi: ponendo domande su questioni rilevanti per la vita sociale dei bambini all'inizio della visita; ponendo domande che richiedono una risposta del tipo sì/no (in contrasto con la ricerca di Clemente e colleghi); direzionando lo sguardo verso i bambini durante la visita. Infine, Stivers evidenzia che i pediatri sono propensi a porre domande ai bambini in modo diverso in relazione all'età, che i bambini rispondono più spesso a età maggiori, che le bambine rispondono più spesso dei bambini, che le differenze etniche e culturali non influenzano le risposte dei bambini.

Un altro elemento che interviene nella costruzione delle condizioni dell'agency è il riconoscimento, o il mancato riconoscimento, o il riconoscimento parziale delle competenze dei bambini da parte degli adulti, così come l'auto riconoscimento dei bambini stessi come soggetti competenti. Il tema risulta particolarmente rilevante nelle relazioni terapeutiche in ambito pediatrico.

Nella prospettiva dei *Childhood Studies*, frequentemente le competenze sono considerate un insieme di risorse sociali e relazionali, di natura interpersonale (Baker 1998), che i bambini costruiscono, negoziano e trasformano nel corso delle interazioni quotidiane con gli adulti e tra pari (Hutchby, Moran-Ellis 1998). In particolare, nella letteratura riguardante le competenze dei bambini in tema di salute e malattia questa definizione, sebbene piuttosto ampia e soltanto limitatamente articolata, permette di apprezzare l'aspetto processuale e contestuale delle competenze stesse, ossia permette di connettere le competenze già possedute dai bambini, o da essi sviluppate frequentando, in quanto pazienti, i contesti di cura, alle caratteristiche che connotano e sostanziano ogni singola relazione terapeutica, sia di natura strutturale, sia di natura interpersonale. Inoltre, questa definizione permette di tener conto dei differenti significati che i partecipanti alla relazione conferiscono allo stato di malattia e alle cure. Specifiche ricerche sul tema delle competenze dei bambini in ambito pediatrico, attente al tema della processualità e della contestualità delle competenze (Mayall 1996, 1998, 2002; Prout, Christensen 1996; Christensen 1998, 2000; Backett-Milburn 2000; Clark, 2003; Diasio 2006; Memmi et al. 2009; Favretto, Fucci, Zaltron 2017) hanno consentito di raccogliere informazioni in merito alle modalità con cui si originano e si utilizzano le competenze dei bambini necessarie per comprendere e gestire le malattie, soprattutto quelle croniche.

Il nostro progetto di ricerca ha inteso verificare quali siano le condizioni per la produzione della facilitazione dell'agency e quali invece siano le condizioni che impediscono tale produzione, con particolare riferimento ai bambini di origine migrante e ai loro genitori. Il tema dell'agency dei bambini migranti è stato sollevato in modo poco sistematico e sempre attraverso ricerche limitate (ad

es. Devine, 2013; Fichtner e Trần, 2020; Fresnoza-Flot e Nagasaka, 2020; Ottosson, Eastmond e Cederborg, 2017). Affrontando questo tema in modo multidimensionale, il progetto di ricerca ha potuto produrre indicazioni operative sulla produzione di facilitazione come metodologia di intervento che permette di dare più peso alla partecipazione dei bambini di origine migrante in situazioni nelle quali, per motivi linguistici e/o culturali, si trovano in condizioni di svantaggio. Parimenti, la multidimensionalità ha permesso di sviluppare considerazioni più ampie, riguardanti tutti i bambini e le bambine - con background migratorio oppure autoctono, con storie di malattia cronica, di ospedalizzazione, oppure non affetti da patologie - nei contesti educativi e sanitari esplorati.

2. La facilitazione

La facilitazione viene prodotta nell'interazione attraverso una serie di azioni che producono e promuovono dialogo (Baraldi, 2014; 2022; Baraldi, Farini e Iervese, 2021; Baraldi, Joslyn e Farini, 2021): inviti diretti a partecipare; domande aperte per approfondire l'espressione di punti di vista, esperienze o emozioni; domande chiuse (che promuovono risposte del tipo sì/no o la scelta tra due alternative) che consentono di produrre chiarimenti sulle affermazioni realizzate; formulazioni del nocciolo dei contenuti espressi, che li rendono più espliciti, li sviluppano o li riassumono, in tal modo mostrando attenzione e insieme promuovendo ulteriore partecipazione; risposte minime e brevi ripetizioni che evidenziano ascolto attivo e riconoscimento del contributo dei partecipanti; commenti nella forma di storie personali, apprezzamenti e battute ironiche, che mostrano come chi facilita sia sensibile agli interlocutori e permetta di aprire contributi originali e non conformi. Gli ostacoli alla facilitazione sono determinati dalla difficoltà di gestire la destrutturazione e l'imprevedibilità: questi ostacoli si manifestano nella tendenza di chi facilita ad assumere una posizione direttiva occasionale, riducendo così l'impatto della facilitazione, o a stabilire norme o insegnamenti validi per tutti i partecipanti, di fatto annullando la facilitazione.

Chi facilita in un sistema di facilitazione? Esiste una certa varietà di possibilità, anche perché non esiste a oggi un ruolo specifico per la facilitazione, benché vi sia chi lo propone (v. Schuman, 2005). Pertanto possono facilitare sia insegnanti, sia educatrici o educatori che lavorano in collaborazione con il mondo della scuola, sia operatori sanitari che lavorano con i bambini. L'azione di chi facilita non determina la facilitazione, che è un sistema che si realizza nella comunicazione, quindi non a opera di un singolo partecipante: la comunicazione richiede che si crei un coordinamento dialogico tra le azioni di tutti i partecipanti. Nella nostra ricerca abbiamo osservato i successi e gli insuccessi della facilitazione nelle classi scolastiche e nei servizi pediatrici, che presentano caratteristiche molto diverse in termini di numero e caratteristiche dei partecipanti.

3. La mediazione linguistica

La mediazione linguistica si è sviluppata con l'incremento dei fenomeni migratori (Cronin, 2006). Possiamo definire la mediazione come "linguistica" perché l'attività prioritaria consiste nel tradurre da una lingua all'altra, nella comunicazione tra operatori istituzionali e migranti, ossia di effettuare delle "rese linguistiche" dei contributi di ciascun partecipante a vantaggio dell'altro (o degli altri). La "mediazione linguistica" è più nota in Italia come mediazione linguistico-culturale o mediazione interculturale, mentre è più nota in diversi altri paesi europei ed extra-europei come interpretazione nei servizi pubblici. La differenza tra il caso italiano (e parzialmente quello belga) e gli altri è dato dal tipo di professionalità coinvolta nella mediazione: la mediazione è generalmente realizzata da persone di origine migrante che, oltre ad essere (spesso imperfettamente) bilingui, sono considerate competenti nel riconoscere le differenze culturali tra migranti e nativi e a comprendere la complessità

dei percorsi migratori, potendone così tenere conto nella mediazione con il servizio. Per converso, la cosiddetta interpretazione nei servizi pubblici, praticata in numerosi altri paesi, è realizzata da interpreti professioniste, benché specializzate in servizi pubblici.

Queste definizioni si riferiscono tuttavia alla professionalità di mediatori/interpreti, non alla pratica della mediazione. La mediazione linguistica si realizza nell'interazione ed è quindi importante analizzare l'interazione mediata. Nell'interazione, emergono le dimensioni di agency e coordinamento che possono essere associate alla mediazione linguistica. Il concetto di agency evidenzia che la mediatrice non è una macchina banale che cerca di riprodurre in modo fedele ciò che viene detto in una lingua in un'altra, ma un'agente sociale che opera scelte nell'interazione (Baraldi, 2019, 2023; Baraldi e Gavioli, 2016) in collaborazione con gli altri partecipanti (Gavioli, 2015). Queste scelte si manifestano attraverso il coordinamento dell'interazione (Wadensjö, 1998), che deve tenere conto dei modi in cui gli altri partecipanti contribuiscono all'interazione stessa. Il coordinamento consiste sia nelle rese linguistiche (coordinamento esplicito secondo Wadensjö), sia in altri contributi che vengono prodotti per interloquire con il singolo partecipante in sequenze monolingui, ad esempio per segnalare comprensione o per chiedere chiarimenti (coordinamento implicito secondo Wadensjö). Il coordinamento può quindi essere basato sulle scelte nelle rese linguistiche, oppure su interazioni con un solo partecipante sospendendo la resa linguistica per negoziarne il contenuto. La distinzione tra queste due forme di coordinamento può essere riformulata come distinzione tra mediazione in senso proprio e negoziazione monolingue basata sulla facilitazione (Baraldi, 2023).

La mediazione in senso proprio si attua attraverso le scelte nella resa linguistica: la mediatrice può espandere, riassumere o ridurre i contenuti originali in una resa, in altri termini può produrre una resa come formulazione che rende più esplicito, oppure sviluppa oppure ancora riassume o riduce per chiarire, ciò che è stato detto. Come nel caso della mediazione dei conflitti, la mediazione linguistica promuove una trasformazione dei contributi di un partecipante nell'indirizzarli a un altro partecipante. In tal modo, la mediazione linguistica promuove l'agency dei partecipanti, rendendo più agevole la loro comprensione dei significati delle informazioni e dei modi di agire a essi indirizzati. La negoziazione monolingue, che si realizza in sequenze a due (diadiche), implica una serie più articolata di azioni che facilitano l'agency dei partecipanti, ossia la loro scelta su come rispondere a una domanda o argomentare su un tema: si tratta ancora di formulazioni, ma anche di domande, risposte minime, eventuali commenti. La mediazione linguistica è data da una combinazione tra fasi di mediazione che promuovono agency e fasi di negoziazione che facilitano agency.

Il coordinamento dell'interazione mediata è importante perché permette un orientamento *riflessivo* alla comunicazione, sia rielaborandone i contenuti nelle rese linguistiche, sia chiarendo i significati espressi dal singolo partecipante in sequenze monolingui. La mediazione linguistica si realizza in modi diversi, dipendenti dal contesto specifico in cui viene attuata. Nella ricerca qui presentata, i contesti sono quello scolastico, per quanto riguarda la mediazione dei colloqui tra genitori e insegnanti, e quello pediatrico, per quanto riguarda visite che coinvolgono bambini e loro genitori. I due contesti sono diversi - quello pediatrico più complesso per la presenza sia dei bambini sia dei loro genitori - e creano opportunità e problemi diversi per una mediazione linguistica efficace.

La mediazione in ambito medico è stata studiata negli Stati Uniti fin dagli inizi degli anni duemila (Bolden, 2000; Davidson, 2000). I primi studi hanno evidenziato diversi fattori critici, legati al modo in cui gli interpreti manifestano agency, ossia producendo una selettività delle rese linguistiche che va a danno dei pazienti migranti e che segnala l'adesione degli interpreti al modello medico occidentale, cioè a quella che viene definita come "voce della medicina" (Bolden, 2000). Gli studi critici sull'interpretazione nei servizi medici sono continuati anche in seguito (ad es. Hsieh, 2007), ma sono sorti anche studi più attenti alla complessità della mediazione linguistica (Angelelli, 2004;

Baraldi e Gavioli, 2012). Per quanto riguarda il contesto italiano, gli studi di Baraldi e Gavioli, pur mettendo in evidenza anche i limiti della mediazione linguistica (Baraldi e Gavioli, 2017, 2019), hanno sottolineato che l'agency delle mediatrici e il loro coordinamento dell'interazione possono essere molto efficaci nel promuovere la partecipazione dei pazienti migranti e l'attenzione dei medici verso tali pazienti (Baraldi e Gavioli, 2012, 2016). Tuttavia, non sono stati fin qui prodotti studi specifici sul coinvolgimento dei bambini e sulla mediazione linguistica in pediatria.

Se l'interesse per la mediazione linguistica in ambito medico è stato ampio, esistono pochi studi internazionali sulla mediazione linguistica a scuola. Le poche ricerche realizzate sono basate sul coinvolgimento di mediatrici e mediatori: in nessun caso vi sono interventi di interpreti professionisti (Davitti, 2013, 2015; Vargas Urpi, 2015, 2017; Vargas Urpi e Arumi Ribas, 2014); inoltre tutte le ricerche riguardano interazioni tra genitori migranti e insegnanti. Queste due caratteristiche rendono più facile la comparazione tra queste ricerche a quella da noi realizzata. Secondo questi studi, la mediazione linguistica comporta un inusuale impegno sociale dei mediatori: si sottolinea soprattutto un approccio quasi-pedagogico nelle rese, soprattutto nelle rese espanse. Davitti (2013, 2015) sottolinea l'autonomia dei mediatori nel produrre le rese linguistiche, con risultati diversificati: da un lato un sostegno delle valutazioni degli insegnanti (2013); dall'altro un sostegno della partecipazione dei genitori (2015). Vargas Urpi e Arumi Ribas (2014) analizzano i diversi tipi di rese linguistiche della mediatrice, evidenziando come esse siano di volta in volta riassuntive, espanse o ridotte, e i suoi contributi siano autonomi, andando oltre la semplice resa linguistica. Vargas Urpi (2015, 2017) sottolinea che le rese espanse o ridotte di ciò che dice l'insegnante sono basate su aspettative di comprensione del genitore e che spesso il contenuto delle sequenze diadiche con il genitore non viene tradotto all'insegnante perché ritenuto scarsamente rilevante nell'ambito dell'interazione.

Nel nostro studio, il numero di mediatrici osservate è decisamente più ampio rispetto a quello coinvolto negli studi qui citati, anche se il contesto geografico ed istituzionale è circoscritto. L'analisi delle azioni di mediazione nei contesti da noi studiati, e dei problemi nel realizzarle, sarà sviluppata nei capitoli 5 e 6.

4. L'importanza delle narrazioni

La facilitazione e la mediazione linguistica promuovono narrazioni, come prodotto della comunicazione dialogica. Le teorie della narrazione sostengono che narrare sia l'attività comunicativa fondamentale (Fischer, 1987) e che le identità personali e culturali si costruiscano attraverso narrazioni (Somers, 1994). Alle narrazioni viene assegnata anche la potenzialità di produrre la mediazione dei conflitti (Winslade e Monk, 2008), così come di rendere visibile l'agency dei bambini (Baraldi, Farini e Iervese; Baraldi, Joslyn e Farini, 2021; Baraldi e Iervese, 2017). Narrare significa assegnare un significato selettivo alla realtà e le narrazioni della medesima realtà possono essere diverse tra loro, e persino contraddittorie tra loro. Inoltre, le narrazioni possono essere poste come normative e incontrovertibili, oppure possono essere considerate come contingenti, passibili di cambiamenti e di divergenze interpretative: è questa seconda versione che viene promossa da facilitazione e mediazione linguistica.

Le narrazioni possono riguardare le esperienze, i punti di vista e le emozioni personali (narrazioni ontologiche, secondo Somers), possono realizzarsi in un contesto pubblico (come la classe scolastica o il servizio medico), possono articolare concetti (ad esempio in una diagnosi o nella prescrizione di una terapia) e possono sottolineare i temi o i problemi fondamentali in una società in un dato periodo storico (meta-narrazioni, secondo Somers). Nello stesso processo comunicativo in un contesto pubblico, possono quindi prodursi narrazioni ontologiche, narrazioni concettuali e meta-narrazioni.

Seguendo Norrick (2007), è importante osservare che le narrazioni possono essere prodotte in specifiche interazioni, con la collaborazione di diversi partecipanti. Nell'interazione, in particolare nell'interazione che realizza la facilitazione o la mediazione linguistica, le narrazioni sono quindi non soltanto raccontate da qualcuno, ma anche riconosciute, promosse in modo collaborativo, chiarite, commentate da altri. In altri termini, le narrazioni vengono prodotte nell'interazione, non da un singolo individuo. Ciò evoca il problema dell'assegnazione comunicativa di diritti e responsabilità del narrare, ossia dell'autorità epistemica. Le narrazioni normative sono monologhi nei quali a qualcuno (ad es. il genitore, l'insegnante, il medico) viene assegnato un diritto esclusivo nel narrare, benché si tratti comunque di narrazioni costruite nell'interazione. Le narrazioni prodotte attraverso la facilitazione o la mediazione linguistica prevedono invece che diritti e responsabilità siano distribuiti in modo equo e ciò significa che si realizza un significativo spostamento dell'autorità epistemica verso i bambini.

L'analisi della facilitazione e della mediazione linguistica è quindi anche un'analisi della produzione di narrazioni e della distribuzione dell'autorità epistemica in questa produzione, in particolare della possibilità di esercitare diritti e responsabilità del narrare da parte dei bambini di origine migrante.

A proposito di bambini malati e di adulti "curanti", l'esperienza del transito dalla salute alla malattia è stata affrontata raccogliendo le narrazioni dei diversi attori direttamente e indirettamente coinvolti. Se ogni transizione, infatti, richiede e innesca un investimento di "senso", la narrazione costituisce il dispositivo cruciale attraverso cui i soggetti riannodano e reinterpretano i legami tra la fine di una situazione precedente e l'ingresso in una nuova. Di fronte a importanti punti di svolta – come la malattia – la narrazione, oltre a preservare la continuità del sé, può divenire veicolo di cambiamento (Bruner 1990; Riessman, 2008) e spazio per l'esercizio di agency (Baraldi e Iervese, 2017), specie per bambini e ragazzi.

L'esperienza della scuola in ospedale, con la sua prerogativa di continuare e insieme innovare la routine pregressa dello studio e dell'apprendimento in classe, costituisce un osservatorio privilegiato da cui intercettare le riattribuzioni di significato con cui bambini e ragazzi transitano, durante e attraverso la malattia, verso nuove fasi della vita e verso nuove relazioni. L'esperienza complessiva di rottura e di ricucitura biografica, che emerge dalle narrazioni della quotidianità ospedaliera è un terreno su cui si depositano più sguardi e risuonano più voci con diversi registri.

A raccontare i vissuti della malattia e le *prove di normalità quotidiana* legate all'attività della scuola in ospedale, infatti, non sono solo le persone malate, ma chi si muove attorno a loro come, nel caso dei bambini, i genitori, i medici, i mediatori culturali e, nel caso di studenti, i docenti ospedalieri (Nigris, 2008; Olagnero e Storato, 2021). L'idea che a definire una situazione concorrano diverse voci implica la necessità non solo di raccogliere le parole di chi si alterna al letto del bambino malato, ma anche di prevedere possibili censure, dissonanze, contraddizioni e conflitti (Bellaby, 1991). I discorsi² relativi al come si vive la malattia, si affrontano le cure, si continua a insegnare e ad apprendere, ci si prepara ad una eventuale guarigione, mostrano, infine, se e quanto venga condivisa e praticata, da parte di adulti e bambini, l'idea, che la scuola sia uno snodo cruciale di promozione e salvaguardia dell'agency dei bambini.

5. La dimensione interculturale della comunicazione

² Lo strumento dell'intervista discorsiva, con cui si sono sollecitate le narrazioni degli adulti in ospedale, ha a suo fondamento il presupposto che l'intervistato consegni al suo interlocutore non solo risposte a domande, ma, in funzione del contesto interattivo in cui entrambi si muovono, come ci ricorda Catherine Riessman (2008), insiemi di locuzioni argomentative e narrative, cioè appunto, *discorsi*. Attraverso il discorso il locutore "costruisce legami di senso tra eventi disposti in una sequenza temporale, espone le ragioni che rendono forte quanto asserisce o debole ciò a cui intende opporsi [...] ricorre a uno specifico registro espressivo, sceglie le parole con cui dire ciò che intende" (Cardano e Gariglio, 2022, pp. 98-99 passim).

La presenza di bambini di origine migrante (e dei loro genitori) può facilmente evocare in modo automatico una dinamica di comunicazione interculturale. Questa associazione tra migranti e diversità delle identità culturali è molto frequente e porta a definire i contesti di interazione come “multiculturali”. Tuttavia, questa visione è viziata da una forma di essenzialismo culturale, per il quale le azioni individuali dipendono dall'appartenenza degli individui a gruppi culturali e quindi è stata rifiutata da numerosi studi (ad es., Holliday, 2011; Nair-Venugopal, 2009; Piller, 2011). Nella visione dell'essenzialismo, non esiste la possibilità di fare scelte genuinamente personali, dato che qualsiasi azione viene determinata da un contesto culturale predefinito. Nel tentativo di evitare un'interpretazione individualistica dell'azione e di scoraggiare una visione “colour-blind”, ossia che non vede fattori culturali importanti come condizioni dell'azione, l'essenzialismo finisce per sottovalutare la possibilità delle persone di svincolarsi dai condizionamenti culturali e fare scelte proprie. Va da sé che l'essenzialismo, nel tentativo di chiarire il significato dei contesti “multiculturali”, inficia l'impatto della facilitazione e della mediazione linguistica sull'agency dei bambini (e dei loro genitori)

L'interpretazione alternativa all'essenzialismo consiste nel considerare le diversità e identità culturali come produzioni nella comunicazione e in particolare come emergenti nelle narrazioni prodotte in tale comunicazione (ad es., Amadasi e Holliday, 2020; Baraldi, 2018; Kramsch e Uryu, 2012; Nair-Venugopal, 2009; Piller, 2011). Questa dinamica può prodursi anche nella mediazione linguistica (Baraldi e Gavioli, 2017, 2019; Mason, 2006). Con “comunicazione interculturale” si intende quindi una comunicazione che costruisce i significati di diversità e identità culturale attraverso narrazioni che le rendono esplicite o evidenti (Baraldi, 2015). Benché la comunicazione interculturale sia possibile nei contesti di facilitazione e mediazione linguistica, è importante sottolineare che la facilitazione e la mediazione linguistica non assicurano l'importanza di una dimensione interculturale della comunicazione in presenza di bambini (e genitori) di origine migrante. La mancanza di una dimensione interculturale può certamente dipendere dal fatto di ignorarla, ma anche dal fatto che i partecipanti di origine migrante non intendono proporla nella comunicazione e non ha alcun senso forzarli a farlo quando si tratta di facilitazione e mediazione linguistica, che garantiscono il rispetto dell'agency. Una forzatura gerarchica della narrazione di diversità o identità culturali costituisce una violazione della forma dialogica di comunicazione. In definitiva, promuovendo espressioni personali, la facilitazione e la mediazione linguistica possono fornire l'opportunità di produrre narrazioni legate alla diversità e all'identità culturale dei partecipanti, ma non possono forzare la produzione di queste narrazioni.

La produzione facilitata o mediata di narrazioni riguarda piuttosto la diversità di traiettorie personali culturali dei partecipanti (Amadasi e Holliday, 2020), laddove l'aggettivo “culturale” segnala che qualsiasi traiettoria personale si svolge in contesti culturali, non che tali contesti determinino la traiettoria personale. È proprio la combinazione di “personale” e “culturale” che spiega come qualsiasi contesto culturale venga personalizzato e che quindi ciascuna traiettoria sia necessariamente diversa dalle altre, che essa venga narrata da bambini che hanno sempre vissuto nello stesso posto o da bambini che hanno viaggiato e soggiornato in diverse parti del mondo. Pertanto, la dimensione interculturale della comunicazione in una classe scolastica o in un ambulatorio medico dipende dalla varietà di narrazioni di traiettorie personali culturali che viene prodotta.

La produzione facilitata o mediata di una varietà di narrazioni di traiettorie personali culturali crea una forma ibrida di integrazione. In generale, il concetto di integrazione indica una riduzione di possibilità di azione ed espressione di punti di vista ed esperienze e viene quindi riferito a condizioni unilaterali di accettazione dei presupposti culturali e sociali di una società o di uno specifico contesto. Si tratta di quella che Cronin (2006) definisce come assimilazione di cultura e lingua, certamente utile per sentirsi parte di un nuovo gruppo, ma molto di meno per esprimere la ricchezza delle storie

personali dei partecipanti. Un celebre film di Franco Brusati (Pane e cioccolata, 1974) esprime questo punto: un emigrato italiano in Svizzera si tinge i capelli di biondo e si reca in un bar a vedere una partita della nazionale italiana; quando la nazionale italiana segna un goal, l'emigrato inizia a esultare e a inveire contro i locali con un senso di rivalsa, evidenziando così la traiettoria personale culturale che aveva tentato vanamente di celare. Un'integrazione che sopprime le traiettorie personali culturali non manifesta soltanto una carenza di promozione dell'agency e della ricchezza della varietà di esperienze, ma soprattutto è destinata a fallire o a creare seri problemi di convivenza tra migranti e nativi.

Integrazione ibrida significa che, anziché sopprimere o ridurre alcune traiettorie minoritarie per favorirne altre maggioritarie, l'integrazione è data da un intreccio dialogico di narrazioni di traiettorie personali culturali che produce una conoscenza diffusa di diversità nel contesto di una comprensione e un'accettazione reciproca che riduce stereotipi, pregiudizi e categorizzazioni. L'aspetto di "integrazione", ossia di riduzione della varietà, riguarda quindi l'espressione di stereotipi (questa è la sua cultura), pregiudizi (sono tutti così) e categorizzazioni (fa parte di quel gruppo), anziché la varietà di narrazioni di traiettorie personali culturali. Anzi, è proprio la varietà di queste narrazioni che porta a ridurre le narrazioni delle etichette culturali. Integrazione ibrida significa riconoscimento simultaneo dell'esistenza condivisa e della varietà di espressione delle traiettorie personali culturali. L'integrazione ibrida si manifesta non soltanto nella differenza tra storie, ma anche e soprattutto nell'ulteriore comunicazione che nasce dalla produzione di una narrazione: nelle narrazioni che si allacciano ad altre narrazioni, nella curiosità per narrazioni diverse dalla propria, nello stupore per la conoscenza acquisita in base ad altre narrazioni.

Quando hanno successo, facilitazione e mediazione linguistica producono integrazione ibrida, anche senza tematizzare direttamente una diversità o un'identità culturale, ma attraverso l'incoraggiamento, il sostegno e il riconoscimento di narrazioni che evidenziano le traiettorie personali culturali.

Riferimenti bibliografici

- Alanen, L. (2009). Generational order. In J. Qvortrup, W. Corsaro & M.S. Honig (Eds.), *The Palgrave Handbook of Childhood Studies* (pp. 159-174). Basingstoke: Palgrave.
- Angelelli, C. (2004). *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Arora N.K. (2003). Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior, *Social Science and Medicine*, 57, 791-806.
- Backett-Milburn K. [2000], *Parents, children and the construction of the healthy body in middle-class families*, in A. Prout e J. Campling (a cura di), *The body, childhood and society*, Basingstoke, Macmillan, pp. 79-100.
- Baker, R. [1998], *Runaway street children in Nepal: social competence away from home*, in I. Hutchby e J. Moran-Ellis (a cura di), *Children and social competence. Arena of action*, London and New York, Routledge, pp. 46-63.
- Baraldi, C. (2014). Children's participation in communication systems: a theoretical perspective to shape research. In M.N. Warehime (Ed.), *Soul of society: a focus on the leaves of children and youth. Sociological studies on children and youth* (pp. 63-92). Bingley: Emerald.
- Baraldi, C. (2015). *Promotion of Migrant Children's Epistemic Status and Authority in Early School Life. International Journal of Early Childhood*, 47(1), 5-25.
- Baraldi, C. (2018). Facilitating the construction of cultural diversity in classroom interactions. *Italian Journal of Sociology of Education*, 11(1), 259-284.

- Baraldi, C. (2019). Pragmatics and agency in healthcare interpreting. In R. Tipton & L. Desilla (Eds.), *The Routledge Handbook of Translation and Pragmatics* (pp. 319-335). London: Routledge.
- Baraldi, C. (2022). *Facilitating children's agency in the interaction. Challenges for the education system*. Cham: Springer.
- Baraldi, C. (2023). Agency in a for mediating in public service interpreting. In L. Gavioli & C. Wadensjö, *The Routledge handbook of public service interpreting* (pp. 46-62). London & New York: Routledge
- Baraldi, C., Farini, F. e Iervese, V. (a cura di) (2021). *Raccontare storie personali in classe. Dalla ricerca all'innovazione educativa*. Milano: FrancoAngeli.
- Baraldi, C. e Gavioli, L. (2016). On professional and non-professional interpreting: the case of intercultural mediators. *European Journal of Applied Linguistics*, 4(1), 33-55.
- Baraldi, C. e Gavioli, L. (2017). Intercultural mediation and “(non)professional” interpreting in Italian healthcare institutions. In R. Antonini, L. Cirillo, L. Rossato and I. Torresi (eds.), *Non-professional interpreting and translation* (pp. 83–105). Amsterdam & Philadelphia: John Benjamins.
- Baraldi, C. e Gavioli, L. (2019). *La mediazione linguistico-culturale nei servizi sanitari*. Milano: FrancoAngeli.
- Baraldi, C. & Iervese, V. (2017). Narratives of memories and dialogue in multicultural classrooms. *Narrative Inquiry*, 27(2), 398-417.
- Baraldi, C. Joslyn, E. & Farini, F. (Eds.) (2021). *Promoting Children's Rights in European Schools: Intercultural Dialogue and Facilitative Pedagogy*. London: Bloomsbury.
- Beach W. e LeBaron C. (2002). Body disclosure: attending to personal problems and reported sexual abuse during a medical encounter. *Journal of Communication*, 52(3), 617-639.
- Bjerke, H. (2011). It's the way to do it. Expressions of agency in child-adult relations at home and school. *Children & Society*, 25(2), 93–103.
- Bellaby, P. (1991). Histories of sickness: Making Use of a Multiple Account fo the Same Process. In S. Dex (ed.) *Life and Work History Analysis. Qualitative and Quantitative Developments* (pp. 20-42). London: Routledge.
- Bolden, G. (2000). Toward understanding practices of medical interpreting: Interpreters' involvement in history taking. *Discourse Studies*, 2(4), 87-419.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development. Experiment by Nature and by Design*. Cambridge M.A: Harvard University Press.
- Bühler-Niederberger, D., & Schwitteck, J. (2014). Young children in Kyrgyzstan: agency in tight hierarchical structures. *Childhood*, 21(4), 502-516.
- Cardano, M. & Gariglio, L. (2022). *Metodi qualitativi. Pratiche di ricerca in presenza, a distanza e ibride*. Bologna: il Mulino.
- Christensen, P.H. [1998], *Difference and similarity: how children's competence is constituted in illness and its treatment*, in I. Hutchby e J. Moran-Ellis, (a cura di), *Children and social competence. Arenas of action*, New York, Routledge, pp. 187-201.
- Christensen, P.H. [2000], *Childhood and the cultural constitution of vulnerable bodies*, in A. Prout e J. Campling (a cura di), *The body, childhood and society*, Basingstoke, Macmillan, pp. 38-59.
- Clark, C.D. [2003], *In sickness and in play. Children coping with chronic illness*, New Brunswick, New Jersey, London, Rutgers University Press.
- Clark, A., & Moss, P. (2001). *Listening to young children: the mosaic approach*. London: National Children's Bureau.
- Clemente, I., Seung-Hee, L. e Heritage, J. (2008) Children in chronic pain: Promoting pediatric patients' symptom accounts in tertiary care. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1418-1428.
- Cronin, M. (2006). *Translation and identity*. London: Routledge.

- Davidson, B. (2000). The interpreter as institutional gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse. *Journal of Sociolinguistics*, 4(3), 379-405.
- Davies, B. (1990). Agency as a form of discursive practice. A classroom scene observed. *British Journal of Sociology of Education*, 11(3), 341-361.
- Davitti, E. (2013). Dialogue interpreting as intercultural mediation: Interpreters' use of upgrading moves in parent-teacher meetings. *Interpreting*, 15(2), 168-199.
- Davitti, E. (2015). Interpreter-mediated parent-teacher talk', in L. Alariste (Ed.), *Linking Discourse Studies to Professional Practice* (pp. 176-200). Clevedon: Multilingual Matters.
- Delamont, D. (1976). *Interaction in the Classroom*. London: Methuen.
- Devine, D. (2013). 'Value'ing children differently? Migrant children in education. *Children & Society*, 27, 282-294.
- Diasio, N. [2006], *Adultes et enfants entre pouvoir et insoumission*, in R. Sirota (a cura di), *Eléments pour une sociologie de l'enfance*, Rennes, Presse Universitaire de Rennes, pp. 245-254.
- Epstein, R., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C., Meldrum, S., Kravitz, L. e Duberstein, P. (2005). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine*, 61, 1516-1528.
- Fichtner, S. & Tràn, H.M. (2020). Lived citizenship between the sandpit and deportation: Young children's spaces for agency, play and belonging in collective accommodation for refugee. *Childhood*, 27(2), 158-172.
- Fisher, W. (1987). *Human communication as narration: Toward a philosophy of reason, value, and action*. Columbia: University of South Carolina Press.
- Fresnoza-Flot, A. & Nagasaka, I. (2020). Fluctuating social class mobility of Filipino migrant children in France and in Italy. In C. Baraldi & L. Rabello de Castro (Eds.), *Global Childhoods in International Perspective: Universality, Diversity and Inequalities* (pp. 185-202). London: Sage.
- Gavioli, L. (2015). On the distribution of responsibilities in treating critical issues in interpreter-mediated medical consultations: The case of "le spieghi(amo)". *Journal of Pragmatics*, 76, 159-180.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society*. Cambridge: Polity Press.
- Gordon, T. (1974). *Teacher Effectiveness Training*. New York: Wyden Books.
- Gravois Lee R. e Garvin T. (2003). Moving from information transfer to information exchange in health and health care. *Social Science & Medicine*, 56, 449-464.
- Holliday, A. (2011). *Intercultural communication and ideology*. Thousand Oaks/London: Sage.
- Holliday, A. & Amadasi, S. (2020). *Making Sense of the Intercultural. Finding DeCentred Threads*. London: Routledge.
- Howells, R. e Lopez, T. (2008). Better communication with children and parents. *Paediatrics and Child Health*, 18(8), 381-385.
- Hsieh, E. (2007). Interpreters as co-diagnosticians: Overlapping roles and services between providers and interpreters. *Social Science & Medicine*, 64, 924-937.
- Hutchby, I. e Moran-Ellis, J. [1998], *Situating children's social competence*, in I. Hutchby e J. Moran-Ellis (a cura di), *Children and social competence. Arena of action*, London and New York, Routledge, pp. 7-26.
- Kirby, P. (2020). Children's agency in the modern primary classroom. *Children & Society*, 34, 17-30.
- Kramsch, C., & Uryu, M. (2012). Intercultural contact, hybridity, and third space. In J. Jackson (Ed.) *The Routledge Handbook of language and intercultural communication* (p. 211-225). London: Routledge.
- Mason, I. (2006). On mutual accessibility of contextual assumptions in dialogue interpreting. *Journal of Pragmatics*, 38, 359-373.
- Mayall, B. [1996], *Children, health and social order*, Buckingham, Open University Press.

- Mayall, B. [1998], *Towards a sociology of child health*, in «Sociology of Health and Illness», vol. 20, n. 3, pp. 269-288.
- Mayall, B. [2002], *Towards a sociology for childhood : thinking from children's lives*, Buckingham, Open University Press.
- Mehan, H. (1979). *Learning lessons*. Cambridge: Harvard University Press.
- Memmi, D., Guillo, D. e Martin, O. [2009], *La tentation du corps*, Paris, Edition de l'École des hautes Études en Sciences Sociales.
- Mercer, N. & Littleton, K. (2007). *Dialogue and Development of Children's Thinking*. London: Routledge.
- Nair-Venugopal, S. (2009). Interculturalities: reframing identities in intercultural communication. *Language and Intercultural Communication*, 9(2), 76-90.
- Nigris, D. (2008). Epistemologia delle narrazioni di malattia: un frame concettuale per l'analisi della illness. In C. Lanzetti, M. Marzulli e L. Lombi (a cura di), *Metodi qualitativi e quantitativi per la ricerca sociale in sanità* (pp. 130-153). Milano: Franco Angeli.
- Norrick, N. (2007). Conversational storytelling. In D. Herman (Ed.), *The Cambridge Companion to Narrative* (p. 127-141). Cambridge: Cambridge University Press.
- O'Connor, M.C. & Michaels, S. (1996). Shifting participant frameworks: orchestrating thinking practices in group discussion. In D. Hicks (Ed.), *Discourse, Learning, and Schooling* (pp. 63-103). Cambridge: Cambridge University Press.
- Olagnero, M. e Storato, G. (2021). Docenti ospedalieri. Equilibrismi sulla soglia. *La Rivista delle Politiche Sociali*, 3-4, 121-139.
- Oswell, D. (2013). *The agency of children: from family to global human rights*. Cambridge: Cambridge University Press
- Ottosson, L., Eastmond, M., & Cederborg, A-C. (2017). Assertions and aspirations: agency among accompanied asylum-seeking children in Sweden. *Children's Geographies*, 15(4), 426-438.
- Piller, I. (2011). *Intercultural communication. A critical introduction*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Prout, A. e Christensen, P.H. [1996], *Hierarchies, Boundaries and Symbol: Medicine Use and the Cultural Performance of Childhood Sickness*, in P. Bush, D.J. Trakas, E.J. Sanz, T.R. Wirsing, L. Reissman, C.K (2008). *Narrative Methods for the Human Sciences*. London: Sage.
- Schuman, S. (2005). *The IAF Handbook of Group Facilitation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sharpe, T. (2008). How can teacher talk support learning? *Linguistics and Education*, 19, 132-148.
- Somers, M. R. (1994). The narrative constitution of identity: A relational and network approach. *Theory and Society*, 23(5), 605-649.
- Stevenson, S., Barry, C., Britten, N., Barber, N. e Bradley, C. (2000). Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. *Social Science & Medicine*, 50, 829-840.
- Stivers, Tanya (2005a) Parent resistance to physicians' treatment recommendations: one resource for initiating a negotiation of the treatment decision. *Health Communication*, 18 (1):41-74.
- Stivers, Tanya (2005b) Non-antibiotic treatment recommendations: delivery formats and implications for parent resistance. *Social Science & Medicine*, 60 (5):949-964.
- Stivers, Tanya (2006) Treatment decisions: Negotiations between doctors and patients in acute care encounters. In J. Heritage and D.W. Maynard (eds) *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*, 279-312. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stivers, Tanya (2012) Physician-child interaction: When children answer physicians' questions in routine medical encounters. *Patient Education and Counseling*, 87 (1):3-9.
- Storato, G., Cavaletto, G., Bosisio, R. (2023) Fare ricerca con i bambini in ospedale: limiti, sfide e soluzioni creative. *Salute & Società*, 2: 29-39.
- Vargas-Urpi, M. (2015). Dialogue interpreting in multi-party encounters: Two examples from educational settings. *The Interpreters' Newsletter*, 20, 107-121.

- Vargas-Urpi, M. (2017). Empoderamiento o asimilación? Estudio de dos casos de comunicación mediada en el ámbito educativo catalán. *Trans, Revista de traductología*, 21, 187-205.
- Vargas-Urpi, M. & Arumí, M. (2014). Estrategias de interpretación en los servicios públicos en el ámbito educativo: estudio de caso en la combinación chino-catalán. *Intralinea* (www.intralinea.org/archive/article/2040)
- Wyness, M. (2013). Children's participation and intergenerational dialogue: bringing adults back into the analysis. *Childhood*, 20(4), 429-442.
- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as interaction*. London: Longman.
- Winslade, J. & Monk, G. (2008). *Practicing narrative mediation: Loosening the grip of conflict*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Wirtz, V., Cribb, A.e Barber, N. (2006). Patient-doctor decision-making about treatment within the consultation – A critical analysis of models. *Social Science and Medicine*, 62, 116-124.

2. Verso una scuola come luogo di apprendimento dialogico. I risultati dell'analisi quantitativa

Eugenio Pandolfini, Alessandra Anichini, Viola Davini, Marco Sbardella, Luca Toschi

1. Introduzione e metodologia

Questo capitolo presenta una sintesi dei principali risultati emersi dall'analisi dei dati quantitativi raccolti durante la ricerca. Le tabelle sono riportate nell'Appendice. Il capitolo è suddiviso in nove sezioni. Dopo questa breve introduzione, nella sezione 2 sarà affrontato il tema della conoscenza della lingua italiana da parte di bambini e ragazzi di origine migrante. Analizzeremo il grado di competenza linguistica riscontrata o almeno dichiarata dagli studenti, l'esperienza del multilinguismo a scuola, in classe e durante la ricreazione; l'uso della lingua (ed eventuale multilinguismo) nell'insegnamento; il supporto su cui le scuole possono contare per favorire percorsi di educazione linguistica. Nella sezione 3, riporteremo i risultati dell'analisi del percepito di bambini, ragazzi e genitori sul lavoro scolastico, ponendolo in relazione con il livello di soddisfazione manifestato dai docenti. Nella sezione 4, saranno affrontate le relazioni che si stabiliscono in ambito scolastico, sia tra pari, sia tra docenti e studenti, approfondendo il punto di vista sia dei bambini/ragazzi, sia dei docenti, trattando inoltre l'esperienza della comunicazione tra docenti e genitori (canali e strumenti, difficoltà, livello di soddisfazione). La sezione 5 si concentrerà sull'agency dei bambini e dei ragazzi, con un'attenzione al punto di vista sia degli studenti, sia dei docenti, ponendo l'accento sulla percezione dei docenti dell'efficacia del proprio lavoro, in relazione all'integrazione dei bambini di origine migrante. La sezione 6 riporta il punto di vista e l'esperienza dei bambini e dei ragazzi sui principali problemi affrontati a scuola, in relazione con quanto espresso dai docenti. La sezione 7 fornisce informazioni sulla percezione dei livelli di integrazione da parte di genitori, docenti e mediatori, raffigurando così una rappresentazione dell'integrazione da parte dei diversi attori del processo. La sezione 8 sposta l'attenzione dalla scuola agli ambienti sanitari e contiene i risultati dell'analisi delle pratiche di mediazione e della percezione dell'agency in questo contesto. La sezione 9, infine, traccia alcune conclusioni, presentando considerazioni di sintesi in relazione ai dati presentati nei paragrafi precedenti.

1.1 L'analisi quantitativa: obiettivi e metodi

Il progetto di ricerca ha previsto una raccolta di dati quantitativi, condotta attraverso questionari mirati ad approfondire la condizione e l'integrazione dei bambini e ragazzi di origine migrante nel mondo della scuola e della sanità. I questionari, distribuiti a studenti, docenti, genitori, mediatori (di ambito scolastico e sanitario) e operatori sanitari, sono stati erogati in relazione alle unità di ricerca coinvolte nel progetto nelle aree di Alessandria (UNIUPO), Firenze e Prato (UNIFI), Modena e Reggio Emilia (UNIMORE) e Torino (UNITO).

L'obiettivo generale dell'analisi quantitativa è raccogliere dati e analizzarli per costruire un quadro delle condizioni sociali e culturali dei bambini, delle sfide che affrontano a scuola e della relazione con gli altri attori del mondo scuola (compresi i docenti e i mediatori). Per indagare, infine la loro "agency" soprattutto in contesto scolastico, con qualche indicazione per quello sanitario. Nell'economia generale del progetto, i dati quantitativi raccolti sono utili ad integrare la parte più qualitativa, che consente di penetrare più a fondo in quanto emerso e arricchirlo di ulteriori significati. Gli obiettivi specifici che guidano questa parte dell'indagine sono i seguenti: (1) acquisire una comprensione dettagliata e multiangolare dell'integrazione dei bambini di origine migrante e delle circostanze in cui si verifica; (2) analizzare come l'agency per i bambini/ragazzi (non solo di origine migrante) vari in relazione all'integrazione e alla vita quotidiana nelle scuole, analizzando il punto di vista dei bambini/ragazzi, dei loro genitori o tutori e dei professionisti che lavorano con loro (insegnanti e mediatori); (3) indagare i fattori essenziali per l'integrazione dei bambini/ragazzi (genere, paese di origine, competenze linguistiche, composizione familiare, etc.), intesa come possibilità di fruire o di crearsi uno spazio di partecipazione tra pari, nelle attività scolastiche e in specifici contesti esterni alla scuola; (4) studiare come il sistema scolastico interagisca con i bambini e i ragazzi di origine migrante per la costruzione di una scuola inclusiva e più attenta all'agency degli studenti.

La somministrazione dei questionari per gli studenti è avvenuta in classe e la partecipazione è stata volontaria per tutti gli alunni. In questa fase, decisiva è stata la collaborazione dei docenti, soprattutto per le classi di scuola primaria. I bambini di origine migrante sono stati identificati attraverso una domanda sull'origine dei loro genitori e sul loro luogo di nascita. La scelta di non somministrare il questionario ai soli studenti di origine migrante è motivata dalla volontà di porre in relazione i livelli di integrazione di bambini e ragazzi con e senza origine migrante, oltre che di evitare ogni tipo di possibile etichettatura dei bambini migranti come unici soggetti di ricerca. Dai dati raccolti, emerge il quadro generale delle classi e del loro contesto. I dati anagrafici e le domande aiutano a descrivere la varietà delle situazioni di vita dei bambini e dei ragazzi di origine migrante, con attenzione su tre aspetti considerati essenziali per l'integrazione e che rappresentano i principi chiave su cui si basa l'indagine: (1) l'importanza della vita sociale dei bambini, descritta in base alla raccolta di informazioni su alcune condizioni di contesto, come il genere, il paese e la cultura di provenienza, l'età, l'abitabilità e lo status; (2) l'identità, considerata come il prodotto contingente della negoziazione sociale, in particolare nell'interazione scolastica; (3) la convinzione che i bambini e i ragazzi di origine migrante possano contribuire allo sviluppo della società in cui vivono e alla propria integrazione. Ciò implica puntare sull'agency dei bambini/ragazzi come forma specifica di partecipazione, basata sulle scelte di azione, in termini di promozione del cambiamento (in particolare nella vita scolastica).

L'analisi mira a comprendere quali siano le tendenze generali tra i bambini e ragazzi e a stabilire se e quanto chi ha origine migrante diverga da tali tendenze.

Per quanto riguarda gli altri partecipanti all'indagine (docenti, genitori, mediatori di ambito scolastico e sanitario e operatori sanitari), i questionari sono stati formulati a partire dalla base comune del questionario per gli studenti, individuando domande specifiche per le diverse categorie. È importante notare come le percentuali incluse in questo resoconto si basino sul numero valido di intervistati o di risposte (quando è stata data la possibilità di fornire più risposte) e si è scelto di non indicare il numero delle risposte mancanti.

1.2 Caratteristiche generali del campione

L'indagine in questione ha consentito di raccogliere 2362 questionari (tabella 1): 1088 studenti, 205 insegnanti, 939 genitori, 54 mediatori e 76 operatori sanitari. Gli studenti (tabella 2) provengono da scuole primarie e secondarie, con una prevalenza di primarie, una distribuzione abbastanza omogenea per unità di ricerca (Reggio Emilia-Modena, Torino, Piemonte orientale, Firenze-Prato), considerando anche le dimensioni diverse, e una distribuzione complessivamente omogenea tra maschi e femmine. Gli studenti e le studentesse di origine migrante sono il 46,3% del totale. Le informazioni anagrafiche raccolte mostrano un dato degno di interesse: circa il 90% degli studenti risulta nato in Italia; una percentuale che rivela una larga presenza di studenti di origine migrante di prima o seconda generazione, confermando una tendenza in atto nelle regioni in cui si è svolta la ricerca e su tutto il territorio nazionale, che raccoglie il frutto dell'organizzazione capillare – dalle regioni ai comuni con il fondamentale supporto delle organizzazioni del terzo settore – che l'Italia ha avviato per rendere concrete e operative le politiche nazionali sull'immigrazione (si veda il report *Analisi del Contesto. Valutazioni generali e quadro territoriale* realizzato dai partner di progetto nell'ambito di questo progetto PRIN). Solo il 10,5% degli studenti è nato in un altro paese, e quasi tutti sono arrivati in Italia prima dell'adolescenza (tabella 3). Questa condizione costituisce un elemento significativo che ha ripercussioni positive sulla percezione della scuola e sulla lingua parlata dagli studenti, dal momento che la grande maggioranza di loro è entrata molto presto in contatto con l'Italiano come lingua di uso (su questo si veda la sezione 2). Tale dato ha ripercussioni significative anche in tema di costruzione identitaria, dando adito ad un fenomeno di “identità transculturali” che è già stato studiato in diversi contesti (Sciortino, Colombo 2000; Zanfrini 2004; Bosisio, Colombo, Leonini, Rebughini 2005; Di Nuzzo 2020).

L'indagine sulle condizioni abitative dei rispondenti (tabella 4) evidenzia situazioni generalmente positive. Il 90% dei bambini e ragazzi vivono con la famiglia in una casa o in un appartamento privato, una situazione che sembra alludere ad una condizione economica relativamente stabile. L'8%, invece, ha dichiarato di condividere l'abitazione con altri, una situazione che evidenzia condizioni economiche meno favorevoli, il 12% di coloro che hanno origine migrante. Poche le situazioni che prefigurano contesti più problematici, come ad esempio la permanenza in centri di accoglienza o case famiglia.

Per i genitori (tabella 5), sono stati raccolti 939 questionari, anche in questo caso prevalentemente in scuole primarie, con una buona distribuzione tra le unità di ricerca. Si tratta in larga parte di madri, un dato che risulta spesso tipico di questa modalità di rilevazione. La percentuale di genitori migranti (34,2%) è inferiore a quella degli studenti di origine migrante, il che evidenzia una certa difficoltà a raggiungere questi genitori: anche questo dato non è sorprendente per ricerche di questo tipo. I figli si dimostrano, pertanto, potenziali mediatori tra scuola e famiglie, là dove il canale di comunicazione diretto viene a mancare. Tra i genitori, infatti, il 40% parla una lingua diversa dall'Italiano (tabella 6) e ciò costituisce senza dubbio un dato significativo. Tra i 358 rispondenti non madrelingua, il 62% parla bene l'italiano, mentre il 29% lo sta ancora imparando (tabella 7). Solo il 10% dichiara di incontrare molte difficoltà nella comprensione e nell'espressione in lingua italiana. Inoltre, il 52% dei genitori parla solo italiano in famiglia e il 7% dichiara di non parlare assolutamente italiano in famiglia (tabella 8). Alcuni nativi italiani fanno riferimento all'uso costante di un dialetto in casa.

Situazioni composite che rivelano chiaramente le condizioni di plurilinguismo vissuto da molti studenti, anche senza origine migrante.

Il livello di istruzione dei genitori (tabella 9) risulta mediamente elevato: la maggior parte dei genitori possiede un diploma di scuola secondaria di primo e secondo grado, con poche differenze tra genitori italiani e genitori di origine migrante. Soltanto 3 genitori nati in Italia e 13 nati in un altro paese (4%) dichiarano di non aver ricevuto nessun tipo di istruzione ufficiale; 12 nati in Italia (2%) e 24 nati in un altro paese (7%) dichiarano di aver frequentato solo la scuola primaria.

Sono stati raccolti 205 questionari tra i docenti, in maggioranza nelle scuole secondarie di primo grado, in larghissima parte di genere femminile (tabella 10). Un dato interessante riguarda la formazione dei docenti: solo il 4% dichiara di aver conseguito un dottorato di ricerca, mentre il 67% è in possesso della Laurea specialistica o a ciclo unico, il 5% ha la laurea triennale e 44 insegnanti sono in possesso del solo diploma di scuola secondaria di secondo grado, nella fattispecie dell'Istituto magistrale (tabella 11). L'ultimo dato è legato alle disposizioni legislative che fino al 2001/2 hanno consentito l'insegnamento nella scuola primaria a chi avesse conseguito il diploma magistrale, senza bisogno di ulteriori corsi di studio. Oggi la Laurea è richiesta anche per insegnare nella scuola del primo ciclo. Tra le aree coinvolte, Prato e Firenze risultano essere quelle con il più basso numero di docenti in possesso di laurea magistrale, mentre a Torino il 79% dei docenti la possiede, una connotazione che si collega anche all'età anagrafica dei rispondenti, molti in servizio da molti anni.

Degno di attenzione il dato relativo alla formazione specifica dei docenti: il 59% dichiara di non possedere una formazione come educatore. Il dato è probabilmente riferibile ai docenti di scuola secondaria in possesso di lauree disciplinari, in ambiti diversi da quello pedagogico. Il 12% possiede un titolo di laurea in scienze della formazione, mentre solo il 6% ha conseguito la laurea specialistica in questo settore. Interessante anche il dato relativo alla formazione specifica su multiculturalità e multilinguismo (tabella 12). A fronte di una popolazione scolastica che quasi per la sua metà è costituita da studenti di origine migrante, solo il 55% dei docenti dichiara di aver affrontato percorsi formativi (corsi di aggiornamento, di perfezionamento, master) riguardanti la multiculturalità o il multilinguismo. Le percentuali variano notevolmente tra le aree, con dati significativi che vedono Modena e Reggio Emilia al 75%, contro la situazione di Torino dove i docenti coinvolti in corsi di questo tipo sono solo il 46%. Un ritardo della scuola che tiene poco conto dei contesti in cui ci si trova ad operare e che ci induce a riflettere sulle nuove necessità formative. In particolare, mette in luce la scarsa attenzione agli aspetti non strettamente disciplinari della formazione docente, aspetti che risulterebbero fondamentali per affrontare una scuola dove le emergenze sociali di vario genere sono ormai diffuse. Nonostante la pubblicazione, nel febbraio 2014 delle *Linee guida per l'integrazione degli alunni stranieri*, le istituzioni scolastiche non sembrano dedicare la meritata attenzione a questo tema.

Per quanto riguarda i mediatori, sono stati raccolti 54 questionari (tabella 13). Nel numero si contano 21 mediatori occupati a scuola e 33 in ospedale. Le unità di ricerca di Firenze e Torino hanno raccolto i questionari sia dei mediatori scolastici che di quelli occupati nel sistema sanitario. L'unità di Modena e Reggio Emilia ha raccolto questionari di mediatori occupati in ospedale. Quanto alla distribuzione per genere, prevale nettamente quello femminile (85% di donne, 13% di uomini e 2%

preferisce non rispondere). La maggior parte dei rispondenti ha ottenuto una formazione specifica che include elementi di interpretariato (tabella 14): il 26% come parte della propria istruzione formale, il 28% come propria iniziativa e il 41% nell'ambito della formazione organizzata dal proprio datore di lavoro. I mediatori che non hanno ricevuto alcuna formazione sull'interpretariato sono il 19%. La formazione specifica che include elementi di mediazione interculturale riguarda il 96% del campione. Tra i mediatori che hanno dichiarato di fare ricorso ad una lingua altra rispetto all'italiano nelle proprie attività (tabella 15), l'inglese è la lingua più utilizzata a pari merito con l'arabo (26% dei rispondenti), seguita dall'albanese, dal francese e dall'urdu e dall'hindi, russo e serbo. In ambito sanitario sono stati raccolti 76 questionari rivolti ad operatori sanitari, con una netta maggioranza femminile (84%), elemento comune a tutte le aree oggetto della ricerca (tabella 16).

2. Uso della lingua

Questa sezione approfondisce il tema della lingua utilizzata da studenti, genitori e docenti in contesti di apprendimento e ludici. Fornisce la descrizione di quanto accade nelle aule scolastiche, durante le lezioni o in situazioni ricreative e presenta anche indicazioni circa le opportunità formative offerte dalla scuola ad alunni con difficoltà linguistiche. Una questione, quella della lingua, di grande rilevanza per affrontare il tema dell'integrazione. *“La lingua materna in cui siamo nati e abbiamo imparato a orientarci nel mondo non è un guanto, uno strumento usa e getta. Essa innerva la nostra vita psicologica, i nostri ricordi, associazioni, schemi mentali”* - scriveva Tullio De Mauro nell'introduzione alla collana *“I mappamondi”* dal titolo *Seimila lingue nel mondo* - ponendo in evidenza l'importanza dell'atto linguistico come filtro percettivo sulla realtà. Gli studi relativi ai fenomeni di bilinguismo sia esso *“precoce e simultaneo”*, che *“precoce aggiuntivo”* o *“consecutivo e tardivo”* (Favaro 2012) evidenziano da sempre le difficoltà incontrate dai bambini/ragazzi che si trovano in una condizione di perenne adattamento ai diversi contesti: *“Una lingua a casa e un'altra praticata all'esterno; una lingua per gli usi orali e un'altra per lo scritto e per lo studio; una lingua per trattare alcuni temi con determinati interlocutori e un'altra riservata ad altri contesti e parlanti”* (Favaro 2012).

Tali difficoltà hanno spesso ripercussioni non solo sugli apprendimenti, ma anche sulla sfera emotiva, legandosi talvolta a disturbi del comportamento sociale. Su questo punto si veda il recente Rapporto Eurydice dedicato al tema dell'integrazione di alunni di origine migrante (Eurydice 2019), il quale mette in evidenza come nelle scuole primarie europee il fenomeno della frequenza di una scuola in cui non si parla la lingua parlata in famiglia pone i piccoli studenti nella condizione di subire fenomeni di bullismo.

alcune differenze statisticamente significative si osservano tra gli studenti della scuola primaria che parlano la lingua di istruzione a casa e quelli che non la parlano. Questi ultimi hanno un senso di appartenenza alla scuola inferiore e segnalano di essere più frequentemente bullizzati dai loro compagni in quasi tutti i paesi europei che partecipano all'indagine PIRLS 2016.

Lo stesso Rapporto segnala anche la necessità di considerare eventuali interventi strutturali atti a valorizzare nella scuola le lingue di provenienza degli studenti di origine migrante, favorendo quella

condizione di “plurilinguismo” che alcuni documenti ministeriali, anche non recentissimi, avevano auspicato, ma che non trova ancora oggi una pratica diffusa nelle scuole italiane:

La situazione di plurilinguismo che si sta sempre più diffondendo nelle scuole rappresenta un’opportunità per tutti gli alunni oltre che per gli alunni stranieri. Il mantenimento della lingua d’origine è un diritto dell’uomo ed è uno strumento fondamentale per la crescita cognitiva, con risvolti positivi anche sull’Ita2 e sulle LS studiate a scuola. L’insegnamento delle lingue d’origine, nella loro versione standard, può essere organizzato insieme a gruppi e associazioni italiane e straniere, mentre saranno le famiglie e le collettività ad esporre i fili alle varietà non-standard da loro parlate (MIUR 2007).

Di fatto, per gli studenti migranti, studiare a scuola la lingua parlata a casa costituisce molto raramente un diritto. In alcuni paesi europei i docenti, seguendo Linee ministeriali, si adoperano per creare nella scuola spazi per la o le lingue parlate a casa dai loro studenti, per preservarle e promuoverne un uso non solo familiare. Se questa valorizzazione delle lingue di origine interessa alcuni paesi, tra cui la Svezia, in altri casi (come la Finlandia) l’insegnamento delle lingue parlate nelle case dei bambini di origine migrante viene visto come un contributo alla promozione del bilinguismo e del plurilinguismo di tutti i discendenti. La nostra indagine ha posto in evidenza una situazione in cui la maggioranza degli studenti rispondenti considera l’italiano la lingua meglio conosciuta, seppure non parlato in ambito familiare: un dato che solleva non pochi interrogativi e ricolloca al centro la questione della “lingua madre”.

2.1 Gli studenti e la lingua parlata a casa e a scuola

Prendiamo in esame i dati emersi dalle domande relative alla lingua parlata e conosciuta dagli studenti (tabella 17). Dati assai significativi se consideriamo come tra i 1088 studenti ascoltati, l’83% indica l’italiano come lingua meglio conosciuta. Il 16% degli studenti dichiara di conoscere meglio una lingua diversa dall’italiano. Il numero non stupisce poiché in linea con i dati anagrafici che vedono la maggioranza degli studenti in Italia dalla nascita o comunque dalla giovanissima età. Si tratta, inoltre, di un dato che si mantiene omogeneo sia per grado scolastico che per area geografica. Significativa risulta la presenza di un 23% di studenti che dichiara di conoscere meglio l’italiano rispetto alla lingua madre, abitualmente parlata in famiglia. Abbiamo quindi lo specchio di una scuola in cui, anche bambini e ragazzi di origine migrante sentono l’italiano come lingua propria, la più adeguata per esprimersi, comunicare e rappresentare la realtà, pensare; una lingua, tuttavia, che spesso non è parlata allo stesso modo dal resto della famiglia, come dimostrano le risposte dei genitori, e che pone la questione della “lingua madre” come lingua meno conosciuta (Antonini, 2015).

Tra gli studenti interpellati la metà dichiara di conoscere solo l’italiano (tabella 18), mentre il 23% parlano sia italiano che la lingua madre. L’11% parla sia italiano, sia altre lingue, prefigurando situazioni di plurilinguismo abbastanza diffuse all’interno delle famiglie. Il 5% dei rispondenti dichiara di non parlare italiano (tra di essi 45 conoscono solo la lingua madre, mentre 9 dichiarano di conoscerne più di una). Anche in questo caso ci troviamo di fronte ad un dato che pone non poche difficoltà ad una scuola che voglia essere inclusiva, dal momento che circa il 5% del totale degli studenti frequenta le lezioni senza la minima conoscenza della lingua veicolare, una situazione che

mette, per ovvi motivi, lo studente in grande difficoltà e richiede da parte della scuola la messa in atto di strategie compensative di vario ordine.

Le domande rivolte agli studenti sono significative anche in quanto rivelano la percezione della propria capacità di interazione con la lingua. Se proviamo a disaggregare i dati per ordine di scuola emergono ulteriori elementi di interesse. Nella scuola primaria (tabella 19), tra gli studenti non madrelingua italiano ben il 77% dichiara di sentirsi sicuro nell'uso dell'italiano. Di essi, circa la metà (54%) dichiara di parlarlo bene e il 23% sostiene di conoscerlo molto bene. Una buona percezione quindi della propria conoscenza linguistica che sostiene, senza dubbio, la possibilità di rapportarsi allo sviluppo degli apprendimenti e al confronto con gli altri in maniera sicura.

Nella scuola secondaria di primo grado le cose si complicano e lo ricaviamo in base ad un dato assai sospetto (tabella 20). Dei 488 rispondenti appartenenti alla scuola secondaria, sono 96 coloro che, non madrelingua, hanno fornito risposte specifiche in relazione alle loro competenze linguistiche in italiano. Un numero assai inferiore rispetto ai potenziali rispondenti. Tra di essi, il 32% dichiara di essere in grado di capire e di esprimersi in italiano, il 26% è in grado di comprendere bene le spiegazioni di un docente, il 22% è in grado di comunicare bene con i compagni, mentre il 13% ha difficoltà ad esprimersi e il 7% dichiara di avere difficoltà a capire. Nel passaggio dalla primaria alla secondaria, quindi, la percezione dell'uso linguistico muta in maniera sostanziale, rivelando insicurezze crescenti in coloro che hanno comunque dichiarato l'Italiano come la lingua meglio conosciuta. Potremmo interrogarci su questa difficoltà e metterla in relazione con molte possibili spiegazioni, prima tra tutte l'età degli studenti ed un più alto grado di consapevolezza, oltre che a modelli di scuola ancora sostanzialmente dissimili nell'approccio alle discipline. È comunque un dato indicativo che può aprire una interessante disputa sulle metodologie didattiche e sugli approcci praticati dai diversi ordini di scuola.

Tutti gli studenti intervistati parlano Italiano quando sono a scuola (tabella 21). Tuttavia, il 32% dichiara di utilizzare diverse lingue in classe, oltre all'italiano. Guardando agli studenti di origine migrante, la percentuale resta quasi la stessa (31%). Analizzando la situazione nelle singole aree, si nota come la percentuale più bassa di studenti che ricorre a lingue diverse dall'italiano durante le lezioni in classe si trovi a Modena e Reggio Emilia (18%).

Quando viene chiesto agli studenti di dichiarare quale lingua utilizzino durante la ricreazione e nei momenti ludici con i compagni, l'italiano risulta dominante. Solo l'11% degli studenti dichiara di fare ricorso a lingue diverse nei momenti ricreativi. Il dato può prefigurare situazioni in cui studenti parlanti la stessa lingua preferiscono aggregarsi in sottogruppi interagendo tra di loro durante i momenti ricreativi.

2.2 La lingua dei docenti

Alcune domande rivolte ai docenti hanno analizzato l'utilizzo della lingua nell'insegnamento, sottolineando in particolare la differenza tra monolinguisimo (uso esclusivo della lingua nazionale) e plurilinguisimo, ovvero uso delle lingue native dei bambini e dei ragazzi, uso della traduzione e uso di una lingua terza per la comunicazione tra docente e studente (tabella 22). Il 58% dei docenti intervistati dichiara di fare uso del solo italiano durante le loro lezioni. Il 18% ha dichiarato di aiutare gli studenti utilizzando la loro lingua di origine durante le lezioni, mentre il 26% dichiara di ricorrere ad una terza lingua durante le lezioni, per riuscire a comunicare con gli alunni.

Il 70% dichiara di fare ricorso a traduzioni nella lingua di origine degli studenti, quando necessario. Il 38% dichiara di incoraggiare gli studenti ad usare altre lingue rispetto all'italiano nelle situazioni di apprendimento. Disaggregando i dati per area, possiamo osservare come l'italiano sia maggiormente utilizzato nell'area di Modena e Reggio Emilia (86%) e come il ricorso all'utilizzo di traduzioni sia marcatamente alto nell'area di Firenze (92%).

Quello della lingua costituisce senza dubbio uno dei problemi incontrati dai docenti, che non sempre possono avvalersi, nella scuola, del supporto di mediazione linguistiche.

Una delle domande ci ha consentito di stabilire quali siano le lingue conosciute dai docenti ed utilizzate nella comunicazione con gli studenti non italofoeni. Tra i docenti che hanno dichiarato di fare ricorso ad una lingua altra rispetto all'italiano nelle attività con alunni non italofoeni (tabella 23), 39 docenti dichiarano di utilizzare l'inglese, 10 docenti il francese, 1 docente lo spagnolo, 2 docenti l'arabo.

2.3 Il sostegno alla lingua nella scuola

Quali sono le strategie che la scuola mette in atto per sopperire ad una situazione di complessità che inibisce la comunicazione stessa tra studenti e docenti? Per analizzare i servizi a disposizione degli alunni non italofoeni, è stato chiesto a questi ultimi di rispondere ad una domanda relativa ai supporti a loro disposizione nella scuola (tabella 24). Dei 159 totali, solo una minoranza (il 27%) ha dichiarato di ricevere in classe un sostegno all'attività didattica con interventi in lingua madre. Il 53% può contare, invece, su materiali tradotti nella propria lingua madre per lo svolgimento delle proprie attività formative. Un cospicuo numero di alunni, quindi, non può contare su un aiuto di rilievo durante le lezioni. La situazione è più o meno omogenea tra le diverse aree coinvolte, con un'eccezione relativa al dato sulla presenza di materiali tradotti che risulta significativamente superiore nell'area di Alessandria (69%).

Nonostante questo, dalle risposte raccolte tra i docenti emerge una sostanziale soddisfazione in relazione al supporto che la scuola è in grado di fornire agli studenti che incontrano difficoltà nelle loro attività scolastiche (tabella 25). In relazione a studenti la cui lingua nativa è diversa dall'italiano, la maggior parte dei docenti (76%) considera sufficiente l'impegno profuso dalla scuola. La percentuale di chi si dichiara critico nei confronti delle strategie messe in atto dalla scuola è piuttosto bassa: tra i molto critici, il 10% considera molto scarso il supporto offerto dall'istituzione, mentre il 4% lo dichiara del tutto assente.

Diversa la percezione relativa alle azioni messe in atto nei confronti di studenti con scarsi risultati scolastici. In questo caso i docenti si dichiarano per lo più soddisfatti di quanto la scuola riesce ad attivare per loro: 56 docenti ritengono eccellente l'impegno della scuola nell'organizzazione di corsi di recupero o attività volte a migliorare il rendimento degli studenti. Su 205 docenti, ben 124 considerano questo impegno sufficiente, il 10% abbastanza scarso o scarso.

Migliore anche la percezione della risposta della scuola alle difficoltà di alunni BES. In questo caso, il 41% dei docenti ritiene eccellente l'impegno della scuola, il 51% sufficiente, mentre 13 parlano di supporto abbastanza scarso e solo 1 di supporto del tutto scarso.

Per il supporto fornito ad alunni con problemi comportamentali, i dati si discostano leggermente: il 23% considera eccellente il supporto fornito a studenti con disturbi comportamentali; il 60% lo considera sufficiente, il 15% abbastanza scarso e il 3% del tutto scarso. Una considerazione che si

rivela più o meno equivalente nel caso del supporto offerto a studenti con famiglie in difficoltà economica. In questo caso il 32% dei docenti considera le azioni della scuola eccellenti, il 58% le considera sufficienti, l'8% abbastanza scarse e il 3% scarse.

Anche nei confronti degli studenti e delle studentesse eccezionalmente dotati, la percezione dei docenti nei confronti delle azioni messe in atto dalla scuola segue un andamento simile ai casi precedenti: il 29% ritiene eccellente il supporto offerto dalla scuola, il 56 % lo ritiene sufficiente, il 12 % abbastanza scarso e il 3% scarso.

Analoghi dati sono relativi al caso di studenti con esperienza di immigrazione: il 26% considera il supporto offerto loro dalla scuola eccellente, il 63% lo considera sufficiente, il 9% abbastanza scarso e il 2% scarso.

Diverso il caso di studenti rifugiati, una condizione che risulta forse poco nota a molti dei docenti, anche in considerazione del fatto che 41 di loro non rispondono alla domanda. Dei rispondenti, il 24% considera il supporto offerto dalla scuola eccellente, il 56% sufficiente, il 12% abbastanza scarso, e il 9% scarso.

I risultati riportati rivelano come i docenti percepiscano nel complesso sufficiente la loro azione nei confronti di problematiche varie incontrate dagli studenti. La percezione negativa sembra aumentare (seppure di poco) in relazione a situazioni legate all'immigrazione (difficoltà di lingua, condizione di immigrazione e in particolare alunni rifugiati). Il dato più alto riportato dalla voce "sufficiente" sembra rivelare l'idea di un margine di miglioramento possibile percepito dai docenti, desiderosi, forse, di poter mettere in atto strategie più efficaci per affrontare le problematiche molteplici presenti oggi nelle classi scolastiche. Da un esame dei dati rilevati nelle diverse aree possiamo in generale notare come la percezione della qualità del supporto sia più positiva nelle aree di Modena e Reggio Emilia, Firenze e Prato, rispetto alle aree piemontesi di Torino e Alessandria.

I dati raccolti si pongono in linea con altri studi che si sono occupati di integrazione nella scuola. Il Rapporto Eurydice già citato segnala come i docenti tendano a considerare le strategie didattiche di individualizzazione dell'insegnamento come la modalità più adeguata a rispondere alle problematiche degli studenti di origine migrante e abbiano difficoltà ad immaginare soluzioni "di sistema", meno legate al loro operato individuale:

Le forme di sostegno all'apprendimento più spesso promosse sono quelle da essi attuate, ovvero il sostegno all'apprendimento individualizzato e l'insegnamento differenziato. Meno di frequente vengono segnalati limiti stabiliti a livello centrale per quanto riguarda le dimensioni delle classi e il sostegno all'apprendimento fornito con l'aiuto di altri studenti, come la formazione tra pari o il mentoring.

Inoltre, i bisogni formativi degli studenti inerenti all'ambito cognitivo sono considerati centrali a discapito degli aspetti più emotivi, che rimangono sempre ai margini secondo quanto lo stesso Rapporto ci rivela e i dati da noi raccolti sembrano confermare.

Le politiche e le misure sul sostegno all'apprendimento tendono a concentrarsi sui bisogni accademici degli studenti piuttosto che su quelli socio-emotivi. In Europa, 33 sistemi d'istruzione indicano di disporre di normative e/o raccomandazioni di livello centrale/superiore sull'offerta di misure riguardanti il sostegno all'apprendimento. Nella maggior parte di essi, queste misure si applicano a tutti gli studenti che necessitano di ulteriore sostegno all'apprendimento, inclusi quelli migranti.

Questo, seppure la scuola rappresenti il luogo in cui più che altrove avviene quel processo di “inculturazione” (D’Ignazi 2015) che consente di superare l’“affaticamento culturale” o “shock culturale” che molti studiosi hanno segnalato come elemento caratterizzante l’ingresso in una cultura diversa da quella di origine (si vedano Kalvero Oberg, Peter S. Adler, Janet M. Bennet). Una scuola, quindi, a cui è demandata una funzione che va ben oltre l’apprendimento e lo sviluppo di competenze, verso quella costruzione identitaria che rappresenta elemento basilare della formazione del soggetto.

3. Percezione dell’esperienza scolastica

In questa sezione si presentano i dati raccolti sulla percezione della scuola da parte dello studente, in relazione a quella espressa dai docenti. I dati rivelano una percezione degli studenti generalmente positiva, seppure in misura minore rispetto a quanto percepito da docenti e soprattutto genitori. La scuola sembra presentarsi come il luogo in cui si incontrano alcune difficoltà, soprattutto in relazione agli apprendimenti, ma dove si va volentieri, soprattutto perché si apprendono cose nuove. Interessante il fatto che la percentuale di chi gradisce “molto” andare a scuola e apprendere cose nuove sia più elevata tra gli studenti di origine migrante, nonostante le maggiori difficoltà incontrate nello svolgimento di compiti in classe e nelle interrogazioni, che sembrano premiare gli studenti nativi. La scuola è generalmente apprezzata per le opportunità che offre di imparare cose nuove, vista con un’opportunità per migliorare e migliorarsi. Negli occhi dei bambini e dei ragazzi assume, forse, ancora quel ruolo di “ascensore sociale” che oggi più volte viene contraddetto dai dati ocse o da altre ricerche internazionali (Bottani 2013).

Altro dato importante per la scuola - che emerge in modo chiaro e uniforme tra chi ha origine migrante e chi no - è la maggiore sicurezza nello svolgimento dei compiti a casa rispetto alle attività in classe. Un dato che sconcerza, rivelando la preferenza per una condizione in cui, forse, l’autogestione o l’assenza diretta del giudizio di un adulto, mette a proprio agio gli studenti e li rende più autonomi. Un dato che deve far riflettere su strategie didattiche che possano, in contesto scolastico, contribuire ad accrescere, piuttosto che a mortificare l’autostima e l’agency degli studenti.

3.1. Il punto di vista degli studenti

Circa il 70% degli studenti dichiara di frequentare volentieri la scuola (tabella 26). In particolare, al 33% andare a scuola piace molto. La scuola è, tutto sommato, un luogo che si frequenta senza particolari disagi, anche se, come vedremo dai dati riportati in seguito, non è il contesto in cui si trovano risposte ai propri problemi. Nel complesso, è possibile prefigurare una buona idea di scuola. Ciò che sembra piacere di più della scuola è la possibilità di imparare cose nuove (molto 62%, abbastanza 35%). Solo il 3% dichiara di non essere interessato all’apprendimento di cose nuove.

Se passiamo alla percezione relativa al proprio apprendimento e alla comprensione dei temi trattati a scuola, molti studenti si dichiarano soddisfatti. Alla domanda “capisco tutto quello che gli insegnanti dicono” il 33% risponde “molto” e il 44% “abbastanza”. Il 23% degli studenti ha una buona opinione del proprio rendimento scolastico e si dichiara molto bravo nelle interrogazioni e nei compiti, il 43% abbastanza bravo, il 24 % un po’ sì e un po’ no, il 10% poco o per niente. Nel confronto con i compagni è interessante notare come i dati cambino: il 37% dichiara di essere molto bravo come i

compagni e il 39% abbastanza bravo come i compagni, il 15% un po' sì e un po' no, l'8% poco o per niente. Emerge così la percezione di una uniformità di rendimento scolastico all'interno delle classi: si è meno bravi in assoluto, ma più bravi se ci si confronta con altri e si riconoscono in loro le stesse difficoltà incontrate soggettivamente.

Per quanto riguarda i compiti a casa, il dato è diverso: la grande maggioranza si sente adeguata nello svolgimento dei compiti a casa (il 38% molto e il 42% abbastanza).

Alcune domande erano mirate ad indagare la percezione riguardo la capacità di risolvere problemi e affrontare cose nuove. Il 67% degli studenti si sente capace nel trovare soluzioni ai problemi (26% molto e 41% abbastanza). La grande maggioranza (86%) si sente in grado di affrontare cose nuove (il 38% molto e il 38% abbastanza).

I dati dei soli studenti di origine migrante evidenziano un leggero scarto rispetto ai nativi. Significativo il dato relativo alla frequentazione della scuola: gli studenti di origine migrante che vanno "molto volentieri" a scuola sono il 39% del totale contro il 33% degli studenti nativi. Il dato è tuttavia equilibrato dalla percentuale di coloro che dichiarano di andare a scuola "abbastanza volentieri" (30% degli studenti di origine migrante e 35% dei nativi). Anche "imparare cose nuove" piace nella stessa misura a studenti di origine migrante e nativi, ma gli studenti di origine migrante esprimono un più alto grado di apprezzamento per l'apprendimento (65%). Sono pochissimi coloro a cui non piace imparare cose nuove (1%), a dimostrazione di una bassa percentuale di studenti che non chiede alla scuola la possibilità di "apprendere" come bisogno formativo basilare. Anche i dati sulla comprensione di quanto spiegato dai docenti rivelano una sostanziale uniformità tra studenti con origine migrante e non.

Per quanto riguarda la percezione del proprio andamento scolastico (compiti e interrogazioni), gli studenti di origine migrante fanno più fatica dei compagni nativi: solo il 18% si dichiara "molto bravo" in compiti e interrogazioni, contro il 23% dei nativi. Il resto dei risultati (relativi ai compiti a casa, al trovare soluzioni ai problemi e nell'affrontare cose nuove) conferma una sostanziale omogeneità tra studenti con e senza origine migrante.

3.2. Il punto di vista dei genitori

I genitori tendono a percepire le capacità dei propri figli come molto positive: per tutti, e senza sostanziali differenze, la percezione dell'esperienza scolastica da parte dei genitori è ancora migliore di quella dei figli. In particolare (tabella 27), oltre il 90% dei genitori ritiene che ai figli piaccia molto o abbastanza andare a scuola e apprendere cose nuove. Il dato più basso riguarda la capacità di trovare soluzioni a tutti i problemi (66% dei genitori migranti), seguita dal confronto con le cose nuove (74% dei genitori migranti).

I dati sembrano confermare quelli di altre ricerche in cui si ribadisce come i genitori di studenti nati all'estero e che non parlano la lingua di istruzione a casa, dichiarino di avere un'opinione più positiva della scuola rispetto ai loro figli. Questo dato può significativamente influire sulla percezione degli stessi bambini/ragazzi nei confronti della scuola: il benessere degli studenti a scuola dipende anche dalla percezione e dall'atteggiamento dei genitori rispetto alla scuola, all'apprendimento e all'insegnamento (Trasberg, Kond, 2017; Smit, Driessen, Sluiter, Slegers, 2007).

4. Relazioni scolastiche

4.1. Le relazioni a scuola: il punto di vista degli studenti

Le relazioni degli studenti con i loro compagni e con i docenti sono state analizzate facendo ricorso a tre variabili: (1) il livello di intensità e coinvolgimento nelle relazioni con i compagni di classe; (2) le possibili ragioni di selezione delle relazioni in classe (lingua e interessi); (3) i rapporti con i docenti, per quanto riguarda la loro correttezza, premura e capacità relazionale.

La gran parte degli studenti vive relazioni positive sia con i compagni che - in misura leggermente inferiore - con i docenti (tabella 28). Molti di loro (dal 76% all'89%) ha risposto "molto e abbastanza" alle domande relative alla vicinanza e al piacere di stare con i compagni, con la lingua e gli interessi importanti rispettivamente per il 61% e il 67% dei rispondenti.

Le relazioni con i docenti (in termini di trattamento ricevuto e interesse dimostrato) vedono l'apprezzamento in una forbice compresa tra il 76% e l'82% degli studenti.

4.2. La comunicazione docenti/genitori/mediatori

Un aspetto importante nelle relazioni scolastiche riguarda i canali utilizzati per comunicare con i genitori degli studenti. Sia ai docenti, sia ai genitori è stato chiesto quali siano i canali di comunicazione attivi e qual sia il principale canale di comunicazione che utilizzano per comunicare con la controparte (tabella 29).

Gli incontri di persona con i genitori (81%) e gli incontri generali a scuola (78%) sono i canali di comunicazione più presenti tra quelli a disposizione degli insegnanti, seguiti dalla scrittura di messaggi sul quaderno dei ragazzi (68%). Meno frequenti sono, invece, i canali digitali: solo il 42% dei docenti utilizza messaggi telefonici o app e il 32% un portale web. Per i docenti, il canale di comunicazione maggiormente utilizzato (tabella 30) è dato dagli incontri di persona con i genitori (40%), seguito dai messaggi scritti sul quaderno dei ragazzi (22%), dagli incontri generali a scuola (13%) e dai messaggi telefonici o app e portale web (9% ciascuno). Alessandria (tabella 31) è l'area in cui sono maggiormente utilizzati i canali digitali (portale web: 19%; messaggi telefonici o app: 22%) e in cui si fa minor ricorso ai canali più tradizionali (messaggi scritti sul quaderno dei ragazzi e incontri di persona con i genitori). A Torino, al contrario, si usano in misura maggiore alla media i canali tradizionali (30% messaggi scritti sul quaderno dei ragazzi; 41% incontri di persona con i genitori; 15% incontri generali a scuola), mentre è residuale l'uso di canali digitali (portale web: 2%; messaggi telefonici o app: 5%). In posizione intermedia si pongono Firenze e Prato e Modena e Reggio Emilia.

Le domande sui canali di comunicazione sono state poste anche ai genitori, con l'aggiunta dell'opzione riguardante il contatto informale con altri genitori o con il mediatore. Con l'unica eccezione del portale web, tutti i possibili canali di comunicazione sono stati indicati in percentuali minori (talvolta in misura notevole) dai genitori rispetto ai docenti (tabella 32). Circa la metà dei genitori segnala la possibilità di comunicare con i docenti tramite i messaggi scritti sul quaderno dei ragazzi (50%), incontri di persona con gli insegnanti (49%) e incontri generali a scuola (48%); circa un terzo segnala l'utilizzo del portale web (33%) e dei messaggi telefonici o app (33%) e poco meno di uno su dieci i contatti informali con altri genitori o con il mediatore (9%).

Quando si chiede ai genitori quale sia il principale canale di comunicazione con i docenti (tabella 33, si rileva una distribuzione piuttosto omogenea delle risposte tra le diverse opzioni che - a parte il contatto informale con altri genitori o con un mediatore (3%) - raccolgono una percentuale di risposte comprese tra il 15% e il 25%. Utilizza principalmente gli incontri di persona con gli insegnanti il 25% dei genitori, i messaggi scritti sul quaderno dei ragazzi il 21%, gli incontri generali a scuola il 19% e il portale web e i messaggi telefonici o app il 15% ciascuno.

Anche secondo i genitori (tabella 34), ad Alessandria sono maggiormente diffusi i canali di comunicazione digitale (portale web 28%), messaggi telefonici o app (22%). Contrariamente ai docenti, in cui l'area che faceva segnare il minor utilizzo di questi canali è quella di Torino, in questo caso troviamo Modena e Reggio Emilia, in cui solo il 6% dei genitori utilizza un portale web e l'8% messaggi telefonici o app. L'area di Modena e Reggio Emilia spicca anche per la percentuale elevata di genitori (42%) che ricorrono ad incontri di persona con gli insegnanti.

Infine, in Toscana (tabella 35), un mediatore su tre (33%) ha affermato di comunicare tramite messaggi telefonici o app, il 22% tramite incontri in presenza e l'11% tramite messaggi scritti sul quaderno dei ragazzi o incontri generali a scuola. In Piemonte (a Torino, poiché Alessandria non ha raccolto dati sui mediatori) i dati sono radicalmente diversi, per cui i mediatori comunicano con i genitori esclusivamente in presenza, di persona (67%) o nell'ambito di incontri generali a scuola (25%).

4.3. Docenti/Genitori/Mediatori: soddisfazione/difficoltà nella comunicazione

Il livello di soddisfazione per la comunicazione espresso dai docenti, dai genitori e dai mediatori, evidenzia una sostanziale differenza (tabella 36). Infatti, da una parte i docenti che si dichiarano molto soddisfatti o soddisfatti della comunicazione sono il 45% e i mediatori il 35%, dall'altra parte il 71% dei genitori sono soddisfatti.

Dall'analisi dei dati emerge che i docenti segnalano molti più problemi rispetto ai genitori. Nello specifico (tabella 37), se la mancanza di opportuni canali di comunicazione è segnalata da percentuali simili di rispondenti (16% dei docenti e 13% dei genitori), la mancanza di competenze linguistiche condivise è vista come un problema dal 55% dei docenti e solo dall'11% dei genitori, la mancanza di interesse è segnalata dal 59% dei docenti e dal 4% dei genitori, il carico di lavoro dei genitori è un problema per il 43% dei docenti e per il 9% dei genitori e le limitate competenze e risorse dei docenti rappresentano un problema per l'11% dei docenti e per il 5% dei genitori. Quando si chiede di indicare quale sia la principale fonte delle difficoltà (tabella 38), le differenze tra le risposte fornite dai docenti e quelle fornite dai genitori sono notevoli: i genitori che indicano la mancanza di opportuni canali di comunicazione sono il triplo rispetto ai docenti (rispettivamente il 30% e il 10%), mentre la mancanza di interesse da parte della controparte è la principale fonte di difficoltà segnalata dai docenti in misura cinque volte superiore rispetto ai genitori (34% e 7%). Molto meno nette sono le differenze relative alle altre fonti di difficoltà.

In particolare, la mancanza di competenze linguistiche condivise è un problema che docenti e genitori di Firenze e Prato (tabella 39) sentono in misura decisamente superiore rispetto agli omologhi nelle altre aree (59% dei docenti e 42% dei genitori rispetto alla media del 26% dei docenti e del 27% dei genitori). A Torino, invece, questo problema viene segnalato soltanto dal 7% dei docenti e dal 17% dei genitori. I docenti alessandrini segnalano, invece, in misura maggiore rispetto agli altri, la mancanza di interesse da parte dei genitori (59% rispetto alla media del 34%), ed è significativo che

nessun genitore alessandrino abbia segnalato come problematica la mancanza di interesse da parte dei docenti, quanto piuttosto la mancanza di opportuni canali di comunicazione (50%). Nell'area di Modena e Reggio Emilia, è più sentito come ostacolo alla comunicazione tra docenti e genitori il carico di lavoro di questi ultimi, un problema per il 32% sia dei docenti che dei genitori (la media è del 23% per i docenti e del 21% per i genitori).

I dati fanno emergere l'immagine di una scuola che percepisce l'importanza del proprio ruolo nella crescita degli studenti, ma che non percepisce lo stesso valore nell'opinione dei genitori: una scuola che chiede maggiore coinvolgimento delle famiglie nella stipula di quel "patto formativo" che ritiene fondamentale per la crescita dei bambini/ragazzi.

Sono pochi i mediatori attivi in ambito scolastico che hanno segnalato difficoltà comunicative nella comunicazione con i genitori. Nello specifico (tabella 40), tra i mediatori toscani, il 22% ha segnalato la mancanza di opportuni canali di comunicazione e l'11% ha segnalato i limiti nelle risorse di tempo, l'ambiente comunicativo complessivo delle scuole, il carico di lavoro dei genitori, la mancanza di competenze linguistiche condivise e, infine, la mancanza di interesse da parte dei genitori. In questo contesto spiccano le segnalazioni dei mediatori torinesi, più nette nel riconoscere nella mancanza di opportuni canali di comunicazione (25%), di competenze linguistiche condivise (45%) e di interesse da parte dei genitori (25%) i principali problemi di comunicazione con i genitori.

5. Manifestazioni e sostegno dell'agency degli studenti

5.1. L'agency degli studenti

L'agency degli studenti è stata indagata in base a 4 variabili: (1) il modo in cui i bambini si relazionano con gli insegnanti: come ascoltano, seguono le loro indicazioni, chiedono se non capiscono ed esprimono ciò di cui hanno bisogno; (2) i rapporti con i compagni di classe, in relazione alla collaborazione e all'ascolto. Attraverso queste due prime variabili si è analizzato il livello di dialogo tra i compagni di classe e come i bambini siano attivi con i propri compagni; (3) la possibilità generale di esprimersi in classe; (4) la partecipazione attiva alle decisioni e alla pianificazione, che può essere considerata il livello più alto di agency.

I risultati generali evidenziano un quadro piuttosto positivo dell'impegno attivo in classe da parte degli studenti (tabella 41). Quasi tutti i bambini e i ragazzi ascoltano (80%) e seguono le istruzioni degli insegnanti (88%), ma notevolmente minore è la percentuale di coloro che fanno domande su queste istruzioni (67%). Molto minore risulta la percentuale di coloro che esprimono le proprie necessità, chiedendo direttamente agli insegnanti ciò di cui hanno bisogno (57%). Questo valore - quasi la metà rispetto a quanti ascoltano e seguono le istruzioni - evidenzia una forbice importante tra obbedienza ed espressione del proprio punto di vista.

I rapporti tra compagni di classe sono spesso molto positivi: collaborano (83%) e ascoltano le loro opinioni ed esperienze (83%).

Sulla possibilità di esprimersi in classe, emerge chiaramente come una percentuale molto minore di studenti, quasi la metà rispetto a chi tende ad adeguarsi alle gerarchie esistenti, senta di poter parlare liberamente di ciò che pensa (56%) e si sente apprezzato (56%). Inoltre, una percentuale sensibilmente inferiore di intervistati ha riferito di poter partecipare alle decisioni sulle attività

scolastiche (71%) e di poter esprimere le proprie idee sull'organizzazione delle attività in classe (60%).

I dati raccolti ci consentono anzitutto di concludere che l'interazione con gli insegnanti si concentra più

sull'adattamento alle relazioni gerarchiche che sul confronto sugli effettivi bisogni degli studenti (solo il 57% riporta agli insegnanti i propri bisogni) e sul ruolo degli alunni, sui compiti e sulle lezioni che sui sentimenti e sui bisogni personali, il che definisce il carattere istituzionale della scuola come luogo in cui la partecipazione dei bambini è limitata. D'altra parte, un'ampia percentuale di bambini (71%) pensa di poter partecipare alle decisioni e di poter esprimere le proprie idee sull'organizzazione (60%), mentre gli altri non si considerano in grado di influenzare l'ambiente scolastico.

Le differenze tra bambini e ragazzi di origine migrante e nativi non sono rilevanti per quanto riguarda tutte le variabili che riguarda le relazioni formali con gli insegnanti. Emerge invece una relazione più difficile con i compagni di classe dichiara di collaborare con gli altri e di ascoltarli il 79% dei ragazzi e bambini di origine migrante, rispetto all'83% del dato medio. Inoltre, gli studenti di origine migrante sembrano incontrare maggiori difficoltà nel parlare di ciò che pensano (49% contro il 56% del dato medio), dei loro sentimenti e preferenze, anche se si sentono ugualmente coinvolti nel processo decisionale relativo alla classe (72%).

Questi risultati indicano un allineamento tra gli studenti per quanto riguarda la risposta ai docenti sul piano istituzionale e dell'adattamento alla relazione gerarchica, mentre maggiori difficoltà sono segnalate dagli studenti di origine migrante nelle relazioni tra pari e nelle espressioni emotive. Queste difficoltà nella socializzazione e nell'espressione di sé possono essere ricondotte alle misure compensative che gli studenti di origine migrante mettono in atto per arginare l'ansia da adattamento dovuta al confronto con una cultura diversa, nel contesto di quell'affaticamento culturale (o shock culturale) di cui abbiamo già parlato (D'Ignazi 2015).

5.2. Il sostegno dell'agency degli studenti

Il sostegno dell'agency degli studenti da parte dei docenti è stato indagato in base a 3 variabili: (1) il sostegno per rafforzare l'espressione personale in relazione agli insegnanti; (2) il sostegno per facilitare la partecipazione all'interazione in classe; (3) il sostegno alle iniziative non legate alla didattica e creative.

L'analisi mostra come tra i docenti (tabella 42) ci sia una propensione abbastanza ampia a sostenere gli studenti nell'articolazione e nel rafforzamento dei loro interessi (62%), nella promozione di discussioni autonome (55%) e, più limitatamente, nell'incoraggiamento a chiarire le proprie idee e le proprie opinioni (48%). Meno diffuso è il sostegno delle iniziative degli studenti e delle loro proposte autonome (40%), delle iniziative degli studenti non direttamente riferite all'insegnamento (39%), e della messa in discussione delle idee e delle decisioni degli insegnanti (36%). Emerge inoltre una forbice netta tra i risultati di Modena e Reggio Emilia, sopra la media per tutte le variabili, e il resto delle aree coinvolte. Soltanto i docenti di Modena e Reggio Emilia sostengono pienamente l'autonomia degli studenti. Torino risulta invece sotto la media per tutte le variabili, eccezion fatta per l'incoraggiamento ad articolare e rafforzare gli interessi degli studenti (55%).

Anche il sostegno dell'agency degli studenti da parte dei mediatori (nelle sole aree di Firenze e Prato e di Torino), così come per gli insegnanti, è stato indagato in base a 3 variabili: (1) il sostegno per rafforzare l'espressione personale in relazione all'adulto; (2) il sostegno per facilitare la partecipazione e l'interazione in classe; (3) il sostegno alle iniziative individuali dei bambini. I risultati torinesi sono sensibilmente più alti di quelli riportati nell'area di Firenze e Prato (tabella 43), soprattutto per quanto riguarda il sostegno alle attività individuali dei bambini, laddove il 100% dei mediatori sostiene le iniziative degli studenti, incoraggiandoli a realizzarle, e tenta di promuovere le loro attività indipendenti, e l'83% incoraggia la realizzazione di idee nuove riguardanti il proprio lavoro, contro il 67% costante dei colleghi fiorentini.

Per quanto riguarda il rafforzamento dell'espressione personale, i torinesi nel 92% dei casi incoraggiano gli studenti a chiarire le idee e permettono loro di mettere in discussione idee e decisioni, contro il 78% e il 67% dei colleghi toscani. Inoltre, il 92% dei mediatori torinesi permette agli studenti di discutere in classe in modo autonomo, sostiene e coordina le proposte autonome degli studenti, incoraggiandoli ad articolare i propri interessi, mentre i toscani risultano di poco solo la media, arrivando al 67% solo per l'incoraggiamento nell'articolare i propri interessi.

Passando all'analisi dei mediatori attivi in ambito sanitario (tabella 44), il questionario prevedeva un ventaglio parzialmente diverso di variabili, riguardanti sia i pazienti adulti, sia i pazienti bambini. Per tutte le variabili, si evidenzia una percentuale di risposte positive superiore quando ci si riferisce ai pazienti adulti rispetto a quando ci si riferisce ai pazienti bambini.

Per quanto concerne i pazienti adulti, i mediatori dichiarano di tranquillizzare i pazienti, incoraggiare i pazienti a partecipare attivamente e incoraggiare i pazienti a comprendere i loro bisogni sanitari (82%). Inoltre dichiarano di permettere ai pazienti adulti di mettere in discussione le loro idee e decisioni (76%), di sostenere le iniziative dei pazienti e incoraggiarli a realizzarle (73%), di sostenere e coordinare le proposte autonome dei pazienti per quanto riguarda la loro salute (70%). Per quanto riguarda i pazienti bambini, invece, spicca la necessità di tranquillizzare (85%), incoraggiare a partecipare attivamente (76%), incoraggiare a comprendere i loro bisogni sanitari (73%), promuovere servizi efficaci (70%), sostenere le iniziative dei pazienti e incoraggiarli a realizzarle (67%), permettere ai pazienti di mettere in discussione le idee e le decisioni dei mediatori (64%), permettere ai pazienti di discutere in modo autonomo con il personale sanitario (61%), infine sostenere e coordinare le proposte autonome dei pazienti per quanto riguarda la loro salute (55%). Emerge un'azione dei mediatori comunque tesa a tranquillizzare i pazienti (siano essi adulti o bambini), ma una promozione di agency soprattutto per i pazienti adulti, per quanto riguarda sia l'invito alla partecipazione che la messa in discussione le idee e le decisioni dei mediatori.

5.3. La percezione di docenti e mediatori dell'efficacia del proprio operato

La percezione dei docenti dell'efficacia del proprio operato è frequentemente positiva (tabella 45): il 66% affronta con determinazione le sfide di una classe multiculturale e il 69% dichiara di riuscire a far lavorare insieme gli studenti con e senza origine migrante. Il livello più basso di efficacia riguarda la riduzione degli stereotipi etnici in classe (54%), dato che conferma come l'abbattimento degli stereotipi sia ancora un problema. In tutte le aree, i docenti sono disposti ad affrontare le sfide di una classe multiculturale (spicca l'81% di Modena e Reggio Emilia).

I mediatori toscani (tabella 46) sono generalmente soddisfatti dell'efficacia del proprio lavoro a scuola: il 78% dei mediatori ritiene di essere in grado di adattare il proprio intervento alle diversità culturali delle studentesse e degli studenti, di far lavorare insieme studenti con e senza origine migrante e di contribuire all'aumento di consapevolezza degli studenti a proposito delle differenze culturali. Leggermente inferiore (67%) è la percentuale di mediatori che pensa di essere in grado di affrontare le sfide di una classe e quella di chi sostiene di poter ridurre gli stereotipi esistenti tra i ragazzi, dato che risulta condiviso con i colleghi torinesi, tra i quali risulta una maggior convinzione nel riuscire ad aumentare la consapevolezza degli studenti rispetto alle differenze culturali (92%) e a ridurre gli stereotipi (75%).

Per quanto riguarda i mediatori attivi in ambito sanitario (tabella 47), si nota una percezione positiva generalizzata del proprio operato per tutte le variabili (superiori al 90%, tranne per la risoluzione dei problemi di salute dei pazienti). Il 94% dei mediatori ritiene di adattare il proprio lavoro alle diversità culturali tra pazienti e personale sanitario e di riuscire a facilitare la comunicazione/relazione tra pazienti e personale sanitario. Il 91% pensa di saper affrontare le sfide professionali poste dal lavoro nei servizi sanitari, di poter aumentare la consapevolezza dei pazienti rispetto ai loro problemi di salute e di avvicinare il personale sanitario ai bisogni dei pazienti.

6. Le sfide che affrontano gli studenti

L'analisi dimostra come difficoltà, problemi e sfide di vario genere siano una caratteristica dell'esperienza dei bambini e dei ragazzi, che abbiano o meno origini migranti. Questa sezione riporta i risultati relativi a alla natura delle sfide (scolastiche che non) dal punto di vista degli studenti, dal punto di vista dei docenti, e i modi di affrontare le sfide secondo gli studenti.

6.1. Problemi degli studenti

Il questionario ha affrontato i problemi che incontrano studentesse e studenti in situazioni non familiari, a scuola e in caso di difficoltà a far comprendere il proprio punto di vista. Dall'analisi dei risultati emerge chiaramente (tabella 48) come i problemi osservati dagli studenti siano più frequenti nell'ambito scolastico (11%) piuttosto che in altre situazioni non familiari (4%). I problemi incidono leggermente di più su chi ha origine migrante: il 12% sperimenta problemi nell'ambito della scuola e il 5% si confronta con situazioni problematiche in ambiti non familiari. Nell'area di Modena e Reggio Emilia, il 16% dichiara di avere problemi in ambito scolastico, il 20% per coloro che hanno un'origine migrante. È più variegato il quadro relativo ai problemi nell'esprimere il proprio punto di vista. Nell'area di Firenze e Prato i problemi sembrano pochi (5%), mentre nell'area di Modena e Reggio Emilia sono molto più diffusi (20%). Nel complesso, nell'area di Firenze e Prato si registra il minor grado di problematicità per tutti gli studenti.

Tuttavia, queste percentuali aumentano nettamente quando si analizzano non solo le difficoltà che occorrono molte volte, ma anche quelle che si verificano qualche volta. Nell'insieme, le difficoltà legate a contesti non familiari sono il 27%, e aumenta notevolmente il dato relativo agli studenti di origine migrante (36%). Per quanto riguarda i problemi rilevati in contesto scolastico o nell'esprimere

opinioni, l'aumento generale è notevole (rispettivamente 47% e 55%), ma il divario con gli studenti di origine migrante non è rilevante: per i problemi a scuola si passa dal 47% al 50%, mentre per i problemi legati alla difficoltà di espressione si sale dal 55% al 56%.

Anche tra i contesti locali emergono differenze rilevanti. Nell'area di Alessandria, tutte le categorie di problemi sono più diffuse e il divario tra studenti con e senza origine migrante è elevato, mentre a Firenze e Prato le percentuali sono più basse in tutte le categorie. In tutte le aree (Firenze e Prato, Modena e Reggio Emilia, Torino) si esprimono divari più consistenti tra studenti con e senza origine migrante solo per quanto riguarda i problemi relativi alle situazioni non familiari.

Questi risultati confermano che la scuola è un ambito sì potenzialmente problematico e conflittuale, ma al tempo stesso sicuro, per quanto riguarda la gestione e la soluzione di situazioni problematiche, che risultano più gravose nel momento in cui si verificano al di fuori del contesto scolastico.

I docenti, per parte loro, identificano i problemi che incontrano più frequentemente in una classe multiculturale, riguardanti la lingua, la migrazione, l'esperienza scolastica, la relazione con i compagni, i conflitti e i disagi. In generale, le variabili indagate riguardano: (1) la situazione di uno studente che si è trovato in una situazione non familiare e (2) la situazione di uno studente con difficoltà nell'esprimere o far comprendere il suo punto di vista.

Per quanto riguarda le situazioni non-familiari (tabella 49), i risultati mostrano come il problema principale riscontrato in classe - dal punto di vista dei docenti - riguardi le difficoltà degli studenti nell'uso della lingua italiana (80%). Oltre al problema della lingua, i docenti si trovano a confrontarsi con bambini che arrivano in classe a metà semestre (54%) e, meno frequentemente, con studenti che arrivano in classe a metà anno (32%), con conseguenti problemi di inserimento. Frequenti sono anche le sfide affrontate dagli studenti nelle attività scolastiche e nelle relazioni in classe: I problemi riguardano le difficoltà iniziali nel relazionarsi (56%) e le difficoltà con i compiti o nelle relazioni sociali (54%).

Le difficoltà nel far comprendere il proprio punto di vista o nell'esprimere opinioni sono relativamente frequenti in situazioni di conflitto (46%), quando non si sentono a proprio agio (43%) o hanno preoccupazioni personali (42%) e quando gli studenti devono difendere la propria opinione (36%). Il quadro locale è molto eterogeneo. Nell'area di Alessandria le difficoltà con la lingua sembrano avere meno peso (73%), così come in generale le sfide che i bambini e i ragazzi incontrano nell'esprimere il proprio punto di vista. Nell'area di Firenze la questione linguistica invece è molto sentita (93%), mentre le altre sfide relative alla migrazione riportano dati sotto la media: l'arrivo da altri paesi o città (35%) o l'arrivo a metà anno (33%) non destano grandi preoccupazioni. Nell'area di Modena e Reggio Emilia le sfide relative alla lingua (64%), all'arrivo da altri paesi o città (25%), all'arrivo a metà anno (6%), le difficoltà iniziali a relazionarsi (42%) sono meno frequenti se confrontate con le altre aree. Nell'area di Torino, sono rilevanti le sfide relative alla non familiarità per quanto riguarda la lingua (77%) e l'arrivo da altri paesi (60%), ma non per l'arrivo a metà anno (29%). Più frequenti che nelle altre aree sono i problemi relativi alle difficoltà di relazione (62%), o ai compiti e alle relazioni sociali (57%).

6.2. Come gli studenti affrontano i problemi che incontrano a scuola

È stato chiesto agli studenti di indicare da chi hanno ricevuto aiuto e con chi hanno collaborato in situazioni problematiche. Le due domande presentavano diverse opzioni tra cui scegliere. Riportiamo qui le quattro opzioni che sono state scelte più spesso, cioè famiglia, insegnanti, amici, altri adulti a scuola.

L'analisi dei dati (tabella 50) mostra che la famiglia è il contesto in cui tutti i bambini e i ragazzi trovano più frequentemente aiuto (37%), ma i bambini e i ragazzi di origine migrante ricevono aiuto molto meno frequentemente (16%). Altro aiuto proviene dagli insegnanti e dagli amici (22% per entrambi). Anche in questi casi, gli studenti di origine migrante dichiarano di ricevere aiuto meno frequentemente (12% dai docenti e 11% dagli amici). L'analisi dei dati locali conferma il risultato generale: in tutte le aree è la famiglia il primo riferimento per le richieste di aiuto (nell'area di Modena e Reggio Emilia 52%). Nell'area di Modena e Reggio Emilia, inoltre, gli studenti chiedono aiuto più spesso agli amici (36%) che agli insegnanti (32%),

Per quanto riguarda la collaborazione (tabella 51), gli studenti si rivolgono più spesso agli amici (30%) che non alla famiglia (25%) e agli insegnanti (17%), probabilmente a causa della maggior reciprocità che la collaborazione richiede rispetto alla richiesta d'aiuto. Anche per questo aspetto, gli studenti di origine migrante hanno meno frequentemente occasione di collaborare con tutte le categorie di soggetti indicati. Il dato si ripresenta costante in tutti i contesti locali, ma nelle aree di Alessandria e Torino, la famiglia prevale sugli amici, mentre nell'area Modena e Reggio Emilia la collaborazione con gli amici è molto più diffusa (48%).

7. Rappresentazioni dell'integrazione

La sezione finale del questionario somministrato ai docenti, ai genitori e ai mediatori riguardava il modo in cui vengono intese l'integrazione, le differenze culturali e le relazioni interculturali nella società. Queste rappresentazioni mostrano l'impatto del fenomeno migratorio sul contesto scolastico e sull'accesso ai servizi sanitari. Nel questionario sono state incluse le seguenti variabili:

1. L'Italia sarebbe migliore se i membri di gruppi diversi mantenessero il proprio modo di vivere (supporto alla varietà degli stili di vita);
2. Le persone che arrivano in Italia dovrebbero cambiare il loro modo di vivere per assimilarsi (assimilazione culturale);
3. Se i membri di gruppi diversi vogliono mantenere la loro cultura, devono tenerlo per loro stessi e non interferire nella società in cui vivono (varietà culturale come questione privata);
4. Sarebbe bello se ogni gruppo in Italia mantenesse la sua cultura (supporto alla varietà culturale);
5. Una società nella quale coesistono gruppi diversi può affrontare meglio i problemi che emergono (varietà culturale come risorsa per la soluzione dei problemi sociali);
6. Sarebbe bene per l'Italia se i migranti dimenticassero il loro passato culturale il più in fretta possibile (varietà culturale come elemento da eliminare);
7. Mescolare varie culture sarebbe il modo migliore per gestire e affrontare le differenze (supporto al *mélange* culturale);

8. Le influenze culturali e le espressioni personali si mescolano sempre (relazione tra biografia e cultura);
9. La cultura non è rilevante nella spiegazione dei comportamenti individuali (disgiunzione tra biografia e cultura);
10. L'esistenza di gruppi culturali diversi in Italia complica la soluzione dei problemi (varietà culturale come problema);
11. [solo per gli insegnanti] "Quelli" che entrano nella nostra società dovrebbero modellare e cambiare il loro comportamento per essere più simili a "noi" (contrasto alla varietà degli stili di vita).

Queste variabili possono anche essere viste come componenti di alcuni fattori fondamentali: (1) la varietà culturale come valore positivo (variabili 1, 4, 5); (2) l'etnocentrismo (variabili 2, 3, 6, 10, 11); (3) l'ibridazione (variabili 7 e 8); (4) l'irrilevanza culturale (variabile 9).

7.1. La rappresentazione dei docenti

Tra i docenti (tabella 52), i fattori che hanno ricevuto percentuali maggiori di risposte positive (d'accordo e abbastanza d'accordo) sono la *varietà culturale come valore positivo* e l'*ibridazione*. Il fattore varietà culturale come valore positivo è composto dalle variabili supporto alla varietà degli stili di vita (59%), supporto alla varietà culturale (91%) e varietà culturale come risorsa per la soluzione dei problemi sociali (91%), mentre il fattore ibridazione è composto dalle variabili supporto al *mélange culturale* (89%) e relazione tra biografia e cultura (90%). Al contrario, i fattori che hanno raccolto meno consensi sono l'*irrilevanza culturale* (21%) e l'*etnocentrismo*, composto dalle variabili assimilazione culturale (36%), varietà culturale come questione privata (39%), varietà culturale come elemento da eliminare (4%), varietà culturale come problema (24%) e contrasto alla varietà degli stili di vita (11%). Il gruppo dei docenti intervistati considera dunque la multiculturalità come un valore e ricusa nel complesso l'idea di una minaccia, sebbene si esprima, nel 36% dei casi, per un'assimilazione progressiva.

Nelle diverse aree coinvolte nell'indagine (tabella 53), emergono alcune interessanti differenze relative all'*etnocentrismo*: infatti, gli insegnanti dell'area di Alessandria fanno segnare percentuali ampiamente superiori alla media per 4 variabili su 5: assimilazione culturale (47%) (contro l'area di Firenze e Prato con il 25%), varietà culturale come questione privata (67%) (nell'area di Modena e Reggio Emilia nessun docente ha risposto di essere d'accordo o abbastanza d'accordo), varietà culturale come problema (43%) (contro il 17% nell'area di Firenze e Prato), contrasto alla varietà degli stili di vita (22%) (6% nell'area Modena e Reggio Emilia).

Anche per l'anzianità di servizio dei docenti si notano risultati significativi (tabella 54). La fascia 21-30 anni di anzianità di servizio fa segnare valori inferiori rispetto a tutte le altre per la *varietà culturale come valore positivo*: soltanto il 38% si dichiara favorevole al supporto della varietà degli stili di vita (rispetto al 59% di media) e soltanto il 67% vede la varietà culturale come risorsa per la soluzione dei problemi sociali (rispetto al 91% di media). L'*irrilevanza culturale* trova invece il minor consenso tra i docenti con minor anzianità di servizio (12%, rispetto ad una media del 22%), che al contrario mostrano percentuali di consenso superiori per quanto riguarda l'*ibridazione*. In quest'ultimo caso si vede una spaccatura tra i docenti con meno di 20 anni di anzianità di servizio rispetto a quelli con

anzianità superiore. Anche per il fattore etnocentrismo”, gli insegnanti con un’anzianità di servizio compresa tra gli 11 e i 20 anni fanno segnare i valori medi più bassi per l’assimilazione culturale (31% contro una media del 36%, per la varietà culturale come problema (16% contro una media di 24%) e contrasto alla varietà degli stili di vita (8% contro una media di 12%).

7.2. La rappresentazione dei genitori

Le variabili che hanno ricevuto percentuali maggiori di risposte tra i genitori (tabella 55) sono quelle riferite all’*ibridazione*: il 79% vede una forte relazione tra biografia e cultura e il 77% si dichiara a favore del *mélange* culturale. Al secondo posto si trova la *varietà culturale come fattore positivo*: il 77% è a favore della varietà degli stili di vita e il 77% della varietà culturale come una risorsa per la soluzione di problemi sociali. All’interno di questo fattore, spicca però la percentuale relativamente bassa (45%) di genitori che percepiscono la varietà culturale come valore positivo. Quanto all’*etnocentrismo*, il 61% dei genitori è favorevole all’assimilazione culturale e alla varietà culturale come fattore privato (55%). Circa un terzo (34%) vede la varietà culturale come un problema, mentre solo il 9% la considera un elemento da eliminare. Infine, a proposito dell’*irrilevanza culturale*, 4 genitori su 10 percepiscono una disgiunzione tra biografia e cultura.

Nell’area di Torino (tabella 56) si evidenziano risposte superiori alla media per la *varietà culturale come valore positivo*: per il supporto alla varietà degli stili di vita (54%, +9% rispetto alla media), per il supporto alla varietà culturale (85%, +8% rispetto alla media) e per la varietà culturale come risorsa per la soluzione dei problemi sociali (80%, +3% rispetto alla media). Nell’area di Modena e Reggio Emilia due valori sono invece inferiori alla media: supporto alla varietà degli stili di vita (40%, -5% rispetto alla media) e varietà culturale come risorsa per la soluzione di problemi sociali (70%, -7% rispetto alla media). In posizione intermedia si pongono le aree di Alessandria e Firenze e Prato, ma con due particolarità: nell’area di Alessandria si evidenzia la percentuale più bassa in assoluto per la variabile supporto alla varietà culturale (60%, -17% rispetto alla media) e nell’area di Firenze e Prato quella più alta per la variabile varietà culturale come risorsa per la soluzione dei problemi sociali (82%, +5% rispetto alla media).

Nell’area di Firenze e Prato, si registrano le percentuali più basse per le quattro variabili relative all’*etnocentrismo*: assimilazione culturale (55%, -6% rispetto alla media), varietà culturale come questione privata (47%, -8% rispetto alla media), varietà culturale come elemento da eliminare (7%, -2% rispetto alla media) e varietà culturale come problema (32%, -1% rispetto alla media). Quanto all’*ibridazione*, nelle aree di Alessandria e Modena e Reggio Emilia si evidenziano valori inferiori alla media, al contrario di Firenze e Prato e Torino, i cui valori sono superiori alla media. Infine, per quanto riguarda l’*irrilevanza culturale*, le aree di Firenze e Prato e Modena e Reggio Emilia presentano i valori più bassi (rispettivamente il 35% e 36%) mentre le aree di Alessandria e Torino quelli più alti (rispettivamente il 45% e il 50%).

Per molte variabili, l’origine dei rispondenti non influisce in maniera rilevante sulle risposte, ma ci sono alcune interessanti eccezioni (tabella 57). Per la variabile supporto alla varietà degli stili di vita, la percentuale è del 35% tra i genitori italiani e del 62% tra quelli di origine migrante. Per la variabile varietà culturale come questione privata la percentuale di risposte positive di genitori italiani è il 46% e quella di genitori di origine migrante il 70%. Infine, la variabile disgiunzione tra biografia e cultura

presenta una percentuale di risposte positive dei genitori italiani pari al 26% e di risposte positive dei genitori di origine migrante pari al 63%.

7.3. La rappresentazione dei mediatori

Anche tra i mediatori, la *varietà culturale come valore positivo* e l'*ibridazione* raccolgono il maggior numero di consensi, e *etnocentrismo* e *irrilevanza culturale* sono i meno condivisi (tabella 58). Per quanto riguarda la *varietà culturale come valore positivo*, presentano percentuali molto alte la variabile *varietà culturale come risorsa per la soluzione dei problemi sociali* (83%), mentre meno condivisa è la variabile *supporto alla varietà culturale* (67%). Bassa è la percentuale per la variabile *supporto alla varietà degli stili di vita* (48%, percentuale che risente del dato dei mediatori emiliani attivi in ambito sanitario, che la condividono solo nel 19% dei casi). Più omogenea è la situazione riguardante l'*ibridazione*, le cui due variabili - *supporto al mélange culturale* e *relazione tra biografia e cultura* - raccolgono rispettivamente il 78% e l'80% dei consensi.

Se l'*irrilevanza culturale* non trova grandi consensi tra i mediatori (37%), ancora meno condiviso è l'*etnocentrismo*. Nello specifico si osserva che la variabile *assimilazione culturale* vede l'accordo del 35% dei mediatori, la variabile *varietà culturale come questione privata* e la variabile *varietà culturale come problema* sono condivise rispettivamente dal 24% e dal 20% e la variabile *contrasto alla varietà degli stili di vita* dal 15%. Solo un rispondente ha mostrato accordo con la variabile *varietà culturale come elemento da eliminare*.

Quanto alle differenze tra le risposte offerte dalle diverse categorie di mediatori, oltre al caso riportato poche righe sopra, si segnala un'adesione generalmente più bassa alla *varietà culturale come valore positivo* e all'*ibridazione* da parte dei mediatori in ambito sanitario, i quali d'altra parte concordano maggiormente rispetto ai colleghi che operano a scuola sull'*irrilevanza culturale*.

7.4. La rappresentazione degli operatori sanitari

Tra gli operatori sanitari, la *varietà culturale come valore positivo* e l'*ibridazione* hanno ottenuto maggiori consensi (tabella 59). La metà degli operatori conviene con il fatto che l'Italia sarebbe migliore se i membri di gruppi diversi mantenessero il proprio modo di vivere. Più di 8 operatori su 10 vorrebbero che ogni gruppo mantenesse la propria cultura e altrettanti sono convinti che una società caratterizzata da *varietà culturale* sia meglio attrezzata ad affrontare i problemi emergenti. A proposito di *ibridazione*, il 90% degli operatori ritiene che mescolare le culture sarebbe il miglior modo per affrontare le differenze e il 78% pensa che influenze culturali e espressioni personali siano fortemente correlate. Molto meno condivise sono le variabili relative all'*etnocentrismo*: se il 43% degli intervistati ritiene che le persone che arrivano in Italia dovrebbero cambiare il proprio modo di vivere per assimilarsi, solo un terzo degli operatori ritiene che la conservazione della propria cultura di origine debba essere costretta all'ambito privato e che la presenza di gruppi culturali diversi complichino la risoluzione dei problemi; solo il 5% è inoltre d'accordo con l'affermazione secondo cui se gli immigrati dimenticassero al più presto il loro passato culturale sarebbe meglio per tutti. Infine, anche l'*irrilevanza culturale* trova scarso favore tra gli operatori sanitari: solo il 12% ritiene, infatti, che la cultura non sia un aspetto rilevante nella spiegazione dei comportamenti individuali.

L'analisi della distribuzione territoriale delle risposte degli operatori offre spunti interessanti (tabella 60). Ad esempio, la quasi totalità degli operatori che operano ad Alessandria (91%) ritiene che le

persone che arrivano in Italia dovrebbero cambiare il loro modo di vivere per assimilarsi, percentuale doppia rispetto ai colleghi di Torino (46%) e addirittura tripla rispetto a quelli di Firenze e Prato (29%) e di Modena e Reggio Emilia (29%). Più in generale, nell'area di Alessandria spiccano tutte le variabili relative all'etnocentrismo, all'ibridazione" e all'irrelevanza culturale. Ne consegue quest'area risulta quella con i valori più bassi relativi alla *varietà culturale come valore positivo*.

8. Mediazione e agency nei servizi sanitari

Questa sezione presenta l'analisi dell'agency nei servizi sanitari, dei rapporti tra operatori sanitari e mediatori, dell'organizzazione dei servizi di mediazione nel contesto sanitario e, infine, dell'agency dei giovani pazienti di diversa età, con o senza origine migrante.

8.1. La mediazione secondo gli operatori sanitari

La prima questione analizzata è la frequenza con cui gli operatori sanitari si ritrovano a lavorare insieme ai mediatori (tabella 61). Gli operatori che lavorano quotidianamente o comunque frequentemente con i mediatori sono il 45% del totale, ma questo è il risultato di una situazione molto disomogenea nelle diverse aree (tabella 62). Infatti, nell'area di Firenze e Prato la percentuale è il 71%, nell'area di Modena e Reggio Emilia è il 47%, nell'area di Torino è il 38%, mentre nell'area di Alessandria nessuno lavora con mediatori.

Il coinvolgimento di mediatori linguistico è richiesto dal medico (82%) da infermieri (80%) e caposala (66%). Meno frequenti sono le richieste da parte dell'adulto che accompagna un paziente minorenne (51%) o del paziente stesso (26%). Il 21% degli operatori ha inoltre indicato che la richiesta può pervenire anche da altre figure (psicologi, fisioterapisti, assistenti sociali, operatori socio-sanitari e insegnanti). Quanto alla distribuzione territoriale, è interessante notare che gli operatori alessandrini hanno risposto a tutte le opzioni in percentuale inferiore alla media, al contrario di quelli torinesi, le cui risposte sono superiori alla media.

Per quanto riguarda l'organizzazione del servizio di mediazione linguistica (tabella 63), nella maggioranza dei casi (61%) è emerso che i mediatori linguistici lavorano per un servizio esterno a cui la struttura si rivolge, mentre nel 37% dei casi prestano servizio all'interno dell'ospedale o dell'azienda sanitaria. L'opzione che ha fatto registrare le differenze più marcate a livello territoriale è quella relativa ai mediatori che lavorano direttamente per la struttura sanitaria, che variano dal massimo del 53% registrato nell'area di Modena e Reggio Emilia al minimo al 9% registrato nell'area di Alessandria.

La frequenza di intervento dei mediatori è molto diversa a livello territoriale (tabella 64). La frequenza è alta (spesso e qualche volta: 79%) nell'area di Firenze e Prato, mentre si abbassa nelle aree di Modena e Reggio Emilia (47%) e Torino (25%), mentre nell'area di Alessandria come detto non operano mediatori.

Quando la comunicazione con pazienti e famiglie di origine straniera avviene in assenza del mediatore (tabella 65), il 57% degli operatori comunica in una lingua diversa dall'italiano e comprensibile al paziente o agli adulti presenti (75% nell'area di Torino) e il 50% si rivolge ad altri operatori in grado di parlare una lingua comprensibile (71% nell'area di Torino). Sono pochi (17%)

gli operatori che comunicano comunque in lingua italiana, ma il 42% degli operatori si rivolge in italiano ai bambini, che traducono per gli adulti presenti, soprattutto nell'area di Alessandria (73%). Gli operatori che hanno risposto di utilizzare anche altri metodi sono il 32%: tra questi metodi, il più diffuso è il ricorso a Google translate o ad altri sistemi di traduzione online.

8.2. L'agency dei bambini dal punto di vista degli operatori sanitari

Il questionario prevedeva una serie di domande che chiedevano con chi l'operatore si relazionasse con maggiore frequenza in diverse fasi della visita (individuazione dei sintomi, spiegazione della diagnosi, spiegazione del piano terapeutico/ somministrazione dei farmaci), nel caso la visita riguardasse pazienti di diverse età (8-10 o 11-13) e di diversa origine (italiana o straniera). Inoltre, l'analisi ha approfondito il punto di vista degli operatori sanitari sulla capacità dei pazienti bambini di comunicare ed esprimersi.

Per quanto riguarda i pazienti di origine italiana e di età compresa tra gli 8 e i 10 anni (tabella 66), la risposta prevalente per tutte le fasi della visita è quella che vede l'operatore relazionarsi sia con il paziente, sia con l'adulto che lo accompagna, quando si tratta di individuare i sintomi (76%), quando si deve spiegare la diagnosi (50%) e quando si spiega il piano terapeutico (54%). Sono molti meno gli operatori che si rivolgono principalmente all'adulto quando si tratta di individuare i sintomi (17%) mentre la forbice si restringe nelle altre due occasioni. Soltanto pochi operatori si rivolgono principalmente al bambino, in tutte le fasi (dall'1% al 5%). Questi dati presentano una discreta omogeneità a livello territoriale, con l'eccezione degli operatori alessandrini che tendono a relazionarsi principalmente con l'adulto in percentuali maggiori rispetto ai loro colleghi delle altre aree.

Quando il paziente è un bambino di origine straniera (tabella 67), la percentuale di operatori che si rivolgono indistintamente al bambino e al suo accompagnatore è piuttosto simile, anche se leggermente inferiore, al caso in cui il bambino era di origine italiana: 61% per quanto riguarda i sintomi e 47% a proposito del piano terapeutico. La percentuale di operatori che si rivolge principalmente all'adulto raddoppia quando si tratta di individuare i sintomi (34%) ma rimane simile a proposito della diagnosi (45%) e del piano terapeutico (51%). Praticamente identiche sono le percentuali relative agli operatori che si rivolgono principalmente al bambino (dall'1% al 4%).

Quando il paziente ha un'età compresa tra gli 11 e i 13 anni (tabella 68), la percentuale di operatori che gli si rivolge direttamente per l'individuazione dei sintomi si quadruplica (21%) e aumenta anche in maniera evidente la percentuale di operatori che si rivolgono a sia al bambino, sia all'adulto nella spiegazione della diagnosi (76%) e del piano terapeutico (76%). Di conseguenza si riduce notevolmente la percentuale di operatori che decide di rivolgersi principalmente all'adulto (dal 24% al 5%). A livello territoriale la differenza più marcata è quella che riguarda l'abitudine a rivolgersi prevalentemente all'adulto quando si tratta di illustrare la diagnosi, che varia dall'8% di Torino al 36% di Alessandria.

Per quanto riguarda le visite di bambini di origine straniera (tabella 69), la percentuale di operatori che si rivolge sia al bambino che all'adulto (65% per i sintomi, 71% per la diagnosi e 74% per il piano

terapeutico) è molto simile a quanto visto per i bambini di origine italiana. Anche le percentuali di coloro che si rivolgono principalmente all'adulto o principalmente al bambino sono in buona sostanza sovrapponibili a quelle relative ai bambini di origine italiana, con l'eccezione degli operatori che si rivolgono principalmente all'adulto per l'individuazione dei sintomi (17% quando il paziente è di origine straniera rispetto al 5% quando è di origine italiana). Qualche differenza si nota nella distribuzione territoriale: ad esempio, gli operatori torinesi sono meno avvezzi degli altri a rivolgersi principalmente agli adulti, mentre quelli alessandrini tendono a preferire in misura maggiore degli altri il dialogo con il bambino quando si tratta di individuare i sintomi.

Agli operatori è stato chiesto anche di esprimersi a proposito della capacità dei bambini pazienti di gestire le diverse situazioni legate alla loro esperienza sanitaria, sempre in rapporto alle fasce di età già individuate e all'origine italiana o straniera del bambino. Secondo gli operatori, la capacità di comunicare e comprendere aumenta con l'aumentare dell'età dei pazienti e gli operatori sanitari considerano maggiori queste competenze - a parità di età - nei bambini di origine italiana rispetto a quelli di origine straniera (tabella 70). La competenza più sviluppata riguarda la capacità di comunicare quanto sta accadendo al bambino, con percentuali che variano tra il 74% dei bambini di origine straniera di età compresa tra gli 8 e i 10 anni e il 95% in quelli di origine italiana e età compresa tra gli 11 e i 13. Sul fronte opposto si colloca la capacità di gestire nel quotidiano la somministrazione dei farmaci, con una forbice percentuale che va dal 39% al 76%; è interessante segnalare che questo è l'unico caso in cui i bambini di origine straniera - almeno nella fascia 8-10 - sono considerati più competenti rispetto ai loro coetanei di origine italiana.

Le altre competenze (comprendere le spiegazioni del medico, comprendere come devono essere utilizzati i farmaci, comprendere come devono essere utilizzati i dispositivi medici e gestire il loro utilizzo nel quotidiano) si collocano tra questi due estremi, con percentuali che vanno dal 47% al 67% per i bambini di origine italiana tra gli 8 e i 10 anni, tra il 37% e il 51% per i loro coetanei di origine straniera, tra l'80% e il 91% per i bambini di origine italiana nella fascia 11-13 e tra il 68% e l'80% nei loro coetanei di origine straniera.

9. Conclusioni

In questa sezione conclusiva, tracciamo alcune considerazioni di sintesi che ripropongono l'analisi condotta nelle sezioni precedenti, generalizzando i risultati individuati e soprattutto avanzando riflessioni specifiche sui problemi emersi dall'indagine, che saranno poi sviluppate negli altri capitoli del volume.

9.1. L'immagine della scuola

L'immagine di scuola, pur presentando molte contraddizioni, è quella di un luogo importante per coltivare l'integrazione, anche e soprattutto facendo leva sull'agency degli studenti. Si tratta di una scuola in cui operano docenti orientati ad un lavoro educativo che tenta di favorire l'integrazione e l'autonomia degli studenti, a dispetto, talvolta, delle opportunità logistiche e dei supporti a disposizione. Una scuola frequentata volentieri dagli studenti che vi cercano socialità e apprendimenti, sebbene non vi trovino, poi, quella possibilità di porre domande e agire la propria

intraprendenza, sia in relazione ai contenuti affrontati, sia alle relazioni con gli adulti. Una scuola che necessita ancora di interventi istituzionali a sostegno della professione docente, che ha bisogno di strumenti e orientamenti chiari per affrontare le innumerevoli emergenze educative, di cui la presenza di una varietà culturale è solo uno degli aspetti.

Si tratta di una scuola nella quale, oltre alla voce degli studenti, langue la parola autentica delle famiglie e la relazione proficua tra loro e tutti gli operatori scolastici. Una scuola che, con la presenza di operatori esterni dedicati alla mediazione culturale, prova a mantenere intatta la fiducia nel proprio ruolo sociale. In questa scuola, il numero dei bambini/ragazzi di origine migrante è ormai molto elevato, ma si tratta di bambini/ragazzi la cui identità transculturale emerge chiaramente, a partire dalle considerazioni sulla “lingua madre”. Una scuola che prova a proporsi come luogo inclusivo, in cui domini curiosità reciproca, riconoscimento di una storia che ha radici altrove e che ha sedimentato saperi, competenze, parole. Per fare in modo che la storia di ciascuno possa continuare e comporsi in un’identità, anche linguistica, complessa e meticcica (Favaro 2012).

9.2. Docenti

I docenti si ritengono generalmente soddisfatti del proprio lavoro, sia per quanto riguarda la didattica, sia per le relazioni che si stabiliscono con studenti, colleghi, famiglie. La relazione con gli studenti, in particolare, è giudicata molto positivamente e i docenti dichiarano di tenere molto ai loro allievi. I docenti ritengono che la scuola sia un luogo che deve accogliere (la varietà culturale è considerata un fattore positivo), in cui si respira un buon clima relazionale, anche tra gli studenti, al di là della provenienza e della lingua parlata. Di contro, i docenti rilevano una maggiore solidarietà tra studenti che parlano la stessa lingua: un dato significativo, più di quello dichiarato dagli stessi studenti a cui è stata rivolta la medesima domanda.

I docenti sono consapevoli delle azioni messe in atto dalla scuola per affrontare le difficoltà degli studenti e, in genere, si dichiarano soddisfatti di quanto la scuola riesce ad offrire agli alunni in difficoltà, anche se evidenziano i margini di miglioramento. Le possibilità di intervento sono legate a una serie di azioni che potrebbero essere potenziate: per i docenti, ad esempio, mancano spesso strategie per affrontare le difficoltà linguistiche degli studenti all’interno della classe. Inoltre, la loro formazione risulta carente in relazione ai temi del multiculturalismo: sebbene appartenenti a scuole multietniche, pochi di loro hanno partecipato a corsi di aggiornamento sui temi specifici legati a questa emergenza.

Nonostante le buone relazioni dichiarate e il quadro generalmente positivo, i docenti ammettono, inoltre, difficoltà nella gestione dell’agency degli studenti: se si toglie il caso dell’area di Modena e Reggio Emilia - che si discosta notevolmente dalle altre - i docenti dichiarano la propria difficoltà in un approccio meno gerarchico, che faccia emergere i bisogni degli studenti, le loro opinioni, il loro sentire. Quella che viene proposta è, alla fine, una scuola in cui i rapporti tra docente e discenti rimangono gerarchici, a svantaggio di una relazione costruttiva che ponga gli studenti al centro del processo formativo. L’analisi dei dati, inoltre, rivela problemi da parte dei docenti nell’affrontare il tema dello stereotipo.

Si ha l’impressione di trovarsi di fronte a scuole in cui il livello di accoglienza è molto buono e dove la sensibilità nei confronti delle emergenze educative è molto alta, ma dove permangono difficoltà relative all’espressione autonoma degli studenti e dove permane un modello di scuola ancora sostanzialmente trasmissivo.

9.3. Studenti

Agli studenti, la scuola appare un luogo in cui si incontrano alcune difficoltà, soprattutto in relazione ai propri apprendimenti, nonostante le risposte positive relative al piacere della frequenza e all'apprendere cose nuove. La scuola è generalmente apprezzata da tutti gli studenti per le opportunità che offre di imparare cose nuove, anche se poi ci si sente più sicuri nello svolgimento dei compiti a casa rispetto alle attività in classe. Gli studenti di origine migrante frequentano la scuola più volentieri dei loro compagni, nonostante le maggiori difficoltà incontrate nello svolgimento di compiti in classe e interrogazioni e compiti a casa.

Più difficile risulta la partecipazione attiva e responsabile alla vita della scuola da parte degli studenti. Nella loro relazione con i docenti sembra, infatti, dominare l'adattamento alle relazioni gerarchiche piuttosto che il confronto e il dialogo sui bisogni effettivi: solo il 57% dichiara di manifestare agli insegnanti i propri bisogni. Il ruolo che gli studenti assumono è soprattutto orientato sulla prestazione, ai compiti e alle lezioni, lasciando in secondo piano la relazione socio-affettiva e i bisogni personali. La scuola è sentita come istituzione gerarchica, in cui la partecipazione dei bambini/ragazzi è limitata. Il 71% degli studenti pensa di poter partecipare alle decisioni e il 60% di poter esprimere le proprie idee sull'organizzazione, senza sentirsi in grado di poter, però, influire sull'ambiente scolastico. In questo quadro le difficoltà degli studenti di origine migrante sono superiori: essi dichiarano una relazione più difficile con i compagni di classe, una maggiore difficoltà nel parlare di ciò che si pensa, dei propri sentimenti e delle proprie preferenze.

L'autonomia degli studenti dipende dall'impegno e della collaborazione degli altri attori coinvolti nel processo educativo: docenti e genitori. Per quanto riguarda i docenti, la percezione dell'efficacia del proprio operato sia in generale molto alta per quanto riguarda il sostegno agli studenti nell'articolazione nel rafforzamento dei loro interessi, la promozione di discussioni autonome e l'incoraggiamento a chiarire le proprie idee e le proprie opinioni. Tuttavia, pochi dichiarano di sostenere e coordinare proposte autonome degli studenti su attività o su iniziative non direttamente riferite al loro insegnamento, incoraggiando a realizzarle. Ancora minore risulta la percentuale dei docenti che permettono agli studenti di mettere in discussione le proprie idee e le proprie decisioni. D'altra parte, le famiglie sono il luogo privilegiato dove tutti i bambini e i ragazzi trovano più frequentemente aiuto, anche se chi proviene da un contesto migratorio riceve in famiglia un minore aiuto.

9.4. Genitori

Dall'indagine emergono anche alcuni problemi di comunicazione tra genitori e docenti, a dimostrazione di uno iato tra scuola e famiglie che non è facilmente colmabile. Questa separatezza sembra riguardare, comunque, i genitori in generale, con una poco marcata differenza per i genitori migranti. La percezione che i genitori hanno dell'esperienza dei figli è più positiva di quella che effettivamente hanno dichiarato bambini e ragazzi, dimostrando che la comunicazione tra genitori e figli, da un lato, e tra genitori e insegnanti dall'altro, non è del tutto allineata.

Per quanto riguarda la comunicazione genitori/docenti, i genitori evidenziano un livello di soddisfazione decisamente superiore rispetto ai docenti, accompagnato però da un livello diverso di consapevolezza sulle criticità comunicative. Oltre ai contenuti e alla qualità del rapporto

comunicativo, emergono distanze anche in relazione ai canali comunicativi più utilizzati: se per i docenti il principale modo per mettersi in contatto con i genitori rimane quello degli incontri di persona, solo un genitore su quattro ha indicato il classico incontro di persona con i docenti come lo strumento di comunicazione più utilizzato.

Un altro aspetto diverso nelle risposte dei docenti e in quelle dei genitori riguarda la rappresentazione dell'integrazione: tra i genitori vi sono percentuali minori di accordo sulle variabili che designano la varietà come aspetto positivo e maggiori su quelle relative all'etnocentrismo. Ciò prefigura una scuola in parte scollata dalla situazione in cui opera, sostenitrice di valori che non sempre trovano un sostegno sufficiente nelle famiglie. Se la percezione dei problemi e la comunicazione tra gli attori è disallineata, allora è nella direzione dell'aumento del dialogo che ci si deve orientare, trovando soluzioni che promuovano il dialogo tra studenti, tra docenti e studenti, tra genitori e docenti, sostenendo la scuola come luogo di dialogo tra attori e di apprendimento dialogico.

9.5. Mediatori

I mediatori coinvolti nell'indagine, attivi nelle aree di Firenze e Prato, Modena e Reggio Emilia e Torino, condividono una generale soddisfazione e un diffuso apprezzamento per il proprio lavoro, più tra i mediatori attivi in ambito sanitario rispetto a quelli attivi in ambito scolastico.

Per quanto riguarda la formazione, la gran parte dei mediatori che ha ottenuto formazione specifica sia sull'interpretariato sia sulla mediazione interculturale. I mediatori padroneggiano un ampio ventaglio di lingue per comunicare con i ragazzi e le famiglie non italofone. La percezione degli operatori in ambito scolastico dei rapporti a scuola è contrastante, anche se il numero basso di questionari suggerisce cautela nel generalizzare i risultati ottenuti.

Quanto alla soddisfazione per la qualità della comunicazione, le risposte dei mediatori sono in linea con quelle dei docenti, pertanto inferiori a quanto dichiarato dai genitori. Per quanto riguarda il tema specifico della comunicazione con i genitori, sono pochi i mediatori che segnalano difficoltà e la causa principale riguarda la mancanza di canali comunicativi adeguati.

Sul tema dell'agency dei ragazzi, i mediatori danno risposte generalmente più positive rispetto ai docenti. A conferma di ciò, sono alte anche le percentuali di risposte positive alle domande volte a indagare la percezione dell'efficacia del proprio operato. Le stesse percentuali hanno riguardato la percezione dei diversi problemi che incontrano i ragazzi, problemi di cui i mediatori vengono a conoscenza nella maggior parte dei casi per conto proprio o tramite segnalazione da parte degli insegnanti. Insegnanti che sono anche il principale punto di riferimento dei mediatori per quanto riguarda la condivisione delle misure da mettere in atto per contribuire a risolvere o alleviare i problemi dei ragazzi.

Infine, per quanto riguarda la rappresentazione dell'integrazione, i fattori *varietà culturale come valore positivo* e *ibridazione* raccolgono il maggior numero di consensi, mentre *etnocentrismo* e *irrelevanza culturale* sono i meno condivisi

9.6. Operatori sanitari

Gli operatori segnalano livelli più alti di agency per i pazienti adolescenti (11-13 anni) rispetto ai bambini (8-10 anni) e, a parità di età, livelli superiori per i pazienti italiani rispetto a quelli di origine migrante. La rappresentazione dell'integrazione è sostanzialmente in linea con quella delle altre

categorie: il fattore *varietà culturale come valore positivo* e il fattore *ibridazione* sono quelli che hanno ottenuto maggiori consensi, mentre meno condivise sono l'etnocentrismo e l'irrelevanza culturale.

La media di operatori che lavorano quotidianamente o comunque frequentemente con i mediatori corrisponde al 45% del totale, ma questo è il risultato di una situazione molto disomogenea nelle diverse aree. Le figure che con maggior frequenza richiedono il coinvolgimento di mediatori linguistici sono operatori del settore sanitario. Nella maggioranza dei casi, i mediatori linguistici lavorano per un servizio esterno a cui la struttura si rivolge e in poco più di un terzo dei casi prestano servizio all'interno dell'ospedale o dell'azienda sanitaria.

9.7. Spunti operativi

Concludendo, i risultati dell'analisi quantitativa indicano alcune possibili traiettorie operative che potrebbero favorire lo sviluppo di condizioni più adeguate ai bisogni dei bambini/ragazzi di origine migrante, indicazioni applicabili, del resto, a tutti gli studenti in maniera indifferenziata.

Anzitutto, appare necessario aumentare l'agency degli studenti, affiancando i docenti nell'individuazione di pratiche che favoriscano approcci meno gerarchici alla classe e che facciano emergere i bisogni degli studenti e il loro sentire e puntare su una formazione che recuperi un ascolto attivo e costante degli studenti, unica soluzione possibile nel contesto di una società complessa e in continua trasformazione come l'attuale per definire modelli di comunicazione costantemente aggiornati perché generativi (Toschi 2011) della conoscenza necessaria per auto-orientarsi, ristabilendo una stretta connessione tra il lavoro sugli apprendimenti e gli aspetti socio-affettivi della formazione.

In secondo luogo, è importante promuovere il dialogo tra bambini e ragazzi in classe, tramite pratiche che possano sostenere la loro partecipazione allo svolgimento delle attività disciplinari, così come nel tempo libero.

In terzo luogo, è importante rafforzare il dialogo tra scuola e genitori per promuovere la consapevolezza delle opportunità della multiculturalità e del multilinguismo in classe, nell'ottica di un'integrazione tra studenti con e senza origini migranti e di un rafforzamento dell'autonomia di bambini e ragazzi.

In quarto luogo, è importante promuovere la formazione dei docenti al multiculturalismo e multilinguismo, rafforzando la loro capacità di intercettare problemi e criticità legati agli stereotipi culturali o di genere e maturare strategie per affrontarli e tentarne la gestione e risoluzione all'interno delle classi, considerate il luogo più idoneo per favorire processi di integrazione.

Riferimenti bibliografici

- Adler, P. S. (1975), *The Transitional Experience: An Alternative View of Culture Shock*. In: Journal of Humanistic Psychology 15, n. 4
- Andall, J. (2000), *Italiani o stranieri? La seconda generazione in Italia*. In: Sciortino G., Colombo A., *Un'immigrazione normale*, Bologna, Il Mulino
- Antonini, R. (2015), «*Child Language Brokering*». Pöchhacker, F. (ed.). In: Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies. London: Routledge, 48

- Attanasio, L. (2016), *Il Bagaglio: Migranti minori non accompagnati: il fenomeno in Italia, i numeri, le storie*, Roma, Albeggi edizioni
- Baraldi, C. (2020), *I sistemi della Comunicazione*, Firenze, Olschki
- Bauman, Z. (2005), *Intervista sull'identità*, Roma-Bari, Laterza
- Bennet, M. J. (ed.) (2002), *Principi di comunicazione interculturale*, Milano, Franco Angeli
- Berruto, G.; Cerruti, M. (2019), *Manuale di sociolinguistica*, Torino, UTET Università
- Bosisio, R.; Colombo, E.; Leonini, L.; Rebughini, P. (2005), *Stranieri & Italiani. Una ricerca tra gli adolescenti figli di immigrati nelle scuole superiori*, Roma, Donzelli
- Bottani, N. (2013), *Requiem per la scuola*, Bologna, Il Mulino
- Cambi, F. (2008), *Intercultura: fondamenti pedagogici*, Roma, Carocci
- Cambi, F. (2006), *Incontro e dialogo. Prospettive della pedagogia interculturale*, Roma, Carocci
- Canevaro, A.; Ceccoli, F. (2021), *Bambini mediatori delle conoscenze. Una dinamica evolutiva?* In: *L'integrazione scolastica e sociale*. 20, (1), 20-46
- Cristanini, D. (2022), *Esercizi di futuro*. In: *Scuola e Formazione*, n.5/12, 50-53
- Dal Lago, A. (2004), *Non-persone. L'esclusione dei migranti in una società globale*, Milano, Feltrinelli
- De Mauro, T. (1995), *Seimila lingue nel mondo*, Introduzione alla collana "I Mappamondi", Sinnos Editrice, Roma, 1995. Online: https://media.giuntiscuola.it/_tdz/@media_manager/2527921
- De Silvestri, D. (2022), *A proposito di inclusione*. In: *Scuola e Formazione*, n. 5/12, 61-64
- Di Nuzzo A. (2020), *Nuove identità transculturali*, Roma, Carocci
- Duca V.; Marineddu M.; Cornoldi C. (2010), *Una proposta per valutare le abilità cognitive nei bambini stranieri e per effettuare una diagnosi di DSA*. In: *Dislessia*, vol. 2, pp. 181-196
- Eurydice Italia (2019), *Integrazione degli studenti provenienti da contesti migratori nelle scuole d'Europa: politiche e misure nazionali*. Online: https://eurydice.indire.it/wp-content/uploads/2019/01/Integrazione_studenti_migranti.IT_.pdf
- Eurydice Italia (2021), *L'equità nell'istruzione scolastica in Europa: strutture, politiche e rendimento degli studenti*. Online: https://eurydice.indire.it/wp-content/uploads/2022/04/QUADERNO_EURYDICE_49_equit%C3%A0.pdf
- Favaro, G. (2012), *Parole, lingua e alfabeti nella classe multiculturale*. In: *ItalianolinguaDue* V 4, N. 1
- D'Ignazi, P. (2008), *Ragazzi immigrati. L'esperienza scolastica degli adolescenti attraverso il racconto biografico*, Milano, Franco Angeli
- D'Ignazi, P. (2015), *Ragazzi immigrati. L'esperienza scolastica degli adolescenti attraverso l'intervista biografica*, Milano, Franco Angeli
- Lapov, Z. (2019), *Laboratorio interculturale per l'inclusione: verso una modellizzazione pedagogica*. In: *Ricerche Pedagogiche*, n.211, pp. 75-94. 120
- Mancini, T. (2008), *Psicologia dell'identità etnica*, Roma, Carocci.
- Mantovan, C. (2015), *C'era una volta il ghetto di via Anelli. Analisi di un progetto di desegregazione nella città di Padova*. In Agustoni, A.; Alietti, A., *Territori e pratiche di convivenza interetnica* (pp. 75-112), Milano, Franco Angeli
- MIUR (2014), *Linee guida per l'integrazione degli alunni stranieri*. Online: www.miur.gov.it/documents/20182/2223566/linee_guida_integrazione_alunni_stranieri.pdf/5e41fc48-3c68-2a17-ae75-1b5da6a55667?t=1564667201890
- MIUR - Osservatorio nazionale per l'integrazione e l'educazione interculturale (2007), *La via italiana per la scuola interculturale e l'integrazione degli alunni stranieri*. Online: https://archivio.pubblica.istruzione.it/news/2007/allegati/pubblicazione_intercultura.pdf
- Report *Analisi del Contesto. Valutazioni generali e quadro territoriale*, 2020, progetto PRIN - Migrant children's participation and identity construction in education and healthcare. Online: <https://officinediusus.scientiatqueusus.org/wp-content/uploads/2021/09/PRIN-Report-Analisi-di-background.pdf>

- Oberg, K. (1960). *Cultural Shock. Adjustment to New Cultural Environment*. In *Practical Anthropology*, 7
- Smit, F.; Driessen, G.; Sluiter, R.; Slegers, P. (2007), *Types of parents and school strategies aimed at the creation of effective partnerships*. In: *International Journal about Parents in Education*. 1. 45-52
- Tatarella, G. (2010), *Verso la società multiculturale. L'integrazione delle seconde generazioni di immigrati*. In: *Italies*. 14, 149-167
- Toschi, L. (2011), *La comunicazione generativa*, Milano, Apogeo
- Trasberg, K.; Kond, J. (2017), *Teaching new immigrants in Estonian schools – Challenges for a support network*. In: *Acta Paedagogica Vilnensia*, 38, pp. 90-100
- Terranova, C. S. (1997), *Pedagogia interculturale. Concetti, problemi, proposte*, Milano, Guerini
- Zanfrini, L. (2004), *Sociologia delle migrazioni*, Roma-Bari, Laterza

3. La facilitazione in classe

Claudio Baraldi

1. Introduzione: le attività osservate

Sono stati video-registrati 42 incontri in laboratori scolastici: 26 in scuole primarie e 16 in scuole secondarie di primo grado, a Firenze, Modena e Reggio Emilia. Gli incontri hanno coinvolto 292 bambini e ragazzi equamente suddivisi tra maschi e femmine, che hanno anche compilato i questionari di valutazione delle attività e partecipato a interviste di classe sui risultati delle attività. I partecipanti di origine migrante, ossia nati all'estero o con almeno un genitore nato all'estero, sono il 40,3% del totale, in prevalenza femmine e frequentanti la scuola primaria. Per evitare l'essenzialismo culturale (v. Capitolo 1), non sono state identificate le nazioni di provenienza dei partecipanti, tranne nei casi in cui sono state rivelate durante le attività.

Tre laboratori hanno riguardato aspetti linguistici: (1) un laboratorio di italiano lingua seconda, facilitato da insegnanti, con piccoli gruppi di bambini/e migranti; (2) un laboratorio per valorizzare competenze in linguaggi diversi e lingue diverse e arricchire il lessico storico, facilitato da un insegnante in una classe di scuola secondaria; (3) un laboratorio di lingua inglese per discutere di promozione del turismo, facilitato da un'insegnante in una classe di scuola secondaria. Due laboratori hanno riguardato attività teatrali: (1) uno facilitato da un'esperta esterna in due classi di scuole primarie e una classe di scuola secondaria, per promuovere la conoscenza di sé e delle emozioni, la consapevolezza delle abilità espressive, migliorando le relazioni e valorizzando la diversità di espressione; (2) un altro facilitato da un'insegnante di una classe di scuola primaria, per imparare a usare il corpo e la voce, liberare la fantasia, riconoscere e controllare le emozioni, sviluppare le capacità espressive e interpretative.

Altri laboratori sono: (1) "Mediatori in classe", facilitato da esperte esterne in due classi di scuola primaria, per promuovere la gestione dei conflitti, il rispetto e la costruzione di legami affettivi, la consapevolezza delle dinamiche di esclusione e prevaricazione, la capacità di ascolto; (2) "Valorizzare le differenze per educare al rispetto", facilitato da un'esperta esterna in una classe di scuola primaria, per stimolare la riflessione su identità, caratteristiche, potenzialità e rispetto relativamente al genere, favorire l'educazione alla parità e al dialogo, combattere stereotipi, pregiudizi e discriminazioni; (3) yoga, facilitato da un'insegnante in una classe di scuola primaria, per conoscere e gestire concentrazione, attenzione, rilassamento, consapevolezza del proprio corpo e di sé stessi, favorire l'equilibrio, creare fiducia, ascolto reciproco, collaborazione e condivisione; (4) team building, facilitato dall'insegnante di educazione fisica in una classe di scuola secondaria, per sperimentare l'identificazione con animali, svolgendo giochi interattivi; (5) sulla compassione, facilitato dall'insegnante di religione in una classe di scuola secondaria, per stimolare riflessioni sulla

compassione, producendo un elaborato multimediale finale; (6) “Il giro del mondo in un paio d’ore”, facilitato da tre mediatrici culturali (indiana, ghanese e marocchina) in due classi di scuola primaria, per offrire un sostegno all’approccio interculturale, esplorando culture legate ad aree geografiche specifiche, con un riferimento esplicito alle traiettorie culturali dei partecipanti.

2. Le forme generali di facilitazione

L’analisi dei laboratori ha consentito di osservare i modi di realizzare la facilitazione dell’agency di bambini/e migranti, espressa attraverso narrazioni, iniziative personali, reazioni alle azioni di facilitazione. Si è inoltre osservato se e come la facilitazione possa produrre forme di “integrazione ibrida”, basate sull’intreccio tra espressioni e narrazioni che producono conoscenza reciproca. Ricerche precedenti (v. Baraldi, 2012, 2014a, 2014b, 2018, 2019, 2021, 2022; Baraldi & Iervese, 2017; Baraldi, Farini e Iervese, 2021; Baraldi, Joslyn & Farini, 2021) hanno identificato cinque azioni fondamentali, che possono promuovere agency e possono essere combinate tra loro in modo diverso: (1) domande che promuovono la scelta di contributi e/o narrazioni di bambini/e; (2) risposte minime, verbali e non verbali, che consentono a bambini/e di sviluppare contributi e narrazioni; (3) formulazioni, che riassumono, rendono espliciti o sviluppano il nocciolo dei contributi e delle narrazioni di bambini/e; (4) apprezzamenti delle espressioni di bambini/e; (5) commenti non valutativi sull’espressione di bambini/e. L’analisi che segue riguarda quattro laboratori nei quali la facilitazione è stata particolarmente efficace.

Gli esempi 1-2 riguardano il laboratorio sull’uso del linguaggio in una classe di scuola secondaria, coordinato dall’insegnante (Tm) che funge da facilitatore. Negli esempi, l’attività svolta viene valutata dai ragazzi. Nell’esempio 1, Tm invita a valutare l’attività evidenziando che i ragazzi sono “liberi” di esprimersi e che lui non intende suggerire (turno 1), quindi distribuisce i turni di parola. M1 prende la parola per lamentarsi dell’attività. Tm dapprima evidenzia ascolto attraverso una risposta minima (turno 5), poi sviluppa con una formulazione il contenuto espresso dal ragazzo (turno 7). F11 (migrante) propone invece una valutazione sostanzialmente positiva. Tm risponde in modo non verbale, poi invita a continuare a intervenire. Commentando il successivo contributo di M2, Tm dapprima lo ripete (turno 15), quindi sviluppa il suo contenuto con una formulazione (turno 17). Al turno 21, Tm esplicita con una formulazione anche il successivo contributo di M6 (migrante), chiedendo conferma al ragazzo (turno 23). Infine, rispondendo a M11 (migrante), Tm aggiunge allo sviluppo tramite formulazione, un commento confermativo (turno 27).

Esempio 1

1. Tm: **in questa attività cosa vi è piaciuto, cosa non vi è piaciuto, un commento e libero eh?**
non c’è cioè non c’è (..) non suggerisco niente io allora e M1 facciamo un ordine di allora M1, F11, M2, M6, M12, e F4 e:m e elicottero
2. ((risatine))
3. Tm: M1

4. M1: allora è stato molto faticoso incrociare tutti gli impegni che avevano tutti, incontrarci in centro, poi è stato proprio faticoso perché alcune persone litigavano su cosa (?) e che cosa fare
5. Tm: mh
6. M1: sì
7. Tm: **cioè l'organizzazione è stata un po' faticosa ok** e: F11
8. F11: allora sì anche da noi c'è voluto un po' per avere: un orario, e:: e:: però poi e: ci siamo: siamo riusciti a lavorare bene, e: non c'erano subito tutti, e: mancava qualcuno però comunque siamo riusciti a fare un buon lavoro
9. Tm: **((annuisce)) ok** (..) boh chi avevo detto?
10. M?: e: M6 mi pare
11. Tm: no M2
12. M2: e: noi
13. Tm: **M2 e poi dopo ((fa un gesto circolare))**
14. M2: anche noi abbiamo avuto difficoltà nell'incontrarci, perché: avevamo detto alle quattro e mezza poi abbiamo detto alle cinque e alle cinque e mezza, e dopo non era molto difficile in realtà
15. Tm: **non era molto difficile**
16. M2: però abbiamo fatto (?) e:: poi abbiamo (?) il testo (?) l'organizzazione era quella più difficile
17. Tm: **era più difficile trovare un momento buono che non poi in pratica mettere in pratica**
18. M2: in realtà era cioè (noi c'avevamo tutti i fogli) (?) e l'abbiamo fatto
19. Tm: **((annuisce))** eh M6
20. M6: eh boh eh da noi è andata abbastanza bene perché però io em non mi avevano avvisato, cioè mi avevano avvisato però nel telefono vecchio che non (ho) più adesso, e quindi non avevo
21. Tm: **c'è stato un problema di comunicazione**
22. ?: come (?)
23. Tm: e: ((fa un cenno con la mano a chi parla indicando di fermarsi)) dopo vengo da te (..) va bene? ((a M6))
24. M6: ((annuisce))
25. Tm: M11
26. M11: e: anche noi all'inizio non sapevamo che fare visto che M6 non entrava (e poi dovevamo organizzare il comico e alla fine ci siamo riusciti,) em: basta
27. Tm: **mh e il fatto di dare un ruolo comico che l'avevo detto io forse un po' all'inizio**

Nell'esempio 2, Tm esordisce nello stesso modo dell'esempio 1. F2 (migrante) spiega la difficoltà a incontrarsi e a svolgere l'attività, ma poi ne sottolinea l'aspetto divertente. Tm ascolta in modo attivo attraverso una risposta minima (turno 2), poi esplicita con una formulazione il contributo di F2. Successivamente, Tm raccoglie una battuta per esplicitarne il contenuto attraverso una formulazione ironica. F4 (migrante) esplicita alcune altre difficoltà che Tm ripete per poi commentare in modo affettuosamente ironico (turni 15 e 17). Tm ironizza anche sulla registrazione (turni 19 e 21), rispondendo al commento preoccupato di M6 (migrante). Un'altra ragazza riprende la valutazione sottolineando sia la propria soddisfazione, sia alcune difficoltà (turno 22) e Tm conferma.

Esempio 2

1. T1m: **ok la domanda è commentare l'attività ok? Liberamente allora tocca a F4, poi: F12, poi M6, F2**
2. F2: allora è (stato) difficile vederci e perché alcuni avevano dei problemi, e poi è stato difficile trovare le parole per fare la scenetta e farla comica
3. T1m: **[mh**
4. F2: [cioè e e poi (non so faceva ridere perché stavamo ridendo) facevamo già ridere perché stavamo ridendo
5. T1m: **faceva già ridere il fatto di doverla fare era già un po' comico infatti (poi)**
6. ?: e poi perché veniamo da Creta
7. T1m: venite da?
8. Alcuni: Creta
9. T1m: Creta?
10. Alcuni: ((ridono)) perché siamo cretini
11. T1m: **venite da Creta siete tanti creti- e creti- e cretesi scusa F4 a posto?**
12. F4: e poi e vediamo e
13. T1m: **va beh fai il secondo giro se non ti ricordi**
14. F4: e: in pratica avevamo fatto cioè era difficile molto difficile da trovare le parole giuste perché non siamo astronomi e cose del genere
15. T1m: **non siete astronomi va beh astro- siete però**
16. ((risate e commenti))
17. T1m: **non tut non fino alla fine**
18. M6: prof sta registrando
19. T1m: sta ((si mette una mano sulla fronte))
20. ((risate))
21. T1m: ((ricercatrice)) lo tagli va bene (.) elicottero
22. F?: allora a me sinceramente è piaciuto fare questa attività però magari mettere le idee ((con una compagna)) insieme e dividerle magari ci ha un po' (.) inceppato
23. T1m: **è difficile ((annuisce))**

Negli esempi 1-2, la facilitazione è basata su una distribuzione attiva ed equa della partecipazione, che permette ai ragazzi di esprimersi. I loro contributi sono confermati da risposte minime sistematiche che rendono evidente l'ascolto, e sostenuti da formulazioni che rendono esplicite o sviluppano le narrazioni. Talvolta, il facilitatore propone anche commenti ironici che contribuiscono ad alleggerire il clima e che segnala un rapporto positivo con la classe, nell'ambito di una comunicazione affettiva.

Gli esempi 3-4 riguardano il laboratorio di mediazione dei conflitti. L'esempio 3 è tratto da una fase in cui ciascun bambino chiede qualcosa a un altro bambino, relativamente ad azioni specifiche che ha notato nella comunicazione. F7 (migrante) chiede a F2 (migrante) perché appare triste e solitaria, ricevendo conferma da un altro bambino. F7 prosegue usando la prima persona plurale, dichiarando così la propria inclusione nella classe e tentando di includere anche F2. Tuttavia, F2 afferma di non

avere voglia di stare con altre persone (turno 4). F7 insiste, seguita da M3, F2 rifiuta il commento di M3 e F7 le chiede di chiarire. Al turno 10, la facilitatrice, che ha lasciato che la conversazione procedesse, richiama l'attenzione di F2, (1) sviluppando la risposta di F2 attraverso una formulazione interrogativa, (2) ipotizzando un'interpretazione, (3) invitando F2 a spiegare le proprie emozioni. Poiché F2 non risponde, la facilitatrice riformula il proprio contributo in forma interrogativa (turno 12) e F7 precisa nuovamente il proprio punto di vista (turno 13). Data la persistente esitazione di F2, la facilitatrice produce un secondo turno complesso nel quale (1) sottolinea il diritto alla scelta di F2, (2) evidenzia la sensibilità di F7 per F2, (3) invita di nuovo F2 a esprimersi (turno 14). La facilitatrice orienta poi la conversazione alle aspettative di F2, che continua a esitare, e al suo rapporto con F7 (turno 20), per poi cercare ancora di capire il significato dell'esitazione di F2 (turno 22). F2 risponde nuovamente in modo interlocutorio e la facilitatrice completa la sua risposta, ricevendo conferma, per poi rivolgersi a F7 chiedendo se è disponibile ad accettare la mancata risposta di F2 (turno 26). F7 ribadisce la propria preoccupazione e la facilitatrice enfatizza nuovamente la sua sensibilità come risorsa per F2 (turno 30). La sequenza si chiude con la ricezione di F2 e la chiusura minima della facilitatrice, che annuncia il cambiamento di tema.

Esempio 3

1. F7: sì (2.0) (nome italianizzato). Volevo chiedere una cosa a F2 (.) perché sei (.) nell'ultimo tempo sei un po' triste sempre da sola
2. M?: è vero
3. F7: noi ti chiediamo di (?) con noi
4. F2: non (?) eh voglia di stare con con altre persone
5. F7: noi ma noi quando noi ti chiediamo perché tu di solito stai da sola sei triste così
6. M3: ha la faccia triste
7. F2: la faccia non indica sempre la tristezza hm
8. F7: in che senso?
9. ((parlano tutti insieme))
10. FACf1: F2! F2! (2.0) **quindi secondo te, diceva F7 (..) non ha letto bene la tua emozione in questo mom- in questo caso? Ci vuoi provare a spiegare un po' meglio? Perché magari ti hanno vista in quel modo però magari tu non eri in quel modo lì magari (.) vuoi provare a spiegare a loro invece cosa sentivi in quel momento (3.0) cioè non eri triste stavi dicendo (..) come ti stavi sentendo?**
11. F2: ((si tocca la mascherina come se stesse pensando))
12. FACf1: **avevi i tuoi pensieri? perché loro ti stavan dicendo (..) non non venivi a giocare con noi, giusto? non avevi voglia di stare in compagnia?**
13. F7: stava sempre da sola
14. FACf1: **stavi semp- magari (.) oh è un diritto di tutti eh avere i propri momenti magari anche di solitudine, di riflessione (2.0) vuoi provare a dirci qualcosa senza entrare nei dettagli se non te la senti eh! (2.0) o anche direttamente a F7 che te l'ha chiesto, secondo me è stata molto: (..) eh come posso dire, molto attenta! e anche sensibile nei tuoi confronti ne:l chiederti questa cosa (..) che ne pensi tu? Te l'aspettavi questa domanda?**
15. F2: sì
16. FACf1: **te l'aspettavi, okay. Siete amiche tu e F7?**

17. F2: hm hm
18. FACf1: **okay e te l'aveva mai fatta questa domanda?**
19. F2: hm sì sì
20. FACf1: **okay**
21. F7: faccio sempre queste domande (?)
22. FACf1: **perché non te la senti di rispondere adesso, perché siamo qui nel cerchio o in generale proprio non te la senti di rispondere?**
23. F2: alcune volte rispondo, ma:
24. FACf1: **alcune volte non ti va**
25. F2: sì
26. FACf1: **okay (3.0) A te F7 questa cosa sta bene insomma? rispetti che**
27. F7: sì è solo che mi preoccupa che è sempre triste così (..) quasi un mese!
28. FACf1: **ma tu gliel'hai detto, no che sei preoccupata per lei?**
29. F7: eh
30. FACf1: **è una cosa è una cosa bella! che ti sta dicendo che ti sta dicendo F7, che comunque c'è lei (..) quindi, quando tu vorrai aprirti (..) sai che c'è nella classe (.) una o due persone tre non so quante (.) che ci saranno per ascoltarti! okay?**
31. F2: ((fa cenno di sì))
32. FACf1: **okay**

L'esempio 4 è introdotto da una domanda della facilitatrice sulla presenza di forme di mediazione nella classe (turno 1). M4 (migrante) risponde con l'esempio di un gioco (turni 4, 6 e 8), aiutato da M5 (turno 7). La facilitatrice esplicita il contenuto dei turni di M4 e M5 con una formulazione (turno 9) che avvia una serie di contributi sulle strategie di gioco da parte di cinque bambini e bambine, tra cui due migranti (M4 e F4). La facilitatrice alterna risposte minime che incoraggiano i racconti (turni 11, 21, 23, 26 e 28) e formulazioni che li sviluppano (turni 13, 30, 32, 34, 39 e 41), chiudendo con una conferma e passando il turno a una bambina (turno 43).

Esempio 4

1. FACf1: **c'è qualcuno che a volte si mette in mezzo e fa un po' da mediatore e cerca di (..) ((agita la mano sinistra)) placare un po' le acque e dice (.) insomma (..) cosa dite qua?**
2. ((voci sovrapposte))
3. F1: (?) poi stoppiamo il gioco
4. M4: per esempio (.) una cosa che fa il (.) il mediatore si dice?
5. FACf1: sì
6. M4: è (.) quando giochiamo ad acchiapparella e si litiga per esempio dice sono io, va be' facciamo che adesso ti tocco oppure i hm
7. M5: dai ricominciamo
8. M4: cioè sì 'na cosa del genere
9. FACf1: **ricominciamo cioè cerca di trovare un po' una soluzione per (..) evitare per stoppare un po' quel momento in cui uno dice no mi hai preso no non mi hai preso**
10. M5: se no diamo un po' il tempo
11. FACf1: **ah okay**

12. M4: poi ogni tanto qualcuno continua continua continua e gli altri si stufano e
13. FACf: **e se ne vanno cambiano gioco (2.0)** vai ((a F4))
14. F1: se no quelli rimangono lì
15. FACf1: **spetta F1 che c'era**
16. FACf2: F4
17. FACf1: F4
18. F4: io (.) il più delle volte in giardino facevo dei piccoli (?) quando le persone hanno iniziato a (?) a spingersi oppure quand- capita molto spesso di litigare quando si gioca a nascondino
19. FACf1: oppure s-? non ho capito
20. F4: capita molto spesso
21. FACf1: **sì**
22. F4: di litigare quando giochiamo a nascondino
23. FACf1: **ah okay**
24. F4: perché quando qualcuno (?) dopo (?) dopo si rifiuta di contare di nuovo (?)
25. F1: oppure dice ecco non mi hai visto io (?) no si litiga
26. FACf1: **si litiga eh sì**
27. F1: perché magari qualcuno non gli piace perdere
28. FACf1: **eh brava anche perché**
29. F1: anche a me qualche volta è successo che non, non riesco a perdere
30. FACf1: **sì eh? ti succede F1 eh è difficile mollare perdere dire va beh dai mi hai preso smetto di giocare**
31. F11: oppure sempre quando giochiamo tipo a nascondino e c'è qualcuno magari se la prende con uno tipo che fa qualcosa che non no non li va bene a questa persona che sta contando e cerca (.) e in tutti i modi di tanare prima lui per poi pe- per poi farlo contare (..) e e quindi cioè (.) anche se tipo non l'ha tanato dice, cerca sempre un modo per fargli cioè fare fargli contare
32. FACf1: **ah okay quindi cerca sempre di mettere la stessa persona a contare perché contare è po' barboso**
33. F11: eh non c'è nessuno che ha
34. FACf1: **a nessuno piace contare**
35. M1: un mio amico del palazzo
36. M4: in senso che dice tana prima lui così
37. FACf1: **non ho capito M4 tana prima lui?**
38. M4: allora noi di solito (contiamo) alla regola che non è che si fa (scalo) chi viene tanato per primo, conta e:: per esempio c'è hm (.) chi (.) hm dice tana eh tot così conta dopo lui
39. FACf1: **ah okay (.) okay okay (2.0) quindi trovate le strategie per riuscire a fare un po' quello che volete**
40. M4: eh
41. FACf1: **perché è più difficile è più difficile stare nel gruppo quando ognuno vuol far quello che vuole**
42. M4: perché alcuni poi cambiano le regole tipo uno eh:: magari eh si dimenticano apposta di chiamare uno (.) e si si raggruppano tipo scelgono una nuova regola di un gioco inventato però (.) e poi vanno di giocare e con la persona che ancora non sa la regola poi eh viene tanato e per un motivo che lui non sapeva che si poteva fare così

43. FACf1: **okay (.) vai ((a F1))**

Gli esempi 3-4 rendono evidente l'importanza delle formulazioni, delle risposte minime, delle richieste di chiarimento e delle ipotesi sui contributi di bambini/e, quindi l'esplorazione delle narrazioni e la costruzione di storie alternative, basate sulle ipotesi. Un altro aspetto interessante è la collaborazione di bambini/e, in particolare di origine migrante, alla costruzione delle narrazioni. In particolare, è importante il sostegno alla partecipazione attiva di bambini/e di origine migrante. La facilitazione fa emergere le emozioni dei bambini, anche quando il loro coinvolgimento ha scarso successo.

Gli esempi 5, in due parti, e 6 riguardano il laboratorio sull'identità di genere. Nell'esempio 5a, la facilitatrice pone una domanda sulla lunghezza dei capelli, richiamando un'affermazione precedente di M1, quindi interloquisce con M1 e M2 (migrante) (turni 2-5) che riaffermano la differenza di genere. Al turno 6, richiama un dissenso precedente su questo punto e invita M6 (che ha alzato la mano) a esprimersi, poi produce una risposta minima e dà la parola a M2 (turno 8), il quale si unisce a M6 nel disaccordo sulla diversa lunghezza dei capelli (turni 11, 13 e 15). La facilitatrice suggerisce che queste osservazioni possono basarsi su esperienze (turno 14), quindi produce una formulazione che è riassuntiva, ma intende anche sviluppare la posizione di dissenso (turno 16), promuovendo il contributo di F4 (migrante) che ribadisce la mancanza di differenze. La facilitatrice produce una formulazione analoga alla precedente (turno 19) e M4 (migrante) sostiene, sulla base della propria esperienza, che non esistono maschi con i capelli lunghi (turno 20). La facilitatrice non commenta, proseguendo nella distribuzione dei turni. F2 (migrante) evidenzia che lei, benché femmina, ha i capelli corti (turno 31). Anche M6 sottolinea che la differenza non esiste, affermando che vorrebbe avere i capelli lunghi. La facilitatrice sviluppa questo contributo con una breve formulazione (turno 36).

Esempio 5a

1. FACf: **Allora M1 dice tendenzialmente no? sono le femmine che hanno i capelli?**
2. M1: più lunghi
3. FAC1f: **più lunghi e i maschi?**
4. M1: più corti
5. M2: più corti
6. FACf: **qualcuno non era d'accordo (.) vai M6 ((mano alzata))**
7. M6: e: io non sono d'accordo con questa cosa perché (.) em mio zio, che ha (.) è uomo, ha i capelli lunghi ma non lunghi così ((si indica le spalle))
8. FACf: **mh mh**
9. M6: lunghi tanto
10. FACf: M2
11. M2: (.) anch'io non sono d'accordo che le femmine le donne hanno (.) più capelli perché come ho detto prima, alla materna ((nome)) c'aveva tipo dei capelli che gli arrivavano: ((si indica metà braccio)) fino a qua
12. FACf: quindi hai [vist-
13. M2: [e era un maschio

14. FACf: **avete delle esper[ienze]**
15. M2: [gli arrivavano: ((continua a indicare)) fino qua tipo i capelli alla materna
16. FACf: **quindi abbiamo due esempi di due persone che hanno visto dei maschi con i capelli lunghi, vai F4**
17. F4: e: io e (ho visto) un uomo marrone che aveva fatto una treccia che i suoi capelli arrivavano ((si indica sotto il gomito))
18. ?: ah!
19. FACf: **ok, quindi un altro esempio di uomini con i capelli lunghi, vai M4**
20. M4: io dico che non esistono delle persone con i capelli lunghi perché io non l'ho mai visto (.) ne- nella mia vita non ho mai visto una persona che per esempio i capelli li ha lunghi (.) ma così sì però più lunghi del: [normale no
21. FACf: **[dici un maschio?**
22. ((commenti))
23. F1: un maschio o una persona non ho capito?
24. M4: un maschio
25. F1: ah ok!
26. Alcuni: ah!
27. ((commenti, fanno un nome di un maschio non della classe))
28. FACf: **vai F2 avevi la mano alzata F2?**
29. F2: sì
30. FACf: vai vai
31. F2: infatti e: non sono d'accordo perché cioè prima anch'io avevo i capelli corti tanto corti cioè che: anche: m: anche: (chi) che ha detto che le femmine hanno i capelli più lunghi nel mio caso non è vero
(2.0)
32. FACf: vai M6 poi
33. M6: em
34. FACf: M3
35. M6: mio zio, è uno zio che abita in Spagna, ha i capelli lunghi e infatti me li vorrei fare anch'io lunghi come ce li ha lui
36. FACf: **perfetto, ti piacciono, M1**

Nell'esempio 5b, continuazione di 5a, M1 si allinea alla posizione favorevole alla differenza (turno 38), attivando un conflitto con F1 (migrante) (turni 39-47) che coinvolge anche M5. M6 riprende l'argomentazione contro la differenza (turno 48), ma M4 ribadisce la sua esperienza (turno 49). La discussione continua finché interviene l'insegnante per sottolineare la volontà di altri di intervenire (turno 57). La facilitatrice, rimasta a lungo silenziosa, torna quindi a distribuire i contributi (turni 59 e 63). I bambini tendono a sottolineare la mancanza di differenze: in particolare M3 (migrante) fa riferimento alla propria esperienza nel paese di origine, resa esplicita con una breve formulazione della facilitatrice (turno 71) e ripresa e confermata da F4, seguita da una nuova formulazione della facilitatrice (turno 76). Intervengono poi F2 (migrante), che parla delle scelte della madre per esprimersi contro la differenza, e M4, che ribadisce la sua esperienza della differenza. Infine, la facilitatrice riassume con una formulazione i punti di vista espressi nella classe (turno 90), suggerendo

anche che la differenza è prodotta dai media e che non corrisponde alle esperienze più diffuse. Questo suggerimento finale riflette la prospettiva della facilitatrice, ma è riferito al contributo di M1 (turno 37), che la facilitatrice seleziona come particolarmente efficace proprio perché in favore della differenza.

Esempio 5b

37. M1: in questa classe io dico solo cioè si capisce che la differenza c'è se guardi e te e gli altri maschi c'han tutti i capelli corti anche ((nome)) sono un po' lunghi ma non gli arrivano sotto le spalle (.) invece se guardi le femmine ce li han tutti lunghi
38. F1: sì
39. M1: che gli arrivano sotto le spalle
40. F1: ((alza il dito e si sporge verso M1, lei ha i capelli corti raccolti in treccine)) eh
41. Alcuni: eh F1! ((ridacchiando))
42. M1: ti arrivano alle spalle
43. F1: no!
44. ?: guarda che ce li ha più sotto
45. F1: ((si gira per mostrare i capelli da dietro))
46. M5: quelli dietro ok però
47. ((commenti))
48. M6: se a casa di M4 e a casa tua ci sono quelli con i capelli corti, (.) ma se esci e trovi gli uomini con i capelli lunghi, cioè
49. M4: io non li ho mai visti
50. ?: secondo me
51. ?: quelli che fanno la rasta?
52. ((commenti))
53. M1: c'ha i capelli qua ((si indica l'orecchio))
54. M6: eh sì ma sono lunghi
55. M1: ah:! Perché lunghi se arrivano all'orecchio sono lunghi [per te
56. M5: [va beh ma la maggior parte non abbiamo detto che nessuno può avere i capelli lunghi la maggior parte però li ha corti
57. T2f: e: c'è anche qualcun altro che vuole intervenire attenzione
- 58. FACf: vai F5 poi M3**
59. F5: cioè ci sono anche le femmine o le donne che hanno: i capelli cortissimi
60. ((commenti))
61. F1: oppure sono pelate è vero
62. F2: eh sì è vero!
63. FACf: vai M3
64. M3: tipo io, in Ghana prima andavo a scuola - quando andavo a scuola in Ghana, tipo le femmine
65. F4: sì [(?)
66. M3: [si dovevano tagliare tutti i capelli
67. F4: sì maestra (?)
68. M3: erano: (?)

69. ((commenti))
70. FACf: **quindi con i capelli corti**
71. M3: sì se c'avevano tipo i capelli lunghi, erano non le tenevano a scuola
72. ?: ah!
73. ?: davvero?
74. F4: perché a scuola vicino alla mia scuola c'era una scuola di media, e se tu avevi i capelli lunghi li tagliavano era obbligatorio
75. FACf: **era obbligatorio**
76. ((commenti))
77. FACf: vai F2
78. F2: infatti mia mamma ha i capelli lunghissimi però infatti se li è tagliati per fare tipo come M2 più o meno, infa[tti lei
79. M2: [tipo qua?
80. F2: sì infatti lei se li è tagliati per una scelta cioè ((gesticola)) o altrimenti se aveva ancora i capelli lunghi sarebbero più o meno come quelli di F5 perché poi crescono crescono crescono poi ((gesticola))
81. FACf: **all'infinito**
82. ?: mia mamma (?)
- 83. FACf: vai M4**
84. M4: no ma per esempio anche le: le donne per esempio quando ha detto F5, e: quello che ha detto F5, io non ho mai visto neanche donne che hanno i capelli corti
85. F1: ho visto una donna pelata
86. Alcuni: anch'io
87. ?: io no
88. FACf: **F6**
89. F6: secondo me questa cosa cioè non è vera perché (.) mia zia, ha i capelli così ((se li indica fino alle orecchie)) e all'asilo ce li avevo anch'io i capelli così
90. FACf: **allora dalle vostre esperienze abbiamo sia coloro che hanno visto dei maschi coi capelli lunghi o delle femmine con i capelli corti, chi invece non li ha mai visti, c'è qualcuno che è d'accordo e qualcuno che qualcuno che non è d'accordo, sicuramente l'idea cresciamo con l'idea che le femmine devono avere i capelli lunghi e i maschi i capelli corti questo è un po' quello che dice M1 è un po' quello che ci viene sempre detto e insegnato ma, dall'altra parte, come dite voi, le nostre esperienze ci mettono un po' in discussione quest'idea che ci viene in certo de- in un certo senso detta fin da subito lo vediamo nei cartoni animati, nei film**

Nell'esempio 6, si parla di forza fisica e prestazioni di maschi e femmine. La facilitatrice alterna la distribuzione dei turni (turni 1, 13, 20, 28, 30, 36, 45, 57, 65) a brevi formulazioni che rendono espliciti i contributi di bambini/e (turni 7, 15-17, 22-24-26, 43, 47-49, 67-69), poche ripetizioni (turni 13 e 52) e un'unica richiesta di chiarimento (turno 38). I contributi di bambini/e di origine migrante sono molto numerosi (turni 4-6, 11, 14-16, 21-23-25-27, 31-33-35, 37-39, 42-44, 51, 55, 58-60, 63, 66-68), quasi tutti basati su narrazioni di esperienze personali nel paese di emigrazione, che smentiscono la differenza di forza fisica tra maschi e femmine. Al turno 71, la facilitatrice sviluppa

il turno di M1 con una formulazione che evidenzia la possibilità che le femmine siano più forti dei maschi, riflettendo così la prospettiva generalizzata nella classe.

Esempio 6

1. M7: tipo anche le femmine possono essere forti tipo tu ti ritrovi una femmina muscolosa, forte: veloce, ste cose, appena si infuria con te, basta che ti fa stush ((mima un pugno)) e ti spedisce chissà dove
2. ((risate e commenti))
3. FACf: F2
4. F2: io invece tipo io mi credo forte perché per la maniera in cui alcune volte parlo ai miei genitori tipo una maniera un po' pesante (.) i miei genitori dicono che sono tipo più un gorilla che una bambina di dieci anni
5. FACf: ((ride))
6. F2: che parlo in una maniera invece di parlare in un'altra cioè ((gesticola))
7. FACf: **ok quindi tu ti senti forte**
8. ((commenti))
9. FACf: M6 avevi la mano alzata prima
10. M6: e: volevo dire che una volta mentre stavo giocando a (.) calcio, em stavamo iniziando sta partita, e a un certo punto è arrivata sta femmina, em che ha fatto vincere l'altra squadra (.) quindi le femmine possono essere anche più forti dei
11. F2: maschi
12. M6: dei maschi
13. FACf: **dei maschi (.) M3**
14. M3: tipo anche da noi cioè abbiamo giocato contro il Sassuolo femminile, c'era questa femmina, che tipo: em (.) faceva tutti i goal quasi tutti i goal lei tipo (.) em stava battendo rigore e il nostro portiere che credeva che l'avrebbe tirata piano piano stava immobile, tipo faceva finta che non sarebbe arrivata fino in porta, em la femmina em l'ha tirato forte è arrivato fin dove il nostro portiere e vinco- e cioè perdono lo stesso, però quasi recuperano
15. FACf: **ok (.) quindi lui pensava che lei non [potesse essere così forte**
16. M3: [appunto
17. FACf: **così capace di fare goal, e invece**
18. St: han vinto
19. St: hanno fatto vincere l'altra squadra
20. FACf: M2
21. M2: volevo dire che in un video c'era una ragazza che giocava a calcio femminile come centrocampista, che in un video faceva rigori, e era forte tirava forte, e invece il portiere ogni volta, (.) diceva "la paro la paro" e dopo gli faceva quasi sempre goal
22. FACf: **ok quindi anche lui pensava che lei non potesse essere capace**
23. M2: ((annuisce))
24. FACf: **e invece**
25. M2: e [invece non è vero
26. FACf: **[è riuscita**
27. M2: gli ha fatto gli ha fatto goal

28. FACf: M5 poi M4
29. M5: allora allora il gioco della muffa e devi collaborare con l'altro compagno per prendere una femmina o un maschio, ed era difficile perché se sei veloce e l'altro è un po' più è un po' più lento, di te, tu devi cercare con il tuo compagno non è che tu lo puoi lasciare e andare solo te e puoi prendere e poi (?) è difficile non è che solo perché non ti prendono perché ci sono due in una coppia vuol dire che e i ma- i tipo non ti prendevano così (.) perché devi collaborare e se tu sei velocissimo ma l'altro è lentissimo, e comunque devi, quello non riesce a correre, alla tua velocità, allora non riesci a prendere non riesci a prendere quello che volevi prendere
30. FACf: ok, vai M4
31. M4: però dipende anche da dipende da quanto sport fai per esempio uno non nasce muscoloso uno nasce e nella sua vita fa sport finché non diventa (.) forte
32. FACf: **mh mh**
33. M4: cioè uno non nasce fortissimo nasce debole e nella nel suo crescere fa sport e migliora la sua forza
34. FACf: **certo**
35. M4: uno non nasce (veloce)
36. FACf: M2
37. M2: volevo dire che io quando abitavo quando ero in affitto perché nella casa di prima ero in affitto, io facevo aikido, che era vicinissimo, e lì si poteva fare calcio, si poteva fare hockey, si poteva fare di tutto
38. FACf: **e c'erano delle femmine che facevano questi sport?**
39. M2: ((annuisce))
40. M7: (?) karate e ci son tantissime femmine
41. FACf: ok
42. M2: cioè tipo ((nome)) una mia compagna di aikido, che era tipo cintura viola e io me la sono
43. FACf: **quindi era fortissima**
44. M2: ((annuisce)) e me la son presa l'anno scorso io la cintura viola
45. FACf: F3
46. F3: io quando facevo ginnastica ritmica c'era e un giorno era venuto un maschio a provare ginnastica
(..)
47. FACf: **quindi anche i maschi possono fare ginnastica**
48. F3: sì
49. FACf: **così come le femmine possono giocare a calcio**
50. ((commenti))
51. M2: sì tipo c'è il calcio femminile
52. FACf: **c'è il calcio femminile, F6,**
53. F6: cioè da me a danza, a danza moderna, ci sono dei maschi (.) che fanno cioè che bal che ballano
54. FACf: **sì**
55. M2: fan danza
56. St: sì
57. FACf: vai M3 e poi F2

58. M3: em: tipo la nostra maestra Tf1 tipo ha steso un maschio perché aveva steso un maschio prendendolo e buttandolo a terra
59. ((commenti))
60. M3: stavano facendo karate, la maestra Tf1
61. Tf2: karate o judo?
62. Molti: judo ((commenti))
63. M3: l'aveva presa, l'ha buttato giù (e gli ha dato la mano sul campo) (?)
64. ((commenti))
65. FACf: F2 poi M1 poi F4
66. F2: io infatti visto che faccio anche basket e pattinaggio artistico, e pattinaggio anche sul ghiaccio, infatti io e sono capitata in un giorno con un maschio, e io non pensavo che c'erano anche i maschi ma no invece c'erano più femmine che maschi, ho detto "ah! allora non ci sono (.) meno femmine! (.) ah!"
67. FACf: **ok quindi hai visto che tutti possono**
68. F2: ((annuisce))
69. FACf: **fare tutti tutti gli sport M1**
70. M1: io quando facevo judo mi ricordo che e c'erano anche delle femmine, però erano più i maschi, e: e mi ricordo che quando facevamo tipo una specie di combattimento così, e di solito e io vincevo sempre solo che c'er- e quasi sempre quindi i miei compagni perdevano anche contro e delle bambine che erano appena arrivate
71. FACf: **quindi può essere sicuramente una questione di allenamento ma a volte le femmine no? possono essere anche senza allenarsi più forti (.) di un maschio (.) abbiamo appunto visto l'esempio di M1 (.) vai F4**

Gli esempi 5-6 evidenziano l'importanza delle ripetizioni e delle risposte minime, della distribuzione dei turni e delle formulazioni, spesso brevi, che esplicitano o sviluppano le posizioni dei bambini, in particolare quelle che manifestano assenza di stereotipi. La conversazione è molto fluida e si produce una collaborazione tra facilitatrice e bambini/e nella produzione di narrazioni o nella richiesta di chiarimenti. È evidente l'agency dei bambini di origine migrante.

Nel laboratorio di yoga, la facilitazione è basata sulla manifestazione di interesse e apprezzamento nei confronti dei punti di vista di bambini/e. Nell'esempio 7, la facilitatrice invita i bambini a proporre delle buone notizie. F1 (migrante), dopo aver negato di avere buone notizie, rispondendo alle domande della facilitatrice, racconta di un evento familiare di qualche giorno prima e la facilitatrice sottolinea con enfasi che è una bellissima notizia che "si può raccontare tutti i giorni" (turni 39 e 43).

Esempio 7

1. FACf: **F1 (.) hai una bella notizia?**
2. F1: no ((fa di no con la testa))
3. FACf1: **ce ne vuoi dire una che è meno bella? (.) hai una cosa da raccontarci?**
4. F1: (?) già passato
5. FACf: **mh (.) ma va bene (.) anche una cosa (.) che è- son passati [qualche giorno**
6. F1: [(?)]

7. FACf: alza la voce
8. F1: qualche giorno fa è tornato (.) eh: (?) dalla Cina
9. FACf1: **ah (.) ma questa è una bellissima notizia (.) la possiamo raccontare tutti i giorni (.) eh? (.) che la mamma è tornata dalla Cina (.) ma era stata [tanto tempo in Cina**
10. F1: [no il nonno
11. FACf1: **ah il nonno (.) ed era stato tanto tempo in Cina?**
12. F1: ah non mi ricordo
13. FACf1: **non ti ricordi quanto tempo- però è una bellissima notizia che possiamo raccontare (.) anche tutti i giorni (.) passa il bastone**
14. F1: credo che sia un anno perché (.) mi ricordo dall'autunno fino al (?)
15. FACf1: **ah (.) è stato via un anno il nonno in Cina? (..) all'incirca (.) pensi (.) un anno (.) oggi (?) chi manca? M1? e (?)**

L'esempio 7 evidenzia soprattutto domande aperte, risposte minime che incoraggiano la partecipazione, apprezzamenti, qualche formulazione.

3. Facilitazione di domande e narrazioni sulle culture

La facilitazione esplicita di narrazioni di traiettorie personali culturali è evidente nel laboratorio sulla diversità culturale. Le domande e le iniziative dei bambini sono molto frequenti e promuovono molte narrazioni di esperienze personali. In particolare, i bambini/e di origine migrante manifestano agency come autorità nella produzione di conoscenza. Le domande rivolte alle mediatrici riguardano anche traiettorie migratorie diverse dalle proprie.

Nell'esempio 8, F8 (migrante) pone una domanda alla mediatrice indiana sull'uso della lingua inglese e sulla scrittura (turni 1 e 3). Dopo la risposta, F8 spiega il motivo per cui si usano parole francesi nella lingua araba (turno 18). La sua autorità epistemica viene certificata dalla mediatrice che adatta la sua spiegazione all'uso delle parole inglesi in India (turno 19).

Esempio 8

1. F8: voi in India (?) parlate (usualmente) l'inglese (.) se arriva uno straniero
2. FAC1: se uno è scolarizzato sì parla e capisce qualcosa di inglese [(invece)
3. F8: [e scrivete sempre come le lettere normali?
4. FAC1f: **sì (.) sì sì sì (.) arabo si scrive da destra a sinistra,**
5. ?: sì
6. ?: sì lo so
7. FACf: **e invece indiano si scrive da destra a: da sinistra a destra**
8. F8: ((annuisce))
9. FAC1f: come italiano
10. F8: ((annuisce))

11. FACf: però cioè tipo mia nonna e: non sa inglese non non parla inglese però capisce qualche parola perché noi usiamo tantissime parole di inglese e diciamo mh
12. F8: come shopping oppure come [(?)
13. FACf: [sì (.) sì sì cioè per esempio
14. St: internet
15. FACf: cioè sedia o tavolo secondo me anche io non ho mai detto in lingua non ho mai usato la parola (.) tradizionale quello che è (.) ho usato sempre la sempre l'inglese
16. F7: [ma
17. FACf: [ci son tantissime cose che non: abbiamo mai detto in in lingua usiamo sempre inglese
18. F8: anche in arabo alcune volte e per la parola vera in arabo la dicono tipo in francese perché tanto tempo fa erano colonizzati [dalla Francia
19. FAC1f: **[è quello anche da noi usiamo tante parole in inglese**

Gli esempi 9-11 evidenziano le iniziative dei bambini. Nell'esempio 9, F8 paragona la propria esperienza a quella indiana, raccontata in precedenza dalla mediatrice, per quanto riguarda la differenza di genere nelle divise a scuola, poi passa al racconto del Ramadan, con il sostegno di M4. La lunga narrazione di F8, ascoltata con attenzione dall'insegnante, evidenzia come le narrazioni delle mediatrici stimolino i bambini e le bambine a narrare le proprie traiettorie culturali personali.

Esempio 9

1. Tf: **cosa ci racconti?**
2. F8: e: non: la storia di cosa facciamo in Algeria
3. Tf: ah
4. F8: allora e: in Algeria come in India ci mettiamo sempre le tute, i maschi si mettono le tute blu e le femmine si mettono le tute rosa,
5. Tf: mh
6. FACf: ok
7. F8: sono tipo come come grembiuli
8. Tf: sì
9. F8: e la la scuola inizia alle sette, aspettano almeno un'oretta tipo come la ricreazione e cominciano a studiare alle otto
10. Tf: mh mh
11. F8: emh di solito e qui ci sono c'è il Ramadan che c'è tipo un mese in cui devi stare a casa [e
12. M4: [senza mangiare niente
13. F8: sì senza mangia- cioè alcuni bambini [lo fanno e alcuni non lo fanno
14. Tf: [solo la sera (?)
15. M4: alle otto ((a Tf))
16. M6: il Ramadan?
17. F8: e e poi c'è la festa in agosto o luglio, che è una festa dedicata alla pecora che uccidiamo la pecora e la mangiamo
18. Tf: mh
19. F8: e dopo c'è

20. Tf: sh!
21. F8: un'altra festività dove dobbiamo dove è nato il nostro profeta Mohammed
22. Tf: mh
23. F8: il nostro ultimo profeta, e che e fac- festeggiamo insieme, e facciamo tante cose

Negli esempi 10-11 le bambine di origine araba sono molto attive. Nell'esempio 10, la mediatrice sta parlando della scrittura araba. F7 interviene per raccontare la sua esperienza nella scuola di arabo (turni 6 e 8). La mediatrice sostiene la narrazione di F7 raccontando delle proprie figlie (turno 10). Quindi, F4 prende l'iniziativa di raccontare la propria esperienza (turni 13, 16, 18), con il sostegno della mediatrice (turni 17 e 19), che ne rilancia anche l'iniziativa (turno 20), seguita da quelle di F7 (turno 21) e F8 (turno 23). Ai turni 30, 32 e 34, F4 riprende un tema accennato dalla mediatrice (turno 29), che poi elogia questa partecipazione, ma invitando anche chi non è di origine araba a intervenire (turno 35).

Esempio 10

1. FAC1f: siamo un po' speciali andiamo contro corrente contro
2. Tf: contro mano
3. FACf: contro tutto ((ridendo)) iniziamo da destra a sinistra (..) allora per quello tipo alcuni bimbi quando arrivano dai paesi arabi, che hanno fatto prima elementare o seconda non lo so, per imparare iniziano quando iniziano a imparare l'italiano fanno confusione
4. Tf: sì è vero
5. FAC1: e iniziano a scrivere da destra a sinistra (.) però piano piano si abituanò sì ((a F7 con la mano alzata))
6. F7: io quando: ero piccola andavo a scuola d'arabo,
7. FAC1f: sì
8. F7: non sapevo scriverlo infatti facevo sempre dei pasticci
9. ((risate))
10. FACf: **sì ma anche anche le mie bimbe fanno uguale non hanno capito e: per loro è una cosa strana "e come mai mamma scriviamo da qua" ho detto dai "noi siamo arabi così"**
11. Tf: hhh
12. FACf: **siamo berberi ((ridendo)) sì** ((a F4 che ha la mano alzata))
13. F4: i miei genitori non mi volevano portare alla scuola di arabo troppo piccola perché dopo confondevo
14. FAC1f: [brava
15. Tf: [eh
16. F4: confondevo l'italiano con l'arabo
17. FAC1f: **bravissima è quella quello è l'ideale (.) anche io ho fatto con le mie bimbe quest'anno è il primo anno che sono**
18. F4: anch'io
19. FAC1f: **iniziate a andare a scuola dell'arabo, perché se iniziano prima (.) già il loro cervello non riesce (.) a capire tutta questa cosa (.) allora diamo un po' di tempo per**

imparare l'italiano poi iniziano (.) a fare l'arabo tanto l'arabo sanno parlare manca solo conoscere scrivere

20. F4: eh l'arabo lo so parlare
21. F7: io lo so parlare ma non so scriverlo e non so leggerlo
22. FAC1f: **sì imparerai**
23. F8: io so scriverlo, leggerlo e parlarlo
24. Tf: [brava
25. FACf: **[bravissima (.) brava**
26. ?: io lo so leggere
27. FACf: è una ricchezza è bello così
28. F8: ((annuisce))
29. FAC1f: **perché almeno quando (vanno) nei paesi di origine, sanno leggere i cartelloni anche se tutti sono scritti in ita- in francese, però almeno quando c'è qualcosa in arabo sanno leggere e parti di noi arabi, insegnano fanno insegnare le scuole di arabo per saper leggere il Corano (.) più (.) sì ((a F4 che ha la mano alzata))**
30. F4: io il francese lo – quello che so del francese l'ho imparato di da mia cugina di due anni
31. FAC1f: bene
32. F4: perché guarda la tv in francese perché sua madre vuole che impari il francese
33. FAC1f: ok
34. F4: quindi ho imparato tutto da lei
35. FACf: **brava io vorrei dire una cosa io vedo che em queste e partecipano tanto perché sono arabe si sentono nel loro mondo (.) però io vorrei anche invitare gli altri a chiedere delle cose (.) se avete delle curiosità, volete sapere qualcosa, dire qualcosa, va beh vai ((a M4 che ha alzato la mano))**

Nell'esempio 11, la mediatrice introduce il tema dell'henna, che poi inizia a spiegare. F4 si candida come esperta sovrapponendosi alla mediatrice (turno 4), quindi proseguendo la narrazione (turni 14 e 16). F8 si aggancia per raccontare la propria esperienza (turni 19 e 23). La mediatrice si riappropria dell'autorità epistemica (turni 25 e 27), ma non reprime la partecipazione, dato che F4 riafferma la propria autorità epistemica con un commento (turno 28) che F8 conferma.

Esempio 11

1. FACf: **aspetta un attimo ((a F4 che ha la mano alzata)) allora sempre ritorniamo al Ramadan l'ultimo giorno di Ramadan quando c'è la festa, la sera prima di solito la mamma mette queste si chiama henné in arabo si chiama henna**
2. Alcuni: [henna
3. F4: [eh henna
4. FACf: henné è uguale solo che "ha"
5. F7: sì
6. FACf: mettono questi disegni, e: un segno di festa, per di festeggiare, di bellezza, [così
7. T1f: [esatto è
un abbellimento che [si fa alle mani, ai piedi
8. FACf: [sì eh

9. T1f: eh?
10. FACf: oltre a fare i capelli, oltre a fare [i trucchi, nuovi vestiti,
11. F4: [eh sì si fa anche ai capelli ((rivolta a T2f))
12. T2f: ci si fa [belli
13. FACf: [mettono l'henné (.) è bello mettono ai bambini anche qua in Italia tante mamme, mamme comprano l'henné o la portano dai paesi, e la sera prima della festa fanno questa cosa.
14. F4: e volevo dire una cosa e il henna brucia alle mani quando lo fai per la cosa verde che c'è là ((indica la lavagna))
15. FACf: sì
16. F4: perché la mettono poi tipo anche al parco 22 Aprile una volta avevo visto una che metteva il henna alle gente, io l'ho f- l'ho messa, si- io preferisco metterla alle mani
17. FACf: bene
18. F7: io no
19. F8: allora e henna è ho tre cose da dire su questa cosa em alcune volte prima alcuni mi prendevano in giro perché dicevano che era fango ma non era fango
20. FACf: sì
21. F8: e
22. T2f: ma quando è successo?
23. F8: e gli anni scorsi mi prendevano in giro (?)
24. F4: chi?
25. FACf: **sai perché? Sai perché? Perché loro non sanno [questa cosa**
26. T1f: [eh (?)
27. FACf: **secondo me da oggi che loro sanno che è una cosa di bellezza [che è bella non prendono più in giro**
28. F4: [infatti è bellissimo
29. F8: ((annuisce))

Questi esempi evidenziano come le testimonianze delle mediatrici promuovano l'agency di bambini/e di origine migrante. È molto significativo che l'agency sia esercitata soprattutto dalle bambine. Le mediatrici sostengono l'agency e anche quando incrementano la loro autorità epistemica, non si oppongono alla riappropriazione dell'autorità epistemica da parte di bambini/e.

4. La facilitazione nei laboratori di L2

Nei laboratori di L2 in piccolo gruppo è frequente l'uso di domande delle facilitatrici per verificare l'acquisizione di conoscenze dei partecipanti. La verifica sistematica delle abilità linguistiche riduce la possibilità di manifestazione dell'agency di bambini/e migranti, che emerge solo attraverso poche iniziative che avviano narrazioni di traiettorie o esperienze personali che suscitano l'interesse dell'insegnante. Nell'esempio 12, l'insegnante introduce la parola "impaziente" durante un esercizio. Ciò avvia una conversazione sul significato della parola. Dopo una fase in cui la facilitatrice stimola la conversazione attraverso domande sulle attitudini dei partecipanti (non mostrata), F1 racconta di un episodio con la sorella (turni 2, 4, 6 e 8) e la stessa facilitatrice introduce un elemento autobiografico (turno 7).

Esempio 12

1. FACf1: **secondo me tutti a volte siamo un po' impazienti, anche io e S. siamo impazienti a volte**
2. F1: un giorno la mia sorella mia ha buttato il fango in faccia
3. ((gli altri ridono))
4. F1: sai cos'ha fatto? ha riempito la botti- l'acqua una bottiglia grande, me l'ha rovesciata, me l- me l'ha rovesciata (.) eh (.) vicino a tutte le mie amiche
5. FACf1: **okay e lì tu ti sei arrabbiata**
6. F1: molto!
7. FACf1: **okay. Impaziente per esempio quando, a me succede no? che devo vedere una mia amica o un mio amico, okay? e ho molta voglia di vederlo poi guardo sempre l'orologio e dico (1.0) ah sono impaziente ho proprio (.) voglia che il tempo passi velocemente**
8. F1: e mi ha rotto anche il mio cuscino il mio preferito gli ha rotto la testa ((fa il gesto di strappare))
9. FACf1: okay
10. ((ridono))

Nell'esempio 13, la facilitatrice chiede che cosa significhi che la lucertola riposa. M1 prende l'iniziativa affermando che suo padre ha ucciso moltissime lucertole (turno 3). La facilitatrice ride e M1 insiste. Al turno 8, la facilitatrice ipotizza che sia accaduto perché erano entrate in casa. M1 afferma qualcosa di non udibile e la facilitatrice chiede chiarimenti. Al turno 11, M1 lascia capire che considera le lucertole pericolose. La facilitatrice chiede ancora chiarimenti (turno 12), poi informa M1 che le lucertole locali non fanno male e non sono velenose (turni 14 e 16). Tuttavia, M1 insiste (turni 17 e 19) e la facilitatrice dapprima controbatte, poi lascia cadere tornando all'insegnamento della lingua (turno 20).

Esempio 13

1. FACf1: okay, **quindi la lucertola riposa, cosa significa riposa?**
2. F1: (?)
3. M1: mio papà le ha uccise tantissimo
4. FACf1: ((ride))
5. M1: tantissime
6. FACf1: **ma non fanno niente non bisogna ucciderle**
7. M1: lo so! ma le uccide
8. FACf1: va beh perché forse erano entrate in casa
9. M1: no (..) stanno molto (?)
10. FACf1: cosa fanno?
11. M1: eh se è seduto da qualche parte (.) lì non tocchiamo (..) e può morire la persona
12. FACf1: **con le lucertole?**
13. M1: sì

14. FACf1: **no, allora le lucertole che ci sono qui (.) a G. non fanno male a nessuno eh?**
15. M1: ma quell'è un altro
16. FACf1: **quindi potete stare tranquilli, non sono velenose**
17. M1: ma alcune volte (velenose) ci sono
18. FACf1: **non (?) forse i serpenti, non le lu- le lucertole**
19. M1: no ci sono!
20. FACf1: **va bene, poi faremo una ricerca sulle lucertole che ci sono a G. Quindi riposa vuol dire che? si rilassa hm? si rilassa, prende il sole sta tranquilla, poi di fianco a destra della lucertola chi abbiamo?**

Nell'esempio 14, la facilitatrice, partendo dalla parola atleta, chiede se i bambini conoscano qualche calciatore famoso. M1 cita Maradona (non mostrato). Poi, F1 prende l'iniziativa chiedendo alla facilitatrice se conosce Salah (turno 1), aprendo una conversazione in cui sono i bambini a esercitare l'autorità epistemica (turni 3-24), anche introducendo un calciatore tunisino (turni 25-49). La facilitatrice evidenzia l'interesse per questa conversazione che esula dalla dinamica dell'insegnamento.

Esempio 14

1. F1: conosci (?) Salah?
2. FACf: no! chi è?
3. M1: famoso
4. FACf: famosissimo?
5. F1: sì
6. FACf: vai a cercarlo così vediamo chi è
7. F1: ((si alza per andare al computer))
8. FACf: ma è tunisino?
9. M1: no è dall'Egitto. Gioca Liverpool
10. FACf: a Liverpool giocava?
11. M1: sì. Era famoso troppo
12. FACf: adesso non gioca più?
13. M1: no adesso ancora gioca
14. FACf: ah! ((cerca di leggere cosa scrive F1)) Salah (..) Lui?
15. F1: sì
16. FACf: e adesso dove gioca? sempre al Liverpool?
17. F1: sì
18. M1: sì
19. FACf: Ah. Quindi il suo cognome è Salah?
20. F1: sì
21. M1: sì
22. F1: ((chiede a M1 in arabo come si chiama il calciatore))
23. M1: ((risponde in arabo))
24. FACf: quindi lui è egiziano, non è tunisino
25. M1: no c'è un altro tunisino
26. FACf: un altro tunisino o un altro egiziano?
27. F1: no tunisino
28. FACf: tunisino no?
29. M1: però non è famoso

30. F1: come si scrive (?)
31. FACf: come si scrive?
32. F1: (knissi)
33. FACf: dovresti saperlo tu ((sorridente))
34. F1: ((ride))
35. FACf: scusa eh (..) cioè s- se stai scrivendo un nome arabo dovresti sapere tu come si scrive, io non lo conosco!
36. F1: no
37. FACf: no
38. F1: (inissi)
39. FACf: ma è in?
40. M1: Youssef
41. FACf: Youssef e poi?
42. F1: (lenisibos)
43. FACf: (lenisibos) non lo so
44. F1: no
45. FACf: no (..) ma cosa fa?
46. F1: un giocatore
47. FACf: di calcio sempre? prova a scrivere Youssif e poi calciatore vediamo cosa viene fuori (..) ma è sempre egiziano anche lui?
48. M1: no (..) tunisino
49. FACf: ah tunisino!

5. I problemi della facilitazione

L'efficacia della facilitazione può essere ridotta dal passaggio verso una facilitazione direttiva, basata sull'incremento dell'autorità epistemica della facilitatrice, prodotto da una spiegazione conclusiva per chiarire significati importanti derivanti dalla conversazione. Nell'esempio 15, la facilitatrice riassume i temi introdotti da bambini/e per spiegare il significato di stereotipo.

Esempio 15

FACf: allora tutto quello che avete detto “la donna al volante pericolo costante” “le donne sono deboli, devono proteggersi, sono fragili, sono emotive, sono sensibili” “le donne devono stare a casa, l'uomo deve andare a lavorare” il rosa e l'azzurro per i maschi e per le femmine, e tutti i giochi della casa per le femmine eccetera eccetera, questo è un po' alcune delle differenze che avete detto, che più che differenze possiamo iniziare a chiamare stereotipo

I commenti interpretativi della facilitatrice sono formulazioni, definite formulazioni *upshot*, che, anziché riprendere il nocciolo della narrazione o del contributo di bambini/e, articolano qualcosa che non è stato precedentemente detto, quindi sono il prodotto della facilitatrice. Nell'esempio 16, la facilitatrice si riferisce al contributo di una bambina migrante evocando un tema diverso e proponendo una domanda che devia dal percorso tracciato dalla bambina, per poi sviluppare una spiegazione culturale del modo di vestire (turni 5, 9 e 13), sebbene con la collaborazione di alcuni bambini.

Esempio 16

1. FACf: **quello che ha detto F2 – adesso poi ovviamente vi faccio parlare tutti ma è importante perché come vedete la faccenda ad esempio di sua nonna, i Romani si vestivano come noi?**
2. Tutti: no
3. ?: avevano la tunica
4. F4: [avevano quelle cose: che: ((mima))
5. FACf: **[avevano la gonna vero? Esatto (.) me e per le donne è non è così da così tanto tempo che le donne possono portare i pantaloni senza che nessuno si (.) sconvolga (.) cento anni fa una donna che portava i pantaloni era qualcosa di sconvolgente**
6. F2: ((annuisce))
7. FACf: **adesso invece (.) abbiamo [tutti**
8. M6: [è una cosa normale
9. FACf: **dei pantaloni quindi non è solo qualcosa che cambia diciamo nello spazio se cambio stato se vado in giro per il mondo no? vado in Scozia, vado in Africa, vado in Medio Oriente, vado Giappone, vado in Cina, se vado in altri posti, ma anche se vado indietro nel tempo**
10. M7: io mi ricordo tipo Pippi Calzelunghe
11. FACf: mh mh
12. M7: che aveva sempre la gonna
13. FACf: **esatto quindi abbiamo (.) quando parliamo anche di vestiti così come della lunghezza dei capelli, degli sport, è qualcosa che cambia non solo all'interno del tempo, (.) in epoca romana non ci si vestiva come ci vestiamo adesso, ma anche solo cento anni fa o anche trenta anni fa, pensate e se guardate qualche film ambientato in epoche passate vedete che si vestono in maniera diversa, ma anche nello spazio e questa cosa che cambia nello spazio ha un nome che si chiama cultura ok? (.) pensate (.) che ad esempio il calcio per noi è uno sport che associamo ai maschi vero?**

La facilitazione fallisce quando vengono introdotte aspettative normative nell'interazione che impongono azioni ai partecipanti. In questi casi, la reazione di bambini/e spazia tra la mancata espressione, l'opposizione e l'accettazione. Risulta comunque evidente che l'introduzione di aspettative normative è disfunzionale alla promozione dell'agency di bambini/e in quanto ne sopprime le scelte, standardizzando i contenuti e i modi di esprimerli che sono ammissibili. Un'altra azione che inficia la facilitazione è la pressione alla prestazione di bambini/e. Per motivi di spazio, non forniamo qui esempi di queste forme di intervento (presenti nel report sugli interventi nelle classi scolastiche, sul sito del progetto).

6. Conclusioni

La facilitazione ha successo quando promuove incrementi di autorità epistemica dei bambini che ne evidenziano l'agency. Questa promozione è basata su una serie di azioni che ricorrono nelle diverse forme di facilitazione, ma allo stesso tempo si combinano in modi diversi in diverse forme di facilitazione.

La distribuzione equa della partecipazione è un fattore trasversale alle diverse forme di facilitazione. Tuttavia, il modo in cui questa distribuzione viene attuata varia da contesto a contesto e anche nell'ambito dello stesso contesto. Da un lato si producono risposte minime e brevi ripetizioni, che seguono e sostengono una conversazione fluida, ricca di contributi dei bambini. Dall'altro lato, la promozione di contributi e narrazioni può essere basata su azioni più incisive, come le domande utili per stimolare o chiarire, e le formulazioni che rendono espliciti o sviluppano i contenuti espressi dai bambini. Le domande, le formulazioni, la produzione di ipotesi permettono di esplorare la costruzione di storie alternative (anche rispetto a potenziali stereotipi e pregiudizi) e le emozioni dei bambini. Infine, gli apprezzamenti sono presenti ma meno rilevanti delle altre azioni.

Un altro aspetto importante della facilitazione è la collaborazione di bambini/e, in particolare di origine migrante, alla costruzione delle narrazioni, nonostante i potenziali problemi di partecipazione legati a fattori linguistici o emotivi. Quando adeguatamente stimolate, le domande e le iniziative dei bambini evidenziano curiosità e promuovono molte narrazioni di esperienze personali, esplicitando anche le diverse traiettorie personali culturali e quindi producendo integrazione ibrida nella classe.

La facilitazione è molto meno efficace quando è direttiva, ossia quando chi facilita fornisce spiegazioni, evidenzia obiettivi di apprendimento nell'interazione, trae conclusioni significative "per" anziché "con" i bambini e le bambine. Il passaggio dal "con" al "per" depotenzia l'effetto di facilitazione dell'agency di bambini/e. La facilitazione fallisce quando si crea distanza rispetto a bambini/e, determinata primariamente dalla normatività dell'azione, e dalla corrispondente frequenza e lunghezza di spiegazioni e commenti. Il risultato è una forte carenza di partecipazione, prima ancora che di agency, di bambini/e.

Questo capitolo ha evidenziato elementi importanti per una riflessione sul significato della facilitazione che può incoraggiare e sostenere l'agency di bambini/e di origine migrante. È inoltre importante che sia la validità della facilitazione, sia i limiti della facilitazione siano ampiamente riconosciuti da bambini/e. La valutazione dei bambini e delle bambine è stata rilevata attraverso un questionario e un'intervista in ciascuna classe o gruppo. Il questionario evidenzia la valutazione positiva da parte di oltre il 74% dei partecipanti, in particolare l'importanza del divertimento, di fare e imparare qualcosa di nuovo, del rispetto (87%), della comprensione e dell'apprezzamento delle narrazioni, del dialogo e della promozione dell'espressione personale. Pochi rispondenti hanno attribuito un significato negativo o valutativo all'attività o si sono sentiti giudicati. Alcune differenze importanti riguardano il genere e soprattutto l'ordine di scuola. Le bambine dichiarano più spesso di essersi sentite a proprio agio nell'esprimere punti di vista, di essere state bene e di essersi divertite, rimarcando l'apprendimento reciproco, la condivisione, l'accoglienza, la comprensione e l'apprezzamento. I bambini mostrano un più frequente interesse a parlare e condividere opinioni, ma dichiarano anche più spesso di essersi sentiti giudicati e di avere avuto problemi di interazione (noia e fastidio). Nelle scuole primarie, le valutazioni positive sono nettamente più frequenti per tutti gli aspetti, inclusi quelli relazionali e relativi alla partecipazione. I problemi sono nettamente più frequenti nelle scuole secondarie, nelle quali ci si sente anche molto più spesso giudicati. L'analisi delle interazioni segnala che queste differenze non dipendono soltanto dalla differenza tra ordini di scuola, ma anche dall'interazione durante le attività. Le differenze tra migranti e non migranti sono

meno rilevanti di quelle di genere e di ordine di scuola. I migranti esprimono un apprezzamento più frequente per l'apprendimento, ma evidenziano anche più spesso situazioni relazionali problematiche, minore condivisione delle opinioni e minori occasioni di espressione, difficoltà a essere compresi e apprezzati e percezione di essere giudicati, pur sentendosi rispettati. I migranti esprimono meno spesso fiducia, ma più spesso divertimento e partecipazione.

Le interviste di gruppo confermano che la facilitazione è molto apprezzata e il clima di fiducia permette di esprimere opinioni, emozioni ed esperienze. Le attività corporee, ossia lo yoga e (in un caso) il teatro, piacciono perché permettono di conoscere meglio sé stessi. Emerge anche l'importanza di riflettere sui problemi senza esprimere giudizi, di gestire le emozioni e di confrontarsi in caso di disaccordo, di mettere in discussione le proprie idee e di superare gli stereotipi. La facilitazione è importante per la capacità di mettersi in gioco, di ascoltare e di coinvolgere senza esprimere giudizi, di scegliere attività adeguate, divertenti e coinvolgenti, di creare fiducia, di gestire i conflitti e fornire gli strumenti per elaborarli. Queste considerazioni sono particolarmente interessanti perché marcano la distanza tra la facilitazione e le attività di routine scolastica. Alcune interviste confermano infine i problemi della facilitazione quando produce vincoli e oppressione e non permette di esprimersi e confrontarsi serenamente.

In sintesi, questo capitolo ha evidenziato le azioni che attuano oppure ostacolano la facilitazione dell'agency di bambini/e di origine migrante, incidendo sull'integrazione ibrida nelle classi e nelle scuole. Si tratta di azioni che danno voce a bambini/e di origine migrante e quindi permettono di intrecciare le loro narrazioni con quelle dei nativi. Risulta anche chiaro che l'integrazione ibrida richiede molto spesso interventi che coinvolgano l'intera classe. Nel caso specifico dei laboratori di L2, dove il coinvolgimento della classe non è previsto, la facilitazione può promuovere racconti basati sulle esperienze di bambini/e, creando così fiducia nella loro possibilità di esercitare agency, nonostante i problemi linguistici.

Riferimenti bibliografici

- Baraldi, C. (2012). *Participation, facilitation and mediation in educational interactions*. In C. Baraldi & V. Iervese (Eds.), *Participation, facilitation, and mediation. Children and young people in their social contexts* (pp. 66-86). London/New York: Routledge.
- Baraldi, C. (2014a). Children's participation in communication systems: a theoretical perspective to shape research. In M.N. Warehime (Ed.), *Soul of society: a focus on the leaves of children and youth. Sociological studies on children and youth* (pp. 63-92). Bingley: Emerald.
- Baraldi, C. (2014b). Formulations in dialogic facilitation of classroom interactions. *Language and Dialogue*, 4 (2), 234-260.
- Baraldi, C. (2018). Facilitating the construction of cultural diversity in classroom interactions. *Italian Journal of Sociology of Education*, 11(1), 259-284.
- Baraldi, C. (2019). Using formulations to manage conflicts in classroom interactions. *Language and Dialogue*, 9(2), 193-216.
- Baraldi, C. (2021). Facilitating children's elicitation of interlaced narratives in classroom interactions. In L. Caronia (Ed.), *Language and Social Interaction at Home and School* (pp. 317-350). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

- Baraldi, C. (2022). *Facilitating children's agency in the interaction. Challenges for the education system*. Cham: Palgrave.
- Baraldi, C., Farini, F. e Iervese, V. (a cura di) (2021). *Raccontare storie personali in classe. Dalla ricerca all'innovazione educativa*. Milano: FrancoAngeli.
- Baraldi, C. & Iervese, V. (2017). Narratives of memories and dialogue in multicultural classrooms. *Narrative Inquiry*, 27(2), 398-417.
- Baraldi, C. Joslyn, E. & Farini, F. (Eds.) (2021). *Promoting Children's Rights in European Schools: Intercultural Dialogue and Facilitative Pedagogy*. London: Bloomsbury.

4. Le interazioni in ambito pediatrico

Federica Ceccoli e Claudio Baraldi

1. Introduzione: l'interazione con i bambini e le bambine nelle visite pediatriche

Secondo alcune ricerche (Stivers, 2005a, 2005b, 2006) i pediatri tendono a cercare il consenso dei genitori nel prescrivere il trattamento dei bambini. D'altro canto, i bambini rispondono alle domande dei pediatri molto meno frequentemente dei genitori (Stivers, 2012). Per promuovere la partecipazione dei bambini appare importante porre domande aperte e domande iniziali che promuovano la competenza del bambino come esperto e conoscitore del problema, incrementando così la sua autorità epistemica (Clemente et al., 2008). È inoltre possibile promuovere la partecipazione dei bambini ponendo domande su questioni "sociali" all'inizio della visita (Stivers, 2012). I pediatri tendono a porre domande ai bambini in modo diverso in relazione all'età e i bambini rispondono di più a età maggiori (Ibid.).

Il questionario distribuito nella prima fase della ricerca evidenzia dati interessanti sulla comunicazione con i bambini, in particolare confrontando le fasce di età 8-10 e 11-13. Con i bambini di 8-10 anni, il 72% degli operatori dichiara di comunicare sia con i bambini sia con i genitori per individuare i sintomi, mentre pochissimi comunicano solo con i bambini. Per spiegare diagnosi e piano terapeutico, gli operatori comunicano con i bambini nell'1% dei casi, con gli adulti circa nella metà dei casi. Con i ragazzi di 11-13 anni, il coinvolgimento dei bambini nell'individuare i sintomi aumenta significativamente, più con gli italiani (21%) che con i migranti (17%), mentre per spiegare diagnosi e piano terapeutico, la comunicazione si sposta dal solo adulto (circa 20%) a bambino e adulto (oltre il 75%). Nonostante il cambiamento associato all'età, la comunicazione con i soli ragazzi rimane limitata. La percezione delle competenze comunicative è diversa per bambini italiani e bambini migranti, pur con una crescita significativa nella percezione delle capacità dei migranti di comunicare sulla propria condizione, di comprendere le spiegazioni del medico, di comprendere come gestire i dispositivi medici tra gli 11 e i 13 anni. Soltanto la competenza nella gestione dei farmaci viene riconosciuta più frequentemente ai bambini migranti. Il 57% degli operatori sanitari dichiara di utilizzare una lingua diversa dall'italiano con i bambini di origine migrante, il 50% richiede l'intervento di altri operatori che conoscono la lingua del paziente o dei suoi genitori e il 42% chiede aiuto ai bambini come mediatori con i genitori (42%). Soltanto il 17% degli operatori risponde di comunicare in lingua italiana. Tuttavia, la nostra ricerca evidenzia che nell'area emiliana (dove è stato raccolto il 18% dei questionari) l'uso della lingua italiana è frequente.

2. I dati sulle visite

Questo capitolo analizza 17 visite tra pediatri/e italiani/e, bambini/e e genitori migranti, audio-registrate e trascritte per capire se l'agency dei bambini migranti viene promossa e sostenuta da pediatri/e (PED) e genitori. Tutte le visite si sono svolte a Reggio Emilia e più precisamente 12 presso l'Ambulatorio di Diabetologia Pediatrica nell'Arcispedale S. Maria Nuova e 5 presso il Centro per la Salute della Famiglia Straniera. Nell'Ambulatorio di Diabetologia Pediatrica, PED aiuta i bambini e le loro famiglie a capire il diabete, prescrive il trattamento insulinico, insegna come auto-monitorare la glicemia e come utilizzare le tecnologie di infusione e monitoraggio dell'insulina, diagnostica situazioni di ipoglicemia o iperglicemia e fornisce indicazioni terapeutiche. Le visite audio-registrate in questo ambulatorio sono con pazienti già in cura. Il Centro per la Salute della Famiglia Straniera fornisce servizi sanitari agli stranieri senza permesso di soggiorno, non registrati e/o non iscrivibili al Servizio Sanitario Nazionale, tra cui le visite pediatriche. Le visite audio-registrate in questo contesto sono prime visite.

Nelle 17 visite audio-registrate sono presenti PED, il/la bambino migrante e i suoi familiari (genitori e talvolta fratelli/sorelle). Alle 5 visite presso il Centro per la Salute della Famiglia Straniera, hanno partecipato due pediatri (rispettivamente in 3 visite e una visita) e una neuropsichiatra infantile. Nelle 12 visite presso l'Ambulatorio di diabetologia pediatrica, hanno partecipato una pediatra in 7 visite e un pediatra in 5 visite. I pazienti pediatrici migranti sono 15 (un bambino e una bambina sono presenti in 2 visite ciascuno), di età compresa tra i 5 e i 15 anni, con un'età media di 10 anni, di cui 10 maschi e 5 femmine. Le famiglie provengono dal Marocco (7), dall'India (2), dall'Albania (2), dal Brasile (1), dalla Tunisia (1), dall'Algeria (1), dall'Egitto (1) e dal Pakistan (1). Le madri sono presenti in 12 visite, i padri in 8. In 3 visite sono presenti entrambi i genitori.

Le 17 visite includono le fasi tipiche delle consultazioni cliniche (Byrne e Long, 1976; v. anche Heritage e Clayman, 2010): apertura, anamnesi, esame, diagnosi, terapia e chiusura. Tuttavia, le visite nell'ambulatorio di diabetologia pediatrica presentano alcune caratteristiche peculiari. L'anamnesi consiste in una raccolta di informazioni sulla misura della glicemia a casa, sulle iniezioni di insulina e/o sul regime alimentare del bambino. In seguito, vengono letti ed esaminati i dati raccolti dal glucometro (dispositivo che consente di controllare i livelli di glucosio nel sangue), vengono riviste le dosi di insulina e controllati i regimi alimentari. Non vi è alcuna visita fisica. Infine, viene fornita una valutazione delle condizioni legate al diabete, vengono confermati o modificati i piani terapeutici e, se necessario, si prescrive la visita da un diverso specialista.

3. La quantificazione dei turni di parola

Obiettivo della nostra analisi è capire se e come nelle visite mediche pediatriche viene promossa l'agency dei bambini. Abbiamo anzitutto contato i turni di parola di ciascun partecipante: quasi la metà dei turni (49,3%) è pronunciata da PED, mentre il livello di partecipazione dei bambini e dei loro genitori varia molto: (1) in dodici visite (1, 2, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 17), il numero di turni dei genitori supera decisamente quello dei bambini (nella visita 16 è la zia che prende la parola, perché la madre non conosce a sufficienza l'italiano); (2) in tre visite (5, 10, 15), il numero di turni dei bambini supera quello dei genitori; (3) in due visite (6 e 9), il numero di turni dei bambini e dei loro

genitori è circa equivalente. Alle visite in cui il numero di turni dei bambini supera quello dei genitori, partecipano i maschi più grandi (14-15 anni). I turni dei bambini che partecipano più frequentemente sono il 20/25% del totale, con un picco del 40% con un ragazzo di 15 anni particolarmente attivo anche perché la madre mostra serie difficoltà a parlare italiano (visita 10). Alle visite in cui il numero di turni dei bambini e dei genitori è equivalente, partecipano una ragazza di 15 anni e un bambino di 8 anni. I bambini più piccoli (5 maschi e 2 femmine tra i 5 e i 9 anni) partecipano poco, in particolare per le visite 7 e 13. Nella visita 8, il bambino è occasionalmente attivo. Nella visita 17 la bambina cerca di rispondere, malgrado le serie difficoltà linguistiche. Un'eccezione interessante riguarda un bambino di 8 anni che partecipa nel 21% dei turni (visita 6).

A parte l'eccezione della visita 6, i bambini di età inferiore ai 10 anni partecipano di meno. In effetti, il trattamento insulinico domiciliare per i bambini di età inferiore ai 10 anni viene effettuato dai genitori, mentre i pazienti più grandi fanno le iniezioni di insulina in modo autonomo. In due visite, si definisce in modo esplicito l'età di 10 anni come spartiacque per iniziare l'autocura nella gestione del diabete. Ciò spiega anche perché i bambini più piccoli siano meno coinvolti nelle visite pediatriche. L'età è dunque un fattore importante per l'esercizio di agency dei bambini, spiegando il diverso coinvolgimento dei genitori e dei bambini al di sotto e al di sopra dei 10 anni.

I bambini prendono iniziative autonome per avviare una conversazione nel 32% dei casi e intervengono perché invitati da altri partecipanti nel 41% dei casi. La partecipazione dei bambini è più frequente nella fase di chiusura della visita (28,8%) e nella fase dell'esame (26,9%), mentre è meno frequente nelle fasi di diagnosi (6,7%) e apertura (7,7%). Nella stragrande maggioranza dei casi (88,9%), i bambini prendono la parola per rivolgersi a PED.

4. Le iniziative dei bambini

Le iniziative sono la manifestazione più importante dell'esercizio dell'agency da parte dei bambini (Baraldi, 2021, 2022). I bambini prendono iniziative in tre modi: (1) forniscono informazioni nuove o complementari; (2) fanno domande autonome; (3) contraddicono le informazioni riportate da altri partecipanti.

4.1 Produzione di informazioni

Nell'esempio 1, al turno 58, il bambino si sovrappone a PED, che sta concludendo il proprio turno e chiudendo l'argomento di conversazione (come va il bambino a scuola). Il bambino inizia il turno con il pronome personale "io", sottolineando così la propria agency, quindi afferma che alcuni compagni parlano senza alzare la mano in classe (turni 60 e 62). PED incoraggia il bambino a continuare a parlare con segnali minimi di ascolto (turni 59 e 61), quindi produce un commento che completa la narrazione del bambino e sostiene in modo ambiguo la sua agency, dato che incrementa anche la propria autorità epistemica (turni 64 e 66). Nonostante ciò, il bambino partecipa al completamento della narrazione, concludendo la conversazione (turni 68 e 70). La madre del bambino si limita a confermare la narrazione attraverso risposte minime rivolte al bambino (turno 63) e a PED (turni 65 e 67).

I bambini prendono iniziative anche durante i brevi silenzi tra un turno e l'altro o in punti in cui il turno precedente appare terminato. Nell'esempio 3, PED si rivolge alla madre per spiegarle la frequenza d'uso della pomata che ha prescritto al bambino (turni 273-277), concludendo con una domanda, seguita da un breve silenzio. Il bambino ne approfitta per prendere l'iniziativa: aprendo il suo turno con il marcatore discorsivo "quindi" (turno 278), sottolinea il suo coinvolgimento, sebbene i turni precedenti di PED non fossero rivolti a lui. Il bambino ricapitola le istruzioni per l'uso della pomata (turni 278-284), dimostrando di aver seguito la conversazione e rivendicando il proprio diritto a parteciparvi in modo attivo. PED accetta l'affermazione di autorità epistemica e aiuta il bambino a ricostruire il piano terapeutico. La madre non interferisce con la conversazione pediatra-bambino: tuttavia, la pediatra si rivolge alla madre per pianificare una nuova visita, evidenziando così che questo compito deve essere negoziato con i genitori.

Esempio 3 (visita 1, terapia, 10 anni)

- 273 PEDf quindi questa questa:: (.) questa crema qui (.) va bene? tutte le sere (.) cicli di quindici giorni (.) [quindici giorni]=
- 275 GENf [va bene]
- 273 PEDf =la applica [poi sospende-]
- 276 GENf [(posso scrivere?)]
- 277 PEDf poi sospende per quindici giorni (.) e poi la: (.) la riutilizza va bene?
- (0.6)
- 278 Bm quindi per quindici giorni di fila: (.) ogni sera:=
- 279 PEDf =sì tutte le sere (.) [poi-]
- 280 Bm [e poi] per quindici giorni sospendo (.) appena ho fatto i quindici giorni [e poi]
- 281 PEDf [sì]
- 282 Bm ripeto per [quindici giorni]
- 283 PEDf [riprendi] per altri quindici giorni (.) cicli di quindici giorni
- (0.7)
- 284 Bm per tre mesi
- 285 PEDf per tre mesi poi lo:: eh lo rivediamo e vediamo come vanno le cose

Nell'esempio 4, PEDf afferma che sta per controllare alcuni risultati sul dispositivo che misura la glicemia del bambino (turno 244), lasciando così intendere che possa seguire una pausa nella conversazione. Il bambino prende la parola, affermando la propria autorità epistemica riguardante le informazioni richieste dalla scuola. PEDf non risponde immediatamente all'iniziativa del bambino poiché continua con l'analisi della glicemia basale (turno 246). Completata l'analisi dei dati e dopo aver spiegato la terapia da seguire (turno 256), PEDf si rivolge al bambino mostrando di avere ascoltato e confermando la sua autorità nel fornire informazioni alla scuola.

Esempio 4 (visita 6, terapia, 8 anni)

- 242 PEDf io direi la merenda la fa a scuola io forse (.) considererei di fare mezza unità in più a pranzo eh?

243 GENm sì
 (1.0)
 244 PEDf tadada eh::::: da- da- la mh::::: la basale (.) fa vedere
 245 Bm hanno detto anche le infermiere se: (.) posso fare una fotocopia (1.2) per loro
 246 PEDf la basale:: direi che va bene non la tocchiamo anzi

[...]

256 PEDf quindi sta già facendo due facciamo due e mezzo
 257 GENm due e mezzo
 (0.9)
 258 PEDf per lo spuntino al mattino io non cambierei niente inve[ce]
 259 GENm [sì]
 260 PEDf quindi alle insegnanti puoi [dirgli]
 261 Bm [sì sì]
 262 PEDf che facciamo uguale vedi che sì è andato su

Nell'esempio 5, la bambina sia si sovrappone, sia sfrutta un silenzio. La bambina si sovrappone alla neuropsichiatra infantile, usando il pronome personale "io", per indicare che vorrebbe esprimere il suo punto di vista (turno 527) al termine del turno di PEDf (turno 526). La bambina ripete "io" (turno 528), ma, probabilmente a causa delle difficoltà linguistiche, mostra incertezza e lentezza di eloquio. La madre prende la parola e continua a conversare con la dottoressa (turno 529), evitando di promuovere l'iniziativa della bambina. Anche la dottoressa reagisce soltanto al racconto della madre (turni 530, 532, 534). Tuttavia la bambina sfrutta un silenzio abbastanza prolungato al termine della sequenza diadica tra mamma e dottoressa per riprendere la parola e fornire la propria opinione (turno 537), rivendicando la propria autorità epistemica in merito alle sue conoscenze di lettoscrittura, messe in discussione dalla madre nei turni precedenti. Nei turni 537 e 539, nonostante la scarsa padronanza della lingua italiana, la bambina sottolinea la sua bravura nel leggere e scrivere. Dopo aver lasciato spazio alla bambina, la dottoressa riprende il coordinamento della conversazione e destina le domande successive alla madre, come colei che detiene l'autorità epistemica per rispondere (turno 564). La bambina acconsente (turno 565).

Esempio 5 (visita 17, esame, 8 anni)

0526 DOCf no eh: sono [quelle mae]stre che aiutano i bimbi stranieri
 0527 Bf [io::]
 0528 Bf io:::
 0529 GENf no (.) se una maestra de- della escuola (.) no [sei ve]nuta de altro posto o sì che sei- sei della escuola sempre
 0530 DOCf [sì]
 0531 GENf i la maestra Monica chiedere aiuto [per sen]tare:
 0532 DOCf [ah sì]
 0533 GENf vicino a Olivia (.) parlare così così (.) so[propo]
 0534 DOCf [sì sì ma sono ca-]

(0.6)
 0535 GENf non troppo veloce per-
 0536 DOCf certo
 (5.2)
 0537 Bf io sono molto bava in italian: in:- (1.3) e in: (0.5) ischeve: (0.6) escheve
 0538 GENf scrive
 0539 Bf ischive (.) e:: (0.8) leggi: (.) e (0.6) capita so un po' de (0.8) da:: (0.7) da maestra
 Monica i: (0.8) da compici (.) da maestra Monica i: (0.5) di italiano
 (1.7)

[...]

0564 DOCf ho bisogno di chiedere delle cose alla tua mamma
 0565 Bf s:i
 (1.0)
 0566 DOCf ehm: (1.3) nella famiglia (.) ((si schiarisce la gola)) sua del papà (.) ci sono: state
 persone che- (1.0) anche che- che son diventate grandi (.) che hanno avuto difficoltà a
 parlare?

Gli esempi mostrano le iniziative dei bambini che forniscono informazioni nuove o complementari, di varia rilevanza per la visita medica, ed evidenziano la loro agency, affermando la propria autorità epistemica, che può essere accettata e incoraggiata (soprattutto da PED), oppure ostacolata (soprattutto dai genitori).

4.2 Domande

I bambini prendono iniziative anche facendo domande, soprattutto rivolte ai pediatri (88,9%). Negli esempi 6, 7 e 8, i bambini chiedono chiarimenti o spiegazioni riguardanti la terminologia medica utilizzata dai pediatri (esempio 6, turni 77 e 79; esempio 7, turno 78; esempio 8, turno 27). Sia nell'esempio 6, in cui il pediatra si sta già rivolgendo al bambino, sia nell'esempio 7, in cui non è chiaro a chi si stia rivolgendo (usa il pronome "noi"), il pediatra risponde alla domanda del bambino fornendo una spiegazione del termine medico richiesto.

Esempio 6 (visita 10, esame, 15 anni)

074 PEDm sarei curioso di (.) fare una glicata la prossima volta la facciamo secondo me è:: scesa tantissimo da quando: da quando sei arrivato ((rumore di mouse))
 075 Bm cosa?
 076 PEDm l'emoglobina glicata (.) secondo me va molto bene- meglio adesso con questo bell'andamento che hai ((inizia a scrivere al computer))
 077 Bm non:: non ho capito cosa facciamo la prossima volta
 078 PEDm ah: un pizzichino per misurare l'emoglobina glicata ma lo faremo la prossima volta
 079 Bm è l'insulina eh: eh::: quanto:::
 080 PEDm >no no< è solo un pizzichino al dito per vedere (.) eh l'emoglobina glicata è prati- [devi

081 Bm sapere] [che
 082 PEDm cos'è?] te lo spiego subito

Esempio 7 (visita 15, terapia, 14 anni)

075 PEDf allora secondo me dobbiamo tornare ad aumentare la basale (.) perché la glicemia va su (.) dopo cena
 076 GENm mh
 077 PEDf quindi
 078 Bm la basale quindi quale?
 079 PEDf quella della sera della notte
 080 Bm ah okay

Nell'esempio 6 la domanda del bambino evidenzia la sua mancanza di conoscenza, mentre nell'esempio 7 la domanda mostra la sua conoscenza dell'argomento: quindi, solo nell'esempio 7, l'autorità epistemica dimostrata nell'azione di chiedere coincide con l'autorità epistemica relativa al tema.

4.3 Contraddizione di informazioni

I bambini esercitano l'agency anche contraddicendo gli altri partecipanti. Nell'esempio 8, il turno 99 e il turno 295 avviano due episodi simili: (1) PED si rivolge alla madre per chiedere informazioni più specifiche sulle condizioni di salute della bambina; (2) dopo la risposta della madre (turni 100 e 296), la bambina la contraddice (turni 101 e 297); (3) le domande successive di PED sono rivolte alla bambina, evidenziando il riconoscimento della sua agency (turni 102 e 104 e turno 298).

Esempio 8 (visita 2, anamnesi, 8 anni)

099 PEDf al naso parliamo di questo qui del naso (.) che problema è? mi diceva lei ha difficoltà col na- fa rumore [mi ha detto ha:]
 100 GENf [mh: non: ha-] fastidio
 101 Bf non ha: >no no< non: (.) non: riesco a respirare bene
 102 PEDf col naso?
 103 Bf sì
 104 PEDf ma questo (.) sempre è una cosa che dura da tanto oppure (.) da pochi giorni?
 105 Bf da pochi giorni

[...]

295 PEDf va beh stiamo a vedere (.) riferisce- vomiti risvegli notturni non ne ha mai avuti (.) non ha mai avuto- non ha mai vomitato ha mal di pancia poi vomita (.) no?

296 GENf no
 297 Bf risvegli notturni sì (.) mi sveglio spesso la notte
 298 PEDf ma ti svegli spesso col mal di pan- per il mal di pancia?
 299 Bf no

Nell'esempio 9, durante la fase di anamnesi, la bambina interviene sovrapponendosi alla risposta della madre, contraddicendola e fornendo informazioni sul proprio stato di salute (turno 62). In questo caso, la madre si sovrappone e contraddice a sua volta la bambina (turno 63), rifiutando di rinunciare alla propria autorità epistemica. Il pediatra reagisce con un'esclamazione (turno 65) che suggerisce che sostiene l'affermazione della madre alla quale si rivolge poi come interlocutrice. In questo caso, l'agency della bambina non viene promossa.

Esempio 9 (visita 8, anamnesi, 8 anni)

059 PEDm fa sport la ragazza? (0.9) ((rumore del mouse))
 061 GENf eh::: [no]
 062 Bf [a volte a scuo-] a volte a scuola [però (lo faccio)]
 063 GENf [a scuola] sì vai con- (0.6) però a casa sei pigra
 pigra ultimamente (.) ti sei attaccata al telefono
 065 PEDm ahia!
 066 GENf £eh eh eh eh:::£

Gli esempi 10 e 11 sono tratti da un'altra visita, in cui una bambina rivendica la propria autorità epistemica contraddicendo sia la madre, sia la dottoressa. All'inizio dell'esempio 10, la dottoressa consiglia alla madre di chiedere all'insegnante dove trovare un doposcuola o un'attività pomeridiana (turni 870 e 872). La madre accoglie questa proposta e sottolinea che alla figlia piace danzare (turno 873). La dottoressa elenca quindi le migliori scuole di ballo a Reggio Emilia (turni 874 e 876). Tuttavia, la bambina prende la parola per contraddire la madre (turno 877) e affermare che cosa le piace veramente fare (turni 879 e 882).

Esempio 10 (visita 17, terapia, 8 anni)

0870 DOCf e quindi:: eh: eh glielo sa dire (.) di solito (1.6) fanno riferimento alle parrocchie
 0871 GENf sì (.) [lei:]
 0872 DOCf [perché]
 (0.6)
 0873 GENf voglia dansare:
 (0.7)
 0874 DOCf hai voglia di da- che meraviglia (.) ma: sei: (1.1) Olivia (0.7) a Reggio: (.) ci sono (.)
 una scuola di danza cioè c'è una compagnia di danza bra:vissi:ma (.) famosa nel mondo
 l'Aterballetto
 (0.8)
 0875 GENf sì:::]
 0876 DOCf [e] poi c'è anche la scuola di danza (1.0) nelle scuole superiori (.) quindi se vuoi

ballare (1.0) eh:: ci sono delle ottime scuole
 0877 Bf eh! (.) io no chiele balleli (.) £ballale£
 0878 GENf non [vuoi]
 0879 Bf [io] chiele lotta
 0880 GENf >lot[ta]
 0881 DOCf [tu] vuoi [fare] la lotta?
 0882 Bf [si!]
 0883 Bf sì io chielo (.) io chielo una cosa che no è meglio che (.) (una cosa mas ?)
 (1.1)
 0884 GENf £eh eh£ lei [ha (?)]
 0885 DOCf [no ma ci sono] anche quelle: le scuole de- d'arte marziale

Nell'esempio 11, la dottoressa prescrive la terapia per sostenere il processo di integrazione e acquisizione delle competenze linguistiche della bambina, includendovi la pratica di un solo sport pomeridiano (turno 915). La bambina contraddice la dottoressa proponendo la pratica di due sport (turno 916), ma la dottoressa mantiene la sua posizione, senza lasciare spazio a negoziazioni nella decisione (turno 917).

Esempio 11 (visita 17, terapia, 8 anni)

0915 DOCf uno (.) uno basta
 0916 Bf eh due
 (0.9)
 0917 DOCf uno (1.7) dopo poi se ne vuoi un altro adesso uno (1.2) e fai quello lì (0.8) che ti aiuta intanto a imparare l'italiano

La tenacia della bambina emerge anche nell'esempio 12, in cui interviene per rispondere al posto della madre (turni 635, 637, 641). In questo caso, la dottoressa accetta il contributo della bambina e lo convalida ripetendo le sue risposte (turno 638). La madre riafferma la propria posizione di destinatario della domanda cercando di fornire un'informazione aggiuntiva rispetto a quelle della figlia, ad esempio l'età in cui ha pronunciato le prime parole (turni 639, 642), ma la bambina riprende la parola sovrapponendosi (turno 644).

Esempio 12 (visita 17, anamnesi, 8 anni)

0632 DOCf a camminare quando ha comincia[to]
 0633 GENf [un] anno
 (3.5)
 0634 DOCf le prime paroline?
 (1.1)
 0635 Bf mamma=
 0636 GENf =la prima [con-]
 0637 Bf [dopo] pappa
 (0.6)

0638 DOCf mamma e pap[pa]
 0639 GENf [dieci] mese
 0640 DOCf [[eh?
 0641 Bf [[dopo
 (0.5)
 0642 GENf dieci mese ma[mma]
 0643 DOCf [si]
 0644 Bf [so]gliella

Le iniziative dei bambini evidenziano gli argomenti rispetto ai quali rivendicano la loro autorità epistemica, soprattutto riguardanti le loro condizioni di salute. Queste azioni manifestano agency, che a volte viene accettata dagli altri partecipanti, soprattutto da PED, mentre altre volte viene rifiutata, soprattutto dai genitori che rivendicano la propria autorità epistemica.

5. Inviti a esercitare agency

Gli inviti a prendere la parola rivolti ai bambini possono promuovere la loro agency. I bambini vengono invitati a prendere la parola soprattutto durante l'esame (27.2%) e nelle fasi di apertura (22.4%), anamnesi (21.4%) e chiusura (19.9%). Nella stragrande maggioranza dei casi (96%), i bambini prendono la parola su invito dei pediatri. I bambini sono invece coinvolti raramente nella diagnosi e nella definizione della terapia, ma con differenze rilevanti legate all'età. In queste fasi, i medici si rivolgono prevalentemente ai genitori. Molto spesso (87% dei casi), i bambini forniscono le informazioni richieste in un solo turno di parola, mentre solo nel 13% dei casi espandono le risposte, manifestando agency: è su questi casi che si concentra l'analisi in questa sezione. Gli esempi 13 e 14 evidenziano il tipo di azione che promuove più frequentemente l'agency dei bambini: le risposte minime.

Nell'esempio 13, PED pone alcune domande durante la fase di apertura, stabilendo una relazione affettiva con il bambino. Al turno 41, la risposta del bambino è preceduta da un'interiezione che esprime incertezza ("boh"). PED si sovrappone alla fine del turno (turno 42) con una risposta minima che mostra ascolto attivo e incoraggia il bambino a continuare a raccontare che cosa fa a scuola per essere bravo. Le successive risposte minime della pediatra (turni 42, 44 e 48) incoraggiano il bambino a espandere la risposta (turni 43, 45 e 49). La pediatra sostiene il racconto del bambino anche attraverso una domanda (turno 46) e conclude la conversazione combinando uno sviluppo attraverso una formulazione (v. Capitolo 1) e un apprezzamento (turno 50).

Esempio 13 (visita 1, apertura, 10 anni)

039 PEDf mh? (.) che cosa succede che cosa fai per per- (.) per essere primo?
 (1.0)
 041 Bm eh::m (.) boh studio ta:n[to:]
 042 PEDf [mh] mh
 043 Bm e mi impegno nelle verifiche:
 044 PEDf mh bene

- 045 Bm e::: così=
- 046 PEDf =e in classe in classe? (.) cosa succede quando devi: mh magari nelle interrogazioni: ni intervieni più degli altri o: (.) o no?
- 047 Bm boh alcune volte (.) non mi ricordo le cose che ho letto: il giorno do- eh il giorno [prima]
- 048 PEDf [mh mh]
(0.7)
- 049 Bm ma::: (.) alcune: le so quindi quello che so (.) sulle interrogazioni: le dico
- 050 PEDf intervieni (.) [benissimo]

Più avanti, PED pone un'altra domanda (turno 75), incoraggiando il bambino a continuare la sua narrazione, quindi fornisce una risposta minima e sostiene l'agency del bambino in modo più attivo, ponendo altre domande, esplicitando la risposta del bambino attraverso una formulazione (turno 84) e concludendo con una formulazione interrogativa (turno 88, preceduta da un segnale di stato di cambiamento ("ah").

- 075 PEDf se non: se non rispettano: i turni mi pare (.) mi pare giusto (.) senti e con i tuoi compagni di classe quindi questi che urlano come vanno le cose? che- no che intervengono a sproposito
(1.0)
- 077 Bm beh::: alcune volte prendono la nota [e altre:]
- 078 PEDf [mh (.) mh] mh
- 079 Bm quando sono esagerati prendono la nota ma altre volte::: eh::: la maestra li urla
(0.6)
- 080 PEDf senti ma vai d'accordo con questi ragazzi (.) insomma avete un buon rapporto [giocate]
- 081 Bm [sì]
- 082 PEDf insieme [andate d'accordo]
- 083 Bm [sì con] alcuni
(0.8)
- 084 PEDf con alcuni [un po' di più]
- 085 Bm [con la maggior] parte
- 086 PEDf ma sei con loro dalla prima elementare?
- 087 Bm mh::: no (.) dalla seconda
- 088 PEDf ah perché hai cominciato dalla seconda elementare?
- 089 Bm sì

All'inizio della fase di anamnesi, il bambino continua a essere attivo (turni 91 e 94), ma la madre inizia ad affermare la propria autorità epistemica (turni 92 e 96). Sia il bambino, sia la madre spiegano le preferenze alimentari del bambino (turni 98-102), ma PED sceglie il bambino come interlocutore (turno 103), rafforzando la sua autorità epistemica. Si apre così una nuova sequenza diadica in cui PED sostiene l'agency del bambino mostrando ascolto attivo attraverso risposte minime (turni 105, 107 e 109), coinvolgendolo anche nell'esame (turno 111).

- 090 PEDf ah (.) ho capito (.) VA BENE d'accordo mangi tutto sei bravo? (.) frutta e verdura li

mangiamo?
 091 Bm sì ma:::::::::: [le maggiori volte]
 092 GENf [le verdure: non:]
 093 PEDf mh
 094 Bm le maggiori volte mangio:: (.) frutta
 095 PEDf la verdura poco (.) non ti piace tanto
 096 GENf IL CA:RNE:: (.) [mamma mia] gli faccio la zuppa con il carne
 097 PEDf [feh eh£]
 098 PEDf ah (.) non le pia- non gli piace la carne
 099 GENf ma:mma
 100 Bm a me la zuppa::
 101 PEDf mh mh
 102 Bm cioè non mi piace tanto non so perché ma::=
 103 PEDf =la zuppa di carne ma invece le verdure sì?
 (1.1)
 104 Bm sì:: la frutta
 105 PEDf eh
 106 Bm la ver- eh::: le carote::=
 107 PEDf =mh mh mh
 108 Bm eh: i pomodori:=
 109 PEDf =mh mh (.) ho capito
 110 GENf (??) sì
 111 PEDf eh eh va beh d'accordo dai andiamo a controllarci dai vediamo un po' come vanno le cose

Nell'esempio 14, durante l'anamnesi, il bambino sta dicendo a PED che ha dimenticato di misurare la glicemia (turno 9). PED incoraggia il bambino a spiegare le ragioni per cui non ha misurato la glicemia quindi incoraggiando l'espansione della sua risposta attraverso risposte minime (turni 12, 14 e 16) che evidenziano ascolto attivo.

Esempio 14 (visita 10, anamnesi, 15 anni)

009 Bm ho dimenticato (.) proprio dimenticato
 (0.7)
 010 PEDm dimmi la verità
 011 Bm eh perché: sono andato a scuola
 012 PEDm sì
 013 Bm e poi dopo al dopo-scuola
 014 PEDm sì
 015 Bm finito alle quattro
 016 PEDm sì
 017 Bm e poi sono andato a casa ho preso le cose della palestra e poi da quattro alle sei poi sono tornato a mangiare e ho dimenticato proprio

Gli esempi 13-14 dimostrano che le risposte minime sono il principale fattore di promozione della partecipazione dei bambini quando vengono invitati a prendere la parola da una domanda di PED, qualche volta abbinati a formulazioni.

Un modo meno frequente di promuovere la partecipazione dei bambini è l'incoraggiamento. Nell'esempio 15, al turno 342 la bambina risponde alla domanda della dottoressa (turno 340). La risposta viene seguita da un silenzio, forse perché la dottoressa non ha capito. La dottoressa e la bambina tentano di riprendere la parola contemporaneamente: la dottoressa per fornire un incoraggiamento (turno 343), la bambina per spiegarsi meglio (turno 344). A questa sovrapposizione segue un altro silenzio, quindi la bambina riprende la parola per espandere la sua risposta (turno 344). La madre riformula il contenuto della risposta della figlia (turno 345) e la dottoressa conclude confermando di aver capito (turno 346).

Esempio 15 (visita 17, esame, 8 anni)

0340 DOCf e la mamma dopo cosa dice quando tu giochi in bagno?

(0.6)

0341 GENf [[feh eh eh eh£

0342 Bf [[ah (.) sa due minuti

(1.4)

0343 DOCf [[certo

0344 Bf [[(perché c'è molta) acqua (1.6) gasta molta acqua

0345 GENf la acqua finita la acqua calda

0346 DOCf ah::: ho [capito:]

Il contributo di PED alla promozione dell'agency dei bambini è talvolta indiretto, in particolare con gli adolescenti. In questi casi, l'autorità epistemica degli adolescenti è dimostrata dalla capacità di fornire dettagli sulla gestione del diabete e i medici rafforzano questa autorità rivolgendo domande su questa gestione. Nell'esempio 16, PED chiede dell'esperienza del ragazzo con il diabete (turno 5) e il ragazzo spiega di aver dimenticato di usare il sensore (turno 6). Dopo la manifestazione di sorpresa di PED (turno 7), il ragazzo sottolinea di averlo semplicemente dimenticato, poi spiega nei dettagli il motivo (turni 10, 12 e 14), sostenuto dalle risposte minime di PED. Al turno 16, il ragazzo rassicura PED di aver seguito la sua prescrizione, aggiungendo ulteriori dettagli.

Esempio 16 (visita 10, anamnesi, 15 anni)

005 PEDm è successo qualche (.) qualche situazione strana qualcosa di cui vuoi parlare?

006 Bm è solo che mi di- dimenticavo: (1.3) ho dimenticato un giorno tutto la giornata di passare il sensore

007 PEDm mh (.) strano eh non è da te cos'è successo quel giorno lì?

008 Bm ho dimenticato (.) proprio dimenticato

(0.7)

009 PEDm dimmi la verità

010 Bm eh perché: sono andato a scuola

- 011 PEDm sì
 012 Bm e poi dopo al dopo-scuola
 013 PEDm sì
 014 Bm finito alle quattro
 015 PEDm sì
 016 Bm e poi sono andato a casa ho preso le cose della palestra e poi da quattro alle sei poi sono tornato a mangiare e ho dimenticato proprio ma prendevo la cosa che m'ha dato che:: mh (.) humalog quattordici l'insulina:: quella Lantus diciotto
 017 PEDm okay per un giorno non succede niente

Nell'esempio 17, il ragazzo contesta (turno 137) la supposizione che PED sia arrabbiato per il diabete (turno 136). Quindi, respinge (turno 141) la supposizione di PED secondo cui il ragazzo potrebbe rinunciare a misurare il diabete (turno 138), ripetendo che ha semplicemente dimenticato di misurarlo (turno 143), quindi fornendo nuovi dettagli (turni 145 e 146) e rassicurando PED che non accadrà più (turno 148).

Esempio 17 (visita 10, anamnesi, 15 anni)

- 136 PEDm ora pian pianino (.) ci sta che tu sia: non so se sei un po' arrabbiato delle volte (.) perché è una- è un sentimento che io mi aspetto (.) che tu abbia (1.4) perché:: non lo volevi il diabete (1.0) però dobbiamo lavorare pian piano insieme non sei da solo lo sai che (.) c'è: ci siamo noi qui che siamo con te (0.7) per ricordarti (.) le- le cose da fare pian pianino
 137 Bm non è che in realtà che non mi fa arrabbiare è che:: (0.5) ho dimenticato di: fare il sensore quindi:: non è che mi fa arrabbiare
 138 PEDm mh mh non è che dici (.) oggi non ho voglia di diabete
 139 Bm no=
 140 PEDm =non lo voglio più: misurare (.) basta
 141 Bm no no mai faccio questo perché è [normale]
 142 PEDm [okay]
 143 Bm tutti ce l'hanno quindi è normale (0.7) è solo che: mi dimentico: [dico:: da qua da qua io (.) anche prima di tornare a casa dico (.) vado a casa (.) passo: (.) il:: coso]
 144 PEDm [((scrive al computer))] (0.6) [((scrive al computer))]
 145 Bm [ehm poi faccio l'insulina e poi dopo quando vado a casa faccio l'insulina senza passare e mangio] (0.9) e mi dimen[tico]
 146 PEDm [più] eh?
 147 Bm >sì sì<
 148 PEDm mh

Nell'esempio 18, PED sta indagando l'andamento delle misurazioni del diabete (turno 26). Il ragazzo risponde al turno 27 fornendo importanti dettagli tecnici (turni 31 e 37), attirando l'attenzione di PED (turno 38).

Esempio 18 (visita 15, anamnesi, 14 anni)

- 026 PEDf anche di notte va su
(0.9)
- 027 Bm sì sì però anche: cioè notte: era anche prima su: però adesso in questi giorni anche:=-
028 PEDf =anche il pomeriggio sta andando su
(1.1)
- 029 Bm mh
(1.1)
- 030 GENm ((in lingua nativa))
(0.6)
- 031 Bm sì (0.8) eh: però: nel sensore dice: (.) trenta in più di insulina (.) cioè que- se guardo
 quello del sangue (.) eh: c'è una differenza di trenta
- 032 GENm qualche volta venti
- 033 PEDf qualche volta (.) però allora tu sai che la misura della del- controllo (.) lo devi fare la
 mattina a digiuno
- 034 GENm >sì sì<
- 035 PEDf okay?
- 036 GENm >sì sì<
- 037 Bm sì però sempre trenta (.) di: eh differenza
- 038 PEDf così tanto?
- 039 Bm sì
(1.0)
- 040 PEDf mh

Nell'esempio 19, mentre PED è alle prese con la piattaforma digitale, il ragazzo inizia a raccontare la sua esperienza scolastica (turni 333-335), attirando l'attenzione di PED (turno 336), attivando una conversazione su questo tema (turni 337-353). Il pediatra sostiene la narrazione del ragazzo attraverso risposte minime (turni 336, 338 e 342), quindi propone, in sequenza, una domanda (turno 343), un commento empatico (turno 345), una valutazione incoraggiante (turno 347), una formulazione che sviluppa la narrazione (turno 349) e un incoraggiamento finale esplicito (turno 353).

Esempio 19 (visita 10, chiusura, 15 anni)

- 325 PEDm c'è qualcosa di strano (0.5) ((rumore del mouse))
(0.8)
- 326 Bm che è?
(0.7)
- 327 PEDm no in questa- in questa visita che ho schiacciato
- 328 Bm sì
(0.5)
- 329 PEDm vediamo cosa ho sbagliato eh ((rumore del mouse))
(1.0)
- 330 PEDm ah! mi sono appena accorto

- (1.9)
- 331 Bm c'è successo un problema a scuola
- (0.6)
- 332 Bm che::
- 333 Bm la prof o una prof di inglese
- 334 PEDm sì
- 335 Bm che la settimana che ero a scuola (.) hanno fatto un argomento
- 336 PEDm sì
- 337 Bm e sopra hanno fatto la verifica quando sono andati di là mi ha fatto fare la verifica e non sapevo l'argomento (0.8) mi ha dato un quattro
- 338 PEDm EH!
- (1.2)
- 339 PEDm e dopo come hai fatto?
- 340 Bm adesso ce l'ho sotto devo ancora recuperarlo
- 341 PEDm mannaggia
- 342 Bm ho fatto un'interrogazione lo stesso argomento (.) sei meno
- 343 PEDm eh (.) meglio
- (1.1)
- 344 Bm eh ma devo prendere nell'interrogazione almeno nove
- 345 PEDm per rimediare il quattro
- 346 Bm sì
- 347 PEDm ah [beh]
- 348 Bm [ho] una media del cinque e ventotto
- 349 PEDm beh la strada è quella giusta dai

6. Limitazioni dell'agency dei bambini

L'agency dei bambini viene ostacolata soprattutto dalle interferenze dei genitori, che rispondono alle domande di PED rivolte ai bambini. I genitori mostrano così mancanza di fiducia nell'autorità epistemica dei bambini. Nell'esempio 20, PED informa che sta per esaminare i dati raccolti dal dispositivo di misurazione della glicemia, rivolgendosi al bambino (turno 20) e i genitori si mostrano d'accordo (turni 21 e 22). PED chiede poi al bambino di mostrargli la sua pelle per verificare un'allergia cutanea (turno 23), ma è la madre che descrive i sintomi del bambino (turno 24), originando una conversazione con PED (turni 25-28). Al turno 29, PED utilizza una terminologia medica non facilmente accessibile, che lascia intendere una riflessione ad alta voce più che una domanda al bambino. Il turno di PED è infatti seguito dal silenzio, quindi i genitori prendono la parola per spiegare la storia del bambino in un italiano stentato (turni 30-34).

Esempio 20 (visita 11, esame, 8 anni)

- 020 PEDm va be:ne guardiamo un po' i tuoi dati so che hai avuto un po' di allergia allora
- (0.5)
- 021 GENf s[î:]
- 022 GENm [(??)] sì

023 PEDm fa vedere?
024 GENf tutto gratta tutto gratta la pe:lle
(1.7)
025 PEDm ma: (0.5) scusate gratta pelle dappertutto o so::lo=
026 GENf =no prima solo que[sta]=
027 PEDm [sì]
028 GENf =però adesso (.) c'ha anche delle allergie ha detto la [dottorressa]
029 PEDm [ah::]::..... non è che c'hai la
dermatite atopica eh?
(1.7)
030 GENf no prima ha fatto tanto:: (.) tanto anni fatto:: (.) el: no (.) (eh ha un po' di nicciolla)
(1.0)
031 GENm uova (.) uo[va]
032 GENf [ova] prima ova un po' di [(nicciolla)]
033 PEDm [ma::] ha fatto mai dei: degli esami per vedere se
c'è [allergia?]
034 GENf [sì sì]

Nell'esempio 21, il sostegno dell'agency del bambino da parte di PED è difficile perché la madre risponde al posto del bambino. Il bambino risponde alla prima domanda di PED (turno 12), quindi, dopo la risposta minima della pediatra, espande la narrazione (turno 14). La madre si sovrappone a questa espansione. Il bambino risponde a un'altra domanda di PED (turno 17), ma PED pone la domanda successiva alla madre (turno 18), attivando una serie di interferenze della madre anche dopo che PED ha posto una domanda sui compagni di classe che appare rivolta al bambino (turno 21). La madre devia la conversazione, parlando degli insegnanti. Il bambino contribuisce nuovamente alla conversazione rispondendo a un'altra domanda di PED (turno 29), ma la madre devia nuovamente la conversazione (turno 31). Questo esempio evidenzia la difficoltà della pediatra di dare continuità al sostegno dell'agency del bambino quando la madre rivendica l'autorità epistemica.

Esempio 21 (visita 1, apertura, 10 anni)

011 PEDf =tutto bene a scuola che:: (.) come [vanno le cose?]
012 Bm [sì:] tutto bene [eh:]
013 PEDf [mh]
(0.9)
014 Bm sì stu[dià:] (.) ho fatto i compiti
015 GENf [sì sì]
016 PEDf tu che: (.) in che classe sei S.?
017 Bm io: (.) vado in quinta
018 PEDf ah bene quinta elementare ottimo [e come] vanno le cose legge scrive bene tutto
bene?=
019 GENf [sì: sì]
020 GENf =<sì: tutto be:ne>
021 PEDf bene bene [con i compagni] eh

022 GENf [sì le maestre]
 023 GENf parlano (.) tante cose £eh eh£
 024 PEDf positive
 025 GENf sì::
 026 PEDf bravo bravo quindi legge e scrive [bene legge e scrive-]
 027 GENf [£eh eh£ è molto in gamba]
 028 PEDf e ti piace anche leggere?
 029 Bm sì molto
 030 PEDf sì? (.) che libri preferisci?
 031 GENf sempre vuole essere per primo [£ah ah ah ah£]
 032 PEDf [£eh eh eh eh£]
 (.)
 033 PEDf [e va beh e va beh]
 034 GENf [voti::]

L'esempio 21 mostra anche che l'ambivalenza dei turni di PED nel rivolgersi ai bambini e ai genitori favorisce l'interferenza dei genitori. La conversazione può svilupparsi in tre modi: (1) il genitore prende la parola; (2) il genitore e il figlio entrano in competizione; (3) il genitore aggiunge informazioni al contributo del figlio.

La situazione è diversa quando PED si espone in modo chiaro nel sostenere l'agency del bambino. Nell'esempio 22, la competizione tra madre e figlio (turni 102-111) inizia dopo la domanda di PED, che è rivolta al ragazzo. L'interferenza della madre viene tuttavia bloccata dalla pediatra, che sottolinea l'autorità epistemica del ragazzo (turno 112). Questa azione di PED nei confronti della madre dipende dall'età del ragazzo (15 anni), che implica che sia lui la persona che può fornire informazioni sul diabete, secondo le regole del servizio pediatrico.

Esempio 22 (visita 5, anamnesi, 15 anni)

101 PEDf adesso più o meno quanto fai? colazione fai?
 102 Bm sei
 103 GENf sei
 104 PEDf pranzo?
 105 GENf [otto]
 106 Bm [otto]
 (0.5)
 107 PEDf cena?
 108 GENf sette
 109 PEDf e la tresiba?
 110 Bm sedici=
 111 GENf = sedici
 112 PEDf ah lui è bravo eh lo sa! (.) £non c'è bisogno eh eh che lo dica la mamma£

Nell'esempio 23, PED parla con la ragazza della strategia per gestire l'insulina. Il tentativo del padre di sostituirsi alla figlia (turni 295) viene preso in considerazione da PED che poi però si rivolge immediatamente alla ragazza sottolineando la sua autorità epistemica (turno 296), che viene confermata dalla ragazza (turno 297) e dal padre (turno 298).

Esempio 23 (visita 9, terapia, 15 anni)

- 287 PEDm preferisci fare le correzioni?
288 Bf mh mh
289 PEDm mh
290 GENm magari intorno a:: la seconda che c'ha tanta fame quindi £eh eh£ (l'insulina) (0.5) eh?
291 PEDm quindi rita- ritardi l'insulina?
292 GENm mh
293 PEDm a volte
294 GENm anche questa (1.1) la devi (talmente) mangiare e poi c'ha fame e quindi: (2.6) la fa dopo
295 PEDm okay questo non va bene (.) mh? (0.6) ma tu lo sai già tu lo sai già (.) okay?
296 Bf io lo [so già]
297 GENm [(questo)] (è vero)

7. Ostacoli linguistici all'agency dei bambini

Un altro fattore che condiziona l'azione di PED di sostegno dell'agency dei bambini è l'esistenza di barriere linguistiche. Nell'esempio 24, la ragazza è sorda e durante la visita non porta l'apparecchio acustico. Secondo le regole del servizio pediatrico, la ragazza possiede lo status epistemico per gestire il suo diabete e per parlare di questo argomento. Tuttavia, la sua condizione porta a modificare il piano pediatrico. Il cambiamento è chiaro fin dall'inizio: PED si rivolge alla ragazza (turno 12), poi al padre (turni 16 e 18) per capire le condizioni della ragazza. Ai turni 19 e 21, la ragazza prende l'iniziativa di rispondere alla domanda di PED, che non è rivolta a lei, ma l'interazione prosegue come conversazione tra il padre, che spiega il motivo della mancanza dell'apparecchio acustico, e PED.

Esempio 24 (visita 4, apertura, 12 anni)

- 012 PEDf come stai?
013 Bf bene
014 PEDf beh £ih ih ih ih ih ih (.) eh eh eh£ (.) o:kay
015 Bf ((colpo di tosse))
016 PEDf allo:ra (.) mi date il vostro strumento (.) per la glicemia?
017 Bf ((colpi di tosse))
018 PEDf come mai è senza apparecchio?
019 Bf non ce l'ho
020 GENm eh:: .hh
021 Bf (non lo metto più)

- 022 GENm quando ha fatto la risonanza l'ultima prima (0.6) hanno messo le cuffie: (1.2) è stata
(.) costretta dalla: parte (cruciale) dalla:
- 023 PEDf ah
- 024 GENm allora s'è gonfiata ha fatto (flessioni) e tutto capito?
- 025 PEDf ho [capito]
- 026 GENm [però] (adesso l'abbiamo portata a Modena l'abbiamo tirata via) per fare (.) gli esami
di là
- 027 PEDf okay (.) ho capito

Nell'esempio 25, la ragazza prende l'iniziativa (turno 136) e PED inizia ad ascoltare il suo contributo (turno 137). PED mostra difficoltà nel comprendere la ragazza (turno 141) che comunque espande la propria narrazione. Sebbene PED tenti di interpretarla (turno 143), interviene il padre (turno 144) e PED si rivolge a lui (turno 145). Segue un intervento della madre (turni 148 e 150). La ragazza prende una nuova iniziativa (turno 152), ma viene ignorata e PED si rivolge alla ragazza soltanto per confermare l'azione della madre (turno 154). Dopo questa sequenza, la ragazza scompare dalla conversazione fino alla fine dell'interazione.

Esempio 25 (visita 4, diagnosi, 12 anni)

- 135 PEDf bene (.) uguale a prima andiamo avanti così
- 136 Bf sì::! (e:: avete:: (.) [eh::])
- 137 PEDf [fmh mh mh£]
- 138 Bf vie- (1.0) (che è importante anche quello)=
- 139 GENf =(??)=
- 140 Bf =la mamma prima: eh: (0.7) eh::
(1.5)
- 141 PEDf cosa mi devi [dire?]
- 142 Bf [pen]siero pensiero (.) eh: de: de- dormi de dormire (.) perché (pace: non
si dia pace:) (.) che (??5parole)
(0.8)
- 143 PEDf okay era- prima la mamma non dormi[va:]
- 144 GENm [no no]
- 145 PEDf perché era preoccupata per la [glicemia bassa?]
- 146 GENm [no: neanche] (??) altra roba
(0.7)
- 147 PEDf ah::
- 148 GENf lei già dorme e io mi svegliata:
- 149 PEDf ah
- 150 GENf dopo la merenda (0.9) eh:: (0.9) ho trovato:: la glicemia bassa allora ho dato un po' di
su[cco]
- 151 PEDf [ah] [giusto!]
- 152 Bf [(è successo) anche [se a scuola (??) certo]
- 153 GENf [sessanta otto sessanta cinque] così
- 154 PEDf bene! ha fatto giusto la mamma

Nell'esempio 26, sia la madre sia la bambina mostrano difficoltà nel parlare italiano. La pediatra si rivolge per la prima volta alla bambina con domande che di solito vengono poste nella fase di apertura (turno 43). La bambina risponde in modo espanso alla domanda della pediatra (turni 45, 48, 50 e 52), ma quest'ultima mostra di non capire (turno 53), per cui è la madre che spiega ciò che la bambina stava cercando di dire, ricevendo conferma di comprensione da parte della pediatra (turno 61). Nella fase successiva della visita, la bambina viene coinvolta molto raramente, sostanzialmente attraverso istruzioni su come muoversi durante l'esame fisico.

Esempio 26 (visita 3, esame, 8 anni).

- 040 PEDf S. (1.3) ti fai vedere un momentino? (1.4) allora=
 041 GENf =la dottoressa ha (okay)
 (0.8)
 042 PEDf adesso ti visito un momento S. (0.9) [[quanti] anni hai S.?
 043 GENf [(??)]
 (1.7)
 045 Bf otto
 (0.7)
 046 PEDf otto anni (.) tu vai a scuola immagino eh?
 (1.1)
 047 PEDf [[che classe-]
 048 Bf [[oje no]]
 049 PEDf come?
 050 Bf oje: noi scola perché-
 051 PEDf non vai a [scuola?]
 052 Bf [secon]da: (.) semi scola
 (0.6)
 053 PEDf >no no no< non ho mica capito io:
 054 GENf oggi no
 055 PEDf ah beh (.) oggi no [feh eh eh eh£]
 056 GENm [feh eh eh eh£]
 057 GENf perché oggi=-
 058 PEDf =perché oggi sei in vacanza
 059 GENf [sì: Pasqua]
 060 GENm [feh eh eh£]
 061 PEDf AH::: ecco [(.) ah:::]

Nell'esempio 27, il bambino risponde principalmente nella sua lingua madre (albanese) e la zia svolge il ruolo di interprete ad hoc. La dottoressa si rivolge soprattutto alla zia. Durante la fase dell'esame, la dottoressa controlla le gambe del bambino per un problema all'anca e gli rivolge alcune domande (turni 166 e 180), invitandolo a usare i gesti per esprimersi, ad esempio toccare dove ha male (turno 172). I turni 170, 174 e 182 sono tra i pochissimi in cui il bambino prende la parola in italiano. In

questa fase, l'uso di domande chiuse che non richiedono un'ampia padronanza linguistica per fornire una risposta contribuisce alla promozione della sua partecipazione.

Esempio 27 (visita 16, esame, 8 anni)

- 166 DOCf ti fa male in questo momento la gamba hai male alla gamba?
(0.6)
- 167 ZIA ((in lingua nativa))
(0.8)
- 168 Bm ((in lingua nativa))
(0.8)
- 169 ZIA solo quella?
(0.5)
- 170 Bm boh
- 171 ZIA solo questa
(0.9)
- 172 DOCf qua (.) dove ce l'hai? dai [tocca esa-] dove dove lì qui dove?
- 173 ZIA [[(in lingua nativa)]]
(1.1)
- 174 Bm qui
(2.3)
- 175 ZIA questo (.) quella parte lì?
(1.3)
- 176 DOCf ora io muovo la gamba tu stai (.) tranquillo
(2.3)
- 177 DOCf dimmi se faccio male glielo dica di dirmi [se gli faccio male]
- 178 FRA [mamma!]
- 179 ZIA ((in lingua nativa))
(1.6)
- 180 DOCf fa male?
(0.7)
- 181 DOCf no (.) eh?
(0.5)
- 182 Bm no
- 183 DOCf no

8. Un caso anomalo

È interessante chiedersi quali condizioni permettono a un bambino di 8 anni di essere attivo quanto i ragazzi più grandi, come abbiamo già visto nell'esempio 4. L'esempio 28 mostra che il bambino è attivo sin dall'inizio della visita, sia rispondendo alla pediatra, sia prendendo iniziative. Nonostante il contributo iniziale del padre, che prende la parola per spiegare che il bambino ha dimenticato il diario (turni 4-6), PED si rivolge subito al bambino in modo scherzoso (turni 7 e 9) e il bambino

sembra partecipare alla battuta (turni 8 e 10). Il padre spiega che le cose stanno andando meglio (turno 11), ma PED si rivolge nuovamente al bambino, che aggiunge di aver mangiato una caramella (turno 13), per poi interpretare anche i valori della glicemia (turno 16), attirando così l'attenzione di PED.

Esempio 28 (visita 6, apertura, 8 anni)

- 001 PEDf allora (.) ciao Adam come stai?
002 Bm bene
003 PEDf ah! (1.1) bene (2.6) o:kay (2.8) questo lo mettiamo qua ((rumore di fogli))
(1.7)
004 GENm eh ma ha scordato il diario alimentare
005 PEDf cosa si è scordato?
006 GENm diario alimentare
007 PEDf mah mah mah mah ((voce scherzosa))
008 Bm £eh eh eh eh£
(1.0)
009 PEDf veh (.) monello
(0.5)
010 Bm £eh eh eh£
011 GENm però (dottore è andata) meglio
012 PEDf okay adesso ci guardiamo (.) se è andata meglio me lo farai per la prossima volta?
(0.8) £eh eh eh eh£
(1.3)
013 Bm ho appena mangiato una caramella
014 PEDf hai appena mangiato una caramella perché sei andato basso?
015 GENm [[(sotto cento)
016 Bm [[a settanta
017 PEDf A SETTANTA?
018 Bm sì:

Nell'esempio 29, il bambino parla della propria esperienza scolastica (turni 32-46). La sequenza è chiusa dall'iniziativa del bambino che esprime un commento sulla temperatura in montagna (turno 48), che non viene commentata da PED, assorbita dall'analisi dei dati.

Esempio 29 (visita 6, apertura, 8 anni)

- 032 PEDf fai sempre la seconda elementare?
033 Bm sì sì (.) il prossimo anno faccio la terza
(1.1)
034 PEDf ma ti promuovono?
(0.5)
035 Bm boh
(0.7)
036 PEDf come boh!

(1.2)

037 PEDf ma se papà m'ha detto che sei abbastanza bravo a scuola!

038 Bm eh::

039 PEDf sei bravo o no?

(0.6)

040 Bm Allora oh:

041 PEDf allora!

042 PEDf [hai paura che non ti promuovano?

043 Bm [£eh eh£

(0.6)

044 Bm boh

045 PEDf boh? £mh mh£ ((inizia a scrivere al computer)) (1.9) ((smette di scrivere al computer))
se sei bravo non devi mica aver paura ((scrive al computer))

046 Bm £eh eh£

(9.8)

047 PEDf ((smette di scrivere al computer))

(1.3)

048 Bm in montagna c'è freddo però qua c'è un ca:lido

049 PEDf £eh eh eh eh£

Nell'esempio 30, il bambino risponde (turno 68) al commento positivo di PED (turno 67), che poi lo loda (turno 69). Il padre aggiunge informazioni, ma PED si rivolge nuovamente al bambino (turni 80 e 82).

Esempio 30 (visita 6, diagnosi, 8 anni)

067 PEDf oh sette nove sì ma è andata meglio!

068 Bm sì:=-

069 PEDf =bravo:!! hai fatto un buon lavoro!

070 Bm eh

(0.7)

071 PEDf sì=-

072 GENm =ultima volta era otto quattro [eh sì]

073 PEDf [EH!]

(0.8)

074 PEDf no! molto meglio sì!

(0.8)

075 GENm speriamo che continua così dai

076 PEDf sì! (1.0) bisogna eh

077 GENm eh

(0.7)

078 PEDf £eh eh£

079 Bm e:

(2.1)

080 PEDf allora sei bravo a scuola (.) il diabete va me:glia
081 Bm eh:: eh::::
082 PEDf sei bravissimo!

Nell'esempio 31, il bambino continua a contribuire (turno 95) anche quando la pediatra si rivolge esplicitamente al padre. In seguito PED si rivolge direttamente al bambino con una domanda (turno 96) e successivamente il bambino e il padre si sovrappongono nel rispondere alle domande (turni 99-101, 106-107). Dopo aver risposto a un'altra domanda di PED (turno 109), il bambino esprime un dubbio (turno 112), al quale rispondono il padre e la pediatra in modo collaborativo.

Esempio 31 (visita 6, diagnosi, 8 anni)

088 PEDf sì è andata meglio papà ((inizia a scrivere al computer))
089 GENm sì?
090 PEDf proprio in tutto è andata meglio (0.7) cinquanta::nta cinquantotto per cento ((click mouse)) (2.4) ((scrive al computer)) (2.4) quarantacinque tre mh::: ((scrive)) (6.1) ((smette di scrivere al computer)) (1.5) allora come: dosi (.) come siamo adesso? (0.9) colazione quanto fate?
091 GENm uno uno [uno (?)]
092 PEDf [uno]
(0.8)
093 PEDf spuntino alla mattina a scuola?
094 GENm uno
095 Bm uno
096 PEDf uno (0.8) e te lo fai da solo o vengono le infermiere?
097 Bm eh: le infermiere
098 PEDf le infermiere ((rumore del mouse)) il pranzo?
(0.6)
099 GENm due
100 PEDf [due
101 Bm [due
102 PEDf la merenda?
103 GENm due
104 PEDf mh
105 PEDf cena?
(0.9)
106 GENm [due
107 Bm [due
108 PEDf due e la Lantus? [tredici
109 Bm [tredici
110 Bm sì
111 PEDf okay
112 Bm no- non era quindici?
113 GENm no abbiamo diminuito

114 Bm ah
 115 GENm abbiamo messo quindi quando:-
 116 PEDf quando [eri malato]
 117 GENm [eri mala]to
 118 PEDf eh

Nell'esempio 32, PED continua a rivolgersi al bambino come interlocutore competente. Al turno 143 chiede che cosa ha mangiato il bambino a scuola e al turno 151 chiede conferma sull'iniezione di insulina. Si tratta di una domanda insolita per un bambino di 8 anni, ma il bambino è in grado di rispondere con competenza, dimostrando anche di conoscere la relazione tra insulina e glicemia (turno 152).

Esempio 32 (visita 6, anamnesi, 8 anni)

143 PEDf mh (.) allo:ra: (1.9) oggi a merenda cosa hai mangiato a scuola (.) ti ricordi?
 (1.0)
 144 Bm e:::: io::::: (0.9) e: brioche e mela
 (0.6)
 145 PEDf cos'hai mangiato?
 146 Bm oggi a scuola a merenda ho mangiato: (0.9) brioche e: mela
 147 PEDf brioche e mela? [okay
 148 Bm [esatto
 (0.6)
 149 PEDf e?
 150 Bm basta
 151 PEDf e basta £eh eh£ (0.5) e quanto hai fatto di insulina uno?
 (0.6)
 152 Bm sì uno una unità perché era: (0.6) novanta e qualcosa=
 153 PEDf =novantadue (.) andava bene infatti

9. Conclusioni

Abbiamo anzitutto visto che l'età è una variabile importante per assicurare il sostegno alle manifestazioni dell'agency dei bambini da parte di PED. L'età spiega anche il sostegno dell'autorità epistemica dei genitori con bambini sotto i 10 anni. Anche dal questionario si evince che, se i bambini hanno 8-10 anni, gli operatori sanitari dichiarano di comunicare solo con i genitori nell'individuazione dei sintomi, nella spiegazione della diagnosi e del piano terapeutico. Il dato del questionario appare invece piuttosto pessimistico per i ragazzi di 11-13 anni, rispetto a quanto rilevato nella ricerca sulle visite. L'analisi delle visite segnala anche un'importante eccezione per un bambino di 8 anni, che dimostra che non è impossibile sostenere l'agency dei bambini di età inferiore ai 10 anni se e quando PED e genitori collaborino in questa direzione. Inoltre l'analisi segnala che l'importanza dell'età può intersecarsi ad altri fattori, ad esempio la competenza linguistica dei bambini o dei loro genitori.

Il principale indicatore di agency dei bambini è rappresentato dalle loro iniziative, che segnalano il tentativo più chiaro di affermare l'autorità epistemica. Queste iniziative sono la produzione di informazioni, la formulazione di domande e, talvolta, la contraddizione delle affermazioni degli adulti. PED spesso accoglie e promuove l'agency dei bambini, mentre i genitori tendono spesso a competere con i figli e resistono all'affermazione della loro autorità epistemica. L'agency dei bambini viene inoltre promossa dall'azione di PED, che li incoraggia a prendere la parola e a rispondere alle domande. Come dimostrano Clemente e colleghi (2008), le domande aperte lasciano più spazio ai bambini. È tuttavia particolarmente importante anche il sostegno fornito dalle risposte minime di PED che incoraggiano le espansioni delle narrazioni dei bambini. Talvolta, inoltre, PED incoraggia la manifestazione di agency dei bambini formulando e apprezzando le loro risposte. Nel caso dei bambini più piccoli, con poche eccezioni, l'agency viene sollecitata nelle fasi di apertura e chiusura, ponendo domande su questioni personali o scolastiche (come segnala Stivers, 2012), ma talvolta anche durante l'anamnesi. Nel caso dei bambini più grandi, la conversazione evidenzia l'agency anche nella gestione dei problemi di salute.

Non possiamo sapere se, come sostiene Stivers (2012), sia anche importate direzionare lo sguardo verso i bambini, non disponendo di registrazioni video, ma è interessante osservare che quando la domanda di PED non appare chiaramente rivolta a un interlocutore, si produce una competizione tra bambino e genitore nel fornire la risposta.

L'agency dei bambini può essere ostacolata dai genitori, che rivendicano la propria autorità epistemica nel rispondere alle domande rivolte ai figli. Ciò accade quando PED sceglie di sostenere l'autorità epistemica dei genitori, oppure non riesce a sostenere quella dei bambini, data l'intensità delle interferenze dei genitori. Questo dimostra che l'interazione triadica medico-bambino-genitore risulta più complessa quando PED non è in grado di definire un confine tra la manifestazione dell'agency dei bambini e l'interferenza dei genitori. Nella pediatria diabetologica, questo confine viene fissato soltanto al di sopra dei 10 anni, seguendo una regola generale relativa all'autonomia e alla responsabilità dei ragazzi. Anziché presentare il bambino come chi sa più di tutti prima delle domande specifiche sullo stato di salute (Clemente et al. 2008), PED sostiene il primato dell'autorità epistemica dei ragazzi quando i genitori tendono ad affermare la propria. Tuttavia, anche per questa età, il sostegno di PED fallisce quando i ragazzi partecipano poco all'interazione: l'autonomia non può essere soltanto definita attraverso norme, ma si manifesta e viene sostenuta nell'interazione.

In conclusione, la nostra ricerca ha contribuito a evidenziare la complessità del coinvolgimento dei bambini nelle visite pediatriche, contribuendo sia alla conoscenza sulle condizioni di manifestazione della loro agency, sia all'impostazione di possibili interventi per sostenere meglio l'agency.

Riferimenti bibliografici

Baraldi, C. (2021). Facilitating children's elicitation of interlaced narratives in classroom interactions. In L. Caronia (Ed.), *Language and Social Interaction at Home and School* (pp. 317-350). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

- Baraldi, C. (2022). *Facilitating children's agency in the interaction. Challenges for the education system*. Cham: Palgrave.
- Byrne, P.S. & Long B.L.L. (1976). *Doctors talking to patients: a study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries*. Exeter: Royal College of General Practitioners.
- Clemente, I., Seung-Hee, L. & Heritage, J. (2008). Children in chronic pain: Promoting pediatric patients' symptom accounts in tertiary care. *Social Science & Medicine*, 66(6):1418-1428.
- Heritage, J. & Clayman S. (2010). *Talk in Action. Interactions, Identities, and Institutions*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Stivers, T. (2005a). Parent resistance to physicians' treatment recommendations: one resource for initiating a negotiation of the treatment decision. *Health Communication*, 18 (1):41-74.
- Stivers, T. (2005b). Non-antibiotic treatment recommendations: delivery formats and implications for parent resistance. *Social Science & Medicine*, 60 (5):949-964.
- Stivers, T. (2006). Treatment decisions: Negotiations between doctors and patients in acute care encounters. In J. Heritage and D.W. Maynard (eds) *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*, 279–312. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stivers, T. (2012). Physician–child interaction: When children answer physicians' questions in routine medical encounters. *Patient Education and Counseling*, 87 (1):3-9.

5. *La mediazione linguistica a scuola*

Claudio Baraldi, Federica Ceccoli e Laura Gavioli

1. **Introduzione**

Gli studi nazionali e internazionali sull'interazione mediata riguardano prevalentemente gli ambiti sanitari e giuridici. La mediazione a scuola è raramente studiata e soltanto per quanto riguarda gli incontri tra insegnanti e genitori (Davitti, 2013, 2015, 2019; Vargas Urpi, 2015, 2017; Vargas Urpi & Arumi Ribas, 2014). Secondo questi pochi studi, la mediazione a scuola comporta un impegno sociale più esplicito che non in altri ambiti. Ad esempio, si sottolinea l'autonomia dei mediatori nel produrre le rese linguistiche, da un lato a sostegno delle valutazioni degli insegnanti (Davitti, 2013), dall'altro a sostegno della partecipazione dei genitori (Davitti, 2015). Si analizzano inoltre le rese linguistiche, riassuntive, espanse o ridotte, e i contributi autonomi, sottolineando soprattutto un approccio quasi-pedagogico delle mediatrici nelle rese espanse (Vargas Urpi e Arumi Ribas, 2014). Si sottolinea infine che le rese espanse o ridotte di ciò che dice l'insegnante sono basate su aspettative di comprensione del genitore e che spesso il contenuto delle sequenze diadiche con il genitore non viene tradotto all'insegnante perché ritenuto poco rilevante (Vargas Urpi, 2015, 2017).

Nel nostro studio, sono stati audio-registrati 10 incontri mediati tra genitori e insegnanti in scuole primarie di Reggio Emilia e provincia, 5 in lingua Urdu, 3 in lingua cinese, una in lingua araba e una in punjabi. Altri 18 incontri mediati, audio-registrati nell'ambito del progetto Europeo HORIZON 2020 CHILD-UP (www.child-up.eu), anche in scuole diverse e a Modena (v. Baraldi e Gavioli, in corso di stampa), conferma i risultati del PRIN. L'unica differenza significativa tra i due set di dati è che nel progetto europeo hanno partecipato ad alcuni incontri anche figli/e (v. Baraldi e Ceccoli, 2023). Questa partecipazione non è stata riscontrata nel PRIN, pertanto ci concentriamo qui sulla comunicazione mediata tra genitori e insegnanti, analizzando l'efficacia dell'azione delle mediatrici nel promuovere l'agency dei genitori migranti.

La percezione delle difficoltà di comunicazione nei rapporti tra insegnanti e genitori è emersa dal questionario somministrato nella prima parte della ricerca. Anzitutto, la soddisfazione per la comunicazione è molto più diffusa tra i genitori (71%) che non tra le insegnanti (45%) e tra i mediatori (44%). Inoltre, la percezione del disinteresse dei genitori per la scuola è nettamente più frequente tra gli insegnanti (34%) che non tra i genitori (7%). La percezione della mancanza di competenze linguistiche dei genitori è invece condivisa da insegnanti (26%) e genitori (27%). Su questo sfondo, è importante osservare se e come la mediazione linguistica possa promuovere una comunicazione più efficace tra genitori e insegnanti.

L'analisi dei dati audio-registrati evidenzia anzitutto i lunghi monologhi delle insegnanti, nei quali sottolineano prevalentemente gli aspetti negativi del rendimento scolastico di bambini/e migranti, il

loro comportamento inadeguato o i problemi nella lingua italiana. Le insegnanti valutano anche negativamente il mancato sostegno dei genitori alle prestazioni scolastiche dei figli. Le insegnanti sottolineano così l'inadeguatezza sia delle competenze e/o motivazioni dei figli, sia dell'impegno dei genitori nel seguire e aiutare i figli nei compiti, indipendentemente dalla competenza linguistica, che non è evidentemente elevata se i genitori necessitano di mediazione linguistica.

Pur traducendo le valutazioni negative delle insegnanti, le mediatrici ne mitigano l'effetto, enfatizzando o rinforzando gli aspetti positivi del comportamento o del profitto dei bambini e mettendo in luce gli aspetti potenzialmente collaborativi dei genitori. Inoltre, le mediatrici valorizzano la partecipazione attiva dei genitori, ascoltandoli, chiedendo loro chiarimenti e traducendo per l'insegnante. Infine, le mediatrici vengono "incaricate" dalle insegnanti, in modo esplicito o implicito, di spiegare ai genitori aspetti specifici dell'istituzione scolastica, quali il formato della pagella e i piani personalizzati per i figli.

2. Le mitigazioni delle mediatrici

Presentiamo qui tre esempi di mitigazione delle valutazioni delle insegnanti riguardanti le prestazioni dei bambini. Nell'esempio 1, l'insegnante ipotizza che la bambina non veda bene, ma la lascia ugualmente in fondo alla classe per motivi di equità nella turnazione dei posti (turno 3), quindi aggiunge che la bambina si comporta in modo scorretto e sottolinea l'importanza di comportarsi bene indipendentemente dal posto (turno 5). Dopo avere avviato la traduzione (turno 10), la mediatrice accentua gli aspetti positivi (turno 12: secondo lei I. si sente molto felice e poi (1.0) abbastanza pensa che sia abbastanza brava), quindi introduce il problema della vista (turni 14-18). La madre conferma che la bambina non ci vede bene (turno 19), chiedendo che l'insegnante la sposti più avanti (turno 21). Nei turni 24 e 26, la mediatrice mitiga anche la valutazione negativa dell'insegnante sul comportamento (potrebbe durante la lezione avere dei piccoli movimenti), terminando con l'importanza che la figlia sia "brava" (turno 28).

Esempio 1 (Cinese 12)

- 003 TEA2f ah: è lo stesso è lo stesso (.) no niente di (.) di I: (1.0) sono contenta (.) eh: adesso l'ho spostata (.) in fondo: (.) perché devo (.) anche un po' cambiare posti portare avanti altri bimbi (.) mmh: (.) non ho ben capito se lei ci vede o meno: cioè se ha problemi a guardare la lavagna perché ha i compagni davanti (0.8) o perché proprio fa fatica a vedere da lontano (0.6) eh: magari se fa fatica lì avrebbe bisogno di una visita per vedere se: è un po' miope così (.) [hh:]
- 004 MEDf [°mh°]
- 005 TEA2f eh: certo che in fondo:: (.) fa un po' più la sciocchina: è: adesso vedevo che si alzava andava a dare i calci al compagno vicino (.) si alza e gira insomma (0.8) eh: però eh bisognerebbe cercare di stare bravi anche in fondo perché io non posso tenere sempre gli stessi davanti sempre quegli altri (.) in fondo
- 006 MEDf okay
- 007 TEA2f eh:: (.) per quello che (.) va bè intanto di questa [cosa]=
- 008 MEDf [okay]

- 009 TEA2f =poi parliamo dell'italian-
- 010 MEDf 好的呢::阿姨你可以听的见我们刚刚说的啊? 就是:刚刚老师也在说(.)[是]
bene ehm:: zia hai sentito quello che abbiamo appena detto? sì: anche l'insegnante stava dicendo (.)[cioè-]*
- 011 PARf [嗯]
[ehm]
- 012 MEDf 她对伊萨贝拉一直都觉得很开心然后(1.0)挺=觉得她挺好的然后呢现在就是
(.)[现在就是说]
secondo lei I. si sente molto felice e poi (1.0) abbastanza pensa che sia abbastanza brava e poi cioè adesso (.) [cioè adesso]
- 013 PARf [mh mh]
- 014 MEDf 这段时间老师把她移到了教室的后面几排 (.)那(.)呃:移到了后面几排老师
就问一下 伊萨贝拉她有没有能不能看得见::就是能不能看到黑板-
durante questo periodo l'insegnante l'ha spostata nelle ultime file dell'aula quindi (.) uh: dopo essersi spostata nelle ultime file l'insegnante vorrebbe chiedere a I. se riesce può vederlo:: cioè se riesce a vedere la lavagna-
- 015 PARf 呃
ehm
- 016 MEDf 或者说:前排有的::[其他小朋友挡住她]
oppure se: nelle file davanti ci sono:: [altri ragazzi che bloccano la sua vista]
- 017 PARf [她-]
[lei-]
- 018 MEDf 还是她的视力能不能支持她看的见?
o se la sua vista è in grado di farle vedere bene?
(3.1)
- 019 PARf 她看不到怎么清除我感觉到她(1.0)她近视眼了
non vede molto bene secondo me lei (1.0) è diventata miope
- 020 MEDf 啊::: OKAY [那就是就是说眼睛可能°是看不清楚°]
ah::: OKAY [cioè significa che gli occhi potrebbero °non essere in grado di vedere chiaro°]
- 021 PARf [她看不到了嗯你跟老师说一下把她安排在前面一点]要不然
[non riesce più a vedere sì di all'insegnante di metterla più davanti] sennò
- 022 MEDf mh mh OKAY OKAY °okay°
- 023 PARf mh (.) mh mh
(8.4)
- 024 MEDf 然后老师就是说她这个在后面到时候可能=因为老师(.)不是像在前排一样的
就是
可以时时刻刻的能盯住她啊(.)有的时候她可能[上课]

poi l'insegnante ha detto che lei essendo dietro potrebbe che= perché l'insegnante (.) non sarà più possibile fissarla tutto il tempo come faceva prima quando era in prima fila a volte potrebbe [durante la lezione]

- 025 PARf [mh::]
- 026 MEDf 会有一些小动作 但是呢 , 老师也要[就是]-
avere dei piccoli movimenti però l'insegnante [cioè]-
- 027 PARf [哦::]
 [oh::]
- 028 MEDf 跟你们讲不管她是在后面也好前面也她都是要一样的都是要=遵守课堂纪律
 要 essere brava (0.8) [okay]
*vi sta dicendo che non importa se è dietro o davanti deve essere ugualmente
 rispettosa alle discipline della classe essere brava (0.8) [okay]*

*In Cina chiamare le signore più anziane “zia” è un segno di educazione

Prima dell'esempio 2, le insegnanti hanno affermato che il bambino è abbastanza bravo ma che deve stare più attento, che gioca sempre, che non si concentra. La mediatrice ha già tradotto queste valutazioni diverse volte: eppure, la madre continua a concentrarsi solo sul rendimento del figlio. Sollecitata dalla mediatrice, la madre chiede se ci sono stati miglioramenti, ottenendo tuttavia sempre la stessa risposta dalle insegnanti. Nei turni 81 e 82, l'insegnante parla delle prestazioni del bambino, ma poi torna sul problema dell'attenzione. La mediatrice mitiga in due modi (turno 86): da un lato, evidenzia la “continuità” dell'attenzione, legata alla prospettiva di un miglioramento (quindi ti ha detto che se lui continuasse a fare attenzione cioè se continua a fare attenzione vorrebbero aggiungergli qualcosa di più); dall'altro enfatizza la valutazione positiva (ma comunque in quello che fanno con lui sta andando bene (.)) hai capito? sta andando bene).

Esempio 2 (Arabo 14)

- 081 TeaF quello che abbiamo fatto insieme:: (.) le addizioni l'altro giorno ha lavorato da solo:
 (.) le ha fatte bene (.) le moltiplicazioni con le tabelline riesce comunque a cercare
 il risultato (.) a fare l'operazione e va bene (.) però dobbiamo andare avanti (.) [se
 lui] fosse attento (.)
- 082 MedF [galt
 lk] [ti
 ha detto]
 (1.3)
- 083 TeaF no (.) eh: è questo il problema infatti mi dispiace vederla:(.) eh triste perché io cioè
 M. è bravo (.) però il suo essere disattento non gli fa aggiungere quei pezzettini che
 mancano
- 084 MedF okay
- 085 TeaF [questo]

- 086 MedF dakshi galt lik kun 'anah bqa rad' balu wiy'dir atansiun zaema yebqa rad' balu bghaw yiziduh zaema shi haja aktar amaa hua dakshi elly dayrin maeah rah ghradi maeahum m'zyan (.) fhmti? ghradi fih m'zyan
quindi ti ha detto che se lui continuasse a fare attenzione cioè se continua a fare attenzione vorrebbero aggiungergli qualcosa di più (.) ma comunque in quello che fanno con lui sta andando bene (.) hai capito? sta andando bene.

Nell'esempio 3, l'insegnante legge la valutazione della bambina (turno 22). Nella resa, il mediatore enfatizza la valutazione positiva (lei è brava in classe (.) tutte le cose stanno andando bene quando insegniamo in classe lei è molto attenta e per le sue cose molto attenta). Inoltre, sottolinea la valutazione positiva dell'insegnante (turno 25: lei dice che diverse volte abbiamo visto che lei nella classe si sente insicura però tutte le sue cose stanno andando bene).

Esempio 3 (Punjabi)

- 022 TeaF partecipa con sufficiente interesse (.) si applica regolarmente alle attività scolastiche (.) è migliorata rispetto all'anno scorso
- 023 MedM wow keh rehi hay ke gessy uss ko dekha hey kee class (.) main uska subb kuch theek hey aor gessy uss ko perhaya jata hey wow sari chizoon ka woo khyall rekhata hey aor pechley sallki nisbatt theek hey
lei dice che come abbiamo osservato lei è brava in classe(.) tutte le cose stanno andando bene quando insegniamo in classe lei è molto attenta e per le sue cose molto attenta è migliorata dall'anno scorso
- (1.5)
- 024 TeaF utilizza un metodo di lavoro (.) a volte insicuro ma in via di miglioramento
- 025 MedM wow keh rehy hey kei daffa mehsoos hotta hey ke wow usko thoora sa apny class ke hisab se thora sa insecure mehoos kerta hey meger dekha hey ke sari cheezen theek he hain takreeban jarahi uski
*lei dice che diverse volte abbiamo visto che lei nella classe si sente insicura **però tutte le sue cose stanno andando bene***

Questi esempi evidenziano l'attribuzione sistematica delle valutazioni negative alle insegnanti (dice, sta dicendo) e i modi in cui le mediatrici mitigano i contenuti delle valutazioni negative. Negli esempi 1 e 2, si notano sia l'enfasi sulle valutazioni positive, sia la riduzione dell'impatto di quelle negative. Nell'esempio 2, la mitigazione contiene anche la trasformazione di un problema in un'esigenza di continuità per il miglioramento. Nell'esempio 3, si osserva l'enfasi ripetuta sulla valutazione positiva. I problemi dei bambini sono presenti nelle rese delle mediatrici, ma vengono riformulati in modo più rassicurante e propositivo.

3. La mediazione delle iniziative dei genitori

Generalmente, i genitori si limitano a fornire brevi segnali di comprensione, a rispondere alle domande tradotte dalla mediatrice o alle sue richieste di chiarimento. Le iniziative dei genitori sono

invece poche e di tre tipi: (1) spiegazioni che non sono richieste nelle rese delle mediatrici; (2) obiezioni alle affermazioni tradotte delle insegnanti; (3) richieste specifiche non sollecitate.

Nell'esempio 4, l'insegnante afferma che la bambina è molto migliorata (turno 203) e la mediatrice traduce. Dal turno 206 al turno 227, la madre produce una lunga spiegazione, enfatizzando gli aspetti positivi dell'impegno della figlia. La mediatrice produce le rese subito dopo i turni della madre, traducendo la sua narrazione in modo chiaro e preciso. L'insegnante evidenzia qualche apprezzamento. La mediatrice prende a sua volta l'iniziativa con un breve commento che riprende il punto di vista della madre (turno 224).

Esempio 4 (Urdu 19)

- 203 teaf ecco (.) per noi è effettivamente molto migliorata M. (.) su questo possiamo (.) davvero dirlo
- 204 medf chendi sade vaste cafi betar ho gai e
dice che per noi è migliorata
- 205 teaf e inoltre (.) ci- ci- ci tiene ci prova e ci tiene molto [secondo me]
- 206 **parf** [nai onu na] che lo che onu scioq e
sciuru sciuro vicih andi pi e na school te onu italian sikh da scioq e gio kugih vi
ethu sikh che giandi te o ghar già che boldi è fer ma ode babà colu pucihdi a kher
manu te samgih te ni andi ona colu pucihdi chende ne che cafi lafaz boldi e aghe ni so
ondi (.) e te sahi boldi e
*[no puoi dire] che lei ha la voglia perché sta venendo all'inizio a scuola e ha la voglia
di imparare la lingua italiana qualsiasi cosa impara da qua quando va a casa la ripete
dice delle parole io chiedo a suo papà cosa dice perché io non capisco lui dice parla
tanto parole in italiano che prima non sapeva (.) e parla bene*
- 207 medf ha detto prima quando non capiva non diceva niente (.) a casa non diceva neanche a nessuno=
- 208 **parf** =or te ciote baia nal vi boldi rendi e gio sikh che giandi e
=*anche con suoi fratelli piccoli dice quello che impara*
- 209 medf adesso da quando: (.) sta imparando (.) quando torna a casa (.) parla coi suoi fratelli
quelle parole nuove che [impara]
- 210 **parf** [vei italian] zuban vicih gal cardi e apni zuban vicih nahi kardi
giadu ethu school viciu giae sarà din
*[parla in italiano] non nella sua lingua quando torna da
scuola*
- 211 medf quando torna dalla scuola allora parla con suoi fratelli anche in italiano (.) [prova:]
- 212 teaf [bene]
- 213 medf qualsiasi- cioè quelle parole che impara (.) le ripete [in casa]
- 214 teaf [mh]
- 215 medf mi ha detto io non capisco ma io chiedo dopo a suo papà cosa ha detto papà dice sì che
dice questa parola eh ma ha detto che sì sta imparando delle paroline: (.) così però sta
provando ha detto adesso qualcosa di imparare l'italiano:£
- 216 teaf mh

- 217 medf ha detto prima
- 218 **parf** te je koi lafz ghalat bole te papa dasde ne ke enj bol
aiuta il papà quando sbaglia qualche parola eh
- 219 medf lo aiuta papà e quando sbaglia qualche parola:: eh
- 220 teaf mah sì lo sbagliare [ci mancherebbe]
- 221 **parf** [te onu scioq] e giacan bacea nu honda na e scioq e italian sikhhan da
pela sal ayi nhi he te hun aui e (.) te bolne te sikhne da scioq es
*[ha la voglia] come hanno i bambini (.) ha la voglia di imparare la
lingua italiana prima non era venuta a scuola (.) ha la voglia di parlare*
- 222 medf vuole imparare italiano
- 223 teaf sì vuole proprio impararlo (.) vuole proprio imparare a leggere si capisce eh ci prova
(.) quindi è la M. che dovrà insegnarle l'italiano
- 224 medf **eh sì:: nostri figli che insegnano**
- 225 teaf EH!
- 226 medf chendi e fer tanu M zuban sicae ghi
dice che ti insegnerà maida
- 227 **parf** chendi e mamma ap mugih se sikh liea care me chia giadu tenu sei tara a gai fer
dice mamma impari da me io ho detto quando parlerai bene e poi
- 228 medf anche ha detto M. dice mamma impari da me [italiano]

L'esempio 5 riguarda l'incontro visto nell'esempio 1. La mediatrice traduce una precedente spiegazione dell'insegnante sui problemi da affrontare in matematica per la bambina, al termine della quale (turno 121) sollecita la madre a dire alla bambina che è importante che chieda quando non capisce. Tuttavia, la madre torna sul problema del posto della bambina (turno 122), chiedendo nuovamente di spostarla più avanti (turni 124 e 126) e fornendo una spiegazione della sua richiesta (turno 128). La mediatrice non traduce subito la richiesta, bensì invita la madre a prenotare una visita. La madre risponde, rivolgendosi direttamente alla mediatrice (turno 133), quindi spiega la motivazione della mancata visita (turni 135-143). La mediatrice non traduce la spiegazione della madre, segnalando solo che programmerà la visita oculistica: si concentra invece sulla richiesta della madre di spostare la bambina, sottolineando così il problema principale della madre ed evitando di disperdere la resa dei significati (turno 144). Le insegnanti obiettano a questa richiesta, non considerandola pertinente, e chiudono il discorso.

Esempio 5 (Cinese 12)

- 115 MEDf °okay° 呃::现在就是 : 说到(.)我们数学啊因为这段时间数学(.)**数学课上可** 老师会开始一些问题就是(.)这些问题就像我们中国说叫应用题一样的就是(.)
有一些文字的题目出现了那之前的话[都是数字]
°ok° eh:: adesso stiamo: parlando della (.) nostra matematica perché durante questo periodo la matematica (.) durante le lezioni di matematica l'insegnante può iniziare con alcuni problemi cioè (.) questi problemi sono proprio come quelli che

noi li chiamiamo per yìngyòng tí in Cina cioè (.) ci saranno dei problemi di testo prima c'erano [tutti i numeri]

116 PARf [哦:]

[oh:]

117 MEDf 可能对于伊萨贝拉来说会比较简单一些那现在这些题目啊或者说我们应用题啊这题目的出现的话就是说(.)会有比较多的[意大利语了]

forse era più facile per I. ora con questi problemi cioè i nostri yìngyòng tí se inizieranno con questi problemi cioè (.) vuol dire che ci sarà l'aumento [dell'italiano]

118 PARf [很难了]

[più difficoltoso]

119 MEDf 呃:会有比较多的意大利语了那(.)她首先要她要读懂那个题目嘛对吧?所以(.)呃::如果::[像::伊萨贝拉]

eh: ci sarà più italiano quindi (.) deve prima deve capire l'argomento giusto? quindi (.) eh:: se:: [come::I]

120 PARf [mh]

121 MEDf 一旦她比如像那些题目有什么不懂的地方啊就让她在后面举手然后(.)跟(.)叫老师::然后怎么样要问老师她如果有哪些题目不懂的话比如读不懂啊然后有些几单词不认识的时候啊然后就是(.)让她马上举手问老师怎么样

se capita che non capisce qualcosa con quei problemi dille di alzare la mano e poi (.) e (.) chiama l'insegnante:: dopo cioè di chiedere all'insegnante se ci sono dei problemi che non capisce per esempio quando non comprende ciò che legge oppure quando non capisce qualche parola allora (.) chiedile di alzare la mano e di chiedere alla maestra e così via (4.5)

122 PARf 嗯知道了那你麻烦你叫叫老师要把她放(.)中间一点还是哪里换一下

sì ho capito allora tu per favore dille di all'insegnante di metterla un pò più nel mezzo (.) o cambiarle posto da qualche parte (0.6)

123 MEDf mmh mmh=

124 PARf =还是放前面(1.0)她在后面因为她说她看不到

=oppure la mettano ancora davanti (1.0) lei stando dietro perché ha detto che non vedeva

125 MEDf mmh okay刚刚老师[也说::-]

mmh okay proprio ora l'insegnante [ha detto anche::-]

126 PARf [她看不到我怕她就是-] 看不到

看不到的话(.)老师::写作业啊就要(1.0)比如要让她抄在那个diario里面

[lei non riuscendo a vedere temo che-] non vede

e se non vede (.) insegnante:: scrive i compiti e poi (1.0) per esempio bisogna che lei lo copi sul diario

127 MEDf

mmh

128 **PARf** 要回家写作业可能:看不清楚可能[写不起来]

per andare a casa a fare i compiti forse: non riuscendo a vedere bene forse [non riesce a scrivere]

129 MEDf

[她看不清楚

okay] 刚刚老师有说到(.)[就是说 可能就是会这个时候就 是::可能会::发现孩子可能会有点近视的这样的 题 你可能给她约一个]

[non riesce a vedere bene okay] proprio ora l'insegnante ha detto (.) [che potrebbe essere in questo periodo è:: forse:: scopriamo che la bambina potrebbe essere un po' miope un problema del genere dovresti fissare]

130 CHIf [((bambina parla sottofondo e non è comprensibile ciò che ha detto))]

131 MEDf 那个(.)眼科的检查这样子看一下她的视力有没有需要要[配眼镜]

un (.) esame della vista e così controllare se la sua vista necessita di [fare gli occhiali]

132 PARf

[((tossisce))]

(1.0)

133 PARf 常乐要不然我早就带过去检查了家庭医生也看

C. le altrimenti l'avrei portato per la visita e l'avrebbe visto anche il medico di famiglia

134 MEDf

mmh

135 **PARf** 因为这个疫情我都没去看[因为-]

a causa di questa pandemia non ho fatto nessuna visita [perché-]

136 MEDf

[ah::]

137 **PARf** 我感觉这个医生 [都是]=

secondo me i dottori [sono tutti]=

138 MEDf

[都是比较怕]

[sono tutti spaventati]

139 **PARf** =你看看他看看我::

=visita te visita lui io::

140 MEDf [mmh]

141 **PARf** [感觉-] 老外嘛也没什么(.)那个::他东走西走我也有点怕

[ho la sensazione-] gli stranieri non è niente (.) è che::: andando spesso in giro anch'io ho paura

142 MEDf

有点怕

hai un po' di timori

143 **PARf** 所以说我一直都没带伊萨贝拉去看

- quindi non ho mai portato isabella a farla visitare*
- 144 MEDf okay (.) okay (.) la mamma: (.) chiede se è possibile (.) magari fare I. di tornare: eh: (0.8) e vicino alla lavagna (.) eh: (.) perché adesso ha un po' (.) paura diciamo per andare in ospedale fissare una visita per vedere i:: (.) i:: (.) quindi: (.) dice se adesso appena possibile comunque (.) fisserà: dell'appuntamento della visita per far vedere (.) I se: (.) se ha bisogno degli occhiali o no (.) ma intanto in questo tempo: (.) magari se si può (.) eh: far vicinare la lavagna
- 145 TEA2f eh son due giorni eh che è dietro (.) due tre giorni non è molto [ah ah]
- 146 TEA1f [AH AH]
- 147 TEA2f cioè
- 148 MEDf ecco
- 149 TEA2f hh aspettiamo un attimo perché hh adesso è sempre stata davanti dall'anno scorso dai [non è che:]
- 150 MEDf [okay] no dice che [stamattina (.) stamattina non riesce a copiare]
- 151 TEA2f [(??) alla lavagna] non è che- (0.7) che passano la mattinata a copiare dalla lavagna
- 152 MEDf mmh:
- 153 TEA2f copiano poco quindi[::]
- 154 MEDf [okay]
- 155 TEA2f tra l'altro (.) parliamo e scriviamo: (.) ma non è che (.) ci sia così tanto da copiare

Gli esempi 6 e 7 presentano iniziative dei genitori che obiettano alle affermazioni delle insegnanti, mostrando di non condividerle. Nell'esempio 6, l'insegnante insiste sull'importanza dei compiti a casa della bambina, che sono "ostacolati" dalla sorellina (turno 42) e la mediatrice traduce (turno 45). La madre obietta che la figlia non è mai andata a scuola senza compito, insistendo sullo sforzo della figlia in condizioni difficili (turno 46). La mediatrice traduce, sottolineando il punto di vista della madre (turni 47 e 49). L'insegnante tuttavia contraddice la madre e la madre, prima in albanese (turno 55) poi in italiano (turno 57), afferma che è accaduto solo tre volte che la figlia non abbia portato i compiti a scuola. Le insegnanti insistono e la madre, in un italiano stentato, spiega che lei e il marito vedono il diario, sottintendendo che sono in grado di verificare i compiti della figlia, e riafferma che la figlia è brava (turno 61). L'insegnante riconosce che la bambina è brava, ma insiste ancora sui compiti a casa (turno 62). L'agency della madre risulta particolarmente evidente, anche attraverso l'uso della lingua italiana.

Esempio 6 (Albanese 21)

- 042 TF1 eh però magari lei (.) potrebbe tenere la: bambi:na non so bisogna trovare una soluzione perché è importante (.) l'esercizio a casa (.) perché l'ese- lo diamo solo due volte a settimana quindi (0.7) cioè l'esercizio a casa è importante perché lei deve consolidare quello che impara a scuola
- 043 MF është shumë [e rëndësishme]
è molto [importante]
- 044 TF2 [è fondamentale per quel]lo

- 045 MF është shumë e rëndësishme që ti bën detyrat në shpi(.) sepse thotë dy herë në javë neve japim detyra për në shpi (.)dhe kshtu që: nuk është se është ditë për ditë (.) mundohu që këto dy ditë të paktën
è molto importante che faccia i compiti a casa (.) perché dice due volte a settimana noi diamo i compiti per casa (.) e quindi: non è che è tutti i giorni (.) cerca che in questi due giorni almeno
- 046 PF pa detyra nuk ka shkuar ndonjëherë (0.6) detyrat i ka bërë (.) i ka bërë si i ka bërë domethënë është munduar i ka bërë (.) se i ka me qejf (0.6) me aq sa është Kiara domethënë (0.7) me aq sa ka arrit Kiara se ka atë gjendje në shpi me të voglën (.) është shumë brava (.) po të ishte një fëmijë që mos të kishte një motër si: si tjetra që është ose zot i madh(.)domethënë të ishte akoma më brava (.) po është: unë them që është brava me kaq sa bën (.) dhe me atë fëmijën e vogël
senza compiti non è mai andata (0.6) i compiti li ha fatti (.) li ha fatti come li ha fatti cioè si è impegnata li ha fatti (.) perché le piacciono (0.6) con quello che è K. cioè (0.7) per quello che ha raggiunto K. che ha quella situazione in casa con la piccola (.) è molto brava (.) se era una bambina che non aveva una sorella come: come l'altra che è dio mio (.) cioè sarebbe stata ancora più brava (.) però è: io dico che è brava con quello che fa anche con la bambina piccola
(0.6)
- 047 MF sta dicendo che: e: è davvero brava perché dice eh:: (.) di solito almeno per come sono io (.) non è mai andata (.) a scuola senza fare i compiti (.) li fa bene li fa male questa è un'altra cosa però (.) senza fare il compito non va mai (.) è p:- per [quello]
- 048 PF [??]
- 049 MF per:- (.) per le condizioni che: ha lei con: (.) con la sorellina piccola dice è davvero brava K.
(2.2)
- 050 TF1 quello sicuramente ma [nei compiti]
- 051 PF [??]
- 052 TF1 ne abbiamo parlato diverse volte signora è venuta anche lei a dire che non li ha fatti (.) il giorno prima perché non mi ricordo per [cos'era]
- 053 TF2 [??]
- 054 TF1 no no no [anche]=
- 055 PF [tre herë]
[tre volte]
- 056 TF1 =altre volte
- 057 PF **tre volte**
- 058 TF1 ci sono anche altre volte (1.2) [sì]
- 059 MF [edhe] herë të tjera [thotë]
[anche] altre volte [dice]
- 060 TF1 [ma poi lei doveva] recuperare i- li abbiamo fatti poi recuperare in classe (.) il giorno dopo
(0.6)
- 061 PF io vedo il diario sempre quando viene a casa io vedo: il diario anche mio marito (.) e: finischi la: il compiti: la- la K. (.) e vede tutto mio marito anche cosa fa: a scuola cosa

- (.) prendi bravo (.) bene [vede tutto]
- 062 TF1 [sì sì ma quello] sì è bravissima sicuramente l'abbiamo detto
sempre che (.) insomma (0.8) su quello non abbiamo dubbi anzi è molto brava (.)
però (.) diciamo (.) vogliamo ess- dire che il: (.) lavoro (.) dato a casa è importante per
quello capito per consolidare (1.2) come possiamo dire per (.) raffor[zare]=
- 063 TF2 [sì]
- 064 TF1 =ecco le competenze che acquisisce a scuola

L'esempio 7 riguarda lo stesso incontro dell'esempio 4. L'insegnante afferma che anche la madre dovrebbe andare a scuola di italiano (turno 119) e la madre reagisce affermando che le esigenze di gestione della casa non le permettono di farlo (turno 121). Questa affermazione viene tradotta dalla mediatrice, che constata che la donna ha dei bambini piccoli, e l'insegnante ripara la sua affermazione affermando che scherzava. La madre aggiunge di conoscere l'inglese e quindi di essere in grado di aiutare la figlia, e che la figlia ora capisce bene in classe (turno 124). Il turno viene tradotto, le insegnanti confermano e la mediatrice traduce parzialmente la conferma per la madre.

Esempio 7 (Urdu 19)

- 119 teaf mh anche la mamma allora dovrebbe venire a scuola fdi italiano£
- 120 medf chiendi idi mamma nu vi zarorat e school an di
dice allora anche sua mamma ha bisogno di andare a scuola
- 121 **parf** zarorat te h lechin car di zimedaria gian ni dendia bacie con sambale
certo che ho bisogno però le responsabilità della casa non permettono i bambini chi li tiene
- 122 medf ha dei bambini piccoli
- 123 teaf certo (.) no era una battuta certo
- 124 **parf** nai manu inglish andi e manu samag a giandi e compito carwa lendi ass (.) ennu qu
samag a gai e lechin hon chiendi pe le maestra di samag ni si andi che teacher che
chiendi si te hon teacher di vi samag a giandi e bacia di vi samag a giandi e che o chi
akhde ne
no io so l'inglese capisco il compito l'aiuto a fare i compiti un po' lo so però adesso lei dice prima non capivo quello che diceva la maestra adesso capisco la maestra anche i bambini che cosa dicono
- 125 medf ha detto che (.) ha detto: io capisco ital- inglese ma il compito quando danno per casa
(.) io capisco (.) la aiuto però non riesco a parlare però e lei la: M. ha detto (.) prima
non ca- eh diceva che (.) ma- maestra quando parla non capisco cosa dice però adesso
ha detto quello che maestra dice capisco anche bambini quando parlano io capisco cosa
stanno dicendo
- 126 teaf sì (.) è vero è molto più inserita
- 127 medf sì
- 128 teaf con anche altri bambini italiani e non solo::
- 129 medf sì l'ho vista anche io
- 130 medf chiendi e che hon bachea nal kafi sara mix e matlab ral mil che cam cardi e vechi e
italiane bacian nal vi matlab khedi e

	(2.0)
143 TF2	va bene
144 TF1	eh sì [sarà così]
145 TF2	[va bene certo??] (0.9) speriamo dai
146 TF1	crescono e sono più autonomi

4. Le spiegazioni autonome delle mediatrici

Le mediatrici vengono autorizzate dalle insegnanti, in modo esplicito o implicito, a fornire spiegazioni autonome ai genitori, sulle pagelle e sui percorsi didattici personalizzati. Sembra che le insegnanti considerino molto più importanti i loro commenti che non la spiegazione della documentazione, spesso delegata alle mediatrici. Nell'esempio 9, l'insegnante indica le password per l'accesso alle piattaforme digitali (turno 337) e la pagella (turno 340). Queste indicazioni aprono alla spiegazione della mediatrice, che non viene interrotta dall'insegnante. La mediatrice dapprima richiama la struttura della pagella e il fatto di averla già spiegata (turno 342), in seguito spiega le modalità di accesso alla piattaforma digitale (turni 343-363).

Esempio 9 (Cinese 23)

337 TeaF2	e: qua ci sono le password per Teams e p- e:- Mastercom
338 MedF	okay (.) va bene
339 TeaM	va bene lasciamo-
340 TeaF2	questa è la pagella
341 MedF	okay 这是老师给你打印的成绩单 okay? <i>okay, questa è la pagella che l'insegnante ha stampato per te okay? ((la mediatrice sta facendo vedere la pagella al padre))</i>
342 MedF	上面 呢这里-刚刚跟你说过了哦小学的分數 分成四个水平来评估他们的学习 (.)eh:: 这里呢最后一页呢这里这张很重要这是 你们的密码哦就是刚刚我讲过的那两个::学校-就是说教学平台okay? <i>sopra qui- te l'ho appena detto no i voti della scuola primaria sono divisi in quattro livelli per valutare il loro apprendimento (.) eh:: qui l'ultima pagina qui questa è importante questa è la tua password no quei due sono quelli di cui ti parlavo prima:: della scuola- cioè sono le piattaforme per la didattica okay?</i>
343 MedF	一个是孩子们就是说:: (.) 呃::孩子们的一个账号可以查找作业啊或者干嘛另外一个是老- 就是家长可以在上面下载成绩单啊查看学校的 [分數啊] 什 么的 <i>uno è per i bambini cioè:: (.) uh::: un account per i bambini si può cercare i compiti o qualcos'altro e l'altro è- cioè i genitori possono scaricare le pagelle da esso controlla i [punteggi] della scuola eccetera</i>
344 ParM	[mh]

- 345 MedF 有账号密码账号密码都在这里了okay? 到时候你们回去可以用手机电脑自己
 下载 就可以了登录上去不要弄丢了这个密码
c'è un account una password un account e una password sono tutti qui okay?
quando torni a casa puoi scaricarlo utilizzando il tuo computer o il telefonino
basterebbe accedere non perdere questa password
 (1.1)
- 346 ParM 这个- ((nel frattempo è uscita TeaF2, la porta è stata sbattuta senza
 volere)) 这
 个(.)意思 就是说- 这个(.)这个(1.0)就是 在::我想我想- ((TeaF2 è rientrata e
 parla a sottovoce con TeaM))
questo- ((nel frattempo è uscita TeaF2, la porta è stata sbattuta senza volere))
questo (.) vuol dire che- questo (.) questo (1.0) cioè:: penso penso-
 (0.6)
- 347 MedF 这-你看这里有个(.)这个名字这是大写的黑的比较黑一点的[哦?]
questo guarda c'è un (.) nome qui è in maiuscolo nero un po' più scuro [no?]
- 348 ParM [ehm:]
- 349 MedF 这是这个(.)呃:平台的名字叫Mastercom okay? 这里有这个-(.)这个你 的 昵称
 然
 后 [密 码]okay?
ecco questo (.) ehm: il nome della piattaforma si chiama Mastercom okay? ecco
questo- (.) questo è il tuo nickname poi [password] okay?
- 350 TeaF2 [sì sì sì ((speaking with other people))]
- 351 MedF 这里呢是另外一个平台叫: Teams (.) okay? 这里有你的=
qui c'è un'altra piattaforma si chiama: Teams (.) okay? ecco il tuo=
 (1.2)
- 352 MedF =昵称还有密码登录上去就可以了
 =nickname e password basta effettuare il login
 (0.9)
- 353 ParM 我得-我得下载这个::
devo- devo scaricare questo::
- 354 MedF 对!
giusto!
- 355 ParM 一个东西哈
una cosa che ha
- 356 MedF 对!
giusto!
 (1.6)
- 357 MedF è un'app da scaricare vero?

- 358 TeaF2 sì
- 359 TeaM sì sì sono due app
- 360 MedF 就是两个软件要下载的okay老师用手机让给看一下 ((TeaF2 sta tirando fuori il suo cellulare per dimostrare a ParM le app di cui stanno parlando))
- ci sono due app da scaricare okay l'insegnante ti fa dare un'occhiata al cellulare*
- 361 ParM mh:
(1.1)
- 362 TeaF2 eh: (.) questa
(0.9)
- 363 MedF 就是这[样子的]
a questo [modo]

Nell'esempio 10, un'insegnante avvia la presentazione della pagella (turno 157), che prosegue fino al turno 162, poi invita la mediatrice a partecipare alla spiegazione della struttura della pagella (glielo puoi dire), invito ribadito e rinforzato anche per l'accesso alla piattaforma digitale (turno 166: gli devi dire al papà). Dal turno 178, la mediatrice non si limita a spiegare la struttura della pagella, ma commenta anche le valutazioni (turni 182-214). Se all'inizio segnala che sta dicendo che cosa hanno scritto le insegnanti (turni 182, 184), in seguito non fa più alcun riferimento alle insegnanti.

Esempio 10 (Urdu 8)

- 155 TEA1f allora: (.) io: ti chiedo questo (.) Angela secondo te gli condivo solo il giudizio finale [perché già siamo]
- 156 TEA3f [sì sì sì]
- 157 TEA1f in ritardo (.) **allora ti faccio vedere la pagella (.) la faccio (.) scorrere velocemente (.) poi magari tu traduci quell'ultima parte che noi abbiamo scritto perché se no siamo in ritardo**
- 158 MEDf okay
- 159 TEA1f quindi adesso vado a: prese- ecco una finestra
- 160 MEDf vo ise dikhate hai ab report card
le fanno vedere [la pagella adesso-]
- 161 TEA3f [(???) che quello] è un giudizio: (.) sommario insomma [è la ((??))]
- 162 TEA1f [esatto] (.) allora questa (.) questa: è la: (.) la pagella (.) **glielo puoi dire** (.) che stavolta non ha i numeri e:: nelle varie materie (.) ma ha questi livelli (.) e base (.) in via di prima acquisizione (.) e e sono così vedi?
- 163 MEDf sì sì [sì]
- 164 TEA2f [italiano] e: (.) storia (.) cioè tu ormai (.) ti avevo già inviato tutto no?
- 165 MEDf sì sì [sì]
- 166 TEA1f [ehm:] ((suono del pc)) (.) ti faccio vedere (.) ecco qui **gli devi dire al papà** (.) che se lui vuole (.) si può scaricare la pagella dal computer (.) e la può anche

- guardare dal registro elettronico (.) e qui ci sono spiegate: (.) eh: i livelli che cosa significano
- 167 MEDf ok[ay]
- 168 TEA1f [capi]to?
- 169 MEDf sì sì [sì]
- 170 PARm [(??)]
(0.8)
- 171 MEDf teacher keh rahi [ke...]
le maestra stanno dicendo[che...]
- 172 TEA1f [e poi adesso] ti ingrandisco appena un pochino (.) aspe-
no (.) te lo volevo ingrandi- ecco te lo sto rimpicciol[endo]
- 173 MEDf [eh eh]
- 174 TEA1f te lo volevo ingrandire (1.4) così leggi (.) gli leggi questo
(1.4)
- 175 MEDf [allora:]
- 176 PARm [okay]
(1.8)
- 177 PARm [ji]
[sì]
- 178 MEDf [ye report card hai] or pehle ki tarah numbar nahe hai lekin 4 leval hai
*[questa è la pagella] e non ci sono più i numeri come una volta ma ci sono quattro
livelli (0.7) ba[se]*
- 179 PARm [ji]
[sì]
- 180 MEDf ala darje ki or is tarah ke leval hai jin ke meni(.) yaha likhe ge hai agar aap report
card dekhna chahti hai to aap ko abdul(.) ke registro elettronico par jana ho ga [aap
use download bi kar sakti hai]
*avanzato e così ci sono dei livelli di cui ci sono scritti qui i significati (.) se lei vuole
vedere la pagella deve andare sul registro elettronico di A. (.) [può anche scaricare
o stampare]*
- 181 PARm [ji]
[sì]
- 182 MEDf computer se or yaha inho ne abdul ka raveya likha hia
dal computer e qua hanno scritto il comportamento di A.
- 183 PARm sì:
- 184 MEDf unhe ne likha hai ke ab A. acha raveya rakhta hai or apne hum jamaat(.) ke saath bi
or apne hum jamaat ke saath bi school me bohat khush hota hai
*hanno scritto che A. adesso si comporta bene.: anche con i compagni(.) anche con
i compagni [ed è molto contento a scuola]*
- 185 Parf [(??)]
- 186 MEDf or teacher ke saath bi acha raveya rakhta hai
e si comporta bene anche con le maestre
(0.8)
- 187 PARm sì

- 188 MEDf vo acha bartao karta hai or apne aap par kabu bi rakhna chahta hai lehaza ab ise bar bar kehne ki zrurt nahe ke use acha salook karna chahiye
si comporta bene e sa controllarsi da solo quindi non bisogna chiamarlo per dirgli che si deve comportare bene
(1.2)
- 189 PARm [theek hai]
[va bene]
- 190 MEDf [thora zubaan ka masla hai]
[ha un po' problemi] di lingua
(0.7)
- 191 PARm ji ahista ahista seekh jaye ga
si la imparerà pian piano
- 192 MEDf ji ji[waqeyi]
si:: [esatto]
- 193 PARm [((??))]
- 194 MEDf is ko masla:: hai [zubaan ka]
ha problemi:: [di lingua]
- 195 PARm [ji]
[si]
- 196 MEDf is masle ki wajha se [mazzed keyi sar garmiya karta hai]
a causa di questi problemi [fa diverse attività in più]
- 197 PARm [kya vo inhe nahe kar sakta]
[non le può fare?]
- 198 MEDf nahe vo nahe, class room kr bahir karta hai vo [azafi sar garmiya] hai us ke doraanno
le fa fuori dalla classe [sono delle attività extra durante le quali-]
- 199 PARm [okay]
- 200 MEDf mohtaata rahe or in me dilchasbi le
sta attento e gli interessano
(0.7)
- 201 PARm si
(0.5)
- 202 MEDf vo group ke kaam me bi bohat hissa leta hai [acha bartao karta hai or jo kaha jaye vo karta hai]
partecipa molto anche nei lavori di gruppo [si comporta bene e fa quello che gli viene detto]
- 203 PARm [theek hai]
[va bene]
- 204 MEDf vo saht mehnat kart hai lekin baaz okaat vo pareshan ho jata hai or is wajha se vo apna kaam hatam nahe karta
lui si impegna ma a volte si distrae e quindi non riesce a finire il suo lavoro
(1.0)
- 205 PARm [okay]
- 206 MEDf or::: pehle mahine:: me: [pehle 6 mah me]
[e:::] nei:(.) primi mesi::[nel primo quadrimestre:::]

207	PARm	[ji] [sì]
208	MEDf	maaf kijiye ga(2.7) me(.) parh rahi thi, unho ne (0.9) kaha ke vo behtar ho geya hai kyu ke vo janta hai ke pakistan jane se pehle vo school me [jaddo jehad nahe kar raha tha agarche] anche se:: (2.7) scusa stavo leggendo (0.9) hanno detto che è migliorato sa che prima di andare in pakistan [faceva fatica a scuola]
209	PARm	[ji ji] [sì sì]
210	MEDf	[dehaan] nahe karta tha <i>non stava [attento]</i>
211	PARm	[ji] [sì]
212	MEDf	[is] liye bar bar bulana parta tha] <i>quindi lo deve richiamare[ma]</i>
213	PARm	[okay]
214	MEDf	lekin ab acha karta hai in ka matlab hai ke chand mahine pehle [vo zeada dehaan] nahe deta tha <i>ma adesso si comporta bene intendono che qualche mese fa [non era molto attento]</i>
215	PARm	[okay]

L'esempio 11 riguarda lo stesso incontro descritto negli esempi 1 e 5. L'insegnante annuncia l'intenzione di chiedere il percorso personalizzato (turno 159), spiegando di che cosa si tratta e continuando la spiegazione fino al turno 169. La mediatrice chiede conferma della richiesta alla madre (turno 170), quindi spiega in dettaglio il significato e l'importanza dei percorsi personalizzati (fino al turno 188). La mediatrice introduce inoltre la futura richiesta di firmare il documento che autorizza il piano (turni 182, 190), aggiungendo un'ultima spiegazione (turno 192). La mediatrice non realizza una traduzione di ciò che ha detto l'insegnante, ma una lunga spiegazione autonoma.

Esempio 11 (Cinese 12)

159	TEA2f	eh::m (.) per l'anno prossimo (.) <u>questi bambini</u> che sanno poco l'italiano (0.6) io chiederò ai genitori di firmare il mod- (.) il modulo per i <u>bes</u> : (.) cioè sono bambini che (.) avranno bisogno di: (.) mh::m di un po' di aiuto di avere un lavoro semplificato perché in terza si comincia a studiare
160	MEDf	mh
161	TEA2f	e:: si cominciano a scrivere proprio det- a fare delle prove anche più difficili (0.5) e per loro: (.) c'è bisogno di (.) un lavoro un po' più [semplice (.) un po' più appunto diverso ecco proprio per aiutarli]
162	CHIf	[((??))]
163	TEA2f	non [è che (??) ma:-]
164	PARf	[((??))]

(0.6)

- 165 TEA2f eh: lo studio diventa complicato (.) non sapendo (.) tutte le parole che sanno gli altr- hh ma già adesso (.) facciamo ad esempio delle letture: le- le trasformiamo e le facciamo un po' più semplici per loro in modo che (.) possono rispondere alle domande di comprensione
- 166 MEDf mh
- 167 TEA2f quindi già adesso un po' lo facciamo l'anno prossimo (.) come dire diventerebbe una cosa ufficiale (.) cioè si firma proprio che (.) per aiutare questi bimbi (.) eh:: si fanno delle mappe degli schemi delle tabelle (.) ecco poi magari fai la verifica ma hai sotto la tabella che ti aiuta
- 168 MEDf mh
- 169 TEA2f in questo senso
- 170 MEDf **okay (0.6) quindi la mamma deve firmare: (.) già: in que[sti giorni (.) l'anno prossimo]**
- 171 TEA2f [l'anno prossimo (.) questo poi::] l'anno prossimo però mh:m
(0.8)
- 172 MEDf okay (.) 是这样子老师说明年因为孩子是要到三年级了哦[课程会=]
perché la bambina sta per andare in terza elementare [le lezioni saranno=]
- 173 CHIf [[(parla in sottofondo ??)]
- 174 MEDf =更难 [一点]
=un po' [più difficile]
- 175 PARf [嗯嗯]
[sì sì]
- 176 MEDf 可能会 [根据现在]=
potrebbe essere [calcolando il]=
- 177 PARf [嗯嗯]
[sì sì]
- 178 MEDf =他们到意大利语水平她明年(.)就是说::课程会更难[起来-]
=loro livello di italiano acquisito l'anno prossimo (.) cioè:: le lezioni saranno più difficili [cominciano-]
- 179 TEA2f [esco] un attimo ad avvisare gli [altri poi]
- 180 PARf [嗯 嗯]
[sì sì]
- 181 TEA1f >vai vai vai< S.
(0.7)
- 182 MEDf 然后 (.) 是这样就是说呃::老师明年会让你签一个 : : 就是(.)签一份文件是(.)呃:在这样的文件当中会说明(1.0)呃::孩子可能(.)老师会给她一 稍微会比较简单一点就是[稍微的更]=
allora (.) è così cioè eh:: l'insegnante te lo farà firmare uno l'anno prossimo:: cioè: (.) firmare un documento sì (.) eh: nel documento ci saranno delle spiegazioni (1.0) eh:: la bambina potrebbe (.) l'insegnante le darà qualcosa di un po' più facile cioè [leggermente più]=

- 183 PARf [mhm mhm]
- 184 MEDf =更:(.)难度没有那么高的::一些的::呢::怎么讲? 就是她的难度可能没有
么的 然后或者又更多的(.)这样子的(.)呢::笔记啊地图啊这样子的形式来
让他 们去方 理解然后包括可能在考试的时候会允许他们使用他们课堂
里面做(.)这样子的(.) 些的分解图啊
=*più: (.) la difficoltà non sarà così alta:: alcune:: eh:: come dire? è che la
sua difficoltà potrebbe non essere così alta e poi ce ne sono altre (.) come
questa (.) eh:: degli appunti delle mappe utilizzando questa modalità per
renderli più facili da comprendere e poi forse durante le verifiche saranno
autorizzati ad usare delle cose fatte durante le lezioni (.) per esempio (.) alcune
immagini*
- 185 PARf mh:
- 186 MEDf 这样子就是说为了可以让孩子更好的明年就是说能够跟得上学习然后可
能会做 一[他们=]
*in questo modo vale a dire per migliorare i bambini cioè l'anno prossimo di
essere in grado di tenere il passo con l'apprendimento e quindi potrebbe fare
in modo che [loro=]*
- 187 PARf [嗯::]
[ehm::]
- 188 MEDf =课程上(.)要求上的一个简单化这样子
=*durante le lezioni (.) le richieste verranno semplificate*
(0.9)
- 189 PARf 嗯嗯
sì sì
- 190 MEDf 那(.)明年可能到三年级到时候到时候老师会让你们去(1.0)呢:应该是去:
学 校然后把这样的这个文件读给你们听然后到时候让你们签字同意 ,
就是(.)这个:: 呢::就是说这样子签字同意[就是更书面上的-]
*poi (.) l'anno prossimo in terza elementare potrebbe essere che l'insegnante ti
inviterà ad andare (1.0) eh: forse andare alla: scuola dopo ti leggerà questo
documento e poi ti farà firmare per la condivisione cioè (.) questo:: eh:: cioè
significa fare in modo di firmare un accordo [è più per iscritto -]*
- 191 PARf [嗯 好的]
[sì va bene]
- 192 MEDf 因为现在的话老师已经(.)在班级里面有一些(.)在有一些科目上已经是这
么做 的就是说[给伊萨贝拉的-]
*perché al momento l'insegnante ha già iniziato (.) nella classe ci sono
alcuni (.) in alcune materie già lo fanno in questo modo cioè [per I-]*
- 193 PARf [嗯嗯]

Gli esempi 9-11 evidenziano un livello elevato di autonomia delle mediatrici, autorizzate a spiegare, in modo implicito o esplicito, dalle insegnanti, che poi scompaiono dall'interazione. Si tratta del livello più evidente di collaborazione attiva tra insegnanti e mediatrici, funzionale all'accesso dei genitori migranti alle dinamiche organizzative e burocratiche della scuola.

5. Conclusioni

La mediazione linguistica a scuola comporta una gestione della comunicazione gerarchica tra insegnanti e genitori. Le insegnanti propongono frequenti valutazioni negative dei comportamenti, delle competenze linguistiche e delle prestazioni scolastiche dei bambini di origine migrante, e si mostrano spesso insoddisfatte dei modi in cui i genitori gestiscono l'esperienza scolastica dei figli, invitandoli a prestare più attenzione e ad aiutarli in modo (più) incisivo. Una prima azione che evidenzia l'agency delle mediatrici è la mitigazione delle valutazioni negative delle insegnanti, che si accompagna a suggerimenti e incoraggiamenti per quanto riguarda le azioni dei genitori. Una seconda seconda manifestazione di agency è la traduzione delle iniziative dei genitori, che evidenzia il sostegno delle loro posizioni. La terza azione che evidenzia agency è la spiegazione autonoma di aspetti legati all'organizzazione della scuola, come pagelle e piani personalizzati per i bambini migranti in difficoltà.

Le mediatrici riescono quindi a esercitare l'agency a sostegno della partecipazione dei genitori. Tuttavia, l'impatto sull'agency dei genitori è limitato: nessuna azione di mediazione incide sul posizionamento gerarchico delle insegnanti o riduce il gap di autorità epistemica tra insegnanti e genitori: (1) l'azione di mitigazione delle mediatrici si produce nella comunicazione monolingue con i genitori, senza coinvolgere le insegnanti; (2) le insegnanti accolgono con favore le rese delle iniziative dei genitori solo quando sono in linea con le loro opinioni e confermano le loro valutazioni; (3) sono le insegnanti che autorizzano, esplicitamente o implicitamente, le spiegazioni autonome delle mediatrici, spesso per risparmiarsi un lavoro comunicativo che ritengono superfluo. Pertanto, per quanto riguarda il sostegno dell'agency dei genitori, il risultato della mediazione linguistica è piuttosto deludente. Va tuttavia sottolineato che questo risultato è basato su un numero limitato di casi.

Riferimenti bibliografici

- Baraldi, C e Gavioli, L. (in corso di stampa). Language mediation in schools: the case of parent-teacher meetings. In C. Baraldi (ed.), *Exploring the narratives and agency of children with migrant backgrounds within schools*. London/New York: Routledge.
- Baraldi, C e Ceccoli, F. (2023). Problems of children's involvement in interpreter-mediated meetings between their teachers and their parents. *European Journal of Applied Linguistics*. <https://doi.org/10.1515/eujal-2022-0024>
- Davitti, E. (2013). Dialogue interpreting as intercultural mediation: Interpreters' use of upgrading moves in parent-teacher meetings. *Interpreting*, 15(2), 168-199.

- Davitti, E. 2015. Interpreter-mediated parent-teacher talk. In L. Grujicic-Alatrisme (Ed.), *Linking Discourse Studies to Professional Practice* (pp. 176-200). Clevedon: Multilingual Matters.
- Vargas-Urpi, M. (2015). Dialogue interpreting in multi-party encounters: Two examples from educational settings. *The Interpreters' Newsletter*, 20, 107-121.
- Vargas-Urpi, M. (2017). Empoderamiento o asimilación? Estudio de dos casos de comunicación mediada en el ámbito educativo catalán. *Trans, Revista de traductología*, 21, 187-205.
- Vargas-Urpi, M. & Arumí Ribas, M. (2014). Estrategias de interpretación en los servicios públicos en el ámbito educativo: estudio de caso en la combinación chino-catalán. *Intralinea*.

6. La mediazione linguistica in pediatria

Claudio Baraldi e Federica Ceccoli

1. Introduzione

Come si è visto nel capitolo 1, la ricerca sull'interazione mediata in ambito sanitario ha una storia molto più lunga e complessa di quella della mediazione in ambito scolastico: le prime ricerche risalgono agli inizi del ventunesimo secolo (Bolden 2000; Davidson 2000) e la ricerca si è successivamente sviluppata in modo significativo (ad es., Angelelli, 2004; Baraldi & Gavioli 2012, 2014, 2016, 2017, 2019, 2021; Hsieh, 2016; Sarangi, 2018). Alla luce di questa ricerca, è risultato sempre più chiaro che la mediazione è esercizio complesso di agency, frequentemente a vantaggio dei pazienti migranti, attraverso sia le rese linguistiche (coordinamento esplicito), sia le sequenze monolingue (coordinamento implicito). Questa ricerca ha messo in evidenza la combinazione tra agency nella mediazione, da una parte, e coordinamento riflessivo dell'interazione mediata, dall'altra.

Il questionario (Tab. 62 in Appendice) ha evidenziato che la richiesta di mediazione in ambito sanitario proviene molto frequentemente da medici (82%) e infermieri/e (80%) e che le mediatrici e i mediatori lavorano prevalentemente per cooperative o società esterne (61%), sebbene sia consistente anche la percentuale di mediatrici/mediatori che lavora nel servizio sanitario (37%). La mediazione nel servizio sanitario è diversificata sul piano territoriale: le aree toscana ed emiliana sono quelle che la includono più spesso.

2. Caratteristiche generali delle visite

Nel sistema sanitario sono state audio-registrate 13 interazioni mediate tra pediatri/e, bambini/e e i loro genitori. Tutte le interazioni sono state registrate presso l'Azienda Sanitaria di Reggio Emilia: al Centro per la Famiglia Migrante (12) e nel reparto di pediatria (1). Le lingue coinvolte sono l'albanese (6), l'arabo (5), l'inglese (1) e il francese (1). L'analisi che segue riguarda l'efficacia della mediazione nel promuovere l'agency dei bambini migranti e dei loro genitori.

Le visite (eccetto una in arabo, una in neuropsichiatria e una in diabetologia pediatrica) si aprono con le domande delle pediatre rivolte ai bambini, che vengono così incoraggiati a partecipare. Spesso i genitori entrano in competizione, rispondendo al posto dei bambini o dicendo ai bambini che cosa rispondere. Spesso, le pediatre sostengono l'agency dei bambini continuando a rivolgersi a loro, nonostante l'interferenza dei genitori. Durante l'anamnesi, le pediatre si rivolgono ai genitori per le domande sullo stato di salute del nucleo familiare e su eventuali problemi passati del bambino, mentre si rivolgono ai bambini per quanto riguarda l'alimentazione o, più raramente, i problemi attuali di

salute. Quando le pediatre pongono domande inerenti alla famiglia, le mediatrici producono spesso delle rese espanse spiegando le domande delle pediatre. Durante l'esame fisico, le pediatre si rivolgono ai bambini dando loro istruzioni su dove mettersi o cosa fare, a volte aggiungono domande per farli sentire a loro agio. Per diagnosi, terapia e cura, le pediatre si rivolgono principalmente ai genitori.

In generale, a sollecitare la partecipazione attiva dei bambini sono le pediatre, che chiedono di dire il nome, dichiarare la lingua parlata o l'età, parlare di amicizie, scuola, preferenze per l'Italia o altro paese, durante la fase di apertura, talvolta nel corso dell'anamnesi o della diagnosi, oppure durante la visita fisica. Dato che il Centro per la salute della Famiglia Straniera offre visite ai bambini neoarrivati che non hanno ancora regolarizzato la propria posizione e non sono quindi ancora seguiti da un pediatra, le pediatre si avvalgono della mediazione linguistica. Spesso le pediatre sollecitano in modo diretto le mediatrici a rivolgersi ai bambini. Vi sono differenze significative tra le visite, a partire dai contributi di mediatrici e pediatre. Le mediatrici possono elaborare in modo relativamente articolato le rese e le interlocuzioni diadiche sia con la pediatra, sia con i genitori dei bambini, lavorando in sinergia con le pediatre. Possono anche prendere iniziative, spiegando aspetti culturali alle pediatre oppure organizzativi ai genitori. Le mediatrici possono anche rivolgersi in modo autonomo ai bambini. Il coinvolgimento dei bambini a la collaborazione con le mediatrici varia tra le pediatre. L'azione della mediatrice è resa più complessa e difficile dalla specificità della visita neuropsichiatrica, dato che la neuropsichiatra è soprattutto intenta a osservare le prestazioni cognitive del bambino. Una mediatrice di lingua italiana si trova talvolta in difficoltà nel rendere comprensibili i contributi del pediatra e la sua azione non è molto sostenuta dal pediatra, il quale si disinteressa completamente del bambino e passa all'inglese in modo autonomo.

È evidente anche l'influenza della partecipazione di bambini e genitori sulla mediazione. Da una parte, la disponibilità dei bambini è importante per il loro coinvolgimento nell'interazione: un solo bambino parla bene l'italiano e diversi bambini sono restii a partecipare. Dall'altra parte, si nota una frequente tendenza dei genitori a sostituire o pressare i figli. Nel caso specifico della visita neuropsichiatrica, la madre difende il figlio dalla diagnosi di inadeguatezza cognitiva. Un ultimo fattore di notevole impatto sulla mediazione è la trasparenza linguistica: in alcuni casi, i genitori non parlano o parlano male l'italiano; in altri casi, i genitori tendono a parlare in italiano. Quando si produce trasparenza linguistica, le mediatrici hanno più difficoltà a orientarsi nelle rese.

A partire da queste considerazioni generali, analizziamo di seguito le caratteristiche salienti delle mediazioni. Anzitutto, osserveremo i modi in cui le mediatrici esercitano agency, attraverso rese linguistiche, espansioni che rendono espliciti significati non inclusi nei turni originali delle pediatre, iniziative autonome, diadiche con genitori e bambini. In secondo luogo, esaminiamo la partecipazione dei bambini e dei genitori: l'incoraggiamento della partecipazione dei bambini e l'agency manifestata dai bambini; le interferenze dei genitori sulla partecipazione dei bambini e sulla produzione della mediazione, gli effetti della trasparenza linguistica.

3. L'agency nella mediazione

L'agency nella mediazione si esprime attraverso le rese che producono subito dopo un turno, incluse le possibili espansioni, nelle sequenze diadiche (a due) con pazienti (e talvolta pediatre) seguite da rese finali, e nelle iniziative personali. In tutti questi casi, l'interazione mediata è condizionata da scelte che hanno effetti importanti sull'organizzazione dell'interazione.

3.1 Rese subito dopo il turno

Le rese sono per il genitore o il bambino dopo il turno della pediatra e per la pediatra dopo il contributo del genitore o del bambino. Le rese per la pediatra sono molto più frequenti per i contributi dei genitori perché i bambini contribuiscono alla conversazione molto meno dei genitori. Le rese manifestano agency quando sono basate su scelte linguistiche che si discostano in modo evidente dal turno tradotto. Nell'esempio 1, la resa chiarisce sia la domanda della neuropsichiatra, relativa al modo in cui le insegnanti si atteggiavano con il bambino (turno 1214: “della scuola materna”), sia la risposta della madre, relativa alla sua percezione delle insegnanti (turno 1216: “quello che lei ha notato”).

Esempio 1 (Albanese 6)

- 1213 DOCf [cosa dicevano] le maestre per esempio?
1214 MEDf okay ca te thoshin mesueset ke kopeshti i suorave ca te thoshin ato ty?
che cosa ti dicevano le insegnanti della scuola materna?
1215 PARf po: qe eshte i shoqeruar po jo gjithe diten a kupton pastaj i pelqene qe te luaje edhe vetem me makina me gjera te tjera
sì: che sta in compagnia degli altri bimbi ma non tutto il giorno non so se mi spiego perché gli piace giocare anche da solo con le macchinine e con altre cose
(0.6)
1216 MEDf okay allora (.) quello che lei ha notato come mamma dice gioca a lungo doc con i bambini però gli piacciono (.) non i bambini della sua età [quelli] più grandi
1217 DOCf [mh]

Nell'esempio 2, la resa della domanda della pediatra viene ripetuta dopo una breve pausa in modo espanso (turno 803: “con che cosa fa colazione”), mentre la resa della risposta della madre contiene un chiarimento (turno 805: “lei dice”, “non è organizzato”).

Esempio 2 (Arabo 3)

- 802 PEDf COSA MANGIA al mattino?
803 MEDm galet lik bach yeftar mathalan fi assabah? (0.8) bach yeftar fi assabah?
ti ha chiesto con che cosa ad esempio fa colazione il mattino? (0.8) con che cosa fa colazione il mattino?

- 804 PARf sa3a makelteh moch mnadma ma3netha nfay9eh assabah bach yeftar alakon fi assabah mayeftarch
delle volte il suo mangiare non è ordinato nel senso che quando lo sveglio il mattino per la colazione lui non fa colazione
- 805 MEDm lei dice che non è: non è ordinato non è organizzato quando lo sveglio al mattino per fargli fare colazione (.) lui non fa colazione:

Nell'esempio 3, la pediatra si rivolge al bambino per spiegargli la terapia, ma sospettando che non abbia capito invita la mediatrice a tradurre (turno 573). La resa della mediatrice è sia per il bambino, sia per la madre, ed è adattata in modo più tecnico per quest'ultima; nel contempo la rassicurazione della pediatra non viene tradotta (turno 574). Dopo la conferma della madre, la resa riproduce anche la parte finale del turno della pediatra (turno 577: "va bene?"), che riceve la conferma della comprensione sia della madre (più articolata), sia del bambino.

Esempio 3 (Albanese 3)

- 573 PEDf M.? (0.6) hai capito tutto? non è niente di grave nell'occhio ti do della- delle gocce (.) da prendere (.) così ti passa il bruciore all'occhio (.) va bene? (.) e poi facciamo anche una fotografia (.) a questa cosa qui del collo (0.7) va bene? (.) diglielo
- 574 MEDf M. thote doktoresha (.) per syrin do te japi pikat ndersa (.) per pjesen mbrapa te qafa do te prenotojme nje ekografi dhe do te lajmerojne mamin kur do te shkosh qe te besh ekografine atje ku keni qene bashke heren e pare
M. la dottoressa dice (.) che per l'occhio ti dà le gocce invece (.) per la parte del collo dobbiamo prenotare un'ecografia e poi avviseranno la mamma quand'è che andrai a fare l'ecografia là dove siete stati insieme la prima volta
- 576 PARf ne rregull
d'accordo
- 577 MEDf mire?
va bene?
- 578 PARf atje ku ishim me xhaxhi B.
là dove siamo stati con lo zio B.
- 579 CHIm mire
va bene

3.2 Espansioni

Le espansioni nelle rese delle domande delle pediatre verso i genitori o i bambini si produce in particolare nella fase di anamnesi. L'espansione è una formulazione che rende esplicito o sviluppa il contenuto del turno della pediatra. Le espansioni più frequenti sono prodotte verso i genitori, mentre sono molto meno frequenti con i bambini, perché ai bambini vengono rivolte meno domande. Nell'esempio 4, la mediatrice espande la domanda della pediatra, suggerendo alla madre di portare il

certificato che ha a casa (turno 170). Poco dopo, la mediatrice espande ancora la resa, spiegando alla madre lo scopo della richiesta della pediatra (turno 191).

Esempio 4 (Albanese 2)

169 PEDf [[ce l'hai il certificato?

170 MEDf [[vaksinat nuk i kishe dhe do ti sjellesh the-

[[il certificato delle vaccinazioni non ce l'hai ma lo porterai hai detto che-

171 PARf po

sì

172 MEDf qe i ke ne shtepi

ce l'hai a casa

[...]

188 PEDf così vediamo (.) se ha fatto tutte quelle che si fanno qui in Italia anche oppure se manca qualcosa (.) va bene? (0.6) deve portare:

189 MEDf ate qe biseduam cpare (1.0) qe duhet ti sjellesh

quello che abbiamo detto prima (1.0) che li devi portare

(1.5)

190 PARf po

sì

191 MEDf per ti pare infermierja (1.6) qe merret me vaksinat

in modo che le possa controllare l'infermiera (1.6) che si occupa delle vaccinazioni

Nell'esempio 5, dopo aver tradotto il turno della neuropsichiatra di valutazione sull'uso degli oggetti da parte del bambino (turno 984), la mediatrice spiega alla madre il collegamento tra il gioco e l'uso degli oggetti (turno 988) e il significato di tale uso per la sicurezza di sé (turno 992).

Esempio 5 (Albanese 6)

0984 DOCf ci sono cose che gli interessano sempre cioè o usa gli oggetti (.) in un modo che [interessa a lui]

0985 CHIm

mentre gioca))

[[((parla

(1.0)

0986 MEDf jane gjera qe i [interosjne] perhere atij thote

ci sono cose che gli [interessano] sempre a lui dice

0987 CHIm [ih:::]

0988 MEDf [perhere me loz]

[e sempre oggetti da giocare]

0989 DOCf [e il modo in cui] usa gli oggetti (0.5) più che [l'oggetto in sè]

0991 CHIm

[[((parla mentre gioca))]

0992 MEDf eshte menyra se si i perdor gjerat jo gjeja ne vetvete a kupton menyra se si i perdor ai

(0.7) sepse i japin nje cike sigurese (0.5) ne vetvete prandaj thote (.) jane ca gjera qe i interesojne me shume [se ca te tjera] sepse ndihet i sigurte
è il modo come usa gli oggetti non l'oggetto in sé hai capito il modo in cui li usa lui
 (0.7) *perché gli danno un po' di sicurezza (0.5) in sé stesso ecco perché dice sono alcune cose che gli interessano di più [delle altre] perché si sente sicuro*

Nell'esempio 6, il mediatore espande la domanda sui tempi di acquisizione di abilità da parte del bambino, spiegando alla madre il senso della prassi anamnestica del servizio (turno 196: qua fanno un paragone).

Esempio 6 (Arabo 1)

- 195 PEDf ha cominciato a parla:re a cammina:re (.) tutto in tempi normali quindi intorno all'anno di vita più o meno o[::]
- 196 MEDm [ya3ni] ibtadait titkalim 3andaha kam aw ibtadait temchi (.)
 hena yehawelou an you9arinou ma bayn al kalam wal machye fi hadi al fatra okay?
[ad esempio] quando ha iniziato a parlare e quando ha iniziato a camminare (.) qua fanno un paragone tra il parlare e il camminare in quella fase okay?

Nell'esempio 7, la mediatrice espande la domanda della pediatra sui dolci che piacciono al bambino, suggerendo una gamma di dolci (turni 328 e 330). In tal modo, promuove anche la scelta del bambino, non presente nel suo elenco.

Esempio 7 (Albanese 1)

- 327 PEDf okay (.) okay e questi dolci che ti piacciono che dolci sono che mangi volentieri?
- 328 MEDf kto embelsira qe ty te pelqejne kush jane qe te pelqejne me shume si e kane emrin cfare jane?
questi dolci che ti piacciono di più quali sono come si chiamano?
 (1.0)
- 329 PARf °embelsira°
 °i dolci°
- 330 MEDf po kush (.) jane mo:lto jane bisko:ta este nje torte eshte nje akulllore cila te pelqene me shume kush?
ma quale (.) sono le brioche i biscotti e la torta il gelato quale ti piace di più?
- 331 CHIm jane cokkollatat
la cioccolata

3.3 Diadiche con genitori e bambini

La mediazione include sequenze monolingui, in lingua non italiana, con genitori e bambini, a seguito di domande delle pediatre, concluse con rese delle risposte di bambini e genitori alle pediatre. Queste sequenze si producono anche con i bambini poiché domande complesse ai bambini possono richiedere

chiarimenti. Nell'esempio 8, una sequenza prolungata tra la mediatrice e la madre segue la domanda di anamnesi della pediatra riguardante le malattie in famiglia (turni 177-191). Dopo la risposta della donna, che si limita a segnalare che i nonni paterni sono vivi (turno 180), la mediatrice chiede di eventuali malattie (turno 181), ripetendo poi la domanda in modo più circostanziato (turno 183), chiedendo conferma della risposta (turni 185 e 187), e segnalando la propria comprensione (turni 189 e 191). La mediatrice traduce infine in modo accurato per la pediatra (turni 193-201) e avvia un altro chiarimento con la madre (turno 201).

Esempio 8 (Albanese 1)

- 176 PEDf [intanto non parliamo solo] dei
genitori ma parliamo di tutto l'entourage familiare quindi
anche dei nonni: degli zi: [dei cugini]
- 177 MEDf [gɟy :shet] (.) te mamit te babit
[i no:nni] (.) materni paterni
- 178 PEDf °tutto°
- 179 MEDf xhaxhalla:ret [dajalla:ret]
gli zi:i paterni [gli zii materni]
- 180 PARf [gɟy:shet] (.) nga baba (.) I ka gjalle akoma
te:tedhjetepese dhe shtadhjetepese
[i nonni] (.) paterni (.) vivono ancora e hanno
ottanta e settantacinque anni
- 181 MEDf dakorte (.) vuajne nga ndonje semundje ato?=
d'accordo (.) loro soffrono di qualche malattia?=
182 PARf =kurse::e (.) (?) (.) (?)
=inve::ce (.) (?) (.) (?)
- 183 MEDf ndonje she:qer [tension]
qualcuno ha il diabe:te o la [pressione alta]
- 184 PARf [tension po-]
[solo la pressione alta-]
- 185 MEDf vetem tension po sheqer jo
solo pressione alta invece il diabete no
- 186 PARf [me tension po si ne Shqipri]
[con la pressione alta di cui soffre la maggior parte delle
persone in Albania]
- 187 MEDf [me tension eh?]
[con la pressione alta eh?]
- 188 PARf po
sì
- 189 MEDf mh mh
- 190 PARf kurse prinderit e mi kane vdek
invece i nonni materni sono morti
- 191 MEDf mh mh
- 192 PARf (?)

- 193 MEDf dice (.) i nonni paterni (.) vivono ancora (.) [hanno]
 194 PEDf [mh mh]
 195 MEDf ottanta passa settantacinque [anni]
 196 PEDf [mh]
 197 MEDf e solo la pressione:
 198 PEDf mh mh
 199 MEDf non malattie particolari (.) invece i [nonni]=
 200 PEDf [mh mh]
 201 MEDf =materni sono morti tutti e due >per cfare motivi?<
 >per quale malattia?<

Nell'esempio 9, la sequenza tra il mediatore e la madre riguarda l'esperienza scolastica del bambino (turni 46-53). La madre risponde in modo incongruo alla resa della domanda della pediatra (turno 47), quindi il mediatore la ripete in modo più circostanziato (turno 48) e traduce per la pediatra (turni 52-55).

Esempio 9 (Arabo 1)

- 045 PEDf bene (.) quindi hai frequentato (.) eh: lì in Egitto quanti an- qua-
 eh: che classe aveva frequentato?
 (0.5)
 046 MEDm ya3ni lamma kanet fi masr ih il mustawa eddirasi ily 3andaha? *quando era in Egitto
 quale era il suo livello scolastico?*
 (1.1)
 047 PARf ya3ni kwaywes mazbout
andava bene abbastanza bene
 048 MEDm ya3ni fi al madrasa al ibtidaiya?
intendo era nella scuola primaria?
 049 PARf ah [hiya]
 [lei]
 050 MEDm [sì] la scuo[la]
 051 PARf [kanet fi talta] we raga3oha hena li thaniya
 [era nella terza] invece qua l'hanno messo in seconda
 052 MEDm sì era nella: (.) mh ah mh: nella terza
 053 PEDf mh
 054 MEDm in in Egitto (.) m::a:: la mamma: dice qua- quando è arrivata in
 Italia ha iniziato dalla seconda
 055 PEDf mh (.) va bene
 056 MEDm okay

Nell'esempio 10, la resa della mediatrice della domanda della pediatra al bambino riguarda le sue nuove amicizie (turno 37). Dopo la risposta positiva del bambino, la mediatrice aggiunge una domanda sulla nazionalità del nuovo amico, quindi chiede conferma della risposta successiva del

bambino con una domanda (turno 41) e una ripetizione, seguita da un commento positivo (turno 43), infine avvia la resa per la pediatra.

Esempio 10 (Albanese 1)

036 PEDf mh (.) si è fatto qualche:- ti sei fatto degli amici già o ancora::

o ancora no?

037 MEDf ndonje shoke e ke bere mik?

hai fatto amicizia con qualcuno?

038 CHIm °po po°

°si si°

039 MEDf cfare shteti-ne cfare shteti eshte ai shoku qe e ke bere mik?

*quale stato- di quale stato è quel ragazzo con cui hai fatto
amicizia?*

040 CHIm jo eshte shqiptar

no è albanese

041 MEDf shqiptar po ma thuaj pra

albanese? e dimmelo=

042 CHIm =ka lindur ktu

=è nato qua

043 MEDf =ka lindur ktu shume mire (.) si (.) ha fatto [degli amici]

=è nato qua molto bene

Nell'esempio 11, la resa della mediatrice riguarda un dolore di cui soffre il bambino (turno 3). La mediatrice ripete inoltre la risposta del bambino, dopo una pausa piuttosto lunga, e produce una formulazione che inferisce che il bambino di notte non ha dolore (turno 151). Il bambino rifiuta la formulazione (turno 152) e la mediatrice produce una formulazione opposta ("riesci a dormire"), quindi traduce per la pediatra (turni 153-155).

Esempio 11 (Albanese 2)

147 PEDf eh (.) ti svegli alla notte perché hai questo male (.) o ti fa male solo di giorno?

148 PARf ka tre kater dite qe i dhemb

sono tre quattro giorni che gli fa male

(1.8)

149 MEDf zgjohesh (.) edhe nten (.) nga dhimbja e veshit? apo te

dhemb vetem gjate dites

ti svegli (.) di notte (.) per il dolore all'orecchio?

oppure ti fa male solo di giorno

(1.6)

150 CHIm naten nuk e ndigjoj po-

di notte non lo sento ma-

151 MEDf nuk e ndigjon [naten nuk te jep dhimbje]

- non lo senti [di notte non hai dolore]*
- 152 CHIm [e ndjej] e ndjej si me dhemb po-
[lo sento] lo sento che mi fa male sì-
 (0.5)
- 153 MEDf po ti flen (.) di notte (.) se:nte quel dolorino=
riesci a dormire
- 154 PEDf =eh=
- 155 MEDf =che fa male (.) ma riesce (.) [a dormire]
- 156 PEDf [a dormire] okay

3.4 Iniziative

La mediazione include anche iniziative autonome nei confronti sia dei genitori sia delle pediatre, che possono riguardare aspetti clinici, valutazioni dei comportamenti, aspetti culturali e aspetti personali. Queste iniziative sono la forma più significativa, e anche più rischiosa, di agency perché affermano nel modo più evidente l'autorità epistemica. Nell'esempio 12, la mediatrice contraddice il punto di vista della madre sulla correlazione tra età e malattie (turno 164). Nella sequenza monolingue che segue, la madre insiste sulla mancanza di malattie in famiglia e la mediatrice sostiene che le malattie non sono legate all'età (turno 168), affermando così la propria autorità epistemica. La mediatrice offre alla pediatra un resoconto completo del colloquio con la madre (turni 169-175), ma la pediatra non mostra di apprezzare la sua iniziativa.

Esempio 12 (Albanese 1)

- 161 PEDf [eh::] in famiglia qualche malattia da segnalare (.) mh:
- 162 MEDf ne familje ndonje semundje (.) qe eshte per tu shenuar o te prinderve
 o te motrave te vellait apo jo
*in famiglia qualche malattia da segnalare o dei genitori delle sorelle
 o il fratello oppure no*
- 163 PARf jo::o ne jemi te rinj dyzetekater vjec=
no:: noi siamo giovani quarantaquattro anni=
- 164 MEDf =dakort mi Silva [=nuk eshte e thene]
 =d'accordo S. [non è detto]
- 165 PARf [dyzetekater vjec jemi] burra e gru akoma::a
*[marito e moglie] abbiamo ancora::a
 quarantaquattro anni*
- 166 MEDf po shume mire [qe jeni]
molto bene [che siete]
- 167 PARf [a::koma svuajme] nga ndonje semundje (.) as femite
 i kame shume te shendetshem
*[no::n soffriamo] di nessuna malattia (.) nemmeno i figli
 sono sanissimi*
- 168 MEDf ka edhe te rinj qe jane qe te rinj dhe vazhdojne gjithe jeten (.) por

nuk kemi

ci sono anche giovani che soffrono sin da giovani e continuano per tutta la vita (.) ma non ne abbiamo

(.)

169 MEDf no::n ne abbiamo non ne soffriamo di malattie partico[lari]

170 PEDf [mh]

171 MEDf e poi subito ha [aggiunto]

172 PEDf [mh mh]

173 MEDf ma siamo giovani quarantaquattro [anni]

174 PEDf [eh]

175 MEDf ho detto non si sa (.) mai: [perché da giovani-]

176 PEDf [intanto non parliamo solo] dei genitori

ma parliamo di tutto l'entourage familiare quindi anche dei nonni:
degli zi: [dei cugini]

Nell'esempio 13, la mediatrice traduce la domanda della pediatra sul motivo di un'affermazione precedente del bambino, quindi elogia il bambino perché ha risposto (turni 300 e 302), poiché in precedenza era rimasto in disparte, condividendo il significato della risposta con la pediatra (turno 306).

Esempio 13 (Albanese 4)

296 PEDf £mh mh mh mh£ quello che ti passa per la- che pensi

297 MEDf ajo qe ti mendon thote doktoresha

quello che pensi tu dice la dottoressa

298 PARf thuaje mami (.) fol fol ne shqip he te keqen mami

dillo mamma (.) dillo dillo in albanese amore di mamma

(1.2)

299 CHIm po: nuk me pelqen ktu se eshte:: nuk eshte bukur

ma: non mi piace qua perché è:: non è bello

(2.1)

300 MEDf ma bra:vo ma finalmente hai detto qualcosa

(1.2)

301 PARf [[po mami]

[[sì mamma]

302 MEDf [[ma bravo] perché ti manca il mare:

303 PEDf mh::::: [ah::::::::::]

304 MEDf [ma sì lui] è città mare è a Va[lona doc]

305 PEDf [ah::::::::::] va beh::=

306 MEDf =è nella parte più bella per quello stava per dire perché c'è
pioggia qui

Nell'esempio 14, la pediatra chiede se un altro figlio della donna sia in buona salute e la madre risponde positivamente, utilizzando una formula rituale (alhm dolillah, "grazie a dio"). Il mediatore

traduce (turno 98), poi spiega alla pediatra il significato di questa formula rituale (turni 100, 102, 108 e 112), promuovendo una sequenza con la pediatra e suscitando un commento divertito di quest'ultima (turni 109-113).

Esempio 14 (Arabo 1)

- 094 PEDf sta bene:: (.) è sano è in buona salute l'altro: (.) figlio?
 095 MEDm mina annahya assehya [ma3andouch machakil?]
dal punto di vista sanitario [non ha problemi?]
 096 PARf [laa] alhamdolillah [kwayès]
[no] grazie a dio [sta bene]
 097 MEDm [sì] (.) sì (0.6)
 [eh:: eh:: grazie a dio sta bene]
 098 PEDf £eh eh eh£ (.) [okay]
 099 MEDm [perché::] mh: (.) dice quando le cose vanno bene
 grazie [a dio]
 100 PEDf [e ce::rto] è giusto [((??))]
 101 MEDm [anche quando] vanno male [grazie a dio]
 102 PEDf [£eh eh eh£] no per quello [magari meno grazie]
 103 MEDm [£eh eh eh£]
 104 PEDf se dio [vuole così]=
 105 MEDm [nel mondo-]
 106 PEDf =mettiamola così se dio vuole così [£ah£ (.) va così]
 107 MEDm [sì nel mon]do arabo siamo
 nelle mani di dio
 108 PEDf ah [si dice si ringrazia sempre anche]=
 109 MEDm [>sì sì sì sì sì sì sì<]
 110 PEDf = per le:: (.) insomma (.) [dovremmo (fare-)]
 111 MEDm [anche per] le disgrazie (.) [sì]
 113 PEDf [£eh eh] eh
 eh eh£ [(per un incidente)]

Nell'esempio 15, infine, la mediatrice sottolinea con il padre che sua figlia assomiglia alla figlia del proprio fratello (turni 89, 91 e 93), introducendo una dimensione interpersonale nell'interazione in lingua araba.

Esempio 15 (Arabo 5)

- 089 MEDf kat chebbeh li bent khouya
assomiglia alla figlia di mio fratello
 090 PARm ah
 091 MEDf kat chebbeh li bent khouya
assomiglia alla figlia di mio fratello
 092 PARm bent khouk?

alla figlia di tuo fratello?

093 MEDf illa loun tel 3aynin laa
tranne il colore degli occhi no

4. La partecipazione dei bambini

4.1 Sequenze in italiano

Le pediatre tentano di coinvolgere i bambini nella conversazione in modo sistematico, ma la partecipazione dei bambini può essere promossa dalla pediatra solo quando i bambini sono sufficientemente competenti nella lingua italiana. Un'interazione prolungata tra pediatra e bambino avviene in un solo caso e, anche in questo caso, le risposte del bambino alle domande della pediatra sono per lo più minime, come si nota nell'esempio 16. La pediatra rivolge una serie di domande al bambino, producendo anche una formulazione (turno 45) riguardante la sua esperienza scolastica. Il bambino risponde in modo sistematico, ma comunque minimo. La madre contesta il punto di vita del bambino (turno 48), ma viene ignorata dalla pediatra. Al turno 57, la pediatra pone un'altra domanda, alla quale risponde la mediatrice: ciò pone fine alla conversazione in italiano.

Esempio 16 (Albanese 2)

034 PEDf ascolta A (.) ehm:: (.) che c- che scuola fai?
(0.6)

035 CHIm eh prima media

036 PEDf prima media
(0.5)

037 CHIm sì

038 PEDf hai già fatto qualche amico a scuola: o:=

039 CHIm =sì

040 PEDf sì? bene
(1.1)

041 PEDf bene bene
(1.1)

042 PEDf andavi bene a scuola:: in: (.) [Albania:] o::=

043 MEDf [Albania]

044 CHIm =sì

045 PEDf sì? (.) qui stai facendo un po' più fatica però (.) per via della
lingua va beh (0.5) allora adesso (.) sei venuto- eh ti piace stare qui in Italia (.) o no?

046 CHIm no

047 PEDf no eh:?=

048 PARf =nuk te pelqen Italia? cfare je tuj thone

=non ti piace l'Italia? che cosa stai dicendo

049 PEDf no? ascolta spiegami perché non ti piace
(0.9)

050 CHIm perché mi piace (.) Albania

- 051 PEDf ti piace l'Albania (.) ma perché? perché hai i tuoi amici là?
 052 CHIm sì
 053 PEDf ah::: ho capito (.) dov'è che abi- abiti in Albania?
 (0.8)
 054 CHIm in Tirana
 055 PEDf in Tirana (.) eh (.) che è una bella città: (0.7)sul mare (0.7) no?
 056 CHIm sì
 057 PEDf quanto dista dal mare?
 058 MEDf quarantacinque chilo[metri]

Le mediatrici intervengono anche nelle sequenze in italiano. In questi casi, tuttavia, il contributo della mediatrice può ostacolare la partecipazione del bambino e può non ricevere grande considerazione da parte della pediatra, che appare concentrata sul coinvolgimento del bambino anziché sui temi che sembrano interessare la mediatrice. Nell'esempio 17, la pediatra avvia una domanda che poi corregge in commento, ricevendo conferma da parte del bambino. Quindi, chiede notizie al bambino sull'esistenza di fratelli e sorelle. La mediatrice inizia a sostituirsi al bambino nelle risposte (turno 79), poi pone a sua volta una domanda (turno 84) e formula un commento (turno 86). Il bambino tuttavia riprende la parola (turno 88), riattivando la sequenza con la pediatra. La mediatrice interviene nuovamente con una formulazione, che è una precisazione (turno 94), e con una doppia domanda (turno 96). La mediatrice produce ancora una formulazione seguita da un commento (turno 98), dopodiché il bambino scompare dalla conversazione, sostituito dalla mediatrice come interlocutrice della pediatra. La pediatra conclude affermando che non vuole sapere altro, presumibilmente perché interessata a parlare con il bambino più che a conoscere le sue storie familiari.

Esempio 17 (Albanese 2)

- 072 PEDf va bene (.) A. allora: (0.6) eh:mh:: (0.7) oggi sei- (.) beh però
 t'hanno fatto venire qui i tuoi genitori=
 075 CHIm =sì=
 076 PEDf =o no? e quindi c'hai i genitori (.) dai (.) hai dei fratelli anche
 delle sorelle o no?
 077 CHIm delle sorelle
 078 PEDf quante?
 079 MEDf due so[relle]
 080 CHIm [due]
 081 PEDf e le tue sorelle sono contente di stare qui (.) o [anche]
 082 CHIm [no]
 083 PEDf loro (.) neanche loro? eh madonna £eh eh eh£
 084 MEDf ma loro dove sono? in Italia [anche loro?]
 085 CHIm [in Albania]
 086 MEDf loro sono in Albani::[a:::]
 087 PEDf [ah:::]
 088 CHIm sono più grandi
 089 PEDf ma quanti anni hanno le tue sorelle?

- 090 CHIm una (.) André (.) diciassette (.) un'altra ce ne ha ventidue
 091 PEDf ah: ecco: e con chi sono rimaste in Albania?
 (0.8)
 092 CHIm con suo marito
 (0.6)
 093 PEDf ah beh!
 094 MEDf la prima!
 095 CHIm sì:
 096 MEDf la seconda no? (0.8) o ha il ragazzo? ha il fidanzato?
 097 PARf sì
 098 MEDf eh è fidanzata anche la seconda (.) anche se è giovane però è
 fidanzata
 099 PEDf e quindi è voluta restare là
 100 MEDf sì
 (0.5)
 101 PEDf ma là ci saranno dei nonni immagino (0.9) o no?
 102 MEDf non lo so
 103 PEDf £s: s: eh eh va beh niente chiuso£
 104 MEDf >sì sì sì<
 105 PEDf £non- (.) non voglio sapere altro£

4.2 Manifestazioni di agency dei bambini

La promozione della partecipazione attiva dei bambini è raramente efficace, nonostante gli sforzi delle pediatre e la mediazione linguistica. L'agency dei bambini si manifesta raramente, in tre modi: (1) attraverso la scelta della lingua, (2) più raramente attraverso iniziative, (3) in un caso soltanto attraverso l'opposizione alla madre. Il modo più diffuso di esercitare agency è il cambiamento di codice linguistico, cioè la scelta della lingua nella quale rispondere alle domande o (più raramente) prendere iniziative. Nell'esempio 18, la mediatrice traduce la domanda della pediatra al bambino sulla comparazione dell'esperienza scolastica in Italia e Albania (turno 45). Dopo una sollecitazione della madre, e dopo un avvio in albanese, il bambino sceglie di rispondere in italiano (turno 47), mantenendo l'italiano anche nella successiva risposta alla domanda della madre, anch'essa in italiano. La scelta linguistica del bambino rende inutile la resa della mediatrice e la pediatra può fornire una conferma diretta.

Esempio 18 (Albanese 4)

- 044 PEDf okay perfetto okay (.) ma era meglio la scuola lì in Albania o qui in
 Italia? c'è una- che differenza trovi tu mi dici che differenza c'è tra quello che facevi lì
 e quello che fai qui?
 (2.5)
 045 MEDf ndryshimin e shkolles atje (.) me shkollen ktu (.) mund te ma thuash
 nga ana jote cfare mendimi ke? ku eshte ndryshimi?

*tu cosa ne pensi (.) qual è la differenza tra la scuola che facevi là
(.) e questa che fai qui? (0.9) qual è la differenza?*

046 PARf eshte me mire atje apo ktu si te duket?

come ti sembra meglio qua o pure là?

047 CHIm eshte me: eh:: bene eh::: non è bene qui

è megl:

048 PARf per[ché?]

049 MEDf [no?]

050 PEDf mh::

051 CHIm perché non mi piace

052 MEDf okay

053 PEDf va bene non ti piace va bene

Nell'esempio 19, al termine di una breve conversazione in cui, invitato a salire sulla bilancia, ha mostrato preoccupazione (turno 369), il bambino evidenzia il proprio disappunto attraverso un'espressione colorita in italiano (turno 372).

Esempio 19 (Albanese 4)

365 PEDf sulla bilancia!

366 PARf [[hajde

[[vieni

367 MEDf [[hajde ku tani qe te peshohesh hajde

[[adesso vieni qui che ti pesi vieni

368 MEDf hajde [me kujdes]

vieni [attento]

369 CHIm [o Zot] gjitha do me beni kontrolle?

[o Dio] controllerete tutto?

370 MEDf po patjeter

sì certamente

371 PEDf £eh eh eh [eh eh eh]£

372 CHIm [o cacchio]

Nell'esempio 20, il bambino passa all'italiano (turni 392, 396 e 399) nel contesto di un'affermazione di autorità epistemica della madre, che invece si esprime in albanese. Il bambino sceglie l'italiano per contestare la madre, mostrando così la propria agency attraverso un conflitto.

Esempio 20 (Albanese 4)

390 PARf Ari te lutem se po ben nje £figure:£

Ari ti prego che stai facendo una £figuraccia£

391 MEDf jo ska gje (.) ky qe do te behet sportist duhet ta uli nje cike

barkun

no non fa niente (.) lui che diventerà uno sportivo deve

abbasare la pancia

- 392 CHIm ma: ma la smetti::
393 PARf ke shkolla kur lozin veshin cizmet=
a scuola quando giocano mettono gli stivali=
394 MEDf mh mh
395 PARf =dhe ky kishte atletet dhe i kishte bere [nga brenda:]
=e lui aveva le scarpe basse ed erano diventate nere
[dentro:]
396 CHIm [grazie ma']
397 MEDf nuk ka gje (.) ti ne shkolle ke qene kur te shkosh ke
shpia do ti heqesh ska gje
non è niente (.) tu sei stato a scuola quando torni a casa li
toglierai
398 PARf zemra nuk ka gje=
amore non fa niente=
399 CHIm =è colpa tua (.) la tuta
400 PARf jo jo jo nuk [eshte faji im]
no no no non [non è colpa mia]
401 CHIm [sì tuta]

Nell'esempio 21, la pediatra si rivolge al bambino (turno 215), ma la reazione minima del bambino (turno 216) non chiarisce se capisca o meno la lingua italiana. La pediatra ripete parte della domanda e il mediatore sottolinea che spiegherà la domanda in arabo (turno 2018), sottintendendo la scarsa capacità di comprensione del bambino. Tuttavia, dopo la resa del mediatore (turno 220), il bambino sceglie di rispondere in italiano (turno 221).

Esempio 21 (Arabo 1)

- 215 PEDf =diccelo tu (.) ti piace stare con gli altri (.) in classe con i compagni di classe vai
d'accordo?
(0.7)
216 CHIf mh?
217 PEDf con i tuoi [compagni a scuola]
218 MEDm [ʔah ah okay ah:ʔ] ana hachrah lek bel arabi
[ya3ni]=
io ti spiego in arabo [ad
esempio]=
219 PARf [ʔeh eh ehʔ]
220 MEDm =alet lek ya3ni (.) inty bi thebbi tel3abi ma3a al atfal (.)
ely 3andohom nafes a sin ally 3andak (.) mh?
=ti sta dicendo (.) tu ami giocare con bambini (.) che hanno la tua stessa età (.) mh?
221 CHIf °eh sì°
222 MEDm okay è:- du- sì
223 PEDf mh:

L'agency dei bambini si manifesta raramente attraverso iniziative autonome. Il contesto della visita pediatrica non è molto adatto a sollecitare le iniziative dei bambini. Nell'esempio 22, la pediatra riassume i sintomi del bambino, terminando con un invito al bambino a parlare della propria stitichezza. La mediatrice traduce, espandendo la domanda per renderla più chiara (turno 452), il bambino risponde e la mediatrice si rivolge alla madre per conferma (turno 456), che viene poi fornita sia dalla madre, sia dal bambino (turni 457 e 458). La mediatrice avvia la resa per la pediatra, ma il bambino attira l'attenzione della mediatrice (turni 466-67) e prende l'iniziativa di rettificare in parte la propria risposta (turno 468) per poi confermare la formulazione successiva della mediatrice (turni 469-470).

Esempio 22 (Albanese 1)

451 PEDf va beh (.) comunque (.) eh:: anemia ((typing)) si lamenta adesso di qualcosa (.) qualche problema (.) mal di pancia (.) stitichezza (.) dicci tu

452 MEDf F. (.) te pyet doktoresha (.) ke ndonje (.) problem tani qe te shqeteson (.) dhimje barku nuk del dot jashte nevojen e madhe (.) del nje here ne dy tre dite apo del cdo dite nevojen e madhe jashte jashteqitjen (1.2) [kaken me fal]

F. (.) chiede la dottoressa (.) hai qualche (.) disturbo adesso (.) mal di pancia non vai di corpo (.) vai una volta ogni due tre giorni oppure fai i bisogni ogni giorno i bisogni grossi (1.2) [la cacca scusami]

453 CHIm dite]° °[jo cdo

giorno no]°

°[ogni

454 MEDf chiedo scusa doc

455 PEDf mh

456 MEDf del cdo dite apo nje here ne dy tre dite
va di corpo ogni giorno oppure ogni due tre giorni
(0.9)

457 PARf cdo dite jo
ogni giorno no

458 CHIm jo cdo dite jo
no ogni giorno no

459 MEDf eh eh po si sa dite kur del?
eh eh ma quand'è che vai di corpo?
(0.7)

460 MEDf tutti i giorni no (.) non va di corpo (.) ades[so]

461 PEDf [mh]

462 MEDf deve ricordarsi

463 PEDf mh

464 MEDf ecco

- 465 PEDf mh
 466 CHIm (?)
 467 MEDf urdhero
sì dimmi
 468 CHIm dhe mund te kete raste qe dal perdite
può capitare che vado di corpo ogni giorno
 469 MEDf po konkretisht (.) edhe nuk del perdite del nje dite po nje dite jo ne
 mesatare
ma effettivamente (.) non va di corpo ogni giorno in media un giorno
sì uno no
 470 CHIm po
sì
 471 MEDf ne mesatare [okay]
in media
 472 PEDf [mh]
 473 MEDf potrebbe capitare un giorno sì e un giorno no
 474 PEDf °mh°

Nell'esempio 23, mentre la pediatra sta annotando qualcosa, il bambino prende l'iniziativa di richiamare l'attenzione del mediatore (turno 604) per esporre un sintomo e invitarlo a comunicarlo alla pediatra (turno 607). Questa iniziativa attiva una conversazione tra il mediatore e la madre sul sintomo. Infine, il mediatore attiva l'attenzione della pediatra (turni 618-619). L'iniziativa del bambino in lingua araba attiva così un cambiamento nella visita.

Esempio 23 (Arabo 3)

- 602 PEDf allora (1.4) quindi questo è
 (0.6)
 603 MEDm sì
 (1.2)
 604 CHIm [[3ammo] M.
[[zio] M.
 605 PEDf [[eh si ri-]
 606 MEDm gol liya
dimmi
 607 CHIm gol li tbeba hada lkol rah hada kol hake
dì alla dottoressa che qua è tutto prurito
 (0.6)
 608 MEDm thok hna? (0.7) achnou wach twje3? ah?
ti gratti qua? (0.7) cosa hai dolori? cosa?
 609 PARf ma [tewje3ch]
non [fa dolore]
 610 PARm [raha beyda]
[una cosa bianca]

- 611 PEDf [cosa dice::?]
- 612 PARf fih haja bayda hna temchi k3eb k3eb marra tjih marra temchi
*c'è una cosa bianca qui pezzi e pezzi delle volte viene e delle
 volte se ne va*
- 613 MEDm walakin walakin tjih we tsbeb lih hakka?
però però gli viene e gli causa prurito?
- 614 PARf no
- 615 PARm no
- 616 MEDm no walakin 3lach [gal liya]
no però perché lui [mi ha detto]
- 617 PARf [hiya harcha] howa gal lik m3netha harcha
 fiha al hab
*[è ruvida] lui ti ha detto intende ruvida con
 brufoli*
- 618 MEDm sì lui dice sì eh: c'ho: una- questa parte un pochino ruvida (.)
 parte del naso
 (0.6)
- 619 PEDf fammi vedere

5. Il problema della partecipazione dei genitori

L'ostacolo maggiore all'agency dei bambini è la rivendicazione di autorità epistemica da parte dei genitori, che si manifesta come interferenza nelle risposte dei bambini alla mediatrice o al mediatore. Talvolta le interferenze dei genitori impediscono la partecipazione dei bambini, talaltra la condizionano pesantemente. Nell'esempio 24, la pediatra invita la bambina a raccontare come vanno le cose a scuola e il mediatore traduce. Tuttavia, è la madre che prende la parola, sostituendosi alla bambina (turni 311-315). Il mediatore traduce i turni della madre senza occuparsi del fatto che la bambina non ha risposto in prima persona.

Esempio 24 (Arabo 1)

- 309 PEDf qui ecc- qui in Italia adesso come vanno le cose (.) comincia un
 pochino con l'alfabeto con la lingua come ti trovi Noureen r:- raccontacelo tu (.) come
 >ti tr-< eh: come ti va qua in Italia a scuola cominci un pochino- segui bene capisci
 bene quello che ti dicono o so- o hai: difficoltà?
 (1.0)
- 310 MEDm ya3ni bitesaalak bet9ollak inty ibtaditi titt3allimi al logha al
 Italya (.) al horouf mathalan (.) aw 3andak so3ouba 3la al
 fahm aw ma3rifat al horouf mathalan?
*lei ti sta chiedendo ti dice tu hai iniziato a imparare la lingua italiana (.) l'alfabeto ad
 esempio (.) o hai difficoltà a comprendere o conoscere l'alfabeto ad esempio?*
 (0.7)
- 311 PARf hiya [kwayessa]
lei [va bene]

- 312 MEDm [mh]
 313 PARf biye3rafou kidah
loro sanno qualcosa
 314 MEDm [[sì
 315 PARf [[il mochkila 3andohom fi al logha maye3rafouch yenta9ouha wala
 ye9rouha momkin te9ra bassi attarjama bas=
*[[il problema che hanno con la lingua non sanno pronunciarla e scriverla
 può leggere solo la traduzione=*
 316 MEDm =sì (.) lei dice ad esempi- dice sì eh:: (.) hanno imparato a: leggere

Nell'esempio 25, la pediatra invita il mediatore a interpellare il bambino (turno 138, "gli chiediamo"), quindi si rivolge al bambino chiamandolo per nome, sottolineando così l'intenzione di sentire il suo punto di vista. Il mediatore traduce, ma il padre interviene immediatamente, invitando il bambino a rispondere e suggerendo che provi vergogna a farlo (turno 142). Il mediatore invita il bambino a parlare con lui (turno 143), ma il padre riprende la parola, suggerendo che il bambino è timido (turno 144). Il padre continua a pressare il figlio a rispondere (turni 146 e 148), mentre la pediatra tenta nuovamente di invitarlo a parlare con lei (turno 149). Nonostante le sue buone intenzioni, la pediatra aggiunge pressione alla pressione del padre, il quale alla fine suggerisce la risposta al bambino (turno 151) e continua a pressarlo anche dopo che il bambino ha ubbidito e risposto (turni 153 e 155).

Esempio 25 (Arabo 2)

- 138 PEDf [mh] (.) mh (.) ho capito (.) va bene (.) va bene (.) dai (.)
 allora gli chiediamo un attimino come: [come]=
- 139 MEDm [°okay°] 140
- PEDf =vanno le cose: mangia tutto:: (.) A?
- 141 MEDm A. inta bitakol ayi haga,ma3andakch mochkil fi al akl?
A. tu mangi tutto non hai nessuno problema nel mangiare?
- 142 PARm rod 3alih matehchimch rod 3alih
gli puoi rispondere non aver vergogna rispondi
- 143 MEDm kallelni ana kallelni ana bi al 3arbi
parla con me parla con me in arabo
- 144 PARm gawbo ma howa mksouf we mahchoum khales
rispondigli lui si vergogna è veramente timido
- 145 PEDf [[è timido]
- 146 PARm [[roddi 3alih] ol loh mangia tutto
 [[rispondigli] digli che mangi tutto
 (1.0)
- 147 CHIm eh?
 (0.5)
- 148 PARm bossi loh we kallimou
guardalo e rispondigli
- 149 PEDf raccontami (.) [dai parla con me dai A.]
- 150 MEDm [£eh eh eh£]

- 151 PARm aalet lak inak bi takol kolloh oul laha ah
ti ha chiesto se mangi tutto dille di sì
- 152 CHIm [[sì: (.) >sì sì [sì sì<]
- 153 PARm [[roddi 3liha gaweb
[[rispondile rispondi
- 154 PEDf [mh (.) mh] la frutta (.) la verdura ti
piacciono?
- 155 PARm oul laha mangia tutto=
dille che mangia tutto
- 156 CHIm =mangia tutto
- 157 PEDf mangi tutto
- 158 MEDm sì o[kay]

La partecipazione della famiglia del bambino può anche ostacolare la mediazione. In una mediazione in albanese, partecipa anche la nonna del bambino (madre della madre), che conosce bene sia l'italiano perché da lungo tempo immigrata, sia il contesto e la pediatra. La nonna interviene continuamente in italiano, aggiungendo sintomi da sottoporre all'attenzione della pediatra. La pediatra tenta garbatamente di arginare la sua tendenza a eccedere nell'affermazione di autorità epistemica. Nell'esempio 26, la nonna del bambino fa notare alla pediatra il mal di gola del bambino (turni 92 e 94). La pediatra rinvia la presa in carico del problema, ma la nonna insiste (turno 96). La pediatra prosegue comunque nel suo percorso di anamnesi (turno 97).

Esempio 26 (Albanese 5)

- 092 Nonna dottoressa: (.) [lui questi tre giorni (.) ha avuto mal di gola]
- 093 PEDf [((scrive al computer))] sì::
- 094 Nonna eppure vedo che c'ha una placca anche nella- nella lingua:
- 095 PEDf adesso lo guardiamo:
- 096 Nonna grazie (2.7) infatti quando l'abbiamo portato all'ecografia gliel'ho-
gliel'ho già detto io a lui che (.) ha mal di gola (.) infatti lui l'ha visto che c'era un po'
di infezione ha detto
(10.3) ((la pediatra continua a scrivere al computer))
- 097 PEDf o:kay (.) quindi oggi ci avete portato l'ecografia eh?

Durante la visita neuropsichiatrica, le rivendicazioni di autorità epistemica della madre consistono nel tentativo di evitare una diagnosi negativa del figlio. Nell'esempio 27, la madre sottolinea che il figlio possiede importanti competenze cognitive (turni 169, 172, 174 e 182), spingendo il bambino a evidenziarle (turno 179), ma anche tentando di arginarne l'esuberanza comportamentale (turno 174) e l'opposizione (turno 180). La mediatrice cerca di rendere in modo efficace le rivendicazioni della madre (turni 173, 175, 181 e 183), ma la neuropsichiatra ignora le sue rese (turno 184).

Esempio 27 (Albanese 6)

- 0166 DOCf sei molto grande

(1.3)

0167 PARf il numero lo sai tutto

0168 DOCf tutti i numeri?

0169 PARf di dhe te lezoje (.)di shume mire te lexoje njeh shkronjet te gjitha [numrat te gjitha] mbledh zbret
sa anche leggere (.) sa leggere molto bene conosce tutte le lettere
[tutti i numeri tutti] sa fare i calcoli con più e meno

0170 CHIm [(fa rumore giocando)]

0171 MEDf alfabeto in italiano apo edhe shqiptar?
o anche l'albanese?

0172 PARf edhe italianin edhe shqiptarin
sia l'italiano che l'albanese

0173 MEDf okay conosce anche l'alfabeto italiano dice tutto

0174 PARf >°hajde ulu ktu ke mami hajde ulu mos ik°<
>°vieni a sederti qua vicino alla mamma vieni a sederti e resta fermo°<

0175 MEDf i numeri in italiano li sa pronunciare (.) sa tutto doc

0176 PEDf uno due tre

0177 PARf mh (.) thuaje nje cike
dì un po'

0178 CHIm (uffa)

0179 PARf do i thuash nje cike numrat? [edhe ne anglisht] i di
puoi dire un po' i numeri? [anche in inglese] li sa

0180 CHIm [nuk dua]
[non voglio]

(0.7)

0181 MEDf okay [pure in inglese]

0182 PARf [edhe ngjyrat ne anglisht] i dine njeh rruget makinat te gjitha te gjitha te gjitha
[anche i colori in inglese] li sa conosce le strade le le macchine tutto tutto tutto

0183 MEDf okay il nome [dei colori dice]

0184 DOCf [ha dei fra]telli o sorelle questo [bimbo?]

6. Effetti della trasparenza linguistica

Talvolta i genitori usano la lingua italiana in circostanze in cui ci si aspetterebbe una traduzione, manifestando agency attraverso la segnalazione della propria competenza linguistica, indipendentemente dalla correttezza e nonostante la mediazione linguistica. Nell'esempio 28, la mediatrice propone rese espanse della domanda della pediatra sulle malattie famigliari. Tuttavia, la madre risponde in italiano: in particolare, anticipa un tentativo di resa della mediatrice, parlando in italiano con la pediatra (turno 82), producendo brevi risposte (sì, no) in italiano a domande in albanese (turni 86 e 88), infine chiarendo una risposta in italiano (turni 90 e 93).

Esempio 28 (Albanese 4)

- 076 PEDf e in ca- eh nella famiglia di suo marito soltanto suo marito ne
soffre?
- 077 MEDf nga familja e burrit ka dhe persona [te tjere?]
*nella famiglia di tuo marito ne soffrono anche [altre
persone?]*
- 078 PARf [sì sì eh:] (.) sua
madre-
- 079 MEDf eh=
- 080 PEDf =eh=
- 081 MEDf =eh sua madre
- 082 PARf perché sua madre ha cominciato: nella stessa età
- 083 MEDf età [okay]
- 084 PEDf [mh]
(1.2)
- 085 MEDf tensionin e larte dhe ajo
anche lei la pressione alta
- 086 PARf sì
- 087 MEDf po problem te tjetër me zemer (.) ndonjë iskemie që i themi në shqip
(.) melci (.) e:: sheqerin?
*e altri problemi cardiaci (.) qualche ischemia che diciamo in
albanese (.) di fegato (.) e:: gli zuccheri?*
- 088 PARf no::[::]
- 089 MEDf [jo:]
[no:]
(1.2)
- 090 PARf mia suocera: soffre anche dal diabete ma: [mio marito:]
- 091 MEDf [eh sheqerin] no:
[eh il diabete]
- 092 PEDf no
- 093 PARf adesso no
- 094 MEDf okay

Nell'esempio 29, il padre risponde in italiano alla domanda della pediatra sui gusti alimentari del bambino (turno 175), quindi continua a rispondere in italiano. Il mediatore interviene con una resa della diagnosi della pediatra (turno 213), ma il padre continua in italiano, cosicché pediatra, mediatore e padre conversano in italiano sulla socialità del bambino (turni 214-232).

Esempio 29 (Arabo 2)

- 174 PEDf le verdure (.) le verdure gli piacciono?
- 175 PARm [non troppo]
- 176 MEDm [[alkhodrawat mathalan?

- [[*le verdure ad esempio?*
- 177 PEDf non troppo- £poche poche£ come [tutti]=
- 178 PARm [poco]
- 179 PEDf =i bambini [come tutti i bambini]
- 180 PARm [come tutti i bambini]
- 181 PEDf come tutti i [bambini]
- 182 MEDm [$\text{>}\text{sì}\text{ sì}<$]
- 183 PEDf okay (.) carne invece pesce uova cioè per il resto mangia tutto quanto
- 184 PARm tutto £eh eh eh [eh eh£]
- 185 PEDf [benissimo] benissimo=
- 186 MEDm =okay
(0.6)
- 187 PEDf va bene dai facciamo un controllo [generale]
- 188 PARm [solo solo] ver[dura]=
- 189 PEDf [eh]
- 190 PARm =un po'::
(0.9)
- 191 PARm (poco la (?))
- 192 MEDm sì
- 193 PEDf non ama- non ama [la:: la]
- 194 PARm [la verdura] quella fresca
(0.7)
- 195 PEDf eh
- 196 PARm però quell- quella cucinata come piselli: [patatine lui mangia]
- 197 PEDf [ah (.) ah (.) ah]
broccoli=
- 198 MEDm =sì sì=
- 199 PEDf =cavolfiore [ste robe qui]=
- 200 MEDm [ad esempio]
- 201 PEDf =co:n::
- 202 PARm [[quella fresca: (.) l'insalata:::]
- 203 MEDm [[l' insalata (.) l' insalata] non la mangia]
- 204 PEDf ah quella cruda [invece non ama]=
- 205 PARm [pochissimo (.) sì sì]
- 206 PEDf =quella [cruda va beh]
- 207 MEDm [sì (.) sì]
- 208 PEDf e va beh inso[mma]
- 209 PARm [sì]
- 210 PEDf sono bambini può anche andare bene così
- 211 MEDm °mh°
- 212 PEDf va bene (.) d'accordo (.) eh::: (.) in generale è un bambino che sta bene con gli altri bambini gioca si diverte con gli altri [insomma]

- 213 MEDm [y3ni] 3ando 3la9a howa ijtima3i fi tab3o m3a al
atfal biyel3ab m3a [al atfal?]
*[cioè] lui ha delle relazioni è socievole come carattere
con gli altri bambini gioca con gli altri [bambini?]*
- 214 PARm [howa] (.) sì: (.) sì lui gioca feh [eh eh£]
[lui]
- 215 MEDm [lui] gioca [sì]
- 216 PARm [sì:::]
- 217 MEDm [[>sì sì<
- 218 PEDf [[mh gioca
- 219 MEDm non è che è un bambino che sta da [solo:::]
- 220 PARm [no no no]
- 221 MEDm isolato
- 222 PEDf >no no no<
- 223 PARm [[no::: (??)]
- 224 PEDf [[fa il timido] qui da noi però: [non sempre]
- 225 PARm [lui ades]so qua è un po':: spento
(.) poi bis- poi fuori però feh eh [eh eh eh£]=
- 226 MEDm [sì sì]
- 227 PARm =[£ah ah ah ah£]
- 228 PEDf [>sì sì sì:<] si [si sveltisce mettiamo-]
- 229 MEDm [ma secondo me sì ha paura] (.) [ha paura]
- 230 PARm [sì:::]]
- 231 PEDf ha paura sì forse è preoccupato]
- 232 PARm [eh]

Nella visita mediata in lingua inglese, nessun partecipante è nativo della lingua, che è usata come lingua franca. Il padre ghanese tende a preferire un italiano molto stentato all'inglese. Il pediatra, soprattutto nella fase finale della visita, parla in inglese con il padre. La mediatrice esita a tradurre il linguaggio tecnico del pediatra. Nell'esempio 30, il padre riepiloga in inglese la dieta che è stata assegnata a suo figlio, con l'aiuto della mediatrice. Tuttavia, il padre passa alla lingua italiana (turno 428), continuando a usarla ai turni 430 e 431. Il pediatra passa alla lingua inglese per sottolineare che non ci deve essere zucchero nel succo (turno 432) e il padre risponde in italiano. Nonostante ciò, il pediatra continua in inglese (turno 434) e il padre si adegua (turno 435). Si avvia così una sequenza in lingua inglese tra pediatra, che dà istruzioni, e padre che segnala comprensione, per lo più ripetendo ciò che dice il pediatra, ma anche aggiungendo qualche commento (turni 441, 444, 446). La mediatrice è esclusa dalla conversazione e si limita a brevi turni di conferma (turni 447 e 449).

Esempio 30 (Inglese)

- 426 PARm if (.) twenty fruit of all kinds (.) c'è una eh:: eh::: (.) va
be:: (.) una fruit juice com'è::=
- 427 MEDf =mh mh un succo di frutta
- 428 PARm zucco di frutta (.) una: ah senza zucchero

429 MEDf mh mh
430 PARm una: (.) ananas
(2.3)
431 PARm senza zucchero
432 PEDm no sugar (.) no sugar juice of any kind
(0.5)
433 PARm oh ah senza zucchero
434 PEDm no: if you read on the box that is without sugar is without a- added
sugar (.) but th- the sugar juice (.) are full of natural eh [fruit
sugar]
435 PARm [is full of] natural
sugar
436 PEDm so you have to avoid them
437 PARm we have to avoid them
438 PEDm yeah (.) you have to prefer water
439 PARm water
440 PEDm okay? (.) and coca cola
441 PARm and coca cola (.) fanta [we have to (.) we have]
442 PEDm [once- once eh:]
(1.1)
443 PEDm every- every: month
444 PARm £no:: eh: avoid it avoid it (.) he is good to avoid it£
445 PEDm okay
446 PARm eh the child doesn't do that and that (.) he drinks a
little he::
447 MEDf yeah
448 PARm eh: eh:: (.) you have to avoid them
449 MEDf okay

7. Conclusioni

L'analisi proposta nelle sezioni precedenti ha permesso di analizzare come la mediazione influenzi la partecipazione di genitori e bambini in pediatria. Da un lato, la partecipazione dei bambini è promossa in modo piuttosto sistematico dalle pediatre. Dall'altro, la partecipazione dei bambini e dei loro genitori dipende dalla mediazione, in particolare dall'agency di chi media, attraverso le formulazioni che espandono le rese, le iniziative e le sequenze diadiche. Le iniziative autonome di chi media possono produrre effetti positivi per la promozione della partecipazione degli altri partecipanti, ma possono anche interferire negativamente con l'azione della pediatra o con l'agency dei bambini. Le domande e le richieste di partecipazione delle pediatre sono essenziali per attivare la mediazione e la mediazione è condizionata sia dalla disponibilità dei bambini a esprimersi, sia dalla rivendicazione di autorità epistemica dei genitori.

I bambini sono interpellati soprattutto nelle fasi iniziali delle visite, mentre sono spesso reticenti a intervenire nelle fasi successive. Le manifestazioni di agency dei bambini sono piuttosto ridotte:

l'agency si manifesta labilmente attraverso la commutazione di codice linguistico e raramente attraverso iniziative autonome. Inoltre, è difficile promuovere la partecipazione dei bambini quando i genitori prendono il sopravvento, rivendicando la propria autorità epistemica. Pertanto, per la mediazione può essere complicato sostenere l'agency dei bambini. Per parte loro, i genitori, quando possono, tendono a mostrare la loro (talvolta limitata) competenza nella lingua italiana e anche questo riduce l'influenza della mediazione, alimentando la trasparenza linguistica.

In conclusione, se consideriamo l'agency dei bambini, il risultato della mediazione linguistica in pediatria è deludente, soprattutto se comparata a quella attuata in ambito sanitario con adulti. Tuttavia, questo risultato è basato su un numero limitato di casi: l'effetto della mediazione sull'agency di bambini in pediatria richiederebbe l'analisi di molti altri casi.

Riferimenti bibliografici

- Angelelli, C. (2004). *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Angelelli, C. (2012). Challenges in interpreters' coordination of the construction of pain. In C. Baraldi & L. Gavioli (Eds.), *Coordinating Participation in Dialogue Interpreting* (pp. 251-268). Amsterdam: John Benjamins.
- Baraldi, C., & Gavioli, L. (eds.) (2012). *Coordinating participation in dialogue interpreting*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Baraldi, C., & Gavioli L. (2014). Are close renditions the golden standard? Some thoughts on translating accurately in healthcare interpreter-mediated interaction. *The Interpreter and Translator Trainer*, 3, 336–353.
- Baraldi, C., & Gavioli, L. (2016). On professional and non-professional interpreting: the case of intercultural mediators. *European Journal of Applied Linguistics*, 4(1), 33–55.
- Baraldi, C., & Gavioli L. (2017). Intercultural mediation and “(non)professional” interpreting in Italian healthcare institutions. In R. Antonini, L. Cirillo, L. Rossato and I. Torresi (eds.), *Non-professional interpreting and translation* (pp. 83–105). Amsterdam & Philadelphia: John Benjamins.
- Baraldi, C. & Gavioli, L. (2019). *La mediazione linguistico-culturale nei servizi sanitari*. Milano: FrancoAngeli.
- Baraldi, C., & Gavioli, L. (eds.) (2021). Interpreting in health care. *Health Communication*, 36(9), Special Issue.
- Bolden, G. (2000). Toward understanding practices of medical interpreting: Interpreters' involvement in history taking. *Discourse Studies*, 2(4), 387–419.
- Davidson, B. (2000). The interpreter as institutional gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse. *Journal of Sociolinguistics*, 4(3), 379–405.
- Hsieh, E. (2016). *Bilingual health communication. Working with interpreters in cross-cultural care*. London-New York: Routledge.
- Sarangi, S. (ed.) (2018). *Interpreter-mediated health care encounters*. *Communication & Medicine*, 15(2), Special Issue.

7. Comunicare l'asma e il diabete a scuola

Anna Rosa Favretto, Stefania Fucci e Francesca Zaltron

1. Il quadro della ricerca

I risultati presentati in questa sezione del volume sono frutto di quella parte del progetto che ha concentrato l'attenzione sulla gestione delle malattie croniche infantili all'interno del contesto scolastico, al fine di comprendere i fattori che possono favorire o ostacolare l'integrazione e le sinergie tra il sistema educativo e il sistema sanitario. In particolare, ci si è concentrati sull'analisi delle modalità di integrazione tra sistema sanitario e sistema scolastico nella gestione di due differenti patologie croniche, il diabete e l'asma. Tale obiettivo è stato ulteriormente declinato in sottobiettivi più specifici attraverso i quali porre a confronto il punto di vista dei bambini con o senza origine migrante con quelli degli adulti che di essi si prendono cura (genitori, insegnanti e personale sanitario ospedaliero). Si è dunque inteso esplorare le molteplici competenze che i bambini e le bambine, i ragazzi e le ragazze hanno acquisito e utilizzano nella gestione della malattia cronica a scuola, ponendo anche attenzione ai modi con cui queste stesse competenze sono riconosciute e legittimate dagli adulti che di essi si prendono cura; le difficoltà incontrate dai bambini nella gestione della malattia e i differenti modi in cui la presenza della malattia influisce nella definizione di sé all'interno del contesto scolastico; le risorse messe in atto dai bambini per far fronte a eventuali difficoltà; il contributo delle relazioni tra pari nel fronteggiare e gestire la malattia; lo spazio di partecipazione alla cura di sé riconosciuto dal mondo adulto; le principali difficoltà incontrate dagli adulti in ambito scolastico nella gestione dei bambini malati cronici e le risorse che sono state messe in atto per farvi fronte (con attenzione specifica anche a ciò che potrebbe essere utile per migliorare la situazione); le responsabilità nella gestione delle malattie croniche (a chi spetta, quale il ruolo dei bambini).

1.1 Alcuni riferimenti di metodo

Dati gli obiettivi generali e specifici individuati, si è deciso di adottare un metodo qualitativo di indagine utile per cogliere il senso soggettivamente attribuito dai differenti soggetti che hanno preso parte alla ricerca (sia bambini, sia adulti) ai comportamenti e alle pratiche della vita quotidiana riferite alle gestione della malattia cronica a scuola.

La ricerca ha previsto l'adozione di un campionamento non probabilistico "a scelta ragionata" che permette di individuare gruppi di soggetti equivalenti in relazione ad alcuni criteri decisi dal ricercatore (Cardano, 2011). Come già anticipato sopra, nella ricerca si è scelto di far dialogare sui differenti temi oggetto di studio punti di vista differenti: da un lato, i bambini e le bambine, i ragazzi e le ragazze affetti da asma o diabete; dall'altro, gli adulti che di essi si prendono cura a vari livelli (genitori, insegnanti e personale sanitario ospedaliero). In particolare, le dimensioni di analisi che sono state individuate come centrali per la costruzione del campione sono state: genere, età (8-11

anni; 12 anni o più), tipo di malattia cronica (diabete o asma), presenza o non presenza dell'origine migrante e contesto territoriale (Torino, Alessandria, Firenze)³.

Per la costruzione del *field*, si è scelto di coinvolgere le strutture sanitarie infantili presenti nei tre territori (Ospedale Regina Margherita di Torino, Ospedale Cesare Arrigo di Alessandria e Ospedale Meyer di Firenze) e in particolare gli ambulatori e/o le strutture di Endocrinologia e di Pneumologia, chiedendo al personale medico di rivestire il ruolo di *gatekeeper*, individuando i pazienti rispondenti alle caratteristiche e raccogliendo le disponibilità delle famiglie a essere contattate dai ricercatori. Gli insegnanti coinvolti nella ricerca, invece, sono stati individuati all'interno degli Istituti Comprensivi che avevano partecipato alla prima fase quantitativa della ricerca, tra coloro che avevano o avevano avuto in passato esperienze con bambini affetti da una malattia cronica, non necessariamente diabete o asma. In ambito scolastico, si è anche deciso di coinvolgere alcuni dirigenti in qualità di testimoni privilegiati in tema di integrazione fra sistema scolastico e sistema sanitario nella gestione delle malattie croniche a scuola⁴.

La ricerca ha ottenuto l'approvazione dei Comitati etici delle tre strutture sanitarie coinvolte. Tutti i soggetti coinvolti hanno partecipato in modo volontario alla ricerca fornendo il loro consenso. La partecipazione dei bambini è stata preceduta dall'autorizzazione scritta dei genitori e da un loro consenso verbale sollecitato dal ricercatore all'inizio dell'incontro.

La ricerca ha previsto l'adozione di tecniche e strumenti differenti: interviste semi-strutturate con i bambini e le bambine, i ragazzi e le ragazze, i loro genitori, i dirigenti scolastici e il personale sanitario del territorio fiorentino; *focus group* con gli insegnanti e il personale sanitario piemontese. In totale, sono state realizzate 72 interviste a bambini e bambine, ragazzi e ragazze (21 a Torino, 21 ad Alessandria e 30 a Firenze) perfettamente equilibrate per genere, con una leggera preponderanza di intervistati con più di 11 anni e dei diabetici rispetto agli asmatici. Dei 72 intervistati, 31 possedevano un'origine migrante. Per quanto riguarda i genitori, le 72 interviste realizzate hanno visto il coinvolgimento di un totale di 60 madri e 16 padri (4 interviste, infatti, sono state realizzate alla presenza di entrambi i genitori)⁵.

Nel caso degli insegnanti, sul territorio piemontese hanno aderito a questa fase della ricerca 4 istituti comprensivi⁶, di cui 3 a Torino e 1 ad Alessandria. In ciascun Istituto Comprensivo sono stati realizzati 2 *focus group*, uno con insegnanti della scuola primaria e uno con insegnanti della secondaria di I grado. In totale, nei *focus group* sono stati coinvolti un totale di 40 insegnanti. Sono state, inoltre, intervistate le dirigenti scolastiche dei quattro Istituti Comprensivi⁷.

In ambito sanitario, a livello piemontese sono stati condotti 4 *focus group*⁸ con il personale dei differenti reparti (diabetologia e pneumologia) delle due strutture ospedaliere coinvolte nella ricerca

³ Ad eccezione del tipo di patologia cronica, le dimensioni di analisi utilizzate in questa parte della ricerca sono le medesime adottate nella prima fase quantitativa di indagine, i cui risultati sono stati presentati nel dettaglio nel secondo capitolo. Tale scelta è stata effettuata al fine di permettere, laddove possibile, di effettuare confronti tra i dati, pur nella consapevolezza che il campione dell'indagine quantitativa non era statisticamente rappresentativo.

⁴ La parte di ricerca sul campo con il personale scolastico è stata possibile soltanto nei due territori piemontesi, mentre l'unità di ricerca di Firenze, a causa del periodo pandemico, non è riuscita a ottenere la disponibilità degli Istituti Comprensivi che avevano partecipato alla prima fase di ricerca quantitativa.

⁵ Come già detto sopra, a causa della pandemia e delle condizioni di cronicità degli intervistati, alcune famiglie hanno accettato di aderire alla ricerca chiedendo però di poter realizzare le interviste in modalità on-line.

⁶ Nel dettaglio, hanno aderito a questa fase della ricerca gli Istituti Comprensivi "Pacinotti", "Regio Parco", "Parri-Vian" di Torino e "Paolo Straneo" di Alessandria.

⁷ A una delle interviste era presente anche la vice-dirigente.

⁸ Dei 4 focus group, 3 sono stati realizzati in presenza mentre uno è stato realizzato in modalità on-line.

ai quali hanno partecipato un totale di 16 unità di personale sanitario (di cui 12 medici, 1 psicologa e 3 infermiere). All'ospedale Meyer di Firenze non è stato possibile realizzare *focus group*, ma i ricercatori hanno ottenuto il consenso del personale sanitario a realizzare alcune interviste semi-strutturate, 5 in tutto, di cui 3 con medici e 2 con infermiere.

In questo primo capitolo della sezione si focalizzerà l'attenzione sui principali risultati relativi alla composizione della decisione e alle pratiche di comunicazione della malattia cronica a scuola da parte delle famiglie. Il capitolo successivo sarà, invece, dedicato alla presentazione dei risultati relativi alle pratiche di gestione del diabete e dell'asma in ambito scolastico e ai fattori che le ostacolano o le facilitano.

2. Comunicare la malattia a scuola

La comunicazione della condizione di malattia a scuola rappresenta sicuramente un passaggio importante per la gestione della cronicità all'interno dell'ambiente scolastico, ma in senso più ampio rappresenta anche un processo interessante in quanto permette di mettere in evidenza i significati attribuiti dai differenti soggetti, bambini o ragazzi, bambine o ragazze e adulti, all'adeguatezza dell'agire quale espressione di competenza infantile (Favretto et al., 2017). Rispetto a questo aspetto i differenti punti di vista raccolti nel corso della ricerca hanno permesso di mettere in evidenza, da un lato, il livello del dover fare, cioè l'insieme delle pratiche che devono essere messe in atto, dagli adulti ma non soltanto da loro, per permettere all'istituzione scolastica di gestire nel modo migliore possibile sia la quotidianità, sia gli eventuali momenti di crisi che potrebbero verificarsi (crisi ipo o iperglicemiche, reazioni allergiche, ecc.); dall'altro, il livello del fare, cioè delle pratiche che i differenti attori (bambini e genitori) pongono concretamente in essere per mettere a parte l'istituzione scolastica e i compagni di classe della patologia e delle esigenze di cura del bambino affetto da diabete o da asma e in base alle quali si strutturerà la gestione della malattia nella quotidianità scolastica.

2.1 La decisione rispetto alla comunicazione: a chi si deve comunicare e chi deve decidere

Un primo punto sul quale si è inteso concentrare l'attenzione è relativo ai differenti aspetti che costituiscono le pratiche comunicative, a partire dalle ragioni e dal modo in cui si compone la decisione rispetto alla necessità e/o alla volontà di raccontare la cronicità. In particolare, un primo aspetto legato alla dimensione del "dover fare" riguarda la composizione della scelta da parte dei genitori e dei loro figli rispetto alla decisione del comunicare la patologia e ai soggetti ai quali rivolgere tale comunicazione. Un secondo aspetto indagato durante le interviste e i *focus group* realizzati nei differenti territori riguarda il soggetto o i soggetti che dovrebbero compiere la scelta rispetto all'opportunità o meno di comunicare in ambito scolastico la condizione di cronicità del bambino o della bambina.

2.2 Il punto di vista dei bambini e delle bambine

Una parte dei bambini, delle bambine e dei ragazzi e delle ragazze che hanno partecipato alla ricerca ha sostenuto l'importanza della comunicazione del loro stato di malattia agli insegnanti e ai compagni di classe. Nel caso degli insegnanti, la decisione di comunicare sarebbe giustificata soprattutto dalla necessità di ricevere un supporto sia nel quotidiano, sia in caso di eventi emergenziali. Sono

soprattutto i bambini e le bambine affette da diabete, indipendentemente dall'età, dal contesto territoriale e dalla presenza o meno di origine migrante, a sottolineare questa funzione attribuita ai docenti, mettendo anche in evidenza come la comunicazione sia utile soprattutto nel periodo immediatamente successivo all'esordio, quando bambini o bambine e ragazzi o ragazze potrebbero non essere ancora pienamente autonomi nella gestione delle crisi.

“Sì, perché magari uno è all'inizio dell'esordio, cioè ha appena avuto il diabete, non sa magari come fare e tutto, allora deve avere magari un adulto che naturalmente...” (femmina, diabete, 12 anni, Torino)

Rispetto alla comunicazione da dare ai compagni, gli intervistati e le intervistate hanno espresso posizioni differenti. Da un lato, ci sono coloro che ritengono importante che tutti i compagni vengano a conoscenza della loro malattia, ad esempio per evitare domande ripetute rispetto a comportamenti che potrebbero apparire strani (uscite dall'aula, interruzioni dell'attività durante le lezioni di educazione fisica, ecc.) o in caso di utilizzo di dispositivi visibili:

“Ricercatrice: E si deve dire anche ai compagni, si deve dire?”

Children 31: *Sì.*

Ricercatrice: A tutti o solo a qualcuno?

Children 31: *A tutti.*

Ricercatrice: A tutti, come mai bisogna dirlo a tutti?

Children 31: *Perché quando vado di corsa, quando esco dalla classe e vado di corsa per la scuola perché se no fanno tante domande oppure quando faccio i saltelli sul posto oppure tipo quando prendo il micro e faccio il bolo”* (maschio, 9 anni, diabete, Torino)

Dall'altro, alcuni bambini e bambine affetti da asma hanno sostenuto l'importanza di mettere a parte della loro condizione soltanto un gruppo ristretto di compagni e compagne, ai quali sarebbero legati anche da rapporti di amicizia:

Ricercatore: Ne hai mai parlato dell'asma alle elementari?

Children 61: *Solo in terza, senza doverlo dire a tutti... l'ho detto ad alcuni [...] A quelli che mi stanno simpatici*

Ricercatore: Agli amici?

Children 61: *Sì”* (maschio, 13 anni, asma, origine migrante, Firenze)

È possibile ipotizzare che quest'ultima posizione sia strettamente influenzata dal tipo di patologia di cui i bambini e le bambine sono affetti e in particolare dalla minore visibilità dell'asma rispetto al diabete. I bambini affetti da asma, infatti, più facilmente di quelli affetti da diabete possono celare la loro condizione in quanto non devono indossare dispositivi medici per coadiuvare la gestione della malattia e soprattutto in quanto, durante l'orario scolastico, non devono effettuare misurazioni e/o assumere regolarmente farmaci. A riprova di ciò, i pochi bambini e bambine, ragazzi e ragazze che hanno sostenuto la non importanza della condivisione della malattia con i compagni e le compagne di classe erano affetti da asma.

Indipendentemente dagli esiti (che si decida di informare o meno i compagni e le compagne, o soltanto quelli percepiti più vicini), molti dei ragazzi e delle ragazze delle scuole secondarie di I grado, senza distinzioni di genere, patologia, territorio e presenza di origine migrante hanno sostenuto che spetti a loro stessi la scelta rispetto al comunicare o meno la propria malattia ai coetanei, così

come rispetto a chi debba eventualmente effettuare tale comunicazione (loro direttamente, o i loro genitori, o gli insegnanti). In questo senso, gli intervistati si considerano in grado di operare scelte che li riguardano direttamente, soprattutto quando queste ultime coinvolgono il loro rapporto con i coetanei, mostrando dunque di riconoscersi importanti competenze sociali nella gestione della propria malattia:

*“**Children 32:** Allora, nel mio caso, cioè io poi non lo so perché ci sono alcune persone che si sentono di spiegare loro perché magari sono fieri di avere questa cosa.*

***Ricercatrice:** Sì?*

***Children 32:** E quindi si sentono di spiegarla loro, però magari alcuni, come tipo me, che non vuole magari con persone, dato che io ho cambiato scuola, cioè nel senso sono passata alle medie. [...] Non conoscevo i compagni e allora l'ho fatto dire a mia mamma, l'ha detto ai professori e poi i professori l'hanno spiegato” (femmina, 12 anni, diabete, Torino)*

2.3 Il punto di vista dei genitori

Secondo quanto raccontato dai genitori, siano essi madri o padri, la comunicazione della malattia in ambito scolastico prevede due diversi livelli: la comunicazione formale che deve obbligatoriamente essere trasmessa alla segreteria dell'istituto attraverso la consegna di moduli compilati all'inizio di ciascun anno scolastico⁹; la comunicazione effettuata per iniziativa dei genitori e/o dei bambini alla dirigenza, al corpo insegnante e/o ai compagni di classe.

Indipendentemente dalla patologia, dal territorio considerato e dall'origine migrante, alcuni genitori, sia padri sia madri, sottolineano, infatti, l'obbligatorietà di dichiarare la malattia cronica dei loro figli in quanto le scuole chiedono alle famiglie di compilare alcuni moduli che vengono distribuiti in fase di iscrizione o eventualmente, qualora l'esordio e la prima diagnosi avvengano in corso d'anno, al rientro in classe del bambino o della bambina:

“.. no perché i moduli... alle elementari già... poi le maestre sono più morbide, sono più... c'è tutto un altro clima alle elementari, ma in realtà tutte queste comunicazioni vanno fatte in segreteria, gli insegnanti non vogliono saperne niente della consegna dei moduli o di queste cose, loro insegnano e basta...” (madre, asma, Torino)

Non sarebbe, invece, obbligatoria, ma da affidare alla libera scelta delle famiglie (genitori e/o bambini) la comunicazione della malattia al personale scolastico (insegnanti e personale ATA) e ai compagni di classe. Nonostante la non obbligatorietà di questo tipo di comunicazione, molti genitori di bambini sia diabetici, sia asmatici hanno sostenuto la necessità di informare delle patologie dei figli soprattutto gli insegnanti e coloro che lavorano a scuola, in quanto si tratta di personale quotidianamente a contatto con i loro figli (per lo più i bidelli o le bidelle). Si ritiene, infatti, che essi, se debitamente informati, possano intervenire in caso di situazioni di emergenza:

“A tutti quelli che stanno con lui, perché nel caso in cui stia male, la prima cosa a cui chiaramente devi... se lui sviene, la prima cosa che tu devi vedere è se ha la glicemia alta oppure no, quindi se ha la glicemia bassa gli devi spruzzare il glucagone immediatamente. Cioè, lui il primo motivo per star male sicuramente è quello, e poi tutti gli altri, quindi assolutamente chi sta con lui deve saperlo, tassativamente” (madre, diabete, Torino)

⁹ Per gli aspetti procedurali, qui semplicemente accennati, si rimanda al successivo capitolo dedicato alla gestione della malattia cronica a scuola.

Solo in pochi casi i genitori di bambini asmatici hanno sostenuto che non sia importante informare la scuola della cronicità dei loro figli in considerazione della non gravità della patologia e del fatto che i bambini non hanno la necessità di portare a scuola il Ventolin:

“Noi non l’abbiamo comunicato, non credo sia previsto, nel senso che non mi risulta, nel marasma, nella confusione della scuola, non mi risulta che ci sia questo tipo canale di comunicazione” (madre, asma, Alessandria)

Rispetto alla comunicazione ai compagni di classe, sono soprattutto i genitori di bambini diabetici a sottolineare l’importanza del mettere a parte i coetanei della condizione di cronicità del figlio o della figlia. Anche in questo caso, la ragione alla base della condivisione sarebbe il supporto che i compagni e le compagne potrebbero fornire al personale scolastico nei casi di episodi di ipo o di iperglicemia:

“Sì, sì, anche ai compagni di classe secondo me, perché bisogna educare anche gli alunni, perché se capita che lei va in ipo o va in iper comincia a vomitare... deve spiegare a questi alunni in caso di iper quali sono i sintomi, come devono comportarsi e quando va in ipo quali sono i sintomi e come devono comportarsi per aiutare il loro compagno di classe, perché qualche volta il ragazzo o il bambino è in pericolo se non c’è qualcuno che l’aiuta, soprattutto questi bambini piccoli” (madre, diabete, di origine migrante, Alessandria)

In questo caso, è interessante sottolineare come i genitori, di fatto, riconoscano la capacità di *agency* dei compagni di classe che condividono la quotidianità scolastica con i loro figli. Questi, attraverso l’acquisizione di competenze di ordine biomedico trasmesse loro dagli insegnanti o dal coetaneo malato, e in virtù dell’esperienza derivante dall’assistere o dal condividere con quest’ultimo il riconoscimento dei sintomi e la gestione della terapia, sono ritenuti in grado di fornire un sostegno fattivo sia al compagno o alla compagna affetto/a da cronicità, sia agli adulti nel momento in cui si dovessero presentare i primi sintomi di una crisi respiratoria o glicemica.

Nella maggior parte dei casi, anche i genitori, soprattutto le madri, ritengono che la scelta rispetto alla comunicazione della malattia ai coetanei debba spettare ai bambini e alle bambine, o ai ragazzi e alle ragazze. Si tratta, infatti, di una decisione che potrebbe produrre delle conseguenze nella vita di relazione dei figli e quindi, indipendentemente dall’età, questi ultimi verrebbero considerati competenti anche alla luce delle loro competenze relazionali rispetto agli equilibri e al clima presenti nella classe. In un caso, inoltre, una madre ha sottolineato l’importanza di discutere con i figli non soltanto le questioni che attengono alla comunicazione ai compagni di classe, ma anche agli insegnanti, mostrando quindi di riconoscere al minore la capacità di *agency* anche nei rapporti con il mondo adulto:

Ricercatrice: *invece come è stata la gestione a scuola dell’asma, cioè ha dovuto comunicare qualcosa? Com’è andata?*

Madre 35: *Allora, questa questione noi l’abbiamo discussa prima, io e (nome della figlia) perché io non voglio, come dire, entrare in un equilibrio che (nome della figlia) ha in classe con gli insegnanti e con i compagni [...] Però lei l’ha detto alla maestra. La maestra, la sua maestra D. gliel’ha detto, gli ha detto in maniera molto serena. Poi giustamente la maestra ha voluto anche parlare con me per capire la gravità della situazione, ma l’ha sempre incoraggiata.*

Ricercatrice: *però questa, mi diceva, è una cosa che avete concordato prima? Come sì,*

Madre 35: *ma non concordato, nel senso, ne abbiamo parlato, abbiamo detto, lo diciamo alla maestra, vuoi che lo dica io gliene vuoi parlare tu? Per proprio, per evitare di intromettermi in un loro rapporto di confidenza, ma anche di fiducia. E ha fatto tutto lei” (madre, asma, Torino)*

Quanto sostenuto finora pare confermare i risultati di ricerche precedentemente condotte in tema di patologie croniche infantili, dalle quali è emerso come gli adulti considerino fondamentale la partecipazione dei bambini e delle bambine affetti da malattie croniche alla comunicazione verso l'esterno, in particolare verso i coetanei, come parte del processo di incorporazione della malattia nella ridefinizione del sé e di normalizzazione della condizione di cronicità, nonché per facilitare lo sviluppo di nuove forme di solidarietà e di aiuto tra pari (Favretto et al., 2017).

Per quanto riguarda, invece, la comunicazione rivolta agli adulti, cioè al dirigente scolastico e al corpo docente, i genitori, nella maggior parte dei casi, hanno sottolineato come questa decisione spetti a loro, soprattutto in considerazione dell'importanza di mettere al corrente la scuola dei potenziali rischi che i bambini potrebbero correre qualora si verificassero episodi critici:

“Per quanto riguarda i professori che sono, tra virgolette, l'autorità, le persone che hanno la responsabilità del bambino mentre è a scuola, lì non si può delegare al bambino” (padre, diabete, Torino)

2.4 Il punto di vista degli insegnanti e degli operatori sanitari

Posti di fronte al tema della comunicazione a livello istituzionale e, in particolar modo, della comunicazione alle persone che dovrebbero essere informate della malattia cronica dell'alunno o dell'alunna, gli insegnanti hanno richiamato l'importanza della condivisione di tali informazioni con il gruppo classe. Le ragioni portate a sostegno di questa posizione sono legate sia alla responsabilizzazione e alla costruzione della solidarietà verso il compagno malato, sia al ruolo che i compagni e le compagne potrebbero giocare nel supportare il personale scolastico in caso di episodi di crisi. Analogamente ai genitori, anche gli insegnanti hanno dunque mostrato di riconoscere la capacità di *agency* e di competenza dei bambini e delle bambine:

“Insegnante 16: *Il personale, e informare anche i bambini, in modo tale che insieme si possa andare a strutturare un sistema che, in caso di emergenza, possa intervenire no, e andare a limitare chiaramente anche delle difficoltà, che siano un po' fisiologiche, no, di un'organizzazione, quindi potrebbe però secondo me limitare il più possibile i rischi.*

Insegnante 18: *No, dicevo, la classe, secondo me, i bambini devono essere informati. A me è capitato più volte, una bambina epilettica in classe, tante volte i bambini, maestra, X non vede, non vede più. Allora loro già sapevano tutto. Io ho allontanato il banco, le sedie, loro si alzavano. Ecco questa. La classe...*

Insegnante 19: *Certo. La classe è un organo di controllo, sono i tuoi e i miei occhi” (insegnanti scuola primaria, Torino)*

Il personale sanitario ha mostrato una posizione chiara nel sostenere l'importanza che la comunicazione alla scuola rivestirebbe nell'influenzare la qualità della gestione della malattia in ambito scolastico, indipendentemente dal tipo di patologia cronica. In particolare, medici e infermieri hanno sostenuto che dovrebbero essere i genitori a informare la scuola, sia in modo formale trasmettendo la lettera che l'ospedale rilascia loro, sia in modo sostantivo attraverso l'apertura di un

canale dialogico con la dirigenza e/o gli insegnanti, così da renderli consapevoli del livello di gravità, di ciò che il figlio o la figlia devono o non devono fare e di ciò che potrebbe succedere in caso di crisi:

“Perché gli insegnanti devono sapere che tu hai una malattia che potenzialmente può portarti ad un’insufficienza respiratoria acuta e devono chiamare il 118, cioè poi se va tutto bene bene, però è una malattia diciamo che si manifesta in modo anche improbabile a volte. Quindi l’importante è che lo sappiano [...] E che non trascurino delle cose, che non trascurino delle cose pericolose. Tipo a me è capitato il professore di educazione fisica che faceva correre il bambino al quale diceva ad una certa “io non riesco ad andare avanti”, poi è stato messo in punizione perché comunque non hai mai voglia di fare educazione fisica. Però magari informandoli sul fatto che questa è una cosa che può capitare uno evita che la crisi peggiori” (medico, pneumologia, Torino)

Indipendentemente dalla professione svolta e dalla collocazione geografica, insegnanti, dirigenti scolastici e operatori sanitari hanno, inoltre, mostrato di condividere una medesima posizione rispetto alla figura alla quale competerebbe il compito di decidere chi informare della condizione di cronicità dei bambini e delle bambine e dei ragazzi e delle ragazze. Essi, infatti, hanno sostenuto che spetterebbe ai genitori dover decidere se, in che modo e con quali tempi informare il personale scolastico. In alcuni casi, gli insegnanti hanno attribuito la responsabilità decisionale in modo condiviso ai medici che hanno in carico i giovani pazienti e alla famiglia di questi ultimi:

“Io credo che la famiglia prima di tutto se c’è deve consultarsi col medico e capire se è il caso, quando è il caso perché i bambini piccoli, ad esempio, nel caso dell’epilessia devono dirlo a scuola agli insegnanti, ma ci sono malattie che probabilmente non devono essere comunicate a scuola e non devono essere comunicate se il medico, il pediatra, il neurologo o chi per esso decide quello e la famiglia è d’accordo” (insegnante, scuola secondaria, Torino)

3. Le pratiche comunicative: chi comunica la condizione di cronicità e con quali modalità

Nel corso delle interviste e dei *focus group* si è dedicata attenzione anche alle pratiche comunicative alle quali i soggetti coinvolti, minori e adulti, hanno fatto ricorso e alle modalità attraverso le quali si è concretizzata la comunicazione da parte dei bambini e degli adulti al corpo docente e non docente e ai compagni di classe. In particolare, i partecipanti sono stati sollecitati a narrare le loro esperienze ponendo attenzione, in primis, ai soggetti che hanno avuto un ruolo attivo nel comunicare la condizione di cronicità.

3.1 Il punto di vista dei bambini e delle bambine

A riprova di quanto sostenuto rispetto alla dimensione del “dover fare” e dell’autoriconoscimento delle competenze di carattere comunicativo necessarie per interagire con i coetanei, e in accordo con quanto evidenziato dall’analisi dei dati quantitativi rispetto alla positività della relazione che caratterizzerebbe i rapporti tra compagni di classe, molti dei bambini e delle bambine e dei ragazzi e delle ragazze che hanno partecipato alla fase qualitativa della ricerca, indipendentemente dal genere, dall’età, dal contesto territoriale e dal possesso di un’origine migrante, hanno raccontato di essere

stati loro stessi a informare i compagni di classe della patologia di cui erano affetti e nella maggior parte dei casi la comunicazione è stata rivolta all'intero gruppo classe:

“Ricercatore: *E l’hai spiegato te a tutti?*

Children 47: *sì, sì, ma io non è che mi vergogno. Anzi una volta, in seconda media, c’era una... c’era la professoressa di scienze che era talmente interessata che voleva la spiegazione da me e io non è che mi vergogno, anzi.*

Ricercatore: *Ah ti ha fatto spiegare... come funziona il...*

Children 47: *sì, sì, per venti minuti ho fatto lezione io”* (maschio, 14 anni, diabete, Firenze)

Soltanto alcuni bambini e bambine hanno, invece, sostenuto di avere informato in prima battuta i compagni con i quali avevano anche rapporti più stretti di amicizia, per poi estendere l’informazione anche agli altri membri della classe:

“Ricercatrice: *Ma per te com’è stato?*

Children 14: *io l’ho detto. Andando avanti poi col tempo... Ai miei migliori amici l’ho detto subito, poi andando avanti col tempo si dice.*

Ricercatrice: *può capitare. Perché è importante dirlo ai migliori amici?*

Children 14: *perché sono migliori amici. Perché il migliore amico nella difficoltà ti aiuta, nel male ti aiuta. È un po’ come quando ti sposi, nella buona e cattiva sorte, nella salute e nella malattia. Lui ti deve sempre essere amico, sempre stare vicino. Se hai l’asma ti deve aiutare”* (maschio, 10 anni, asma, Alessandria)

Per quanto riguarda, invece, la comunicazione della malattia agli adulti, molti dei bambini e delle bambine intervistati hanno sostenuto che sarebbero stati i genitori a rivolgersi al dirigente scolastico e/o agli insegnanti per condividere tutte le informazioni utili. E’ interessante notare, tuttavia, come alcuni intervistati frequentanti la scuola secondaria di I grado abbiano sostenuto di avere provveduto in prima persona a informare gli insegnanti del loro stato di cronicità, di fatto riconoscendosi anche le competenze relazionali necessarie non soltanto a comunicare al gruppo di pari ma anche al mondo adulto:

“Ovviamente sì, io lo faccio ancora oggi quando c’è una professoressa nuova la prima cosa che le dico è che ho il diabete, tutte queste cose che devono sapere perché è importante” (femmina, 12 anni, diabete, Alessandria)

I bambini e le bambine intervistati hanno fatto per lo più riferimento alle modalità poste in essere per informare della loro condizione di malattia i loro compagni. Nel caso dell’asma, con buona probabilità sfruttando la mancanza di dispositivi difficili da celare, i bambini e le bambine hanno raccontato di avere adottato una strategia comunicativa non rivolta a informare nello stesso momento tutti i compagni e le compagne di classe, ma di avere affrontato l’argomento in più occasioni con piccoli gruppi, anche a partire da esplicite sollecitazioni dei coetanei:

“No, no. L’ho detto un po’ a tutti, ogni tanto a lui, poi a lui, poi dopo un po’ di tempo all’altro, un po’ così quando capita” (maschio, 13 anni, asma, Torino)

Nel caso del diabete, invece, i racconti degli intervistati e delle intervistate sono andati maggiormente nella direzione di informare tutti i compagni di classe a partire soprattutto da una richiesta avanzata dagli insegnanti, probabilmente giustificabile con l'esigenza, già in precedenza sottolineata, di condividere con il gruppo la condizione di salute del compagno al fine di trovare negli studenti e nelle studentesse un sostegno fattivo in caso di crisi di ipo o iperglicemia. Ancora una volta questa posizione degli insegnanti pare essere in linea con la tendenza degli adulti, emersa anche in precedenti esperienze di ricerca (Favretto et al., 2017), a sollecitare i bambini e le bambine, i ragazzi e le ragazze a mostrare apertamente la loro condizione di cronicità:

“Ricercatore: *E l’hai spiegato te a tutti?*

Children 47: *Sì, sì, ma io non è che mi vergogno. Anzi una volta, in seconda media, c’era una... c’era la professoressa di scienze che era talmente interessata che voleva la spiegazione da me e io non è che mi vergogno, anzi.*

Ricercatore: *Ah ti ha fatto spiegare... come funziona il...*

Children 47: *Sì, sì, per venti minuti ho fatto lezione io.*

Ricercatore: *Sei stato in mezzo all’aula a spiegare? E ti è piaciuta come esperienza?*

Children 47: *Sì sì, io non mi vergogno mica”* (maschio, 14 anni, diabete, Firenze)

3.2 Il punto di vista dei genitori

Dai racconti dei genitori è emerso come nella pratica la comunicazione della malattia cronica rappresenti un compito che spetta in primis agli adulti. Soltanto per alcuni intervistati potrebbe coinvolgere anche i loro figli. Nella maggior parte dei casi, infatti, le madri e i padri hanno sostenuto di essersi attivati in prima persona per informare la scuola della condizione di salute dei bambini e delle bambine. In particolare, al di là della trasmissione della documentazione formale predisposta in accordo con il personale sanitario che ha in carico il figlio o la figlia, soprattutto le madri hanno sostenuto che la comunicazione ha avuto come unici destinatari i dirigenti scolastici e/o il corpo docente:

“Alle elementari sì, sono stata io perché lei era piccola... ovviamente ho avuto io un colloquio con gli insegnanti: ho detto che (nome della figlia) è allergica, asmatica e molto spesso ricoverata. Quindi, se dovesse succedere qualcosa, anche se son cose che capitano raramente perché lei è seguita con le medicine... Le medicine la proteggono, non dovrebbe avere sintomi strani a scuola però c’è questa cosa che devono sapere: lei ha con sé l’antistaminico oppure la bottiglietta con lo spruzzo” (madre, asma, di origine migrante, Firenze)

Un altro nutrito gruppo di genitori, di cui la maggior parte madri di origine migrante, ha sostenuto di aver comunicato, in modo diretto, al personale scolastico (dirigenti e/o insegnanti) la patologia, e che quest’ultimo si fosse poi occupato di informare i compagni di classe del figlio o della figlia. In particolare, alcune di queste madri hanno sottolineato come questo ruolo di comunicazione alla classe sia stato assolto dalla scuola in quanto i loro figli erano piccoli, ma che con il passare del tempo, per esempio con l’ingresso alla scuola media, sia diventato compito dei ragazzi e delle ragazze condividere la cronicità con i compagni. Questa posizione pare porre a tema la questione dello stretto legame che intercorre tra il riconoscimento delle competenze e della partecipazione infantile da parte degli adulti, in questo caso dei genitori, e l’età dei bambini e dei ragazzi:

“Diciamo che è stato comunicato però è stato comunicato dalle maestre, poi alle elementari è stato comunicato dalle maestre. Nelle medie è stata F. a comunicare che lei è diabetica. Quindi...” (madre, diabete, di origine migrante, Torino)

Un numero più ridotto di genitori, invece, ha raccontato la comunicazione della malattia cronica alla scuola come un passaggio di status importante che ha visto come protagonisti, da un lato, loro stessi impegnati nel fornire tutte le informazioni necessarie ai dirigenti scolastici e/o al personale scolastico, e dall'altro, i loro figli in virtù del riconoscimento di un livello di competenza adeguato per condividere la loro condizione con i compagni di classe:

Ricercatrice: *è stato comunicato anche ai compagni?*

Padre 10: *Da noi no, però penso che poi F. sì, perché lui poi, ho avuto la polmonite. Lo raccontava lui di sua iniziativa, anche perché in quell'età lì mancano due settimane, poi si preoccupano gli stessi compagni. Ma dove sei stato? Come? Adesso hanno tutti i cellulari, quindi si informano tra di loro, in quel periodo, almeno i nostri non li hanno avuti fino in prima media, non erano in gruppi di chat che c'erano già. E quindi quando non lo vedi non sai cosa succede come adesso e quindi sì, poi la divulgazione è stata tra di loro diciamo, non da adulto”* (padre, asma, Torino)

Anche nel caso dei genitori, il tipo di patologia sembrerebbe avere influenzato le pratiche di comunicazione poste in essere a livello scolastico. Nel caso del diabete, infatti, padri e madri, indipendentemente dal contesto territoriale e dal possesso o meno di un'origine migrante, hanno sostenuto che la comunicazione scolastica sia stata caratterizzata, al di là della consegna dei moduli di attestazione dell'affezione di una malattia cronica, da un incontro formale di uno o di entrambi i genitori con la dirigenza scolastica, cui sono seguite azioni di diffusione dell'informazione a livello istituzionale rivolte in primis al corpo docente e molto spesso più in generale a tutti coloro, adulti e bambini, che avessero occasione di entrare in contatto con il figlio o la figlia:

“Beh, allora, la situazione ideale sarebbe dirlo direttamente agli insegnanti. Questo però è se tutto fosse facile, ovvio che poi gli insegnanti devono rispondere al preside, che deve rispondere al circolo, cioè c'è tutta una serie di... Quindi, anche in questo caso, è corretto, secondo me, seguire una certa trafila, ma corretto perché se no non ne veniamo più fuori [...] Anche perché se io seguo quella burocrazia, avverto il preside che fa, che avverte i professori, che organizza l'incontro fra professori e pediatra, che spiega cosa bisogna fare, a quel punto si ha anche la relativa certezza che tutti sono stati informati e abbiano un certo, una certa conoscenza del problema” (padre, diabete, di origine migrante, Torino)

Diversamente dai dati presentati nel secondo capitolo relativi alla parte quantitativa della ricerca, che attestano difficoltà di comunicazione tra insegnanti e genitori, l'analisi del materiale qualitativo sembra mostrare come la presenza di una patologia cronica, soprattutto se complessa nella gestione come il diabete, delinea un gioco relazionale tra le parti orientato alla comunicazione sollecita e attiva. In aggiunta, per quanto riguarda molti dei genitori i cui figli erano affetti da asma, le modalità di comunicazione della malattia nel contesto scolastico paiono avere seguito tutt'altro orientamento. Al di là delle pratiche burocratiche, che rappresentano di fatto un passaggio obbligato a cui difficilmente ci si può sottrarre, questi genitori paiono non avere ritenuto importante parlare direttamente né con il dirigente scolastico, né con gli insegnanti. A differenza del diabete, infatti, che necessita di una gestione quotidiana anche nelle ore scolastiche, con buona probabilità i bambini e le bambine affetti

da asma non hanno bisogno di ricorrere a farmaci e anche la probabilità di crisi respiratorie è molto inferiore rispetto a quella dei loro coetanei diabetici di incorrere in situazioni di emergenza. Ne consegue, dunque, un giudizio di inutilità riferito alla comunicazione non formale della patologia:

“Madre 41: e la dottoressa mi ha rilasciato poi proprio una certificazione da consegnare alla scuola dove si dichiarava appunto che la bambina era soggetta a questa cosa. E poi basta, quindi io ho consegnato questa cosa della scuola, per cui mi sono un po’, cioè ci siamo tutti un po’ tranquillizzati, insomma.

Ricercatrice: è qualcosa che va comunicato anche ai compagni? A Suo avviso.

Madre 41: Ma non necessariamente, cioè, almeno nel caso di (nome della figlia) che non è così grave. No” (madre, asma, Alessandria)

3.3 Il punto di vista degli insegnanti e degli operatori sanitari

Gli insegnanti che hanno preso parte ai *focus group* hanno spesso posto l’attenzione, da una parte, sull’importanza che rivestono i genitori nella comunicazione della malattia cronica al personale scolastico, e, dall’altra, sul loro ruolo diretto nell’informare i compagni di classe del bambino o della bambina malato cronico. In tutti i contesti territoriali indagati, infatti, e indipendentemente dal grado scolastico preso in considerazione, gli insegnanti hanno sostenuto che la comunicazione da parte delle famiglie sarebbe fondamentale per permettere agli insegnanti di gestire al meglio le eventuali situazioni di crisi che si dovessero presentare in orario scolastico. Altrettanto importante, però, sarebbe il lavoro del personale docente nel mettere a parte il gruppo classe della situazione di cronicità vissuta dal compagno o dalla compagna.

In particolare, alcuni insegnanti hanno sottolineato come la comunicazione alla classe dovrebbe essere pensata sia con uno sguardo all’obiettivo, sia in modo differenziato a seconda dell’età dei bambini e delle bambine. Per quanto riguarda il primo punto, ciò che viene messo in evidenza è il fatto che la condivisione della condizione di malattia cronica del compagno o della compagna dovrebbe essere finalizzata a favorire all’interno del gruppo classe la costruzione di un clima di maggiore partecipazione, condivisione e inclusione:

“Sì a me è successo in un momento in cui l’alunna non c’era di dire ragazzi, senza andare troppo nello specifico, però sapete, anche perché ormai lo sapevano, che dobbiamo fare, perché poi ormai lo sapevano, sapete che lei deve gestire questa cosa, siate anche, come dire, partecipate con lei, fatele capire che ci siete, che potete dare una mano, insomma ho cercato di sensibilizzarli, però, è chiaro che in un primo momento forse è più facile farlo senza l’alunno per non metterlo in difficoltà” (Focus group insegnanti scuola secondaria, Alessandria)

Vale la pena sottolineare il fatto che, al di là della volontà dell’insegnante di rendere partecipe la classe della particolare condizione che riguarda la loro compagna, di fatto la scelta è stata presa senza alcun tipo di condivisione e di negoziazione con l’interessata che in tal modo è stata esautorata dalla possibilità di esprimere la propria voce e il proprio punto di vista.

In altri casi, gli insegnanti sottolineano l’importanza di gestire la comunicazione al gruppo classe adottando strategie differenziate per contenuti e modalità di presentazione a seconda dell’età degli allievi:

“Allora, per esperienza, da quello che mi hanno detto le colleghe, io in classe non ho mai avuto un bambino diabetico [...] L’unica cosa che, allora le colleghe hanno comunicato ai compagni che c’era questo bimbo che ha questo piccolo aggeggio sulla schiena che non doveva essere toccato, perché era molto importante per lui, so che ne ha parlato la collega, anche, che è molto importante per lui e bisogna sempre controllare che questa macchinetta sia bene attaccata, fosse bene attaccata alla schiena, e tutto il resto. I bambini mi hanno detto ti devo dire, che non l’hanno mai, anche se questo bambino si piegava e questa maglietta saliva, non l’hanno mai toccato. Però sono bambini piccini. L’altro invece, per l’altro che è in una quarta, le colleghe so che hanno spiegato che c’è questa difficoltà del bimbo di riuscire a gestire gli zuccheri, insomma hanno fatto un discorso forse più scientifico, e hanno detto che ci sono questi sbalzi, per cui lui deve andare a controllare per somministrare, eccetera, se non ho capito male, addirittura i compagni sanno, nel caso la maestra si trova fuori di classe, eccetera, andare a prendere la caramellina dentro, il succo di frutta, eccetera, questo mi è stato detto. Però personalmente non ne ho” (insegnante scuola primaria, Alessandria)

Gli insegnanti e le insegnanti che hanno partecipato ai *focus group* e i dirigenti scolastici intervistati hanno fatto riferimento a due differenti modalità di comunicazione della malattia da parte delle famiglie: quella adottata più spesso dai genitori nei confronti della scuola e quella dei bambini e delle bambine rivolta ai loro pari.

Nel caso dei genitori, secondo gli insegnanti la comunicazione prevede, nella maggior parte dei casi, il contatto diretto con la dirigenza scolastica, che poi si fa carico di condividere l’informazione con il corpo docente e non docente:

“Quindi secondo me è una cosa che parte... io genitore dalla presidenza, avere un colloquio col dirigente, la dirigente, dopodiché la dirigente, il dirigente [...] a cascata far partire questa cosa, si fa il corso di formazione dove partecipa il consiglio di classe del ragazzino, magari quindici giorni dopo che è entrato a scuola e si fa partecipare pure il personale che sta al piano di quella scuola perché, ripeto, può succedere che sta in classe, ma può succedere che sta nei corridoi, casca per terra, se un bidello, una bidella non sanno dice io che ne so che, e quindi...” (insegnante scuola secondaria, Torino)

Nel caso, invece, dei bambini e delle bambine, secondo alcuni insegnanti alessandrini la comunicazione ai pari si sostanzierebbe nell’informare i compagni più popolari all’interno del gruppo classe affinché proprio loro siano portatori del messaggio e lo condividano con gli altri, facendo sì che questo venga più facilmente accettato e contribuisca al processo di normalizzazione della condizione di cronicità del compagno o della compagna all’interno dell’aula:

“Per quello che riguarda invece il mettere a conoscenza i vari aspetti della patologia alla classe, e quindi per sensibilizzarli e per essere meno giudicanti, soprattutto nel momento in cui la socializzazione tra pari mette in primo rilievo il considerare l’amico o il compagno in un certo modo. Potrebbe essere questo, coinvolgere, far capire qualcuno della classe che è particolarmente sensibile, che è accettato dall’intera classe, essere poi loro vettori tra i compagni. Perché il far cadere cose dall’alto dagli adulti, non sempre viene accettato, anzi, dalle ultime ricerche che ho appreso risulta fisiologico che il cervello degli adolescenti, dai 12 anni, 13 anni, è impostato in modo tale per cui le voci degli adulti del nucleo familiare o di altri vicini non viene più riconosciuto” (insegnante, scuola secondaria, Alessandria)

Il personale sanitario, sollecitato su questo aspetto, ha invece mostrato, indipendentemente dalla patologia e dal territorio preso in considerazione, di non avere una idea chiara delle modalità utilizzate dai genitori e dai bambini per condividere la condizione di cronicità all'interno dell'ambito scolastico, al di là della formale comunicazione che si sostanzia nella consegna alla segreteria dell'istituto dei moduli e dei certificati che gli stessi medici sono tenuti a rilasciare al momento della diagnosi e periodicamente all'inizio di ogni anno scolastico:

“Medico 12: Non so, io ho avuto delle scuole, non so se le avete avute anche voi, che mi hanno mandato poi dei moduli da compilare nei quali io segnavo la patologia, e tendenzialmente la posologia e segnalavo la necessità di tenere lo spray a scuola, che poi credo la inviassero in segreteria, o che, però normalmente noi inviamo la relazione al medico di base, poi i genitori si rapportano con la scuola [...]

Medico 9: Sapere di avere uno studente asmatico, che può avere una difficoltà respiratoria improvvisa. Secondo me varrebbe la pena per un'insegnante saperlo.

Medico 10: Sì, però in genere non è un obbligo.

Medico 9: Però non è obbligatorio, assolutamente [...]

Medico 10: prepariamo un certificato dove si, diciamo attesta il tipo di patologia, che tipo di allergie ha, se ha delle allergie e quali terapie deve fare al bisogno” (medici, pneumologia, Torino)

4. Conclusioni

L'analisi del materiale raccolto nel corso della ricerca qualitativa ha permesso di mettere in evidenza alcune questioni importanti per quanto attiene alla comunicazione della malattia cronica in ambito scolastico che, come avremo modo di vedere meglio nel successivo capitolo, sono strettamente connesse con le pratiche di gestione della cronicità in questo stesso contesto.

Un primo elemento è la scarsa rilevanza dell'origine migrante nell'influenzare la composizione delle scelte e la messa in atto delle pratiche comunicative. L'analisi del materiale raccolto, non ha infatti restituito un quadro differenziato rispetto alla comunicazione della cronicità in ambito scolastico tra coloro che hanno origine migrante e coloro che sono nati in Italia da genitori entrambi italiani. Sia al livello del dover fare sia del fare emerge, invece, dalle differenti voci dei minori e degli adulti, come le dimensioni che più di tutte sembrano guidare le decisioni e le pratiche siano l'età e il tipo di patologia.

Rispetto all'età, sarebbero soprattutto i genitori e gli insegnanti a mostrare una tendenza a riconoscere ai minori, nel passaggio dalla scuola primaria alla secondaria competenze, soprattutto di carattere relazionale, utili per decidere e comunicare la propria condizione di malattia in primis ai loro compagni di classe e in seconda battuta agli insegnanti. Dal punto di vista dei genitori, spetterebbe ai bambini, indipendentemente dalla loro età, il compito di decidere se e a chi, tra i loro pari, comunicare la malattia, riconoscendo dunque loro un bagaglio di competenze riguardanti gli equilibri relazionali interni alla loro classe. Tuttavia, questo riconoscimento delle competenze si attesta soprattutto al livello del dover fare, mentre a livello delle pratiche concrete di comunicazione, gli stessi genitori ritengono che l'età costituirebbe una dimensione rilevante. Gli insegnanti sottolineano, invece, come vi sia una differenziazione nelle pratiche comunicative a seconda dell'età, sostenendo che nelle scuole primarie, proprio in virtù della più giovane età dei loro alunni, spetterebbe a loro il compito di condividere con il gruppo classe la condizione di cronicità di uno degli allievi o delle allieve, mentre nella scuola secondaria il compito degli insegnanti sarebbe più orientato a incoraggiare gli

studenti e le studentesse affetti da una patologia cronica a condividere la loro condizione con i compagni e le compagne.

Dal canto loro, i bambini e le bambine, i ragazzi e le ragazze intervistati, ben consapevoli dell'importanza di informare gli insegnanti e i compagni della condizione di cronicità, hanno sostenuto di essere stati loro a gestire la comunicazione rivolta ai loro pari, indipendentemente dalla loro età, mentre soltanto alcuni dei ragazzi e le ragazze della scuola secondaria di I grado hanno dichiarato di essersi occupati direttamente anche della comunicazione rivolta al corpo docente.

L'altra dimensione che pare influenzare le decisioni e le pratiche di comunicazione della cronicità in ambito scolastico è la patologia. Sia nel caso dei minori, sia nel caso dei genitori la posizione espressa rispetto all'importanza del mettere a parte il personale scolastico (insegnanti e personale ATA) e i membri della classe della malattia cronica e delle sue possibili manifestazioni nella quotidianità scolastica sarebbero differenziate a seconda che si tratti di diabete o di asma. Nel primo caso, infatti, soprattutto in considerazione della più complicata gestione della patologia e dell'utilizzo di ausili non occultabili, bambini e genitori sono maggiormente propensi a riconoscere la centralità della comunicazione che non deve soltanto essere diretta agli adulti, ma anche ai compagni e alle compagne di classe, ritenuti anch'essi in grado di essere di supporto sia materiale sia emotivo nella gestione quotidiana del diabete. Nel caso dell'asma, invece, molto più spesso i bambini e i ragazzi e i loro genitori hanno sostenuto che non sarebbe così importante comunicare la malattia, proprio in relazione alla sua più facile gestione che, in alcuni casi, non prevede neppure l'utilizzo di farmaci a scuola. Tuttavia, i minori hanno sostenuto che la comunicazione dovrebbe comunque essere con maggiore probabilità indirizzata in prima battuta a quei compagni e compagne con i quali si ha un legame di amicizia, e soltanto in un secondo tempo estesa all'intero gruppo classe.

Un ultimo elemento rilevante riguarda la scarsa conoscenza che il personale sanitario coinvolto nella ricerca ha mostrato di possedere rispetto alle questioni che attengono le pratiche di comunicazione della patologia cronica in ambito scolastico. Mentre a livello del dover fare gli intervistati e i partecipanti ai *focus group* hanno sostenuto l'importanza della comunicazione e il ruolo che i genitori dovrebbero ricoprire in questa fase fondamentale per la gestione quotidiana della malattia, a livello del fare, cioè di come concretamente vengano poste in essere le pratiche comunicative, essi dichiarano apertamente di non essere a conoscenza di come queste si realizzino e chi si occupi di comunicare ai differenti membri della comunità scolastica. Questo aspetto mette chiaramente a tema la questione della partecipazione dei medici ospedalieri, che sono coloro che hanno concretamente in carico il minore affetto da cronicità, alla gestione della malattia all'interno delle mura scolastiche e dell'integrazione tra sistema sanitario e sistema scolastico, oggetto del prossimo capitolo.

Riferimenti bibliografici

Cardano, M. (2011). *La ricerca qualitativa*. Il mulino.

Favretto, A.R., Fucci, S., & Zaltron, F. (2017). *Con gli occhi dei bambini. Come l'infanzia affronta la malattia*. Il Mulino.

8. *Le pratiche di gestione dell'asma e del diabete nella quotidianità scolastica*

Anna Rosa Favretto, Stefania Fucci e Francesca Zaltron

1. Vivere la quotidianità scolastica con l'asma o il diabete: il punto di vista di bambini e genitori

1.1 Il riconoscimento delle competenze: i differenti punti di vista a confronto

La letteratura scientifica che si è occupata di esplorare il tema delle competenze infantili nella gestione delle malattie croniche (Favretto et al., 2017) ha posto in evidenza come i bambini siano in grado di intrecciare tra loro competenze biomediche, cognitive e relazionali per comprendere e far fronte alle complesse situazioni che la gestione di una malattia cronica presenta loro. L'acquisizione di queste competenze, in particolare quelle di tipo biomedico necessarie al riconoscimento dei sintomi e all'applicazione dei protocolli terapeutici, è fortemente incentivata dal personale sanitario ospedaliero che ha in cura questi bambini fin dal momento dell'esordio e del successivo percorso di diagnosi della malattia. Acquisizioni e apprendimenti che riguardano anche i genitori, sollecitati dal personale sanitario a incentivare progressivamente l'acquisizione di autonomia dei bambini, anche in tenera età, nella gestione quotidiana della propria patologia.

In ambito scolastico, l'utilizzo di queste competenze da parte dei bambini e il loro riconoscimento da parte degli adulti diviene più complesso per la presenza di due specifici fattori: la natura del contesto scolastico che, diversamente da quello familiare, "obbliga" i soggetti malati a un'esposizione del proprio corpo e alla conseguente gestione pubblica della malattia, e la differente natura della responsabilità adulta degli insegnanti nei confronti di un bambino, rispetto a quella dei genitori verso il proprio figlio o la propria figlia.

1.2 Il punto di vista dei bambini e delle bambine: il caso dell'asma

Dalle testimonianze di bambini e bambine, ragazzi e ragazze e dei loro genitori, la gestione dell'asma a scuola non ha mai previsto situazioni di eccezionale gravità. Ciò significa che l'insieme di competenze necessarie per far fronte all'asma riguardano prevalentemente il riconoscimento dei sintomi, la rimodulazione delle attività in relazione ai sintomi e la somministrazione del Ventolin, o di un farmaco equivalente, in caso di necessità.

Il riconoscimento dei sintomi è un processo complesso che mette in moto una pluralità di competenze non solo di tipo biomedico, ma anche relazionali, in quanto il sintomo compare in un ambiente ricco di interazioni quale quello della scuola, e cognitive riferite alla consapevolezza dei mutamenti del proprio corpo generati dall'insorgenza dei sintomi. I bambini e le bambine, i ragazzi e le ragazze

intervistati raccontano quanto siano in grado di riconoscere e interpretare i segnali del proprio corpo nel momento in cui si manifesta una difficoltà respiratoria, da loro definita come “mancanza di respiro”, “mancanza di aria”, “fatica a respirare”, “sento di dovermi fermare”. In modo analogo, manifestano compiute competenze biomediche nell’applicazione della terapia che, nel caso dei più giovani di età, avviene attraverso l’utilizzo di un distanziatore che separa il farmaco dal boccaglio da inserire in bocca, pratica che per i più grandi non è più necessaria. Il processo di riconoscimento dei sintomi muta in relazione all’incremento di esperienza che bambini e bambine maturano a partire dal momento in cui è avvenuto l’esordio dell’asma. L’incremento dell’esperienza soggettiva della malattia permette ai bambini un governo dei sintomi che non necessariamente deve essere tenuto sotto controllo attraverso l’utilizzo dei farmaci, come si evince da questa testimonianza:

"Children 40: *No, cioè prima sì, in questi giorni no, non me lo sto portando più (il Ventolin), però quando mi capita so che me neanche se.. me ne sto fermo, e respiro anche se mi manca un po' di respiro e respiro piano piano, mi passa. E quindi mi devo riposare anche un po'.*

Ricercatrice: *Ah te lo puoi controllare da solo senza bisogno,*

Children 40: *Sì.*

Ricercatrice: *Ah ok. Ma questo l'hai scoperto da solo che funziona così, o te l'ha detto qualcuno?*

Children 40: *No, cioè, è successo, due venerdì fa, mentre stavo facendo palestra, che mi è venuta (la mancanza di fiato), cioè la prof ci aveva detto di correre per 5 minuti, Mi ha detto la prof, devi stare calmo e respirare piano piano. Boh, e lì ho scoperto anche che posso fare la cosa anche con l'asma" (maschio, 12 anni, asma, Alessandria)*

Un dato interessante in questa narrazione, rilevato in molte altre testimonianze, è l’importanza delle competenze relazionali che concorrono a strutturare pratiche e significati dell’esperienza soggettiva dell’asma e dei modi in cui prende forma l’identità di individuo malato in ambito scolastico. E’ possibile individuare due situazioni prevalenti in cui queste competenze relazionali prendono forma. Una prima situazione è costituita da interazioni tra insegnanti e bambini improntate alla negoziazione sulle pratiche da istituire per governare i sintomi e per l’eventuale utilizzo della terapia farmacologica. Queste forme negoziali mettono in scena le competenze dei bambini nel riconoscimento dei propri limiti e nella capacità di farsi aiutare dagli adulti, oppure sono gli insegnanti che, riconoscendo bambini e ragazzi come soggetti parzialmente autonomi e competenti nella cura di sé, attuano processi decisionali concordati al fine di individuare quale sia la strategia migliore per gestire la crisi respiratoria.

La seconda situazione rilevata è quella in cui le competenze relazionali riguardano le interazioni con i pari. In questa situazione, le interazioni con i compagni prendono la forma di relazioni di condivisione e aiuto che, in alcuni casi, contemplano l’intera classe, ma più frequentemente riguardano solo quei compagni che sono considerati più “amici” rispetto agli altri:

"Ricercatrice: *Ma questa cosa di non dirlo agli altri (i compagni di classe) è stata una tua decisione, una tua scelta?*

Children 36: *Sì.*

Ricercatrice: *Come hai scelto di non dirlo agli altri? Avrai avuto delle buone ragioni, penso.*

Children 36: *Perché ho dei compagni che so che prendono in giro. Che sono testardi e dicono tutto alle altre persone. Solo i miei migliori amici, lo sapevano, proprio quelli che so che non dicono niente a nessuno.*

Ricercatrice: *Questi tuoi migliori amici sono anche compagni di classe.*

Children 36: *Sì.*

Ricercatrice: Sì. Ti sono stati di aiuto qualche volta questi tuoi compagni? Ti viene in mente un esempio in cui hai pensato, meno male che ci sono loro?

Children 36: Che quando non c'è la maestra, andavo con il mio migliore amico e mi accompagnava in bagno quando lo facevo" (maschio, 10 anni, asma, Torino)

Le competenze relazionali ora illustrate, che prendono la forma di strategie negoziali con gli insegnanti o di richieste di aiuto nei confronti dei compagni/amici, sembrano confermare quanto rilevato anche nella parte quantitativa della ricerca. I dati provenienti dai questionari somministrati ai bambini e alle bambine e ai ragazzi e alle ragazze dei medesimi tre territori presi in considerazione mettono in evidenza come insegnanti e compagni/amici, dopo la propria famiglia, siano tra i soggetti più importanti a cui rivolgersi per chiedere aiuto o collaborazione nell'affrontare i problemi.

Come vedremo anche per il diabete e come rilevato nella letteratura che si è occupata della gestione delle malattie croniche a scuola (si veda tra gli altri Williams, 2000), il riconoscimento delle competenze da parte degli adulti e dei compagni è strettamente collegato al modo in cui viene gestita o co-gestita con il bambino/la bambina o il ragazzo/la ragazza la sua condizione di soggetto malato.

1.3 Il punto di vista dei genitori: il caso dell'asma

Il punto di vista di madri e padri ripropone in grande parte quanto già espresso dai bambini. I genitori, che fin dall'esordio apprendono insieme ai loro figli la gestione della malattia grazie all'accompagnamento da parte del personale sanitario ospedaliero, sperimentano nel corso della quotidianità in che modo i bambini e le bambine apprendano e affinino le differenti competenze utili a gestire sintomi e terapie. Un apprendimento che fin da subito i medici orientano verso la promozione di una progressiva autonomia nel governo della propria patologia. Questo incentivo all'autonomia può incontrare i primi ostacoli proprio nell'inserimento a scuola e nel corso della vita scolastica. Dall'analisi delle interviste abbiamo rilevato l'intersecarsi di fattori di ordine culturale (rappresentazioni riferite alle competenze infantili e all'autonomia infantile), fattori di ordine normativo e organizzativo (normative che permettono agli insegnanti la sola somministrazione dei farmaci salvavita e le procedure che i genitori devono attivare per far riconoscere la condizione di malato cronico del proprio figlio), fattori culturali specifici di tipo biomedico (scarsa o mancata competenza da parte degli insegnanti nelle procedure tecniche per il corretto uso del distanziatore o per la corretta somministrazione del Ventolin nella gestione delle crisi respiratorie in ambito scolastico) sui quali si struttura il processo di distribuzione dei compiti tra famiglie e scuola.

Questo processo di distribuzione dei compiti, in relazione ai fattori poc'anzi menzionati, assume articolazioni e forme di collaborazione e di disponibilità differenti. Nella maggior parte dei casi abbiamo rilevato la reciproca disponibilità tra genitori e insegnanti che, nel caso dei genitori, implica la disponibilità a essere presenti e reperibili in caso di necessità e di urgenza e, nel caso degli insegnanti, a farsi carico degli aspetti relazionali e biomedici connessi alla gestione dell'asma. Dalle testimonianze dei genitori emerge come questa disponibilità reciproca sia facilitata nel momento in cui gli insegnanti riconoscono o sono disposti a riconoscere le competenze dei bambini in merito all'individuazione dei sintomi e alla gestione delle situazioni meno problematiche della propria condizione di asmatico.

In alcuni casi, minoritari rispetto all'insieme delle testimonianze raccolte, i genitori hanno posto in evidenza difficoltà nella reciproca disponibilità alla divisione dei compiti, il cui tratto caratterizzante

è costituito proprio dal mancato riconoscimento da parte degli insegnanti delle competenze dei bambini nella gestione della propria condizione di malato, o dalla difficoltà a concedere loro fiducia:

“E’ successo solo quell’episodio l’anno scorso, con il prof di matematica che pensava che mio figlio fosse bugiardo, facesse la tosse finta perché doveva disturbare la lezione, tra virgolette, allora io gli ho mandato una bella mail con il certificato medico fatto dalla dottoressa dell’ospedale, mi fa, ma noi il certificato medico ce l’avevamo, e gli ho detto, allora se ce l’avevi, perché stai dicendo che mio figlio ti fa la tosse?” (madre, asma, Alessandria)

Le variabili che sembrano incidere maggiormente sul modo in cui si articola questo rapporto di reciproca collaborazione nella divisione dei compiti tra insegnanti e genitori sono costituite dall’età e dall’ordine scolastico. Per quanto riguarda la prima, le testimonianze dei genitori mettono in evidenza come gli insegnanti siano più propensi a riconoscere competenze soprattutto di ordine biomedico più si cresce con l’età. Un modello di riconoscimento delle competenze e dell’autonomia che si fonda sulla pervasività del “paradigma dello sviluppo” di origine piagetiana che contribuisce alla costruzione di una rappresentazione dello sviluppo dei bambini incrementale e orientato al futuro. L’importanza della variabile età si stempera in relazione all’ordine scolastico. Nella scuola primaria, il minor numero di insegnanti che compongono il team scolastico di ciascuna classe permette di intessere sia con i genitori che con gli alunni relazioni più prossime grazie alle quali maturare e modificare nel tempo la rappresentazione e il riconoscimento delle competenze dei bambini nella cura di sé.

1.4 Il punto di vista dei bambini e delle bambine: il caso del diabete

Il caso del diabete presenta una maggiore complessità di gestione a scuola non solo perché ha un andamento inevitabilmente più routinario dell’asma (le oscillazioni glicemiche sono quotidiane e avvengono più volte al giorno), ma anche perché è più difficile rendere meno visibile il controllo dei sintomi e la somministrazione della terapia (i dispositivi medici che misurano la glicemia sono collegati a dei sensori che suonano; oppure la misurazione avviene attraverso il pungidito; o, ancora, la somministrazione dell’insulina avviene attraverso un microinfusore che è collegato attraverso una cannula al gluteo o al ventre del bambino, oppure si somministra attraverso un’iniezione sul ventre, sulle cosce o sulle braccia). Tutto ciò comporta un’esposizione pubblica del corpo dei bambini (Favretto et al., 2017), soggetta a controllo e a “sguardi” sia da parte degli insegnanti che dei propri compagni (Williams, 2000). Inoltre, le crisi glicemiche possono essere frequenti e la loro gestione implica la padronanza di un insieme di competenze biomediche e di carattere cognitivo, emotivo e relazionale che riguardano tanto i bambini, quanto gli adulti.

In relazione a questo quadro complesso, l’analisi delle interviste dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze può essere sintetizzata in due distinti scenari: il primo, costituito da situazioni in cui i bambini si riconoscono, e vedono riconosciute, le proprie competenze da parte degli insegnanti e dei compagni; il secondo, rappresentato da situazioni in cui, sebbene i minori sentano di possedere competenze per gestire la propria condizione di diabetico, esse non sono ampiamente riconosciute dagli insegnanti e la stessa condizione di soggetto diabetico può generare situazioni di stigmatizzazione o di esclusione.

Per quanto riguarda il primo scenario, i bambini e ragazzi di entrambi gli ordini di scuola affermano di aver imparato a riconoscere i sintomi dell'ipo o iperglicemia e a somministrare l'insulina fin dall'esordio del diabete, che avviene nella quasi totalità dei casi attraverso un ricovero d'urgenza in ospedale. La letteratura sul tema ha evidenziato come il processo di diagnosi nel corso del ricovero ospedaliero costituisca per bambini e genitori il momento fondamentale non solo di conoscenza e di apprendimento della gestione della malattia, ma anche di elaborazione del cambiamento biografico impresso dalla malattia sul singolo bambino e sull'intero nucleo familiare (si veda ad esempio, Clark, 2003; Favretto et al., 2017). Come rilevato nel caso dell'asma, anche nel caso del diabete tutti i minori da noi intervistati mostrano, oltre alle competenze biomediche, anche competenze emotive e relazionali che li rendono capaci in ambito scolastico di concordare con insegnanti e compagni spazi, tempistiche, strategie utili alla gestione degli sbalzi glicemici e alla somministrazione dell'insulina prima dei pasti.

“Quando è alta chiedo all’insegnante di uscire così posso fare una o due volte le scale così si abbassa; lei lo sa e mi fa uscire” (femmina, 13 anni, diabete, di origine migrante, Alessandria)

Queste negoziazioni coinvolgono in modo variabile i differenti attori direttamente presenti sulla scena della cura a scuola, o che monitorano a distanza queste scene, come nel caso dei genitori attraverso l'ausilio dei cellulari che permettono la comunicazione tra bambino/bambina, insegnante e famiglia. In particolare, l'analisi dei dati ha messo in evidenza differenti situazioni. La più diffusa riguarda il riconoscimento da parte degli insegnanti delle competenze dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze, in particolare di quelle biomediche. Tale riconoscimento permette loro una gestione autonoma dei sintomi e della somministrazione delle terapie, sebbene sempre sotto il controllo adulto:

“Ricercatrice: e a scuola come fai?”

Children 12: *lo faccio da sola anche perché gli insegnanti non possono farlo, ma non solo per quello a volte non se la sentono, hanno paura di sbagliare; però stanno lì”* (femmina, 12 anni, diabete, di origine migrante, Alessandria)

In altri casi, a queste scene della cura partecipano a distanza i genitori. Ciò avviene in particolar modo in quelle occasioni in cui l'esordio della patologia è avvenuto da poco tempo e i bambini non sono ancora sufficientemente capaci di riconoscere i sintomi o di gestire la terapia, oppure quando gli insegnanti mostrano incertezza sul modo più adeguato di comportarsi e, pur riconoscendo i bambini come sufficientemente competenti, necessitano della conferma da parte dei genitori.

Infine, gli ultimi attori direttamente presenti in questa scena della cura sono i compagni. Come descritto nel capitolo precedente, la comunicazione della propria condizione di malato cronico è soggetta a scelte rispetto a chi e che cosa comunicare, soprattutto nei confronti dei propri compagni di classe o di scuola. Quando la comunicazione coinvolge quei compagni che i bambini e i ragazzi diabetici sentono come più vicini, la partecipazione di questi altri giovani attori alla scena della cura può assumere essenzialmente tre funzioni: stemperare la centralità della condizione di diabetico; favorire la condivisione o l'aiuto nella gestione della terapia o nel riconoscimento dei sintomi; promuovere forme di intermediazione tra il compagno malato e gli insegnanti, così come si evince dalla questa testimonianza:

“Ad esempio, io ho l’esigenza di andare in bagno quando bevo, e quando chiedo alla prof. e mi dice di no gli altri dicono “eh, ma lei ha l’esigenza, lei ha il foglio deve andare”, anche se io ho la voce per parlare e loro parlano al posto mio” (femmina, 13 anni, diabete, di origine migrante, Alessandria)

Il secondo scenario che l’analisi delle interviste ha permesso di evidenziare riguarda quelle situazioni in cui bambini e ragazzi, pur essendo consapevoli delle competenze biomediche, cognitive e relazionali maturate per far fronte alla gestione della malattia, sono considerati dagli insegnanti più come corpi sofferenti, che come soggetti competenti:

“Alle elementari avevo... dalla terza elementare avevo un’insegnante che si chiamava Luisa che per qualunque cosa, tipo alzavo la mano perché avevo la glicemia alta o bassa, cioè di solito perché ce l’avevo più bassa, oppure perché suonava il sensore per dire “attenzione hai la glicemia alta”, “attenzione hai la glicemia bassa”, lei continuava a dirmi “prendi lo zucchero, bevi, bevi!”. Sì, l’ha fatto per non so quanto tempo fino a quando i miei genitori le hanno scritto: “Non è necessario che Davide beva acqua anche se non ha voglia”. Cioè se ho la glicemia alta ma non ho voglia di bere, non bevo” (maschio, 12 anni, diabete, Torino)

In altre situazioni, gli intervistati hanno affermato che talvolta gli insegnanti si dimenticano della loro condizione di diabetico o fraintendono le loro richieste, attribuendo a esse finalità strategiche al fine di sottrarsi ai compiti scolastici o al tempo della didattica:

“Anche ultimamente dovevo fare la correzione, perché ero in un’altra classe perché mancava la prof di francese, quindi noi di francese andavamo in un’altra classe, mentre quelli di spagnolo nell’altra. E avevo lasciato il borsellino con le medicine e... L’avevo dimenticato, avevo solo i libri perché di solito... E non mi mandava questa prof di supplenza, diceva che io dicevo bugie queste cose qui. Pure i miei amici dicevano che dicevo la verità, che dovevo fare la correzione, queste cose, e poi non mi ha mandato” (maschio, 12 anni, diabete, Firenze)

Quest’ultima testimonianza riguarda un tema importante, che affronteremo a breve, che riguarda il modo in cui è organizzata a livello scolastico la formazione degli insegnanti per la gestione delle malattie croniche a scuola, i soggetti chiamati, o che si prestano, a tale formazione e il modo in cui si diffonde, o si può diffondere, tra il corpo docente la conoscenza di specifiche condizioni patologiche degli alunni e delle competenze per farvi fronte.

Infine, parte di questo secondo scenario sono le forme di stigmatizzazione o di esclusione cui bambini e bambine hanno raccontato di essere stati oggetto proprio in relazione alla loro condizione di diabetici. Si tratta di una situazione percepita con una discreta frequenza, in quanto riguarda più di un terzo dei nostri intervistati e di cui hanno fatto esperienza sia i bambini e le bambine delle scuole primarie, sia i ragazzi e le ragazze della scuola secondaria di primo grado, italiani e di origine migrante.

Le forme di stigmatizzazione rilevate sono messe in atto da compagni della classe o da alunni della scuola, che gli intervistati considerano appunto compagni e non amici. Questa distinzione circa la prossimità emotiva dei pari è forse una delle ragioni per cui gli intervistati si sono dichiarati sempre molto attenti rispetto ai soggetti destinatari della notizia della propria condizione di diabetico. In alcune occasioni, che sono anche le meno diffuse, le modalità di stigmatizzazione riguardano il diabete come condizione identitaria che segna una differenza rispetto agli altri. In questa situazione, la presa in giro, la derisione è proprio orientata a segnare un confine che distingue il gruppo da un individuo considerato “diverso”:

“Ti prendono in giro perché hai il diabete, perché sei diverso” (maschio, 12 anni, diabete, Torino)

“A volte io passo nel corridoio, magari quando vado a farmi l’insulina e ci sono delle persone che si mettono a ridere e io non capisco che cosa ci sia da ridere” (femmina, 9 anni, diabete, Torino)

In altre occasioni, le modalità di stigmatizzazione riguardano la percezione del fatto che il compagno malato sia soggetto a un trattamento preferenziale da parte dell’insegnante proprio in virtù della sua malattia. Ne è un esempio l’utilizzo del cellulare, proibito in classe, che è invece permesso agli alunni diabetici in quanto si tratta del dispositivo attraverso il quale viene comunicato ai genitori l’andamento glicemico nel corso della giornata scolastica e che rappresenta quell’ausilio di comunicazione importante tra insegnanti e genitori nella gestione degli andamenti glicemici.

L’insieme di queste esperienze mette in luce come la gestione della malattia sia un percorso complesso in cui le competenze biomediche, sebbene fondamentali e necessarie per gestire i sintomi o le terapie, devono necessariamente accompagnarsi a competenze psicologiche, emotive, relazionali attraverso le quali i bambini non solo governano il proprio corpo, ma apprendono a governare e a dare significato al proprio percorso biografico. Competenze che, come abbiamo rilevato, i bambini sentono di possedere, pur riconoscendone i limiti al punto da saper chiedere aiuto agli adulti o ai propri pari, ma che non sono sempre riconosciute dagli adulti.

1.5 Il punto di vista dei genitori: il caso del diabete

L’analisi delle interviste rivolte ai genitori ripropone scenari simili a quelli già osservati con i loro figli. Osserviamo, anche in questo caso, due scenari prevalenti che influenzano in modo differente non solo sulla vita dei figli, ma anche sulla vita dei genitori stessi, in particolar modo su quella delle madri che rappresentano, come molta letteratura sul tema ha posto in evidenza, i principali prestatori di cura a livello familiare (si veda tra gli altri (Favretto & Zaltron, 2014; Naldini & Torrioni, 2015)¹⁰. Secondo quanto dichiarato dai genitori, il riconoscimento delle competenze dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze da parte degli insegnanti è il frutto di un complesso processo di negoziazione e di costruzione di relazioni fiduciarie che coinvolge l’istituzione scolastica, le famiglie e i minori. Dalle testimonianze emergono i fattori che possono facilitare questo processo di riconoscimento. Innanzitutto, il processo ha avvio principalmente nel momento in cui da parte dei genitori vengono messe in atto due strategie precise: la prima riguarda il comunicare fin da subito con gli insegnanti al fine di poterli istruire e, allo stesso tempo tranquillizzare, sulle pratiche necessarie per una buona gestione dei sintomi e delle terapie (Olson et al., 2004); la seconda il rendersi disponibili a monitorare a distanza, a essere sempre reperibili e a intervenire in presenza in caso di necessità o dubbi sul miglior modo di procedere nella gestione della malattia:

“Con le insegnanti allora io devo dir la verità sono state bravissime le insegnanti di mia figlia. Erano insegnanti un po’ vecchio stampo, che avevano il terrore, erano terrorizzati della situazione, cioè di non saperlo gestire. Mi hanno sempre portata in gita, mi hanno sempre fatto andare a scuola a metà

¹⁰ Sebbene molte ricerche abbiano evidenziato come la gestione del diabete di tipo 1 coinvolga l’intero nucleo familiare, queste stesse ricerche hanno poi sottolineato come le pratiche di cura quotidiana, soprattutto quelle riferite al lavoro di rapporto con i servizi sanitari e con quelli scolastici, siano prevalentemente in carico alle madri.

mattinata...per vedere se mia figlia stava bene..... mi pregavano di andare, perché loro si sentivano più... Più tranquille diciamo via” (madre, diabete, Firenze)

Questa disponibilità da parte dei genitori raggiunge la sua maggiore efficacia nel momento in cui anche gli insegnanti si rendono disponibili a una maggiore condivisione delle responsabilità di cura attraverso un processo di distribuzione dei compiti orientato in parte a sostituire la presenza genitoriale a scuola. Ciò avviene con maggiore probabilità quando lo staff scolastico è composto da insegnanti che hanno maturato una pregressa esperienza nella gestione delle malattie croniche o quando la gestione relazionale e organizzativa della cronicità è maggiormente strutturata a livello di istituto e contempla in modo più assiduo anche la comunicazione con lo staff medico ospedaliero; o, ancora, quando l'autonomia dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze nella gestione dei sintomi e delle terapie è non solo riconosciuta, ma fortemente sostenuta dagli stessi genitori:

“Poi in terza elementare è arrivato un'insegnante di sostegno per un altro bambino che aveva altre problematiche e lei mi dice: “ma, ascolta, è così difficile riuscire a...”, cioè, perché (nome della bambina) in quel momento, io le scrivevo i carboidrati che lei doveva fare della merenda, non si faceva ancora il calcolo da sola, però sapeva farsi l'insulina tramite microinfusore, e quindi quest'insegnante di sostegno mi dice: “ma, ascolta, ma non è che possiamo vedere, riuscire noi, insomma, soltanto a controllare che lei si inserisca la quantità giusta di carboidrati e poi se abbiamo bisogno ti chiamiamo”. Da quest'insegnante che, diciamo, ha preso un attimo la cosa più di petto, allora anche l'altra, che era la sua principale, si è un po' sciolta in questa cosa, diciamo che, collaborando insieme, si sono un po' aperte su questo discorso” (madre, diabete, Alessandria)

“Dico la verità, sono stati bravissimi i suoi maestri a scuola, non posso lamentarmi. Quando (nome della bambina) ha avuto l'esordio siamo rimaste anche a casa, non è entrata subito a scuola, sono andata io da loro, ho spiegato la situazione, ho portato il certificato e senza dirmi niente loro hanno chiamato il medico (ospedaliero che l'aveva in cura) e hanno fatto un incontro con il suo medico” (madre, diabete, di origine migrante, Alessandria)

In questo processo di progressivo riconoscimento delle competenze dei bambini, preme sottolineare due aspetti: il primo riguarda la centralità attribuita dagli adulti, insegnanti e genitori, alle competenze biomediche considerate come le più importanti nella gestione della malattia; il secondo riguarda la rilevanza della variabile età che, più del genere o dell'origine migrante, concorre a questo processo di riconoscimento. Questi due aspetti sono centrali al fine di comprendere come si struttura il processo di partecipazione di bambini e bambine, ragazzi e ragazze nella gestione della malattia a scuola.

Il secondo scenario precedentemente menzionato concerne il mancato riconoscimento di queste competenze, soprattutto di ordine biomedico, che può generare sia forme di esclusione dei bambini diabetici da attività o pratiche scolastiche, sia una maggiore centralità della presenza e della disponibilità di tempo dei genitori, in particolar modo delle madri, sollecitata dall'istituzione scolastica.

Per quanto riguarda il primo aspetto, queste forme di esclusione sono originate da una mancata conoscenza da parte degli insegnanti del modo in cui la condizione di bambino diabetico può integrarsi con le normali attività della vita scolastica. I genitori ci hanno raccontato di occasioni in cui ai bambini diabetici erano riservati solo menù “in bianco”, veniva proibito di mangiare dolci o vigeva la loro esclusione da alcune attività fisiche per il timore che queste potessero nuocere ai loro andamenti glicemici:

“Era in prima elementare e all'inizio è stato tutto un po' terrificante, anche per le insegnanti appunto con la scuola, perché quando era loro responsabilità panico, me lo tenevano pasta in bianco.....Niente pizza, perché a volte c'era la pizza, e lui sentiva questa discriminazione, non ti puoi muovere tanto, ma quella era una paura loro” (madre, diabete, Firenze)

In altre interviste è, invece, emerso come la scuola richieda a madri e padri la disponibilità a recarsi presso l'istituto scolastico per somministrare l'insulina al figlio non ancora dotato di microinfusore, in quanto il bambino non è riconosciuto ancora capace di provvedere da solo in ragione dell'età, oppure non sufficientemente esperto a causa del poco tempo trascorso dall'esordio della malattia. Le richieste possono anche riguardare la disponibilità a recarsi a scuola in casi di ipoglicemia, in quanto gli insegnanti non si sentono in grado di provvedere da soli, o non sentono di potersi fidare di quanto propone loro il bambino o la bambina, il ragazzo o la ragazza:

“Calcoli che io i primi due anni di elementari praticamente lascio la macchina alle otto e mezza sotto scuola e la riprendo a mezzogiorno e venti, perché ogni mezz'ora mi chiamavano. Quindi praticamente io non mi spostavo neanche... ogni volta che c'era qualcosa io dovevo salire, erano terrorizzate, erano completamente terrorizzate. Poi la ASL che andava a aiutarla a farsi l'insulina nell'intervallo lo faceva soltanto due volte alla settimana, che erano i giorni in cui lei aveva anche il pomeriggio... (per cosa la chiamavano). Se aveva la glicemia bassa, se ce l'aveva più alta, se secondo loro non andava bene... Mi facevano direttamente andare a scuola in modo che quello che c'era da fare lo... lo gestissi io, ecco, in poche parole” (madre, diabete, Alessandria)

In alcuni casi, queste continue richieste hanno avuto conseguenze importanti sulla vita familiare. Un piccolo numero di madri (4) ha raccontato di aver dovuto cessare l'attività lavorativa per poter seguire la gestione del proprio figlio diabetico a scuola, in mancanza di supporto adeguato sia da parte della scuola e dei servizi infermieristici territoriali, sia per l'assenza di una rete parentale in grado di sostituirsi alla cura materna in caso di necessità ed emergenze:

“Io mi sono dovuta licenziare....ho iniziato a lavorare al supermercato, ma poi quella stabilità lì, non sono stata più capace di... di ottenerla, perché... perché a scuola mi chiamavano, perché a scuola correvo, perché facevo avanti e indietro, ero obbligata a lasciare il lavoro, entrare, uscire, cioè. E non è normale, non è normale...” (madre, diabete, di origine migrante, Alessandria)

“Poi all'inizio delle elementari io ho avuto grandi difficoltà anche con gli insegnanti, perché non erano assolutamente preparate, perché non avevano mai avuto nessun... nessun bambino, nessuna bambina affetta da diabete. Quindi erano molto spaventate, e lo capisco, perché comunque non è semplice... Io ho lasciato il lavoro, ho lasciato il lavoro perché avevo lei con l'esordio del diabete da poco, (il figlio più piccolo) appena nato, e... mia mamma non se la sentiva di avere una responsabilità del genere, i miei suoceri sono anche più anziani, quindi non avrei potuto fare... Abbiamo fatto questa scelta, io ho deciso di stare a casa e di occuparmi dei bambini.... Io lavoravo nei supermercati, quindi magari iniziavo alle 6 del mattino e la sera arrivavo a casa alle 9, quindi non avevo la possibilità di gestire la cosa” (madre, diabete Alessandria)

Dall'analisi dei dati sembra si possano individuare tre fattori importanti, tra loro interconnessi, che possono contribuire a generare le situazioni precedentemente menzionate, soprattutto in relazione alla complessità di gestione di questa patologia. Si tratta di fattori di ordine normativo connessi alla scarsa chiarezza dei Protocolli di intesa in relazione alla gestione delle malattie croniche a scuola, cui si uniscono, come vedremo nel prossimo paragrafo, le tempistiche non sempre rapide per l'attivazione

della formazione gestita dalle ASL agli insegnanti; fattori di ordine organizzativo relativi alla scarsa diffusione di servizi infermieristici territoriali in grado di sostenere o sostituire l'operato dei genitori per quanto riguarda la somministrazione dell'insulina a scuola; fattori di ordine culturale riferiti all'insicurezza degli insegnanti nel riconoscimento dei sintomi e nella somministrazione delle terapie, anche per mancanza di competenze biomediche che rende complessa l'assunzione delle responsabilità di salute dei propri alunni diabetici.

2. Fattori che ostacolano o facilitano la gestione dell'asma e del diabete a scuola: il punto di vista degli insegnanti e dei medici

L'analisi dell'insieme di fattori che possono ostacolare oppure facilitare la gestione dell'asma e soprattutto del diabete a scuola, deve necessariamente partire dalla cornice procedurale attraverso la quale si comunica la presenza di un alunno diabetico o asmatico e i successivi passaggi che definiscono le competenze e le modalità di gestione dei sintomi e della somministrazione dei farmaci o delle terapie.

Da un punto di vista tecnico-giuridico, questa cornice procedurale non fa riferimento a norme dotate di vera e propria vincolatività, ma di un documento di indirizzo o linee-guida, con le quali i ministeri della salute e della pubblica istruzione raccomandano alle rispettive amministrazioni (le istituzioni scolastiche e sanitarie da loro dipendenti) una serie di comportamenti e buone pratiche da adottare.

La fonte normativa di riferimento a livello nazionale, tutt'oggi non superata da altre normative, è l'atto di Raccomandazioni del 25/11/2005 emanate dal Ministero dell'Istruzione, di concerto con il Ministero della Salute, contenente le "*Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico*". A partire da queste Linee guida ciascuna Regione ha elaborato specifici Protocolli di intesa, che si riferiscono anche alla gestione del diabete a scuola. Lo scopo di questa regolamentazione è duplice: da una parte, tutelare il diritto allo studio e alla salute dei bambini affetti da malattie croniche, evitando marginalizzazione e stigmatizzazione della loro malattia; dall'altra, definire procedure e modalità operative per la gestione dei singoli casi, determinando competenze e responsabilità dei vari attori coinvolti: alunno, genitori, docenti e personale ATA, dirigente scolastico, ASL, pediatra di famiglia.

In questo paragrafo ci concentreremo sulla cornice procedurale successiva alla comunicazione della malattia, in quanto già trattata nel capitolo precedente, e prenderemo soprattutto in esame il caso del diabete in quanto, come più volte sottolineato, presenta una gestione molto più complessa e un numero maggiore di attori coinvolti nel governarne l'andamento a scuola. In linea generale, rifacendoci ai Protocolli di intesa della Regione Toscana (2012) e della Regione Piemonte (2014)¹¹, possiamo sintetizzare la cornice procedurale in questo modo: è a carico dei genitori dare comunicazione alla dirigenza scolastica e presentare tutti i certificati medici (compilati in ambito ospedaliero o dal pediatra di famiglia) attestanti la presenza di una patologia cronica e le necessità di vigilanza e/o di somministrazione dei farmaci (come ad esempio l'insulina o il Ventolin). Nel caso

¹¹ Per quanto riguarda la Regione Piemonte facciamo riferimento alla Deliberazione della Giunta Regionale 21 maggio 2014, n. 50-7641 ha recepito il Protocollo d'Intesa tra USR per il Piemonte e la Regione Piemonte recante "Sinergie istituzionali per il diritto allo studio delle alunne e degli alunni affetti da patologie croniche che comportano bisogni speciali di salute in orario scolastico/formativo". Per quanto riguarda la Regione Toscana alla Deliberazione della Giunta 20 febbraio 2012, n. 112

del diabete, soprattutto nella scuola primaria, per rispondere a tali necessità la dirigenza scolastica si interfaccia con il Distretto sanitario per avviare l'iter di formazione rivolto agli insegnanti e al personale ATA, gestito direttamente dal personale del distretto (pediatria di comunità, medici e pediatri di famiglia, servizio infermieristico territoriale) e non dal personale sanitario ospedaliero che ha in cura il bambino o la bambina o il ragazzo o la ragazza. E' opportuno ricordare che la partecipazione alla formazione sul tema della gestione delle cronicità a scuola da parte degli insegnanti o del personale ATA è su base volontaria, in quanto il personale scolastico è obbligato a intervenire solo nei casi in cui sia a rischio la vita stessa del bambino attraverso la somministrazione dei farmaci salvavita. La formazione, erogata in presenza anche della famiglia interessata, prevede dunque di informare il personale scolastico sulle caratteristiche specifiche della patologia, sugli interventi necessari per il suo governo in ambito scolastico¹² e sulla somministrazione del farmaco salvavita. Ricordiamo, inoltre, che all'interno dei protocolli di intesa è previsto che i medici che hanno in carico il giovane paziente attestino se i genitori siano, oppure non siano, in grado di istruire gli insegnanti sulle eventuali variazioni della terapia e se il giovane paziente sia, oppure non sia, in grado di somministrarsi in modo autonomo la terapia. Sebbene non abbiano cogenza normativa, i protocolli si fanno dunque promotori di un mutamento culturale orientato a considerare il giovane paziente come soggetto competente e in grado di partecipare al proprio percorso di cura, sebbene la legittimazione di tale competenza sia in capo al sapere medico.

2.1 I fattori che ostacolano la gestione: il punto di vista del personale scolastico

A fronte di questo scenario, le analisi ricavate dai *focus group* con gli insegnanti e dalle interviste con i dirigenti scolastici mostrano un insieme di fattori che rende complessa e spesso difficoltosa l'applicazione di questa cornice procedurale. Potremmo suddividere questi fattori in due ambiti specifici: un primo ambito riguarda la conoscenza di questa stessa cornice procedurale; un secondo ambito concerne la sua applicazione pratica.

Per quanto riguarda la conoscenza della cornice procedurale, insegnanti e dirigenti affermano come spesso non sia conosciuta dai genitori l'intera procedura e come a volte lo stesso personale scolastico che ne conosce l'esistenza, non abbia esattamente idea di che cosa si tratti fino a quando non ne fa esperienza diretta:

“(...) Anche i genitori a volte non hanno, cioè un altro ben chiaro cosa e come debbono gestire con la scuola tutta questa parte burocratica, ecco. Perché anch'io, per esempio, quando una mamma è venuta a dirmi che la figlia, appunto probabilmente aveva dei problemi di asma, ho sollecitato più volte la mamma ad andare in segreteria per appunto sbrigare questa parte, proprio anche per sollecitare eventualmente una nostra formazione e tutto quanto. ...Innanzitutto, secondo me non c'è una informazione più precisa. Molti di noi, cioè, noi sappiamo che esiste un protocollo, ma fino a quando tu non hai a che fare con il caso specifico, e ovviamente devo dire che anche i genitori non sono informati” (insegnante, scuola primaria, Alessandria)

Alla mancanza di conoscenza dell'iter procedurale, si aggiunge un insieme di fattori, tra loro interconnessi, che ne rendono complessa l'attuazione. Un primo insieme di fattori attiene al modo in cui è gestita la formazione degli insegnanti; un secondo concerne il complesso e difficile

¹² (nel caso del diabete: misurazione della glicemia, sorveglianza o, se richiesto dai genitori, e se gli insegnanti si sentono di poterlo fare, dietro autorizzazione della famiglia, eventuale somministrazione dell'insulina)

bilanciamento tra le responsabilità verso il singolo alunno in ragione dei suoi specifici bisogni di cura e le responsabilità verso il gruppo classe.

Per quanto riguarda la formazione rivolta agli insegnanti, un elemento di criticità riguarda le tempistiche con le quali vengono attivati i corsi di formazione per il personale scolastico che si rende disponibile. Dalle testimonianze emerge una discrasia temporale tra le necessità di vigilanza o supporto diretto ai bambini affetti in particolar modo da diabete e i tempi di attivazione della formazione organizzata dai medici afferenti al Distretto sanitario, come è possibile evincere da questa testimonianza:

“(caso di un bambino che ha avuto un’importante crisi ipoglicemica in mensa) Ha iniziato sì, a tremare a fare uscire dalla bocca... Quindi poi io non avevo ancora fatto il corso in quel momento lì quindi poi ho chiamato la collega che in realtà è dell’altro bambino che però era un po’ più stabile anche e comunque quindi l’abbiamo messo in posizione di sicurezza, chiamato il 112, chiamato la mamma e in realtà cioè sono stati comunque dei momenti lunghi perché non avevamo fatto l’addestramento per il glucagone quindi nessuno di noi poteva somministrarlo, non avevi neanche la percezione bene di come fare, poi per fortuna adesso è tramite il puff nasale non è con la puntura eccetera, quindi un po’ meno... Però nel momento in cui è arrivata l’ambulanza, è arrivata prima la mamma ed è riuscita a fargli questa cosa col puff nasale, anche per loro era la prima volta che succedeva, non avevano mai visto una cosa del genere” (insegnante, scuola primaria, Torino)

Oltre alle situazioni emergenziali poc’anzi descritte, la discrasia tra i tempi rende complessa anche la costruzione della fiducia su cui si basa il processo di co-costruzione della divisione dei compiti e delle responsabilità tra scuola e famiglie. La mancanza dell’attore sanitario, considerato socialmente legittimato a fornire gli strumenti più adeguati per gestire la malattia cronica, lascia in capo al personale scolastico e ai genitori l’onere di individuare le pratiche per supportare i bisogni del singolo bambino o bambina, ragazzo o ragazza. Precisiamo che l’attore sanitario è presente attraverso i certificati medici che la famiglia porta a scuola e che permettono l’attivazione della richiesta dell’iter formativo, ma lascia comunque alla famiglia il compito di tradurre queste prescrizioni in pratiche e al personale scolastico l’onere di affidarsi ai genitori per poterle accettare.

Un altro fattore importante riferito alla formazione è la dimensione episodica e limitata, considerata, per tali caratteristiche, poco efficace. Si tratta di un incontro teorico cui fanno seguito uno o due incontri pratici al termine dei quali gli insegnanti dovrebbero essere pronti a gestire sia situazioni routinarie, sia situazioni emergenziali. Ed è proprio sul tema dell’emergenza che gli insegnanti si trovano concordi nel considerare questa formazione non del tutto efficace.

Le situazioni di emergenza, collegate soprattutto al diabete, vengono dunque affrontate attraverso la richiesta di collaborazione avanzata alle famiglie da parte degli insegnanti la quale rende complessa per i genitori, in particolar modo per le madri, la conciliazione dei tempi del lavoro con quelli della cura. In altri casi, queste difficoltà sono superate grazie a una collaborazione più stretta e diretta con il personale sanitario ospedaliero che ha in cura questi bambini e bambine, ragazzi e ragazze¹³. La relazione diretta con il personale ospedaliero sembra poter sopperire a un’altra criticità che è stata qualche volta indicata dagli insegnanti: non sempre gli insegnamenti erogati nel corso di formazione

¹³ A tale proposito abbiamo notato un’interessante differenza tra le strutture diabetologiche dell’ospedale di Torino e di Alessandria. In entrambe le strutture ospedaliere il supporto garantito ai piccoli pazienti e ai loro genitori è estremamente capillare e non conosce limiti di orario; tuttavia, il reparto alessandrino, in ragione dei numeri più bassi di utenza, così come dichiarato dallo stesso personale sanitario, è in grado anche di garantire un supporto formativo agli istituti scolastici che ne fanno richiesta, oltre a quanto previsto dal protocollo di intesa.

canonico sono aggiornati con i nuovi dispositivi medici che vengono proposti ai giovani pazienti e alle loro famiglie. Questo fattore implica un ulteriore sfasamento dal punto di vista della gestione del diabete da parte del personale scolastico.

Infine, un ultimo fattore riguarda il ruolo riconosciuto ai bambini e alle bambine, ai ragazzi e alle ragazze nel corso di questo iter formativo. Ricordiamo che nel protocollo di intesa bambini e ragazzi, dietro attestazione da parte dei medici e della famiglia, possono essere considerati come soggetti competenti, ossia dotati di quelle competenze biomediche che li rendono in grado di agire in modo sufficientemente autonomo, sebbene sempre sotto sorveglianza adulta, nella gestione della propria malattia a scuola. Dalle interviste raccolte emerge come bambini e bambine della scuola primaria non siano mai coinvolti nella formazione, siano corpi muti (Favretto & Zaltron, 2013) la cui voce è rappresentata dai genitori, sebbene gli insegnanti riconoscano poi nella pratica quotidiana le loro competenze. Nel caso della scuola secondaria di primo grado, la presenza dei ragazzi nei corsi di formazione è più probabile anche se non è sempre garantita, in quanto sono considerati come soggetti più maturi in relazione al crescere dell'età.

La scarsa presenza dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze ai propri percorsi di cura, mette in luce come il processo di partecipazione sia ancora fortemente sbilanciato sulla preminenza del ruolo di *advocacy* degli adulti, in particolar modo delle famiglie sia per quanto riguarda l'iter formativo rivolto agli insegnanti, sia nella più generale gestione della malattia a scuola.

Un secondo insieme di fattori segnalato dal personale scolastico riguarda il difficile bilanciamento da loro vissuto tra le responsabilità di cura verso il singolo alunno e le responsabilità verso il gruppo classe. Una prima ragione di questo difficile bilanciamento viene attribuita dagli insegnanti alla carenza di personale scolastico, soprattutto in quelle situazioni di emergenza o di stretta sorveglianza sul singolo bambino tale da rendere difficile, se non a volte impossibile, garantire la contemporanea sorveglianza all'intera classe:

“Io ho la fortuna di avere sempre una compresenza in classe quindi qualche volta ci si organizza, ma quando sono da sola, mi è capitato di stare da sola, non è che prendo il bimbo e lo porto in infermeria (casi di ipoglicemia) e mi dedico a lui e tutti gli altri li blocco un attimo, ritorno e li scongelo come in Harry Potter, non funziona così. Quindi è vero che devo fare in fretta con lui perché poi... Anche se il nostro bimbo non ha mai avuto questi cali così per cui mi dà il tempo di organizzarmi, a differenza del bimbo di cui abbiamo parlato prima che ha proprio questi crolli, mi dà il tempo di organizzarmi, ma io non ci voglio neanche pensare di arrivare, non so quanto dura questo tempo, io non lo so quanto dura, io so che devo fare comunque in fretta. E se sono da sola? Al piano non abbiamo una bidella, non abbiamo una collaboratrice, bisogna che mandi una bambina sotto a chiamare qualcuno che guardi i bambini e gestisca lui perché non possiamo andare tutti insieme in infermeria” (insegnante, scuola primaria, Torino)

E' un bilanciamento difficile perché pone gli insegnanti di fronte a scelte tra loro contraddittorie: agire in fretta per salvaguardare la salute del singolo alunno oppure ritardare l'intervento per evitare di lasciare l'intera classe non sorvegliata, con il rischio di esporla a eventuali “pericoli”. A tale proposito, si sottolinea come i criteri attraverso i quali un insegnante valuta emergenziale una situazione collegata a una malattia cronica sembrano comporsi di elementi che perlomeno intersecano: la propria rappresentazione di rischio, l'infarinatura di competenze biomediche apprese durante il corso di formazione per la gestione della cronicità a scuola e i differenti modi attraverso cui si articola il processo di divisione dei compiti e delle responsabilità tra famiglie e istituzione scolastica.

Una seconda ragione che gli insegnanti illustrano per spiegare questo difficile bilanciamento riguarda i modi e gli strumenti attraverso cui gestire le situazioni di presunta o reale emergenza del singolo alunno che coinvolgono da un punto di vista relazionale ed emotivo l'intero gruppo classe:

“Poi sono anche convinta che ai bambini non si possa nascondere la verità e la tragicità della vita perché appunto è una battaglia persa per cui abbiamo poi parlato con lui e ho chiesto a lui che cos'è che gli aveva... Il bimbo, sì, che cosa aveva, cosa pensava lui in quel momento (riferito alla situazione di una grave crisi ipoglicemica avvenuta durante l'orario di mensa), cosa aveva capito, cos'era successo e abbiamo però anche detto che nella vita può succedere con il diabete, ma può succedere per altre malattie, ma può succedere banalmente perché mi dondolo dalla sedia, cado e batto la testa, cioè c'è un dato di imprevisto nella nostra esistenza che non possiamo gestire in nessun modo, se non ricordandoci, quando succedono queste cose, di mantenere la calma il più possibile, di aiutare la persona in difficoltà il più possibile e di non vivere aspettando che capiti a me quella cosa lì, perché possono capitarcene altre molto diverse, posso rompermi un braccio, slogarmi la caviglia, prendere una porta in faccia e spaccarmi il naso. Non è neanche una bella esperienza quella, cioè l'imprevisto e la sofferenza legata proprio all'aspetto fisico della vita, alla malattia, a un incidente è inevitabile, ma non posso vivere col terrore che mi succeda quella cosa lì, ma devo aiutare gli altri quando queste cose succedono in un certo modo” (insegnante, scuola primaria, Torino)

La precedente testimonianza porta alla luce un tema estremamente importante che riguarda la complessa natura delle competenze che adulti e bambini utilizzano per conferire significato e affrontare le situazioni di salute e malattia nella vita quotidiana. Dai dati fin qui presentati emerge l'importanza attribuita dagli adulti alle competenze di tipo biomedico per affrontare e gestire la malattia cronica a scuola. Sono competenze importanti, tuttavia, la centralità a esse attribuita tende a oscurare altre competenze ugualmente necessarie come quelle di ordine relazionale ed emotivo che i minori posseggono e praticano per far fronte alle loro esperienze di malattia a seconda dei differenti contesti sociali in cui tali esperienze sono vissute (Backett-Milburn, 2000; Christensen, 1998, 2000; C. D. Clark, 2003; Diasio, 2006; Favretto et al., 2017; Mayall, 1996, 1998, 2002; Memmi et al., 2009; Prout & Christensen, 1996).

2.2 I fattori che ostacolano la gestione: il punto di vista dei medici

Il punto di vista dei medici intervistati rispetto ai fattori che possono ostacolare la gestione delle malattie croniche a scuola è un punto di vista indiretto, in quanto frutto delle narrazioni dei genitori, e qualche volta dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze durante le visite o in altre occasioni di incontro.

Come già evidenziato in precedenza, il contatto tra l'istituzione scolastica e i servizi sanitari non coinvolge quasi mai direttamente il personale sanitario ospedaliero né dei reparti di Pneumologia, né di quelli di Diabetologia dei tre ospedali coinvolti nella ricerca.

Un primo fattore sollevato da alcuni medici riguarda la difficoltà che hanno gli insegnanti a riconoscere le competenze e l'autonomia che i bambini della scuola primaria acquisiscono e incrementano a partire dall'esordio della propria malattia. Si tratta di una difficoltà che sembra riguardare in misura minore gli insegnanti delle scuole secondarie di primo grado, in ragione della centralità attribuita alla variabile età che genera questa sorta di automatismo virtuoso verso il riconoscimento dell'autonomia dei ragazzi e della loro conseguente assunzione di responsabilità nella gestione della propria patologia. Questa difficoltà a riconoscere autonomia nella gestione dei sintomi

o delle terapie viene collegata dal personale sanitario ospedaliero anche al tema della responsabilità riferita alle pratiche di cura rivolte al singolo alunno e al modo in cui queste pratiche, in particolare l'utilizzo dei farmaci, debba essere bilanciato con le responsabilità riferite al gruppo classe:

“La scuola mette delle barriere, nel senso che giustamente soprattutto la scuola elementare, 6-10 anni, il bambino è tutto un gioco, il distanziatore e il farmaco, soprattutto fatto a trombetta, capisci bene che è un gioco, è un gioco e io voglio divertirmi. Ce l'hai tu, voglio capire perché tu lo stai usando, lo voglio usare anch'io. Ed è un farmaco però, non è un gioco. Quindi non tutte le scuole accettano che venga tenuto il distanziatore, il farmaco. Alcuni chiedono di tenerlo sotto chiave, cioè la cattedra e tenerlo sotto chiave. Questo però è un pericolo: è un pericolo perché... Poi molti insegnanti non vogliono, cioè se io ho una crisi chiamano il 118, ho capito ma il 118 deve arrivare, quindi uno spruzzo, è il bambino stesso che dice “Fammi fare uno spruzzo, lo faccio io, lo so fare”. Lo tengono sotto chiave perché hanno paura che quello potrebbe essere usato impropriamente, però credo che da lì si possa uscire poco” (infermiere, pneumologia, Torino)

A giustificazione di queste difficoltà e resistenze espresse dall'istituzione scolastica, il personale sanitario ospedaliero individua altri fattori che concorrono alla complessa gestione delle malattie croniche a scuola.

Un fattore è costituito dalla mancanza di risorse sanitarie e livello territoriale che possano coadiuvare l'operato degli insegnanti supportando allo stesso tempo le famiglie:

“Infatti qui nasce un po' il problema. C'è un servizio infermieristico che può essere attivato, ma non sempre c'è la possibilità di farlo e questo è un parametro che rende tutto più difficoltoso” (medico, diabetologia, Firenze)

Un altro fattore è rappresentato dalle difficoltà di comunicazione tra famiglia e scuola generate dalla differente natura della responsabilità genitoriale rispetto alla responsabilità degli insegnanti: la prima riferita al proprio figlio, la seconda concernente l'intero gruppo classe nel rispetto delle specificità di ciascun alunno:

“Esatto, qualcuno viene proprio subissato da messaggi, telefonate, perché ovviamente anche gli insegnanti tengono il telefono acceso per le emergenze, eccetera, e magari vengono subissati continuamente anche del tipo, Non mi ha risposto, tutto bene? Capisco che l'insegnante che spiega storia dell'arte non è che può tutti i minuti, sì tutto bene, la glicemia è rientrata, per dire. Quindi a volte bisogna anche capirli” (medico, diabetologia, Alessandria)

Infine, un ulteriore elemento di difficoltà riguarda la normativa, ossia i protocolli di intesa che a livello regionale offrono indicazioni per la gestione delle cronicità in ambito scolastico. Viene più volte ribadito da medici e infermieri l'obbligatorietà della sola somministrazione dei farmaci salvavita da parte degli insegnanti e di come la loro collaborazione per la gestione quotidiana e non emergenziale delle malattie debba essere il frutto di un'adesione volontaria. Ed è proprio nel difficile confine che permette di discernere tra “emergenza” e “normalità” del decorso delle malattie che si colloca la difficoltà degli insegnanti. Non possedendo sufficienti competenze biomediche diviene per loro difficile valutare l'onere delle responsabilità da assumere e il ruolo che essi possono giocare nella co-costruzione delle responsabilità su basi oppostive, oppure collaborative, tra genitori e istituzione scolastica.

2.3 Fattori che facilitano la gestione delle malattie croniche a scuola

E' stato in particolar modo il personale scolastico a far emergere alcuni fattori che hanno permesso, o che potrebbero permettere, una più facile gestione della cronicità a scuola.

Un primo fattore, riprendendo quanto poc' anzi accennato, concerne la disponibilità ad accogliere e ad ascoltare le esigenze di ciascuna famiglia, unitamente all'importanza di rendersi più disponibili a riconoscere le competenze dei bambini, sebbene tale riconoscimento risulti sempre meno problematico nella scuola secondaria di I grado per la centralità più volte sottolineata della variabile età.

Questa disponibilità all'ascolto e alla collaborazione reciproca è più facilmente praticabile quando inserita in un iter strutturato e organizzato dall'istituzione scolastica. Le successive testimonianze illustrano, da una parte, l'importanza di definire un iter per co-costruire una sorta di "patto di cura" tra famiglie e scuola per la gestione della cronicità; dall'altra, una differente organizzazione dei carichi e delle responsabilità all'interno del corpo insegnante per rendere più chiaro e legittimare quali figure siano deputate alla gestione dell'iter di accoglienza e al successivo governo dei bisogni collegati alle cronicità a scuola, a cui dovrebbe anche essere riconosciuto un differente trattamento contrattuale:

“Gli insegnanti sanno che qualunque cosa il genitore dica “mio figlio ha l'asma al polline”, così, loro devono venire qua, devono comunicarlo, quindi io chiamo i genitori e per noi è anche molto pesante, perché ogni volta, cioè voglio dire è anche bello incontrare i genitori, però è spazio e tempo che, però abbiamo fatto questa scelta, lo facciamo e bon. Quindi invitiamo i genitori, ci facciamo raccontare.... quindi conosciamo la famiglia, come dire, accogliamo anche la famiglia perché secondo me la famiglia vive anche in modo sofferente a volte, no, e quindi trovare qualcuno con cui condividere. Immediatamente magari la famiglia riversa il problema, le ansie, le paure, a volte in modo affettuoso, a volte in modo anche, come dire, aggressivo eh ... Dopodiché noi abbiamo, attiviamo tutta una serie di passaggi che sono: intanto l'individuazione delle persone che si vogliono sottoporre alla formazione, nel caso, per esempio, di diabete, diabete potrebbe essere anche solo misurazione o la gestione dell'ipoglicemia, quindi delle emergenze, ci può essere anche iniettare l'insulina o non iniettarla, dipende dai casi e quindi andiamo a cercare, a parlarne con i docenti per far capire che, appunto, è una forma di partecipazione, no, quindi non solo i docenti di classe e magari i docenti di interclasse, i collaboratori scolastici, il referente di plesso e anche altri magari del piano, in modo che si sappia che se succede qualcosa e non dovesse esserci l'insegnante o altro, un po' tutti si siano sensibilizzati e sappiano che c'è una cosa da gestire” (dirigente scolastico, Torino)

“Ecco forse anche, come dire, modificare dal punto di vista contrattuale lo stato del docente potrebbe quanto meno alleviare questa situazione di overwhelming per cui io so che comunque nel mio tempo di lavoro c'è anche quello e quindi potrebbero anche magari trovarsi delle figure dedicate nella scuola, qualcuno che voglia occuparsi a tempo parziale di questo aspetto, qualcuno che abbia una particolare sensibilità, un particolare interesse per cui magari segue tutti questi progetti. Lui sa, che so, che dalle 9.00 alle 13.00 è in classe e poi dalle 13.00 alle 16.00 cura la formazione sulle malattie croniche, cura i progetti di inclusione, ecco questo. Però deve sapere che lo fa perché non lo sta regalando, ecco, è un aspetto psicologico sottile però è importante. Quindi mi verrebbe da dire che lo stato giuridico degli insegnanti non aiuta perché non definisce con chiarezza l'impegno di lavoro” (dirigente scolastico, Torino)

Un secondo fattore richiama la centralità delle relazioni tra pari nella gestione della malattia cronica, relazioni che permettono allo stesso insegnante di facilitare quel difficile bilanciamento tra responsabilità verso il singolo e verso il gruppo classe di cui si è parlato in precedenza:

“L'importanza di far conoscere alcune cose anche ai compagni di classe, anche se bimbi piccoli, perché sono veramente d'aiuto a noi adulti. Nel senso che anche sapere che c'è un farmaco che nel caso può essere fondamentale per il compagno e sapere dove lo si tiene, nel momento in cui c'è un sostituto del maestro, dell'insegnante, i bambini sono molto svegli. Ti dicono tutto, si accorgono forse a volte più di noi. Io ho visto nella scuola da noi una collega dimenticare la valigetta per andare in cortile col farmaco, perché va sempre portata dietro, soprattutto nella stagione tra maggio che iniziano le allergie e i bambini: Maestra, hai dimenticato la valigia. Cioè ti fanno, sono più attenti, a volte, di noi che siamo sommersi da mille responsabilità e pensieri” (insegnante, scuola primaria, Torino)

Un ulteriore fattore che potrebbe facilitare la gestione delle malattie croniche a scuola rimanda, senza che sia stato chiaramente ed esplicitamente espresso dagli insegnanti, alla necessità di un più ampio mutamento di ordine culturale orientato a comprendere i significati che i differenti attori coinvolti nella scena della cura scolastica attribuiscono alla malattia, alla nozione stessa di cura quando i soggetti della cura sono i bambini, individui che culturalmente costruiamo e definiamo come vulnerabili e bisognosi di protezione, piuttosto che agentici e dotati di competenze (Mayall, 1996, 1998, 2002). E' una sorta di bisogno sotteso che in modo diverso hanno espresso tanto gli insegnanti, quanto i dirigenti scolastici e che, se da una parte rimanda a una concezione della malattia e della cura di ordine biomedico, dall'altra, esprime una sorta di “insoddisfazione” verso la centralità di questa visione, a favore di altri strumenti concettuali e relazionali per comprendere e costruire relazioni di cura con e non soltanto per i bambini:

“Per cui anche il discorso, come dire più profondo, cioè dell'accettazione della malattia, poi passa, cioè nel momento in cui uno dice, sarebbe bello che parlasse alla classe, ma noi pensiamo solamente, davanti a tutta la classe, ma non perché è il caso del diabete, ma anche se devo parlare dell'Africa, quindi una soluzione, ma anche non so quanto praticabile poi completamente, sarebbe dedicare una parte dell'anno iniziale alla costruzione di una classe, nella quale tutti si possano sentire più, non dico totalmente, ma più a loro agio nel manifestare qualcosa, che per uno può essere che ha messo l'apparecchio, per uno che è in sovrappeso e per uno che ha il diabete. Perché non si può pensare di lavorare su quello che ha il diabete per fargli fare da cuneo per avere una prospettiva che nessun altro ha. Cioè se nessuno in classe parla di sé, ma capisco bene che quello col diabete mai verrà a dire adesso vi racconto come sono stato stanotte. No. Invece, se in quella classe ci fosse uno spazio, all'inizio dell'anno, all'inizio di ogni settimana, cioè il sogno di ogni insegnante di lettere, poter dedicare un'ora di creare un circolo di comunicazione, di confronto di contatto, in cui un giorno viene fuori l'attenuante specifica dell'alunna diabetica, un giorno dell'asma, un giorno semplicemente quello che ha il cuore in pezzi perché la ragazzina non l'ha più guardato. Ma in quel modo davvero secondo me in tre anni accuserebbero una prospettiva diversa rispetto alle diversità, alle ipocrisie” (insegnante, scuola secondaria, Alessandria)

Tuttavia, da queste testimonianze si evince quanto la malattia divenga per gli adulti il tratto identitario preminente di questi bambini e bambine, ragazzi e ragazze, soprattutto se affetti da patologie invalidanti o chiaramente esposte allo sguardo pubblico, come è il caso del diabete:

“Tutta questa cosa che... Ci ho pensato, che vedo io, che ho raccontato qui e perché io è mio figlio e mi preoccupa di farlo stare sempre bene, per i medici è un paziente, per le maestre è un alunno, per me è mio figlio e io vedo questo problema dal punto di vista come mamma, invece gli altri lo vedono diverso” (madre, diabete, di origine migrante, Alessandria)

“Per esempio, io oggi mi sono soltanto avvicinata al bimbo diabetico e lui ha già in automatico tirato fuori la macchinetta che conteggia l’insulina e io gli ho detto cavoli, hai capito che io stavo per venirti a chiedere questo, mi ha detto sì perché appena tu ti rivolgi a me. E questo mi ha fatto pensare che in qualche modo la mia attenzione a lui sia soprattutto quella e quindi toglie forse spazio anche ad altre cose che a differenza degli altri magari, cioè vengono più naturali, invece con lui c’è soprattutto quel pezzo lì e tutto il resto è un po’ un corollario” (insegnante, scuola primaria, Torino)

Testimonianze che mettono ben in luce quanto questo tratto biografico identitario impresso dalla malattia orienti i modi in cui gli adulti costruiscono e gestiscono con i bambini le esperienze dell’essere malato a scuola e l’identità stessa di malato.

3. Conclusioni

L’analisi delle modalità di integrazione tra sistema scolastico, famiglie, minori affetti da asma o da diabete e servizi sanitari ha messo in luce come queste si fondano su un complesso processo di divisione dei compiti e delle responsabilità tra tutti gli attori presenti sulla scena della cura scolastica, minori compresi. In particolare, l’analisi dei differenti punti di vista ha permesso di portare alla luce un insieme di fattori che ostacolano oppure facilitano la costruzione di questo processo e il modo in cui si declinano le conseguenti modalità di partecipazione dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze alla gestione delle loro malattie croniche a scuola.

Un primo aspetto che emerge dall’analisi dei dati è la limitata influenza dell’origine migrante sui fattori che facilitano, oppure ostacolano, il processo di divisione dei compiti e dell’attribuzione di responsabilità nella gestione dell’asma e del diabete a scuola. Infatti, le dimensioni che paiono avere maggiore influenza sono l’età e il tipo di patologia.

La dimensione dell’età sembra orientare fortemente il modo in cui sono riconosciute le competenze di bambine e bambini, ragazze e ragazzi da parte degli adulti che di essi si prendono cura. I dati presentati mostrano, infatti, come tale riconoscimento, in particolar modo da parte degli insegnanti, aumenti con il crescere dell’età degli alunni o delle alunne: ai ragazzi e alle ragazze delle scuole secondarie di I grado vengono riconosciuti spazi di autonomia maggiori nella gestione delle terapie e maggiore è la disponibilità ad accordare fiducia nell’utilizzo da parte degli allievi delle competenze che si considerano via via acquisite e consolidate al fine di riconoscere e monitorare l’insorgere e l’andamento dei sintomi.

Nel processo di riconoscimento delle competenze da parte dei differenti adulti, la dimensione dell’età si interseca con quella della patologia, soprattutto nel caso del diabete in relazione alla gestione più complessa rispetto a quella dell’asma.

Questo posizionamento adulto, espresso soprattutto dagli insegnanti, sembra non corrispondere a quanto hanno dichiarato bambini e bambine, ragazzi e ragazze nel corso delle interviste. Dall’analisi delle loro narrazioni sono state rilevate competenze non solo biomediche, ritenute da tutti gli adulti centrali nella gestione della cronicità in generale, e nello specifico in ambito scolastico, ma anche di altra natura come quelle relazionali, emotive, cognitive e sociali. Si tratta di competenze che li

rendono capaci di far fronte alla complessa gestione dei sintomi e delle terapie, così come alla più ampia esperienza del vivere con una malattia cronica.

Età e patologia non sono però dimensioni sufficienti per comprendere come si articola questo processo di divisione dei compiti e delle responsabilità. Dall'analisi del materiale raccolto emergono ulteriori fattori che concorrono a facilitarlo o a ostacolarlo.

Per quanto riguarda i fattori che possono ostacolare questo processo, un primo è collegato alla conoscenza e successiva attuazione dei protocolli di intesa per la gestione della cronicità a scuola. È stato frequentemente rilevato un livello di conoscenza non così diffuso e articolato dei contenuti e dell'iter di attuazione dei protocolli, cui istituzione scolastica e famiglie devono dare attuazione per attivare, da un punto di vista formale, il processo di distribuzione dei compiti e delle responsabilità per la gestione della malattia cronica a scuola. Le ragioni di questa scarsa conoscenza sembrerebbero riguardare una mancanza di chiarezza delle modalità di gestione della comunicazione tra tutti gli attori coinvolti a partire dall'esordio della malattia. La circolazione delle informazioni, per come è stata rilevata a partire dal punto di vista degli intervistati, pone al centro dell'iter comunicativo i genitori e in posizione satellitare bambini. I genitori, e in particolar modo le madri, divengono il nodo portante di una rete comunicativa composta da soggetti che non necessariamente si interfacciano tra di loro, il cui esito è un flusso comunicativo differenziato e non lineare, che non solo è foriero di fraintendimenti sulle procedure da attuare, sulle tempistiche di attuazione, sui soggetti che hanno l'onere della comunicazione e sui contenuti di tale comunicazione, ma implicitamente descrive il differente posizionamento di adulti e minori al momento dell'avvio del processo di divisione dei compiti, che di fatto produce conseguenze in termini di partecipazione del minore. Si evidenzia, infatti, da una parte, la centralità del ruolo degli adulti che divengono i concreti protagonisti dell'avvio di tale processo e, dall'altra, il ruolo dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze come principali destinatari, ma intesi come attori satellitari di questa distribuzione dei compiti, piuttosto che attivamente partecipi.

Un secondo fattore intreccia aspetti di ordine organizzativo con aspetti di ordine culturale. In particolare, riguarda l'organizzazione dell'iter formativo rivolto agli insegnanti che il dirigente scolastico può chiedere di avviare al Distretto sanitario. Secondo il punto di vista di genitori e insegnanti le principali difficoltà sono costituite: dalle tempistiche troppo lunghe di attivazione della formazione, che quindi spesso si realizza in ritardo rispetto all'inserimento a scuola del soggetto malato cronico; dalla durata della formazione, considerata dagli insegnanti troppo breve ed episodica, che quindi li rende insicuri nella messa in atto sia delle procedure quotidiane di gestione, sia delle procedure da adottare in situazioni emergenziali, così come nell'accordare fiducia in merito a ciò che dicono di saper fare i loro alunni; dalla mancata interlocuzione con il personale sanitario ospedaliero, che pur conoscendo la situazione del soggetto affetto da patologia cronica in carico alla scuola, non gestisce direttamente la formazione degli insegnanti, producendo un ostacolo all'integrazione tra servizi educativi e sanitari; dai contenuti della formazione relativi al tipo di dispositivi medici da gestire (soprattutto nel caso del diabete) non sempre aggiornati rispetto a quelli che utilizzano i loro alunni o alunne; infine, dall'esclusione da questo processo formativo dei bambini e delle bambine della scuola primaria - mentre è più facilmente prevista quella dei ragazzi e delle ragazze delle scuole secondarie di primo grado - emblematica di un mancato riconoscimento da parte degli adulti delle complesse e variegate competenze che i più piccoli mostrano di possedere e di saper utilizzare nella gestione della loro malattia a scuola.

Un terzo fattore è costituito dalla carenza strutturale di servizi territoriali, come per esempio il servizio infermieristico, in grado di supportare, e in alcuni casi di sostituire, il compito di cura dei genitori. Questo fa sì che l'onere della cura ricada interamente sull'istituzione scolastica e soprattutto sulle famiglie, in particolar modo sulle madri, rendendo in alcuni casi impossibile per queste ultime la conciliazione tra tempi della cura e tempi del lavoro.

Infine, si evidenzia un altro fattore di ordine culturale richiamato sia dagli insegnanti, sia dai genitori. Gli insegnanti esprimono una percezione di inadeguatezza o di insicurezza nel sentirsi non sufficientemente competenti e supportati dalle famiglie e dai servizi, per assolvere in modo adeguato a questa responsabilità di cura; dal canto loro, i genitori esprimono la percezione di sentirsi poco compresi e accolti di fronte alle resistenze dell'istituzione scolastica a comprendere come la gestione della malattia a scuola non possa prescindere da altri ambiti della vita familiare, tra cui l'ambito lavorativo dei genitori.

L'insieme di questi aspetti di ordine culturale e organizzativo rende difficoltoso il processo di divisione dei compiti e delle responsabilità tra insegnanti e genitori che genera, a sua volta, un clima non favorevole al riconoscimento in ambito scolastico delle competenze infantili, cui consegue una scarsa partecipazione dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze alla gestione della propria malattia in ambito scolastico.

Tutti i fattori fin qui richiamati, risultano essere meno presenti quando le relazioni tra i differenti attori paiono più ampiamente orientate al reciproco ascolto. Il reciproco ascolto diviene un fattore di facilitazione in quanto permette la costruzione di modalità più concertate di divisione dei compiti e delle responsabilità, in cui diviene più chiaro a tutti i partecipanti come le difficoltà insite in questo complesso processo più che essere imputabili alla responsabilità del singolo genitore, insegnante o operatore sanitario, riguardano elementi di ordine strutturale o organizzativo.

Inoltre, dai dati emerge come, quando la relazione è orientata al reciproco ascolto, sia anche maggiore la disponibilità e l'apertura a riconoscere le competenze dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze al fine di renderli attori della divisione dei compiti e delle responsabilità che attengono alla gestione della propria malattia a scuola.

Infine, questo processo di divisione dei compiti, in cui includere anche gli attori più piccoli, è ulteriormente facilitato se è sistematizzato in un modello relazionale che non riguarda i singoli attori di una classe, ma coinvolge in modo più ampio e concertato l'istituzione scolastica nel suo complesso e i servizi sanitari. Facciamo riferimento, ad esempio, a quelle occasioni in cui la comunicazione tra tutti gli attori è stata realmente possibile, permettendo la co-costruzione di un vero e proprio "patto di cura", sebbene in esso non sia contemplato il personale ospedaliero.

A tale proposito, in stretta relazione con quanto poc'anzi affermato, questo processo complesso di divisione dei compiti e delle responsabilità potrebbe essere ulteriormente facilitato da una maggiore interlocuzione tra i differenti servizi sanitari e da un'auspicabile differente organizzazione dei servizi sanitari territoriali, più capillarmente presenti nel sostenere le pratiche e i bisogni di cura di bambini e famiglie.

Le analisi fin qui esposte esortano a porre a tema un ripensamento delle modalità e dei contenuti attraverso cui comporre il processo di divisione dei compiti e delle responsabilità tra tutti gli attori presenti sulla scena della cura scolastica, a partire dai bambini e dalle bambine, dai ragazzi e dalle ragazze.

Innanzitutto, un ripensamento teso a favorire una differente partecipazione dei più piccoli alla divisione dei compiti e delle responsabilità, in quanto i dati analizzati suggeriscono come gli adulti

siano orientati verso un modello di partecipazione che li impegna principalmente in funzione di *advocacy* dei bisogni e del punto di vista dei minori. Per contribuire a realizzare un modello differente, in cui la *protection* e la *provision* siano realizzate grazie alla partecipazione attiva di bambini e bambine, di ragazzi e ragazze, riconosciuti come agenti competenti, sembra sia necessario operare per creare due insiemi di condizioni: un primo insieme, orientato a promuovere un mutamento culturale che favorisca una rappresentazione di infanzia agenticata e non solo vulnerabile e bisognosa di protezione; un secondo insieme il quale, in sinergia con il precedente, permetta di creare quelle condizioni operative per la co-costruzione di un processo di divisione dei compiti e delle responsabilità davvero inclusivo e rispettoso delle differenze e delle competenze di ciascun bambino, bambina, ragazzo o ragazza.

Riferimenti bibliografici

- Backett-Milburn, K. (2000). Parents, children and the construction of the healthy body in middle-class families. In A. Prout & J. Campling (a cura di), *The body, childhood and society* (pp. 79–100). Macmillan.
- Christensen, P.H. (1998). Difference and Similarity: How Children's Competence is Constituted in Illness and Its Treatment. In J. Moran-Ellis & I. Hutchby (a cura di), *Children And Social Competence* (pp. 187–201). Routledge.
- Christensen, P.H. (2000). *Childhood and the Cultural Constitution of Vulnerable Bodies* (A. Prout & J. Campling, A c. Di; pp. 38–59). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1007/978-0-333-98363-8_3
- Clark, C.D. (2003). *In Sickness and in Play: Children Coping with Chronic Illness* (None ed. edition). Rutgers University Press.
- Diasio, N. (2006). Adultes et enfants entre pouvoir et insoumission. In R. Sirota (a cura di), *Éléments pour une sociologie de l'enfance* (pp. 245–254). Presses Universitaires de Rennes.
- Favretto, A.R., Fucci, S., & Zaltron, F. (2017). *Con gli occhi dei bambini. Come l'infanzia affronta la malattia*. Il Mulino.
- Favretto, A.R., & Zaltron, F. (2013). *Mamma, non mi sento tanto bene: La salute e la malattia nei saperi e nelle pratiche infantili*. Donzelli.
- Favretto, A.R., & Zaltron, F. (2014). Health in everyday life. The competences and autonomy of children and adolescents in treatment practices. *Italian Journal of Sociology of Education*, 6(3), 219–243. <https://doi.org/10.14658/pupj-ijse-2014-3-10>
- Mayall, B. (1996). *Children, health and the social order*. Open University Press.
- Mayall, B. (1998). Towards a Sociology of Child Health. *Sociology of Health & Illness*, 20(3), 269–288. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00102>
- Mayall, B. (2002). *Towards a sociology for childhood: Thinking from children's lives*. Open University Press.
- Memmi, D., Guillo, D., & Martin, O. (a cura di). (2009). *La tentation du corps: Corporéité et sciences sociales* (Vol. 9). Editions de l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Naldini, M., & Torriani, P.M. (2015). Una rivoluzione ancora in stallo? La divisione del lavoro domestico e di cura prima e dopo la nascita. In M. Naldini (a cura di), *La transizione alla genitorialità. Da coppie moderne a famiglie tradizionali* (pp. 61–86). Il Mulino.
- Olson, A.L., Seidler, A.B., Goodman, D., Gaelic, S., & Nordgren, R. (2004). School Professionals' Perceptions About the Impact of Chronic Illness in the Classroom. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(1), 53. <https://doi.org/10.1001/archpedi.158.1.53>

Prout, A., & Christensen, P.H. (1996). Hierarchies, Boundaries and Symbol: Medicine Use and the Cultural Performance of Childhood Sickness. In P. Bush, D. J. Trakas, E. J. Sanz, T. R. Wirsing, L. Vaskilampi, & A. Prout (a cura di), *Children Medicines and Culture* (pp. 31–50). Haworth Press.

Williams, C. (2000). Doing health, doing gender: Teenagers, diabetes and asthma. *Social science & medicine*, 50(3), 387–396. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00340-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00340-8)

9. Il “posto” della SiO: significati e pratiche nella quotidianità del fare scuola

di Roberta Bosisio, Giulia Maria Cavaletto, Federica Cornali, Manuela Olagnero e Giulia Storato

1. Nascita e diffusione della scuola in ospedale

Il diritto all’istruzione e il diritto alla salute sono diritti fondamentali formalmente riconosciuti a livello internazionale dalla Convenzione ONU del 1989 (artt. 24, 28 e 29), e a livello nazionale dalla Costituzione in cui si dichiara che salute e istruzione, in quanto diritti fondamentali, spettano incondizionatamente a tutte le persone, adulti, bambini, cittadini italiani e stranieri, indipendentemente - per questi ultimi - dal possesso di documenti che attestino la regolarità del soggiorno (artt. 32 e 34).

La Scuola in ospedale (Sio) e l’Istruzione domiciliare (Id) nascono in Italia, anche se non formalmente regolamentate, alla fine degli anni cinquanta proprio per garantire il diritto all’istruzione per le persone in età scolastica che per gravi motivi di salute sono costrette a lunghi periodi di ospedalizzazione (Kanizsa e Luciano, 2006). Col passare degli anni accanto agli obiettivi strettamente disciplinari, nella scuola in ospedale hanno trovato sempre più spazio i temi della continuità educativa e dell’inclusività. La scuola in ospedale, un tempo servizio autonomo distinto dalla scuola di provenienza dei bambini, oggi è infatti un servizio integrato nella scuola del territorio di provenienza dei suoi studenti-pazienti, al fine di contribuire, insieme all’ospedale, al loro benessere che non è riducibile alla sola salute fisica.

Sebbene il diritto alla salute e all’istruzione appaiano ad un primo sguardo come distinti e indipendenti, non è così. Come noto, nel corso del tempo, il concetto di *salute* è andato ampliandosi, non essendo più limitato all’*assenza di malattia* in quanto è da intendersi come uno «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale» (Organizzazione mondiale della sanità, 1946). Lo stato di *benessere* (o *stare bene*) include quindi l’equilibrio psico-emotivo che comporta la possibilità di svolgere le attività costitutive dell’identità individuale, permettendo di esprimere pienamente le proprie potenzialità e attitudini. Applicato ai bambini questo concetto include, almeno nei contesti occidentali, il godere di buona salute, frequentare la scuola, vivere in un contesto familiare accogliente e accudente, avere una rete amicale, “essere soddisfatti di ciò che si è e si fa” nonché avere progetti per il proprio futuro (Olagnero, 2016, p. 163).

Garantire continuità nella frequenza della scuola anche nella malattia significa quindi, oltre che riconoscere un diritto fondamentale, contribuire al mantenimento o raggiungimento del benessere delle persone di minore età, nella consapevolezza che si tratta di persone che attraversano una fase fondamentale dello sviluppo e del percorso di crescita.

Volgendo lo sguardo all’istruzione, anche il significato di quest’ultima è andato ampliandosi, per comprendere l’insieme delle azioni che contribuiscono “al pieno sviluppo della personalità umana e al rafforzamento del rispetto dei diritti umani e delle libertà fondamentali [promuovendo] la comprensione, la tolleranza, l’amicizia fra tutte le Nazioni, i gruppi razziali e religiosi [...] per il mantenimento della pace” (Nazioni Unite, 1948, articolo 26).

Nel caso di bambine, bambini e adolescenti con patologie croniche e gravi, il diritto all’istruzione comprende obiettivi di inclusione e partecipazione, che richiedono quanto più possibile la continuità delle relazioni con i compagni e gli insegnanti della classe e, più in generale, con la scuola di

appartenenza, e che si affiancano all'obiettivo di mantenimento delle occasioni di istruzione e formazione.

A livello europeo sono state prodotte carte e linee di indirizzo con la finalità di fornire raccomandazioni e indicazioni operative per l'implementazione del diritto all'istruzione per i bambini con rilevanti patologie¹⁴. L'Italia dispone in proposito di una normativa specifica mediante la quale istituisce servizi scolastici alternativi e complementari rispetto alla scuola del territorio per permettere ai bambini malati di non interrompere il percorso scolastico a causa dello stato di salute. Secondo la normativa, servizio sanitario e servizio scolastico devono congiuntamente prendere in carico il bambino malato per il quale è richiesta una degenza relativamente lunga o ripetuta sulla base del concetto di "alleanza terapeutica ed educativa". L'azione sanitaria ed educativa ruota dunque intorno al bambino-alunno-paziente che svolge un ruolo attivo nel percorso di cura. La scuola in ospedale oltre a permettere di non restare indietro contribuisce ad affrontare meglio il percorso terapeutico, favorendo una migliore adesione del bambino alle cure e al protocollo terapeutico. Dal momento che la partecipazione del paziente alle cure contribuisce alla loro maggiore efficacia, la scuola in ospedale si configura pertanto come particolarmente adatta, nel caso in cui il paziente è una persona di minore età, ad accompagnarlo nel percorso di cura, aiutandolo a comprendere la malattia e l'importanza della sua partecipazione nel percorso di cura (Catenazzo, 2021).

Con la Circolare ministeriale n. 345 del 1986, il Ministero dell'Istruzione istituisce le prime sezioni di scuola ospedaliera come sezioni distaccate della scuola del territorio, e nel 1998, con la Circolare ministeriale n. 353, la scuola in ospedale si trasforma in una "struttura scolastica reale ed organizzata". Si introducono aspetti quali la flessibilità organizzativa, la disponibilità di un organico specifico adeguatamente formato; si sancisce il rapporto con la scuola di provenienza e con le autorità sanitarie e si prevede lo stanziamento di risorse per i diversi livelli scolastici. Il raccordo con le istituzioni sanitarie viene sancito con il "Protocollo di Intesa per la tutela dei diritti alla salute, al gioco, all'istruzione ed al mantenimento delle relazioni affettive ed amicali dei cittadini di minore età malati" del 27 settembre 2000 (recepito dalla Circolare ministeriale n. 43 del 2001), secondo cui le attività didattiche sono parte integrante del processo curativo. Tale protocollo inoltre estende il servizio di scuola in ospedale a tutti gli ordini scolastici.

Gli elementi fondamentali relativi all'organizzazione dei servizi a garanzia del diritto all'istruzione in condizioni di malattia sono contenuti nelle linee guida ministeriali del 2019 (Decreto ministeriale n. 461) dal titolo "Linee di indirizzo nazionali sulla Scuola in ospedale (Sio) e l'Istruzione domiciliare (Id)".

Il Servizio di scuola in ospedale è svolto in sezioni dipendenti da istituzioni scolastiche statali collocate all'interno dell'ospedale, sulla base di specifiche convenzioni, mentre quello di istruzione domiciliare si rivolge agli studenti impossibilitati a frequentare la scuola per almeno trenta giorni, anche non continuativi.

Gli Uffici scolastici regionali (Usr) hanno invece il compito di individuare una *scuola-polo regionale*, a cui il Ministero dell'Istruzione trasferisce il finanziamento previsto per ogni Regione, e di creare una *rete di scopo* tra le scuole con sezioni ospedaliere. Inoltre, gli Usr promuovono gli accordi di programma interistituzionali volti ad assicurare i servizi di scuola in ospedale e di istruzione domiciliare, e forniscono il supporto organizzativo nonché il personale docente. Presso l'Ufficio scolastico regionale ha sede anche il Comitato tecnico regionale, presieduto dal direttore regionale (o da un suo delegato) e composto dal dirigente scolastico della scuola-polo, dai referenti dell'Usr, dal personale delle scuole ospedaliere presenti sul territorio e da altri soggetti istituzionali responsabili della promozione del benessere della persona.

¹⁴ Si vedano in proposito: la «Carta europea dei bambini degenti in ospedale» (Risoluzione del Parlamento europeo, 13 maggio 1986); la «Carta di Each» stilata nel 1988 dalla *European association for the children in hospital* (Each,); la «Carta di Hope» del 2000, a cura dell'*Hospital organisation of pedagogues in Europe* (Hope). Per approfondire si veda Favretto et al., 2018.

Le scuole e gli insegnanti sono naturalmente gli attori fondamentali per assicurare e gestire la presa in carico globale del bambino malato sia in ospedale sia a domicilio. Sono le scuole che, a partire dal progetto formativo predisposto dal Consiglio di classe di appartenenza del bambino e approvato dal Collegio dei docenti e dal Consiglio d'istituto, procedono a sottoporre la richiesta di attivazione dell'istruzione domiciliare al Comitato tecnico regionale che, una volta approvata, procederà all'assegnazione delle risorse necessari. Nel caso della scuola in ospedale, la presa in carico didattica dello studente è di competenza della sezione ospedaliera, il cui docente tiene traccia del percorso scolastico la cui documentazione è inoltrata al Consiglio di classe di appartenenza o all'atto delle dimissioni o al momento delle valutazioni periodiche e finali.

Nelle linee guida ministeriali si sottolinea il rapporto paritario fra scuola ospedaliera e scuola di appartenenza, che richiede una costante condivisione di informazioni. La scuola ospedaliera deve infatti operare in raccordo con la scuola di appartenenza e soprattutto con la classe dello studente paziente.

Per quanto riguarda i docenti, il loro reclutamento e la funzione variano a seconda che operino in ambito ospedaliero o domiciliare. Per accedere alle cattedre di insegnamento in ambito ospedaliero occorre dare la propria disponibilità presentando domanda di trasferimento. I docenti ospedalieri devono garantire flessibilità di orario, coerentemente con l'organizzazione del reparto e con i bisogni degli studenti pazienti. Tra i compiti del docente ospedaliero vi è l'accoglienza dello studente in ospedale, la contestuale presentazione del servizio scolastico ospedaliero e il coinvolgimento attivo della famiglia nel percorso. Per quanto concerne più strettamente l'attività d'insegnamento, in essa l'accento è posto sulla personalizzazione delle attività educative a partire dall'analisi dei bisogni educativi e d'istruzione del bambino, così come sul suo stato di salute, sul mantenimento del rapporto con la scuola territoriale di appartenenza, sulla predisposizione della documentazione relativa a tutte le attività educative svolte, nonché sulla gestione delle relazioni tra operatori scolastici e sanitari e tra questi e gli enti locali per i servizi complementari connessi alla "tutela della salute e del diritto allo studio" (Circolare ministeriale n. 108 del 2007).

Ad operare nel servizio di istruzione domiciliare sono invece gli insegnanti della classe di appartenenza della scuola territoriale. L'erogazione dell'istruzione domiciliare si configura come attività svolta in aggiunta a quella prevista dal normale servizio con l'erogazione di ore eccedenti il monte ore e con orario flessibile. Nel caso di loro indisponibilità, altri docenti disponibili della stessa scuola possono ricoprire l'incarico. Qualora anche questa opzione non sia praticabile il dirigente scolastico può individuare altri docenti, grazie anche alla collaborazione delle scuole con sezioni ospedaliere presenti nello stesso ambito territoriale, provinciale e regionale. Ai docenti ospedalieri e impegnati nell'istruzione domiciliare è richiesto di collaborare per pianificare le attività in caso di ricoveri o nei giorni di day hospital (dm 461/2019).

Le linee di indirizzo nazionali rappresentano dunque uno strumento operativo per garantire quanto più possibile l'uniformità delle procedure, nonché delineare le strategie didattiche per una presa in carico globale del bambino malato, che richiede la gestione congiunta da parte della scuola e dell'ospedale per assicurare al bambino la *continuità esistenziale*, indispensabile per favorire la fiducia nel futuro e la continuità del processo educativo (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, 2019).

Nel corso del tempo il numero di sezioni scolastiche ospedaliere è andato crescendo, parallelamente al numero di studenti e docenti in essa coinvolti nei diversi ordini e gradi di scuola. Purtroppo il Ministero dell'Istruzione non mette a disposizione i dati che raccoglie annualmente relativamente al numero di docenti e studenti impegnati nella scuola in ospedale e nell'istruzione domiciliare. Tali dati sono infatti ad uso interno per ragioni amministrativo-contabili legate all'erogazione delle risorse economiche per il funzionamento dei due servizi¹⁵. Sulla base di quanto disponibile, si evince che

¹⁵ I dati a livello nazionale sono tratti dalla relazione della dottoressa Maria Grazia Corradini, Ufficio IV - Direzione generale per lo studente, l'inclusione e l'orientamento scolastico - Ministero dell'Istruzione, presentata nel convegno conclusivo del progetto Clipso - Classi ibride per la scuola in ospedale, tenutosi il 16 dicembre 2021 presso il Palazzo

dall'anno scolastico 1999-2000 all'anno scolastico 2017-2018 si è passati da poco più di 17.000 studenti a 68.724. Contestualmente è cresciuto anche il numero dei docenti, arrivati a 1.671 nel 2004-2005 e attestatisi a 897 nel 2017-2018 (Aliberti, 2019). La pandemia ha segnato un rilevante calo del numero di studenti che nel 2019-2020 ammontano a 41.367 (Ministero dell'Istruzione, 2020), per scendere a 22.881 unità nel 2020-2021 (-45%). L'entità del calo varia tuttavia a livello regionale, a causa del diverso andamento della pandemia e delle scelte adottate dalle amministrazioni locali di sospendere o mantenere attivo il servizio.

Sempre nell'anno scolastico 2020-2021 il servizio di scuola in ospedale era attivo in 18 regioni con 255 sezioni ospedaliere in cui operavano 552 docenti a cattedre intere e 340 a cattedra parziale.

Pur nell'alveo delle linee di indirizzo nazionali, le esperienze della scuola in ospedale presentano delle differenze sia a livello regionale che locale, che sono da ricondurre alle diverse caratteristiche delle istituzioni scolastiche e sanitarie territoriali.

2. I contesti della ricerca sul campo

La parte di ricerca sulla scuola in ospedale è stata condotta in 4 strutture ospedaliere pediatriche: due in Piemonte: l'ospedale Regina Margherita di Torino e l'ospedale Cesare Arrigo di Alessandria, e due in Liguria e Toscana, rispettivamente l'Ospedale Gaslini di Genova e l'ospedale Meyer di Firenze.

Mentre i primi tre contesti sono collocati in capoluoghi di regione, sono di rilevanti dimensioni e sono strutture pediatriche di riferimento a livello nazionale, il Cesare Arrigo è più contenuto per dimensioni e reparti, e presenta inoltre altre specificità rispetto alle patologie trattate, nonché per l'organizzazione interna.

Per il fatto di essere strutture ampie e maggiormente accreditate sul territorio nazionale per specializzazione e protocolli terapeutici più avanzati e ospitando quindi un elevato numero di pazienti, la scuola in ospedale nelle prime tre sedi è quindi più strutturata, come vedremo.

Il Regina Margherita di Torino. Al Dipartimento Patologia e Cura del Bambino "Regina Margherita" dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino (da qui in poi Regina Margherita), ospedale pediatrico universitario d'eccellenza a livello nazionale ed internazionale, sono trattate gran parte delle patologie dell'età pediatrica¹⁶. I posti letto sono 263, di cui 65 diurni¹⁷. L'ospedale ha una lunga tradizione di scuola in ospedale, e il suo servizio scolastico ospedaliero è il più completo di tutto il Piemonte, con al suo interno sezioni ospedaliere di ogni ordine e grado e un corpo docente molto consistente, pari a 38 docenti tra i quali i referenti per ciascun grado di scuola¹⁸. Il personale sanitario riconosce il ruolo dei docenti ospedalieri e della scuola in ospedale. Si presta particolare attenzione nell'individuare gli orari per fare scuola in modo che non si sovrappongano alle attività cliniche ordinarie così come alle attività dei volontari e degli educatori; sono inoltre presenti mediatori culturali a supporto degli insegnanti con pazienti e/o familiari stranieri o di origine straniera e coinvolti in progetti di scambio sanitario con altri paesi. Non sono previsti spazi specifici per la scuola perché questa si svolge nelle stanze dei pazienti in modalità uno a uno.

Il "Cesare Arrigo" di Alessandria. L'A.O.SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria (da qui in poi Cesare Arrigo) è il contesto di dimensioni più contenute. Pur essendo una struttura pediatrica specialistica, il Cesare Arrigo è di fatto specializzato in patologie croniche e neuropsichiatriche. Per numerose patologie pediatriche dunque, come quelle oncematologiche, i

della Borsa di Genova. La registrazione dell'evento è disponibile qui: <https://www.progetto-clippo.it/local/staticpage/view.php?page=evento-conclusivo>.

¹⁶ <https://www.cittadellasalute.to/> (consultato il 14/08/2022 h. 10:25)

¹⁷ Dati forniti direttamente dal Centro coordinatore

¹⁸ Rielaborazione Autrici su dati [HOME » Scuola in Ospedale \(miur.gov.it\)](https://www.miur.gov.it) (consultato il 10/08/22 h 16:30)

bambini pazienti vengono trasferiti al Regina Margherita. Al Cesare Arrigo i posti letto sono 83, di cui 14 diurni¹⁹, e le patologie trattate sono prevalentemente quelle croniche e neuropsichiatriche. Le caratteristiche di tali patologie non si combinano con degenze di lungo periodo. Per tale ragione, il servizio della scuola in ospedale, presente da più di 30 anni, ha caratteristiche peculiari fungendo quasi esclusivamente di supporto alle scuole territoriali di appartenenza dei pazienti.

Il “Gaslini” di Genova. L’IPRCCS Giannina Gaslini di Genova (da qui in poi Gaslini) è un policlinico universitario in cui sono presenti tutte le specialità pediatriche e chirurgiche²⁰. L’ospedale Gaslini vanta una vocazione nazionale e internazionale. Oltre il 40% dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali annuali si rivolgono infatti a persone di minore età che risiedono in altre regioni italiane e in 70 paesi del mondo. La struttura dispone di 328 posti letto per degenza ordinaria²¹. Presso il Gaslini è dislocato l’intero servizio scolastico ospedaliero della regione. Nella scuola in ospedale sono impegnati 47 docenti di ogni ordine e grado scolastico.

Il “Meyer” di Firenze. L’Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer di Firenze (da qui in poi Meyer) situata nel territorio di una delle unità di ricerca PRIN - che vi ha condotto la ricerca sul campo - presenta delle peculiarità per quanto concerne sia la struttura ospedaliera sia la scuola in ospedale. Come il Regina Margherita e il Gaslini, anche il Meyer è un ospedale universitario e di ricerca nel quale sono presenti tutte le specialità mediche e chirurgiche. Si tratta di una struttura di rilevanti dimensioni, a vocazione regionale e territoriale, che ospita 250 posti letto multi-specialistici e conta alcuni centri di eccellenza²². Dalle informazioni presenti sul sito del Miur dedicato alla scuola in ospedale²³, il servizio scolastico ospedaliero del Meyer sembrerebbe essere presente solo per la scuola primaria, con 4 insegnanti dedicati. L’esperienza di ricerca ha invece evidenziato come la scuola in ospedale del Meyer includa tutti gli ordini di scuola, fatta eccezione per la scuola dell’infanzia, in cui sono coinvolti complessivamente 12 docenti.

La normativa sopra illustrata che istituisce la scuola all’interno delle strutture sanitarie pediatriche e che ne definisce i criteri di funzionamento, non ha la facoltà di conferire ad essa anche visibilità e riconoscibilità. Le norme creano le condizioni disponenti, ma è la loro implementazione, insieme alle pratiche sociali e le interazioni tra gli attori coinvolti, a trasformare la SiO in un soggetto sociale. Il mero esame delle norme infatti non permette di rispondere a interrogativi cruciali, quali ad esempio: come si fa scuola fuori dagli spazi e dai luoghi ad essa deputati? Quale margine di partecipazione e agency hanno i bambini pazienti in tale particolare scuola? Come si conciliano i diritti all’istruzione, alla salute e alla partecipazione dei bambini-studenti-pazienti?

Analizzando le attività e gli spazi, in cui si prende forma la SiO, nonché gli attori e i loro ruoli, è possibile comprendere come i bambini costruiscano nuove quotidianità e le significhino. Inoltre è possibile leggere le loro transizioni biografiche, sia quelle ampie sia quelle micro che connotano l’accidentato percorso tra salute e malattia. L’attenzione è quindi rivolta primariamente a come i bambini mantengano, nella malattia, un orientamento al futuro e la capacità di agency, nonché al posto che la scuola ospedaliera occupa in questo processo. In questo senso, lo sguardo non è rivolto solo alle esperienze del “paziente-alunno”, ma anche a quelle di tutti gli altri attori coinvolti.

¹⁹ [Home | Azienda Ospedaliera Nazionale SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo Alessandria \(ospedale.al.it\)](#) (accesso il 09/08/2022 h. 10:20)

²⁰ [Istituzione | GASLINI](#) (consultato il 17/08/22 h: 13:00)

²¹ Rielaborazione delle autrici su dati [HOME » Scuola in Ospedale \(miur.gov.it\)](#) (consultato il 10/08/22 h 16:30)

²² [PRESENTAZIONE - Meyer - Azienda Ospedaliero Universitaria](#) (accesso il 17/08/22 h. 14:00)

²³ <https://www.miur.gov.it/scuola-in-ospedale-e-istruzione-domiciliare>

Per operare e perseguire gli obiettivi ad essa assegnati la SiO deve in primo luogo essere riconosciuta, dagli adulti significativi per i bambini e dai professionisti della cura, come parte integrante del programma terapeutico. Questi attori, infatti, descrivono, assieme ai bambini, modi possibili di “fare scuola” e di “fare ospedale” (Catenazzo, 2019).

In questo scenario tuttavia i rischi per la SiO sono numerosi. La presa in carico globale — che unisce agli aspetti sanitari, psicologici, emotivi, cognitivi la partecipazione attiva dei bambini al processo di cura ed educativo e il riconoscimento delle loro competenze come attori sociali e non semplici destinatari di interventi terapeutici - può essere messa in discussione, soprattutto dal personale sanitario (Coyne, 2006), facendo virare quel percorso sia verso paradigmi bio-medici di cura sia verso rappresentazioni adultocentriche di infanzia.

A partire da queste premesse, in questo capitolo si ricostruiranno i significati e le pratiche della SiO emersi nei diversi contesti ospedalieri coinvolti nella ricerca, attraverso la raccolta di descrizioni, opinioni e percezioni sia dei bambini coinvolti in questa esperienza sia degli attori adulti (docenti ospedalieri, genitori, personale sanitario, mediatori). Si presenteranno dati di tipo narrativo, derivanti, per quanto riguarda gli adulti, da interviste e, per quanto riguarda i bambini, da attività strutturate proposte dalle ricercatrici e realizzate dai bambini-pazienti all'interno di diversi orizzonti spaziotemporali (scolastici ed extrascolastici). Nell'esposizione si procederà dando voce di volta in volta ai vari attori trasversalmente ai contesti considerati nella ricerca. In particolare nel paragrafo 2.2 si descriveranno le caratteristiche principali della SiO così come vengono descritte dai partecipanti alla ricerca, confrontandole con quelle della scuola ordinaria. Nel paragrafo 2.3 si delineaerà “il posto” che la scuola in ospedale riesce a costruirsi nel rapporto con le altre due istituzioni con cui entra maggiormente in relazione, ovvero la struttura ospedaliera e la scuola territoriale. Nel paragrafo 2.4 si descriverà invece il “posto” che viene riconosciuto alla scuola ospedaliera nei processi di costruzione dell'identità e della partecipazione dei bambini, attraverso le loro stesse espressioni in parole e immagini e le rappresentazioni che restituiscono di essa gli adulti con cui i bambini entrano in relazione durante l'ospedalizzazione.

3. La scuola in ospedale: un “mondo a rovescio”

Come ampiamente descritto nel capitolo precedente, la SiO per suo statuto si esprime e letteralmente “si fa” nel rapporto sia con l'istituzione scolastica, a cui afferisce direttamente, sia con la struttura ospedaliera, dove si contestualizza e viene praticata. Anche per queste caratteristiche, la SiO viene innanzitutto rappresentata dai diversi partecipanti come un “mondo a rovescio” rispetto alle pratiche e alle interazioni che solitamente caratterizzano il “fare scuola” (Carenzio et al. 2016). In essa infatti prevale la dimensione del “diritto/scelta” del bambino di partecipare (quando, quanto e come) in base alle sue mutevoli e spesso imprevedibili condizioni di salute, rispetto a quella del “diritto/dovere” che invece qualifica la scuola come comunemente intesa. Questa sua maggiore flessibilità si traduce e materializza negli spazi fisici che essa riesce a ritagliarsi all'interno della struttura ospedaliera. Se la scuola ordinaria è un luogo fisico presso il quale occorre recarsi, la SiO è spesso “consegnata” al capezzale del bambino malato. Anche se in alcuni presidi può avere una stanza dedicata, è infatti spesso l'insegnante a raggiungere il suo studente ovunque si trovi: peculiarità questa che viene riconosciuta sia dai docenti sia dagli studenti, trasversalmente a tutti i contesti analizzati.

Ad un allargamento e dilatazione nello spazio, corrisponde poi spesso un restringimento nel tempo. Alla SiO è infatti spesso chiesto un adattamento su tempi, orari e modalità di svolgimento delle sue

attività - cede infatti il passo ai tempi e alle esigenze dell'ospedale, poiché le cure e i trattamenti hanno sempre la precedenza - a differenza della scuola ordinaria che con i suoi orari e il suo calendario determina e regola le attività dei bambini e delle loro famiglie.

Il variare di tempi e spazi impone quindi alla SiO un alto livello di personalizzazione. Essa, infatti, è per lo più realizzata in una dimensione di contatto uno-a-uno, a differenza delle pratiche spesso standardizzate delle burocrazie scolastiche. La relazione uno-a-uno è riconosciuta come il più grande punto di forza della SiO da parte dei bambini, ma anche come il suo più grande limite. L'assenza della classe e dei compagni, infatti, viene infatti spesso identificato come il nodo più problematico del fare scuola in ospedale:

La cosa che mi piace di più è che c'è la maestra solo per me che mi dà più attenzioni e se non ho capito qualcosa me lo rispiega. Non mi piace invece che non ci siano i miei compagni, non si facciano le gite, le uscite al campo sportivo e l'intervallo (Narrazione studente, Gaslini)

La scuola in ospedale è un bel modo di fare scuola, la cosa speciale è che tutti mi danno tanta attenzione per aiutarti a capire bene [...] Mi piacerebbe trovare la stessa attenzione anche nella scuola tradizionale, dove andrò da settembre (Narrazione studente, Meyer)

Come si evince dagli estratti, le opinioni degli studenti e delle studentesse sulle modalità del fare scuola in ospedale rappresentano non solo una prova delle presenze/assenze – o, per meglio dire, dei punti di forza e di debolezza – che la contraddistingue, ma anche una cartina di tornasole per l'identificazione di quelli che possono rappresentare i limiti della scuola ordinaria, dove la dimensione della cura e dell'attenzione al singolo sembra essere spesso lacunosa. Quest'ultima infatti è riconosciuta dai bambini con più frequenza come luogo fondamentale per la costruzione di relazioni e culture tra pari (Corsaro, 2003) e meno invece come luogo di costruzione di apprendimenti significativi, soprattutto attraverso il suo porsi come una comunità di cura con al centro la figura del docente (Tarabini, 2021). Infine la SiO ha un rapporto molto stretto con i genitori con cui, a differenza della scuola ordinaria, ha una vicinanza quotidiana. I genitori, infatti, sono spesso presenti durante le ore di scuola di ospedale. Questo implica per i docenti ospedalieri un lavoro di negoziazione per ottenere quella delega alla “presa in carico” dei loro figli, che nella scuola territoriale viene invece spesso considerata implicita:

Io incontro solo la maestra, in presenza della mamma o del papà. Durante le lezioni non incontro le Associazioni, i clown (che non sopporto), i compagni (Narrazione studente, Gaslini)

Se ad esempio vediamo che un genitore è continuamente a chiedere al bambino: “Hai fame? Hai sete? Vuoi bere? Hai male?”. Nel momento in cui noi ci avviciniamo, magari dopo 5 minuti diciamo al bambino: “hai voglia di bere qualcosa? Hai sete?”. Ripetiamo un po', no?, quello che ha detto il genitore» (Intervista docente, Regina Margherita).

Ne consegue che in ospedale, a volte, i genitori creano un rapporto di fiducia con gli insegnanti che, con la loro attenzione e attività, contribuiscono ad alleggerire il loro carico. Il servizio di scuola in ospedale si può porre quindi anche come un servizio che sostiene l'intero nucleo familiare:

Io [quando c'era l'insegnante] avevo la possibilità almeno di andare a far le scale, giusto per non stare sempre in reparto, giusto per scaricare un po' la tensione perché comunque quella c'è sempre [...] e in tutte quelle, magari stavo fuori mezz'ora dalla stanza, così» (Intervista Genitore, Regina Margherita).

Le principali differenze tra scuola territoriale e scuola in ospedale fin qui delineate sono riassunte nella tabella che segue:

Tab.1. Caratteristiche della scuola territoriale e della scuola in ospedale

Scuola territoriale	Scuola in ospedale
È un diritto e un dovere (gli insegnanti prendono nota delle assenze)	È un diritto e una scelta (gli insegnanti prendono nota delle presenze)
Lo studente va a scuola	La scuola va dallo studente
I tempi della scuola sono definiti rigidamente (orario)	I tempi della scuola sono costruiti attorno a quelli dei trattamenti e delle cure
Gli studenti interagiscono con l'insegnante e i pari	Gli studenti interagiscono prevalentemente con l'insegnante
I confini tra scuola e famiglia sono definiti (incontri settimanali, riunioni, comunicazioni sul diario)	I confini tra scuola e famiglia sono laschi (spesso genitori compresenti durante la scuola)

Le peculiari caratteristiche della SiO inevitabilmente condizionano la relazione che quest'ultima intrattiene con gli studenti e le loro famiglie, ma anche con la scuola ordinaria a cui afferisce, nonché con le altre figure significative (in primis il personale medico e infermieristico, ma anche assistenti sociali, psicologi, mediatori culturali e linguistici, ecc.).

4. Il “posto” della SiO nel rapporto con la struttura ospedaliera e la scuola territoriale

Date queste premesse, la SiO si configura come un servizio ad elevata flessibilità i cui insegnanti devono attingere ad un vasto catalogo di competenze e risorse di tipo emotivo. Essi devono far propria una sicurezza nello svolgimento del proprio ruolo rispetto alla comunità professionale degli specialisti della salute, ma anche rispetto alla comunità professionale di appartenenza che spesso misconosce le attività che si svolgono nelle “sezioni ospedaliere”.

Se lei chiede: “che cosa sai della scuola in ospedale?”, fa questa domanda ad un qualsiasi insegnante [questo] rimane a bocca aperta, non sa rispondere perché effettivamente la realtà della scuola in ospedale non è conosciuta all'interno della scuola italiana, capisce? (Intervista docente ospedaliero, Regina Margherita)

La SiO è una scuola diversa, un mondo capovolto come si è detto, dove sono gli attori sociali che interagiscono con essa a riconoscerla e a garantirle un ruolo. L'ospedale è infatti un'organizzazione complessa nella quale “fare posto”, collaborare con un'altra organizzazione, altrettanto complessa ed esterna all'ambito sanitario come la scuola, non è semplice. Un ospedale pediatrico non fa eccezione. Eppure, la scuola dentro gli ospedali pediatrici esiste e sembra godere di un riconoscimento a livello istituzionale. Tuttavia, dalle narrazioni dei partecipanti alla ricerca, non sempre questo si traduce in pratica:

Ma se ne parla tanto della scuola come cura, [...] nei miei reparti al Gaslini e ai convegni ne sento parlare tantissimo [...]. E però devo dire che solo in alcuni casi ho sentito questa... così questa condivisione da parte del personale. (Intervista docente ospedaliero, Gaslini)

Dalle parole del docente qui sopra riportate emerge infatti un divario tra la rappresentazione socialmente condivisa e veicolata, anche nelle occasioni istituzionali, in merito al posto della scuola in ospedale e le pratiche quotidiane fatte di relazioni tra professioni. Al di là della norma, quindi, che non soltanto autorizza, ma anzi incoraggia la creazione di sezioni ospedaliere per i diversi ordini e gradi di scuola, gli ospedali possono o accettare la scuola come una inevitabile necessità all'interno dei propri spazi, o valutarla come una risorsa complementare nei percorsi di cura. La dimensione organizzativa quindi mette in tensione la struttura pediatrica e la scuola ospedaliera che si svolge al suo interno.

Nella definizione del “posto della scuola” dentro l'ospedale entrano pertanto in gioco diversi fattori. Un primo elemento è la presenza di équipe multi-professionali, di cui gli insegnanti possono diventare una componente a pieno titolo. Un secondo riguarda le modalità con cui ufficialmente la SiO viene presentata alle famiglie, nonché la delega di tale presentazione a quale categoria di soggetti (medici, insegnanti, psicologi, ecc.). Un ultimo fattore si focalizza sulla delimitazione dei confini e delle priorità degli interventi professionali, osservabile attraverso la modulazione dei tempi di cura e di scuola e il “cedere il passo” da parte degli uni o degli altri in base alle circostanze (Filippazzi, 2004, Olagnero e Storato, 2021).

A segnare la differenza dell'effettiva integrazione della SiO sono inoltre le specificità dei diversi contesti. A scopo illustrativo poniamo agli estremi del continuum dell'integrazione l'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino e l'Ospedale Cesare Arrigo di Alessandria. Nel primo contesto sembrano essersi create condizioni ottimali di comunicazione, in coordinamento regolare con il personale sanitario e lo staff psicologico, attraverso periodiche riunioni di équipe o momenti di allineamento.

Sì, da subito noi cerchiamo di illustrare quella che è l'esperienza della scuola in ospedale, facendo presente che si tratta di scuola statale a tutti gli effetti, quindi abbiamo la possibilità e in alcuni casi la necessità di attribuire le valutazioni (Intervista docente ospedaliero, Regina Margherita).

Nella struttura pediatrica torinese la scuola in ospedale è presente in tutti i reparti pediatrici (oncoematologia, pneumologia, trapianti, psichiatria, nefrologia) nei quali sono previste degenze medie (alcuni mesi) e anche molto lunghe (fino a 2 anni) o ricorrenti nel corso del mese. Va comunque precisato che sono oncoematologia e pneumologia i reparti maggiormente interessati al servizio, proprio a causa delle degenze particolarmente lunghe dei ricoverati:

L'organizzazione è completamente diversa, perché mentre nelle brevi e medie degenze diventa quasi un supporto – non mi piace usare la parola sostegno – ma diciamo un supporto in quello che è svolgere i compiti, seguirlo in qualche argomento che non è chiaro; invece quando si tratta di avere una lunga degenza, significa mantenere costantemente i rapporti con la scuola di appartenenza perché significa co-progettare insieme quello che è l'intervento didattico, magari,

lì è molto soggettivo dipende dai docenti, strutturare insieme delle verifiche e di conseguenza delle valutazioni (Intervista docente ospedaliero, Regina Margherita).

Nel secondo contesto - caso peraltro particolare per la quasi esclusiva fruizione della scuola ospedaliera da parte dei ricoverati del reparto neuropsichiatrico e per le degenze negli altri reparti caratterizzate da frequente ricorsività e per periodi relativamente brevi — la scuola sembra qualificarsi a tutti gli effetti come “invitata”. Ne risulta che al Cesare Arrigo, l’investimento da parte dell’organizzazione sanitaria sulla SiO pare essere molto limitato: non vi è riconoscimento dei suoi diversi gradi (infanzia, primaria, secondaria di I° e II°) e i pazienti svolgono l’attività scolastica tutti insieme in uno spazio dedicato, indipendentemente dalla loro età. Vi è un unico docente con un evidente sovraccarico organizzativo e gestionale. La presenza di un solo docente non prevede inoltre una vera e propria istituzione di una figura referente e di coordinamento degli insegnanti ospedalieri, altro elemento cruciale per la costruzione della reputazione e del posto della scuola dentro una struttura ospedaliera.

Da quello che ho potuto vedere io nel mio piccolo, questa scuola non era molto al centro - ecco - dell'ospedale in sé (Intervista docente ospedaliero, Cesare Arrigo)

Io ho avuto a che fare con bambini che partivano dai 12 anni fino ai 17, quindi comunque lo sbalzo di età è molto, molto evidente [...] Quindi la situazione viene gestita un po' a livello generico, quindi con tutti i ragazzi tutti insieme e cercando di fare delle attività magari sempre ricreative però in base all'età: quindi il diciassettenne non fa la cosa che fa il dodicenne (Intervista docente ospedaliero, Cesare Arrigo)

Gli altri due contesti analizzati nella ricerca, il Meyer e il Gaslini, condividono un approccio che sembra da un lato enfatizzare un’adesione “di principio” da parte dell’istituzione sanitaria alle attività della SiO e dall’altro mostrare una scarsa applicazione del modello di cura multidimensionale in cui gli aspetti educativi abbiano un posto veramente di rilievo.

Se ho il nulla osta da parte della caposala, a volte vengo introdotta in alcuni reparti dall'insegnante dell'infanzia che magari conosce già il ragazzino e quindi dice vieni, te lo presento, eccetera o se no faccio da sola: entro nella stanza, busso, mi presento (Intervista docente ospedaliero, Gaslini)

Ecco [...] siamo noi che ci affacciamo in camera e [...] come dico io, e quindi ci proponiamo (Intervista docente ospedaliero, Meyer)

Però di fatto non è che ci sia una presentazione ufficiale della scuola in ospedale, cioè tu come insegnante al mattino o quando arrivi prendi un registro sui degenti e chiedi alla caposala cosa devi fare e cosa puoi fare (Intervista docente ospedaliero, Gaslini)

Al di là delle differenze evidenziate tra i contesti di ricerca, in tutti emerge la consapevolezza degli insegnanti della loro limitata autonomia di azione. Essi ribadiscono la necessità di entrare in punta di piedi nelle stanze, nei reparti e in generale nel contesto sanitario. Questa è una cautela dovuta, in rispetto alla situazione dei degenti, ma deriva anche dalla percezione di essere come degli “invitati” all’interno di una struttura sanitaria (“Noi lì siamo degli ospiti”, Intervista docente ospedaliero, Regina Margherita).

Se tutto il personale, a partire dal coordinatore dei servizi infermieristici, ai medici, agli infermieri e alle OSS hanno ben chiaro chi è l'insegnante ospedaliera [...] non devi chiedere il permesso tutte le volte, tu quando ormai conosci il reparto sai bene come muoverti, però non devi perdere di vista le regole, perché non è una scuola (Intervista docente ospedaliero, Regina Margherita)

Un'altra costante è che in tutti i contesti si rileva l'assenza di una procedura standardizzata per presentare le attività scolastiche alle famiglie e ai bambini pazienti. In alcune strutture ospedaliere, come quella ligure e toscana, la scuola in ospedale presenta bassi livelli di coordinamento con il personale sanitario e la responsabilità di come essa viene presentata, gestita e organizzata è in capo al singolo docente ospedaliero; altrove, come accade nell'ospedale torinese, l'insegnante entra solo a seguito della presentazione da parte del personale sanitario del quadro clinico:

Però di fatto non è che ci sia una presentazione ufficiale della scuola in ospedale, cioè tu come insegnante, al mattino o quando arrivi, prendi un registro sui degenti e chiedi alla caposala cosa devi fare e cosa puoi fare (Intervista docente ospedaliero, Gaslini)

Noi vediamo, passando per i corridoi, che compaiono dei nomi con un'età che potrebbe essere quella nostra, però noi non ci affacciamo alle loro camere finché non è stata fatta loro la comunicazione diagnosi e finché non siamo autorizzati, diciamo, ad incontrarli; quindi noi, quando li incontriamo, li incontriamo che loro hanno già un quadro della loro vita, no?» (Intervista docente ospedaliero, Regina Margherita)

Questa eterogeneità si riflette anche nelle parole dei bambini che talvolta sono i primi a non accogliere di buon grado la presenza della scuola. Influenzati anche dall'esperienza scolastica maturata prima dell'insorgere della malattia, i bambini possono percepire la SiO come un ulteriore "carico": impressione questa che però cede presto il passo dapprima ad una accettazione e poi ad un vero e proprio entusiasmo legato ad un modo di fare scuola che al contempo riempie il tempo ospedaliero e offre un'opportunità di coltivare i propri progetti per il futuro:

L'ho saputo grazie alle infermiere, ai dottori e ai volantini e poi un giorno è arrivata la maestra (nome) in Trapianto a presentarsi. Ho pensato: "Che noia! La scuola anche qui!" Ma soprattutto mi sono chiesto quanto tempo si sarebbe fermata, poi la maestra mi ha spiegato delle cose di grammatica in modo semplice, io le ho capite e mi è piaciuto perché non mi sono stancato (Narrazione studente, Gaslini)

Ho iniziato la mia scuola in ospedale ad ottobre. I dottori mi hanno detto che c'era la scuola e mi hanno presentato le maestre. Quando le ho viste ho pensato, ero felice perché potevo recuperare l'anno di scuola (Narrazione studente, Regina Margherita)

Già dal suo esordio nella nuova routine dei bambini pazienti quindi, la scuola è il risultato di relazioni e posizionamenti, che sembrano essere condizionati dal grado di priorità ad essa attribuito dal personale sanitario e dall'esperienza e grado di legittimità che i docenti si auto-riconoscono all'interno del sistema sanitario, ma anche – come vedremo più dettagliatamente nel paragrafo che segue – dal grado di riconoscimento che i bambini intendono accordarle.

La specificità della SiO ha poi un forte impatto sulla professionalità del ruolo docente: svolgere un incarico al di fuori dei luoghi tradizionalmente previsti modifica profondamente i rituali dell'interazione con altri attori sociali e richiede una rimodulazione del proprio agire professionale (Capurso e Vacchini, 2010). Esiste indubbiamente una variabilità riconducibile sia al reparto (alle patologie trattate, alla loro gravità, alla durata del ricovero e al tipo di trattamenti cui i piccoli pazienti devono essere sottoposti) sia al modo in cui gli insegnanti stessi si pongono all'interno dell'ambiente sanitario.

La figura del docente all'interno dell'ospedale è molto marginale rispetto ad altre figure professionali che ci sono e anzi ho trovato una situazione abbastanza, boh, che mi ha un po' disorientato perché pensavo che, per come mi era stata presentata dalla scuola, probabilmente perché non sono magari a conoscenza di determinate situazioni, la scuola all'interno dell'ospedale è stata molto marginale e lasciata anche un po' andare, per passare il termine, ecco quindi lasciata un po' a sé (Intervista docente ospedaliero, Cesare Arrigo)

Non tutte le descrizioni restituiscono questa marginalità. I docenti ospedalieri intervistati si autodefiniscono e posizionano con modalità molto diverse che dipendono senz'altro dai contesti organizzativi ma anche dalle specificità dei diversi profili professionali con cui si trovano ad interagire, che può assumere i tratti della dipendenza/subalternità, ma anche della collaborazione. Dalle interviste, in diversi contesti emerge che generalmente gli insegnanti ospedalieri instaurano una buona relazione con lo staff psicologico: “Le psicologhe sono uno dei nostri tramite principali” (Intervista docente ospedaliero, Meyer); “Tra scuola e psico-oncologhe c'è molto dialogo” (Intervista docente ospedaliero, Regina Margherita).

Un “posto” importante è riconosciuto dagli insegnanti agli psicologi; questi ultimi infatti avrebbero maggior consapevolezza del ruolo della SiO nel processo terapeutico e una conoscenza profonda del singolo caso dal punto di vista clinico, relazionale ed emotivo. Essi, secondo le parole di un docente, rappresentano uno dei “tramite principali” perché segnalano e propongono ai bambini le attività della SiO.

Tra scuola e psico-oncologhe c'è molto dialogo, nel senso che loro ci tengono al corrente di ogni bambino, così come noi le teniamo al corrente, va bene? [...] È normale che magari i dottori, nel senso generico, ci sono chi più chi meno, diciamo, però è normale che loro devono fare il loro percorso medico quindi ben poco gli interessa del percorso scolastico che devono fare, che fanno i bambini capisce? (Intervista docente ospedaliero, Regina Margherita)

Se il riconoscimento professionale dell'insegnante e l'attribuzione di senso alla scuola dentro l'ospedale da parte dello staff psicologico pare elevato, questo non si osserva in generale per quanto riguarda gli altri operatori sanitari, con i quali non sembrano essere presenti interazioni significative. Ciò emerge anche dalle parole del personale sanitario:

Ovviamente con gli insegnanti anche noi interagiamo, non a stretto contatto così come con gli altri operatori, ma ci capita a volte di confrontarci con loro (Intervista Infermiera ospedale, Regina Margherita)

Allora io devo dire che non ho ... grossi rapporti diretti con questa istituzione, nel senso che è una cosa che va molto per un binario a sé stante e su cui noi medici non abbiamo nessun tipo di giurisdizione (Intervista medico ospedale, Gaslini)

Va detto tuttavia che in altri casi il rapporto tra docenti, operatori sanitari e altre professionalità all'interno dell'ospedale è sinergico e il ruolo della scuola in ospedale è riconosciuto, più che a livello declaratorio, nelle micro-pratiche quotidiane dei diversi attori:

Io da sempre e da subito ho trovato ascolto, disponibilità e rispetto dei ruoli reciproci. Perciò ho trovato medici, infermieri che se mi trovano a lavorare, se non è il momento, escono e quindi cambiano la loro organizzazione perché si sta facendo scuola. Oppure medici che si confrontano con me, medici, equipe, psicologi; io qui ho a disposizione di tutto, e trovo che tutti loro siano indispensabili per me per comprendere (Intervista docente ospedaliero, Meyer)

La SiO interagisce inoltre con figure che operano in ospedale svolgendo ruoli non sanitari, in particolare i mediatori culturali. Pur essendo presenti in tre dei quattro contesti (all'Ospedale Cesare Arrigo di Alessandria ci si affida ad una mediazione telefonica), il loro grado di coinvolgimento nel servizio di scuola in ospedale, e nel più generale servizio sanitario, è molto eterogeneo. Innanzitutto è da puntualizzare che si tratta per lo più di attività di traduzione anziché di mediazione culturale. Stante questa premessa generale, all'ospedale Regina Margherita sono presenti mediatori a chiamata (in passato il servizio era invece strutturato e costante) utilizzati a supporto di medici e docenti per i bambini inclusi in programmi di scambio con altri paesi: Sud America, Est Europa, Russia e qualche paese africano sono le provenienze prevalenti per patologie che non possono essere trattate adeguatamente nei paesi di provenienza e che vengono gestite attraverso programmi di scambio. Il rapporto quindi tra mediatori e insegnanti è di piena collaborazione. Il servizio di traduzione-mediazione è utile per facilitare l'apprendimento in caso di degenze lunghe, ma è anche uno strumento per attivare la comunicazione con bambini e famiglie e mettere queste ultime in condizione di comprendere diagnosi, protocolli terapeutici, interventi sanitari e di altro tipo.

Soprattutto con i ragazzi delle medie, delle superiori spesso ci troviamo a cercare di tradurre il programma che hanno nel paese di origine e cercare di trovare un modo qua per adeguare il programma al loro, almeno nelle materie maggiori; per i più piccini di meno perché comunque si parla di solito della prima alfabetizzazione, operazioni matematiche e così via [...] noi cerchiamo di vedere che cosa si può svolgere all'ospedale o che cosa magari noi stessi possiamo, tra di noi chi è forte in lingua piuttosto che in matematica, piuttosto che in altre materie come possiamo appoggiarli allo studio (Intervista mediatore culturale, Regina Margherita).

gli insegnanti che vengono in ospedale sono semplici insegnanti delle scuole lì in vicinanza, sono sempre molto comprensivi, disponibili, molto gentili, cioè molto positivi e quindi per questi pazienti è una cosa molto positiva in senso che ricevendo energia positiva da questo incontro, perché gli viene spiegato le cose con calma, con pazienza, con tutto ciò che necessita questa situazione e allora è sempre una cosa positiva, e i bambini ovviamente apprendono la lingua, apprendono il disegno (Intervista mediatore culturale, Regina Margherita)

Gli stralci sopra riportati mostrano come nel contesto torinese i mediatori culturali conoscano bene la realtà della scuola in ospedale e interagiscono con i docenti e le famiglie in merito a questioni scolastiche. Ciò è con buona probabilità favorito anche dal fatto che sono tutti afferenti alla medesima associazione e area territoriale. Altrove non è così; nel contesto genovese, ad esempio, gli insegnanti riferiscono di non aver mai avuto opportunità di collaborare con i mediatori culturali.

In generale, pur con qualche eccezione, dalle voci dei mediatori emerge come alla marginalità che la scuola può assumere talvolta nelle routine ospedaliere si sommi un'ulteriore marginalità sofferta da alcuni suoi studenti, nello specifico quelli stranieri o di origine migrante che, non potendo usufruire di un servizio di mediazione, non sempre godono appieno dei benefici derivanti dall'attività scolastica.

Infine, anche i genitori, in quanto “partner responsabili ed attivi di questi progetti” (Capurso, 2014), ribadiscono l'importanza di riconoscere gli insegnanti impegnati nella SiO come “a pieno titolo membri dell'équipe multidisciplinare di cura”. I genitori intervistati inoltre accostano un generale apprezzamento rispetto all'attività degli insegnanti:

Allora premetto che le maestre della scuola dell'ospedale, (delle elementari parlo), sono bravissime, cioè sono delle psicologhe prima di tutto, cioè più che maestre sono veramente, sono psicologhe, sono amiche, forse perché insomma fanno questo lavoro da tanti anni quindi sanno quali sono i problemi che questi bambini che fanno lezione con loro ecco (Intervista genitore, Regina Margherita)

Tuttavia, a questo riguardo si osserva un'importante influenza derivante dal contesto in cui la SiO si cala, sia esso prettamente organizzativo o relativo alla gestione sanitaria. Non stupisce quindi che l'insoddisfazione dei genitori rispetto alla competenza degli insegnanti emerga laddove la SiO si svolge in un ambito, il reparto neuropsichiatrico, in cui la complessità dell'approccio alla malattia pare particolarmente critico:

Il problema, quindi, bisogna mantenere assolutamente questa scuola, ma bisogna formare delle persone che siano preparate per affrontare le diverse, diciamo, patologie o comunque, sì delle persone che hanno davanti (Intervista genitore, Cesare Arrigo)

Anche nelle narrazioni dei bambini ricorre spesso un generale apprezzamento per i docenti incontrati.

La maestra *** e la maestra *** sono molto brave. Ti fanno, ti insegnano molte cose che nella scuola normale non ti insegnano (Narrazione studente, Regina Margherita)

La loro esperienza scolastica in ospedale, anche in ragione delle caratteristiche della SiO descritte nel paragrafo precedente, dipende in larga parte dalla capacità propositiva e dalla postura dell'insegnante:

Mi piace il sorriso della maestra *** porta sicurezza e serenità (Narrazione studente, Regina Margherita)

Perché io sento proprio che io porto continuamente la scuola in ospedale, non sono i loro compagni veri, ma sono la scuola: io quando spiego un argomento dico: “guarda lo sto

facendo anche a scuola, guarda che su questa cosa sei al passo, ho fatto la verifica” e allora i ragazzi [della scuola in ospedale] magari la volta dopo mi dicono: “come è andata la verifica? (Narrazione docente ospedaliero, Regina Margherita).

Va da sé che il docente diventa centrale per stabilire una relazione positiva con i bambini e le loro famiglie. Avamposto dell'istituzione scolastica in ospedale, il ruolo del docente ospedaliero è però condizionato dal grado di riconoscimento che gode non solo all'interno dell'ospedale – tra personale sanitario e famiglie -, ma anche all'esterno, in relazione alla scuola territoriale di cui è parte (di cui è sezione ospedaliera) o di cui si pone come ponte (scuola territoriale di appartenenza dello studente). Le narrazioni dei partecipanti si riferiscono in particolare al rapporto con la seconda.

Noi facciamo da ponte tra la loro scuola e l'ospedale; quando poi termina la loro esperienza in ospedale noi semplicemente li abbiamo accompagnati per un pezzo, ma li restituiamo alla loro scuola (Intervista docente ospedaliero, Regina Margherita)

La relazione con la scuola territoriale di appartenenza degli studenti ospedalizzati dipende da diversi fattori, primi fra tutti la durata prevista della degenza, in relazione alla patologia, e il livello di conoscenza che i docenti delle scuole tradizionali hanno della scuola ospedaliera:

Con le scuole di provenienza il rapporto è sempre stato molto buono per quanto mi riguarda perché chiedo appunto quale scuola viene frequentata, mi faccio lasciare nomi, numeri di telefono eccetera. Perlopiù è la nostra coordinatrice che prende i contatti con le scuole, io vado direttamente diciamo a contattare l'insegnante della materia che insegno in modo da avere proprio le idee molto chiare sul da farsi, ecco. E vedo sempre tantissima disponibilità e tanti ringraziamenti anche da parte delle scuole di provenienza, quindi un riconoscimento di quanto viene fatto. Alcuni non conoscono questa realtà, altri invece la conoscono già e quindi sono molto più, come dire, facilmente ancora più collaborativi, ecco. Però anche chi non conosce questa realtà, piano piano la conosce e quindi si mette in contatto con noi ben volentieri, ecco. (Intervista docente ospedaliero, Gaslini)

Talvolta, viene rilevata una mancata collaborazione tra scuola ospedaliera e scuola territoriale di appartenenza. L'estratto che segue mostra ad esempio come, secondo un genitore, i docenti della scuola territoriale del figlio non abbiano mostrato interesse, registrando voti o condividendo programmi, nelle attività scolastiche portate a termine in ospedale:

La cosa che io ho notato, e forse quest'anno di più, non c'è tanto collaborazione tra scuola di giù e [nome ospedale], probabilmente non dipende dalle insegnanti del [nome ospedale] ma dalla scuola di appartenenza...per esempio i voti che aveva **** qui in ospedale dopo le interrogazioni o le verifiche, non li abbiamo mai ritrovati qui a casa a [luogo di residenza] sul registro di scuola [...] Io penso che non ci sia la collaborazione della scuola di appartenenza. (Intervista docente ospedaliero, Gaslini)

Le narrazioni di bambini, genitori, insegnanti, personale sanitario e non, gettano di volta in volta luce su diversi aspetti che caratterizzano la scuola in ospedale. Il grado di riconoscimento da parte

dell'ospedale delle attività della SiO, così come le capacità multiformi del docente ospedaliero nel negoziare il proprio ruolo rispetto a tutti gli attori in campo - anche esterni -, sono importanti fattori che condizionano l'assolvimento da parte della stessa del suo mandato.

5. La partecipazione e i processi di costruzione dell'identità dei bambini nella scuola in ospedale

Al netto delle sue peculiarità e del “posto” che riesce a ritagliarsi all'interno delle routine ospedaliere e scolastiche “altre”, la scuola in ospedale sembra assolvere, anche se in alcuni contesti più che in altri, alle funzioni che le sono attribuite dalle norme di riferimento. Detto altrimenti, da parte dei diversi attori le viene riconosciuta una funzione terapeutica che si esprime nel sostegno fornito ai bambini nei processi di (ri)costruzione identitaria a seguito dell'insorgere della malattia e nell'aiuto a mantenere un senso di auto-efficacia. Le parole di un partecipante alla ricerca riassumono meglio di ogni altra argomentazione questo aspetto:

A parte gli scherzi la scuola in ospedale è stata utilissima e mi dava anche un “supporto morale”. STUDIARE FA BENE! (Narrazione studente, Regina Margherita)

Ripercorrendo a ritroso il percorso che ci porta ad affermare questo va innanzitutto detto che la malattia rappresenta, per bambini e adulti, una rottura biografica che spesso implica un necessario ed intenso lavoro di ritessitura (Bury, 1982). Nelle parole dei bambini che hanno partecipato al laboratorio è chiaro come la malattia, e la conseguente ospedalizzazione, abbia rappresentato un intermezzo nella loro biografia, una porzione definita di tempo, dotata peraltro di un inizio certo. Essa assume le caratteristiche di un “blocco” che, a partire dalle relazioni, presto coinvolge l'intera esistenza:

Ciao mi chiamo ***, ho 10 anni e mezzo e ho percorso la scuola in ospedale. Il gg/mm/aaa la mia vita ha avuto un blocco, non potevo più vedere mio papà e il mio fratellino, i miei amici e... compagni di classe e le maestre. Ed ero solo con la mia mamma (Narrazione studente, Regina Margherita)

Dal mm/gg/aaa sono ricoverata all'ospedale pediatrico Regina Margherita. Da quel giorno sono cambiate molte cose, in particolare, la mia vita (Narrazione studente, Regina Margherita)

Anche per questo la scuola entra in punta di piedi nelle stanze dei pazienti e nella loro quotidianità terapeutica; ma a dispetto dell'ingresso timido e sottovoce ben presto essa conquista spazio, interesse, attenzione, da parte sia dei bambini sia delle famiglie:

Per lo più le mamme e i genitori sono sempre stati contenti, non subito magari, all'inizio [sorride un po'] spaesati un po'. Qualcuno non sapeva neanche che esistesse la scuola in ospedale, io entro mi presento e dico sono una maestra e mi guardano sorridendo e dico: no!! la scuola anche qui! ma stai tranquillo non devi andare da nessuna parte sono io che vengo da te, ti vengo a trovare e ogni pomeriggio vengono a trovarti un pochettino poi io come dire magari dico dieci minuti mezz'oretta poi magari sto anche molto di più però chiaramente tendo

così a sminuire tanto per non spaventare certo e quindi dico facciamo due chiacchiere, parliamo un po' poi se hai voglia di fare qualcosa ... cosa ti piace di più a scuola quindi piano piano scivolo verso i discorsi verso la scuola e poi dico: ma davvero ti piace la matematica?... no a me piace di più l'italiano ma la matematica cos'è che state facendo a scuola? E piano piano insomma si entra nell'argomento. Nessuno ci presenta (Intervista docente ospedaliero, Gaslini)

Una volta introdotta ai bambini e alle famiglie, la proposta della scuola ospedaliera può oscillare tra iniziali momenti di rifiuto e successivi attaccamenti che ri-motivano, disegnano nuovi orizzonti, alleggeriscono la scansione clinica delle giornate, trasformano la degenza anche in una parziale opportunità di riconciliarsi con la scuola:

Lui all'inizio non aveva proprio voglia, rifiutava tutto, ma era stato uno shock per tutti, ma poi si è reso conto che gli fa bene, è proprio entusiasta ora, è contento di fare e andare avanti così... deve tornare nella sua scuola di prima, forse ci sarà la possibilità di fare scuola a domicilio a ***, per evitare guai legati alle basse difese immunitarie... cioè alla fine anche se andremo a casa ora, vorrebbe finire fino a Natale almeno con le insegnanti della scuola in ospedale, in ogni caso saranno mesi difficili, sta meglio ma non è ancora ripreso del tutto. E' proprio lui a chiederlo, anche perché si è trovato benissimo, fai una scuola su misura per te, anche in base a come ti senti, quello è fondamentale, torni su quello che non hai capito, cioè è perfetta... e infatti è proprio lui ora a dire devo fare questo, arriva la professoressa, ho il compito (Intervista genitore, Gaslini)

La preconditione affinché la scuola in ospedale conquisti il suo posto nelle routine quotidiane dei bambini-pazienti e, in senso più ampio nei processi di (ri)costruzione della loro identità, è tuttavia la loro effettiva partecipazione. Se questa manca, infatti, la capacità della scuola di svolgere la propria funzione terapeutica e di far mantenere un senso di auto-efficacia al bambino ospedalizzato può entrare in crisi:

Così, il ragazzino mi dice: “ma scusa, che cosa mi serve la scuola se tanto io dovrò morire?” [...] se un terminale, cioè io sono spesso terrorizzata dai terminali che possano in qualche modo dirmi queste cose e io sinceramente non so cosa rispondere (Intervista docente ospedaliero, Regina Margherita)

In questo senso, e in virtù delle peculiarità che la contraddistingue (prima tra tutte il focus spostato più sul diritto che sul dovere e più sulla volontarietà che sull'obbligatorietà), la scuola ospedaliera incoraggia e promuove, forse anche più della scuola territoriale la partecipazione dei bambini alla propria istruzione ed educazione. Questo avviene anche attraverso l'opportunità che essa offre ai suoi studenti di negoziare con gli insegnanti rispetto a come, quando e cosa fare nei momenti di scuola in ospedale:

E poi offriamo anche un'altra possibilità importantissima per loro che è quella di dirci di no. Cioè loro non possono dire di no ai medici, agli infermieri, a quelli che vanno e fanno loro iniezioni, esami, eccetera eccetera. Li manipolano e li... a noi sì, cioè a noi insegnanti; questo

è un patto che noi facciamo ogni volta che li conosciamo, che conosciamo un bambino nuovo. Alla scuola c'è la possibilità di dire "no, io oggi no", perché questo restituisce a loro un minimo di capacità decisionale su loro stessi e sulla loro vita che è fondamentale per ognuno di noi (Intervista docente ospedaliero, Meyer)

L'ospedale infatti impone una serie di vincoli e costrizioni, prima fra tutti di mobilità, che riducono inevitabilmente gli spazi di autonomia e di partecipazione dei bambini e ragazzi. Nella scuola in ospedale si cerca di ricreare questi spazi nella relazione tra alunno e insegnante:

Cioè secondo me qui, all'interno dell'ospedale, la scuola vuol dire per loro una fetta di normalità e quindi io vedo sempre un po' di partecipazione in quello che fanno no? Cioè è un lavoro molto... Cioè raramente è un lavoro passivo nel quale noi insegniamo e loro ci ascoltano. È sempre un rapporto molto diretto (Intervista docente ospedaliero, Meyer)

Questo primo aspetto sembra essere valido trasversalmente al genere, all'ordine scolastico e all'origine migrante dei bambini e ragazzi che hanno partecipato alla ricerca. La malattia, infatti, in quanto esperienza rappresentata dai bambini come totalizzante, sembra smussare altre differenze afferibili alle appartenenze ascritte, quali genere e origine migrante, rappresentando una sorta di equalizzatore nelle esperienze di scuola in ospedale, da loro restituite tramite la via narrativa. Va però precisato che bambini - e famiglie - di origine migrante, che non parlano fluentemente la lingua italiana e che è stato impossibile raggiungere in questa parte di ricerca, potrebbero aver riportato esperienze diverse di scuola in ospedale, restituendo un panorama più dettagliato e completo. Già sono stati precedentemente rilevati, infatti, i limiti del servizio di mediazione che inevitabilmente influiscono anche sul livello di partecipazione che viene garantito a questi utenti all'interno della struttura sanitaria e, in senso più ristretto, agli studenti che frequentano la scuola in ospedale.

Ciò detto, quando la scuola riesce a ritagliarsi il proprio posto all'interno della discontinuità biografica causata dalla malattia e i bambini la accolgono - attivamente - all'interno delle proprie nuove routine quotidiane, essa può rappresentare l'elemento a garanzia della loro storia e identità. Questo aspetto è particolarmente rilevante per la fascia d'età della primaria e secondaria inferiore coinvolta nella ricerca, per la quale la scuola occupa un posto temporalmente pervasivo:

All'inizio di questa storia ero molto preoccupato per la scuola, però subito mi hanno parlato della scuola in ospedale, questo mi ha reso molto felice anche perché non ho perso l'anno scolastico. Con la scuola in ospedale ho trovato delle professoresse brave, gentili e sempre disponibili. Con loro mi sono trovato sempre bene, mi hanno sempre aiutato quando avevo bisogno. Devo dire che la scuola in ospedale è perfetta, non ho trovato nessun problema e non mi sono dovuto preoccupare di niente (Narrazione studente, Gaslini).

Per le peculiarità prima descritte, la scuola in ospedale può poi rappresentare per i bambini e ragazzi anche un'ancora gettata verso il mondo reale, quello che sta fuori dall'ospedale; ma anche un'opportunità multipla: opportunità di normalità, di mantenere i rapporti con compagni e insegnanti della scuola di appartenenza, di intravedere la possibilità di un ritorno a ciò che si aveva prima senza perdere troppo:

Non hanno più la loro quotidianità e non hanno nemmeno - spesso - potere su sé stessi. Cioè sono a quel punto in un meccanismo che è quello ovviamente delle cure di cui hanno necessità perché ne hanno necessità. Sono obbligati a curarsi perché spesso per sopravvivere e... la loro vita è completamente stravolta. Quindi la possibilità di fare scuola e quindi fare, noi offriamo due possibilità che li riavvicinano alla loro realtà: una è questa, cioè di fare scuola come fanno tutti i loro compagni che sono rimasti in classe. A volte davvero facendo le stesse cose, con gli stessi compiti che le maestre ci inviano, con gli stessi libri, con gli stessi quaderni, chiaramente in maniera semplificata, in maniera... adattata (Intervista docente ospedaliero, Meyer)

Questo aspetto è riconosciuto non solo dai docenti, ma anche dagli stessi bambini:

La scuola in ospedale secondo me serve per non perdere l'anno scolastico e continuare ad imparare. Ho imparato tante cose nuove con le maestre in ospedale (Narrazione studente, Regina Margherita)
Ho frequentato la scuola in ospedale per 5 mesi. Mi ha aiutato molto per stare più o meno a pari passi con la mia classe. Le professoresse erano davvero molto gentili e disponibili (Narrazione studente, Gaslini)

Il lavoro scolastico svolto in ospedale consente quindi di affermare la propria auto-determinazione, di costruire climi di normalità e di stare al passo, non perdendo l'anno scolastico, mantenendo così un senso di auto-efficacia e di orientamento al futuro:

Posso garantire che quando io arrivo [in ospedale] e con una verifica dico: "sai questa è la verifica che stanno facendo e hanno fatto i tuoi compagni", i ragazzi si illuminano, "e allora se faccio io la verifica, vuol dire due cose: uno che non si sono dimenticati di me, la mia professoressa si è ricordata; secondo vuol dire che io sono, credono in me e posso fare quello che fanno gli altri", con correttivi (Intervista docente ospedaliero, Regina Margherita)

Anche i bambini evidenziano questa sua funzione, individuando gli insegnanti come facilitatori e attivatori di cambiamento e trasformazioni di stati d'animo, capacità e talenti:

Stamattina è stata una mattinata particolare, ero stanca perché avevo i valori bassi dovuti alle chemio. Però le maestre sono così gentili ed è bello lavorare con loro perché riescono a volte a trasformare una (lezione noiosa) in una lezione interessante [...] Ho scoperto con le insegnanti che anche se ho i polsi ingessati sono brava a dipingere e da grande vorrei essere maestra di artistica [...] Ho imparato a leggere meglio perché la maestra *** mi ha insegnato a leggere prima in silenzio nella testa e poi ad alta voce, in questo modo leggo e capisco di più (Narrazione studente, Regina Margherita)

Anche le interviste condotte con i genitori ci consegnano l'immagine della centralità della scuola per i bambini ricoverati, ancora una volta indipendentemente dall'età, dal tipo di malattia, dalla presenza di origine migrante e dal rendimento scolastico pregresso. Per i genitori è difficile pensare ad una sospensione della scuola, non solo per l'ovvia preoccupazione che i figli "restino indietro" e perdano

la possibilità di costruirsi competenze e il passaggio da un ciclo all'altro, ma soprattutto perché “perdere scuola” significa perdere una routine di quotidianità, il senso di autoefficacia, la proiezione verso il futuro.

Ha fatto appunto scuola con le maestre dell'ospedale, ed è stata veramente l'unica cosa bella perché ci siamo aggrappati un pochino alla parte sana di questa situazione, come se *** facesse scuola tutti i giorni (Intervista genitore, Gaslini)

La scuola è fondamentale, la scuola deve essere fatta perché era fondamentale per dare uno spazio di aria e di vita a chi sta di fianco a questi ragazzi, perché se no non è più vita, cioè se uno pensa di fare due mesi e mezzo e stare 24 ore su 24 con loro e cercare di intrattenerli, perché mia figlia doveva essere intrattenuta per non impazzire, è veramente fondamentale (Intervista genitore, Cesare Arrigo)

Infine, e pur nei limiti della cornice strutturale ed organizzativa descritta precedentemente, anche gli operatori sanitari riconoscono alla scuola ospedaliera tutte queste funzioni:

Pur essendo anomalo, perché è una scuola anomala, però per i nostri lungodegenti è stata veramente un'ancora di salvezza, nel senso che ha permesso di continuare in una maniera anche proficua il percorso di studi anche a persone che non ce l'avrebbero mai fatta. Quindi è stata un'opportunità per i pazienti, nel senso che hanno anche un po' salvato il curriculum scolastico grazie a questo e anche un'ancora di speranza per persone che magari aspettavano il trapianto e quindi la scuola è diciamo più un cruccio che qualcosa di veramente utile, invece la scuola in ospedale è una dimensione che secondo me è molto familiare, molto accudente. Quindi è una cosa che mi ha sempre colpito tanto, io non mi occupo ovviamente di scuola in ospedale, però mi ha sempre colpito non solo in questo reparto perché io ho lavorato in tanti reparti prima di fermarmi qua e mi ha sempre colpito come un elemento molto bello (Intervista medico, Gaslini)

Dal punto di vista di tutti gli attori coinvolti nella ricerca, e in primis dei bambini, la scuola in ospedale, nonostante si strutturi in modo molto eterogeneo e goda di diversi gradi di riconoscimento nelle quattro diverse strutture pediatriche coinvolte, si propone quindi come un'esperienza che è riconosciuta come fondamentale nel sostenere l'agency dei bambini, nel mantenere un senso di autoefficacia nonostante la malattia e nel facilitare i processi di (ri)costruzione e risignificazione identitaria.

6. Conclusioni

La scuola in ospedale viene rappresentata come un'esperienza, di cui non ne sono protagonisti soltanto coloro che la fruiscono come studenti o coloro che la erogano come docenti, ma anche i genitori, i mediatori culturali, il personale sanitario. Essa infatti coinvolge attivamente l'intero contesto in uno scambio osmotico tra dentro e fuori dell'ospedale, tra ruoli sanitari, di cura ed educativi, tra rallentamenti biografici e orizzonti progettuali.

In quanto esperienza, la scuola in ospedale sollecita rappresentazioni diverse, alimenta riflessioni critiche e confronti, che confluiscono tuttavia in un insieme di tratti comuni e condivisi. Pur nel suo essere “fuori posto” rispetto alla scuola tradizionale proprio in quanto collocata dentro all’ospedale, la SiO è comunque vissuta pienamente come scuola, nel suo potenziale non soltanto di istruzione, ma anche di educazione, relazione, emotività, socialità, inclusione. È inoltre un’esperienza scelta, voluta sia dagli studenti sia dai docenti: non si finisce per caso a fare i docenti ospedalieri, si decide di intraprendere un percorso sfidante rispetto al proprio bagaglio personale e professionale; e non si va semplicemente a scuola perché si deve andare a scuola, ma si sceglie di frequentare la scuola in ospedale, riconoscendole implicitamente molto di più di quanto non si sia mai attribuito alla scuola fuori.

La scuola ospedaliera per i bambini che la frequentano è quindi un’esperienza fortemente voluta, che pacifica in parte quella frattura biografica indotta dalla malattia, che conferisce senso ad un futuro ancora possibile e restituisce una scansione quotidiana.

Riferimenti bibliografici

- Aliberti, M. (2019). Il servizio di scuola in ospedale in Italia. In T. Catenazzo (a cura di), *La scuola in ospedale e l’istruzione domiciliare. Formazione degli insegnanti e linee di indirizzo nazionali* (pp. 15-27). Roma: Carocci.
- Bury, M. (1982). Chronic Illness as Biographical Disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 167-183.
- Carenzio, A., Rivoltella, P. C. (2016). *Nessuno escluso. Formazione e strumenti per la scuola in ospedale*. Edizioni Junior, Parma.
- Catenazzo, T. (Ed.) (2019). *La scuola in ospedale e l’istruzione domiciliare. Formazione degli insegnanti e linee di indirizzo nazionali*. Roma: Carocci.
- Catenazzo, T. (2021). *L’istruzione domiciliare e il contrasto alle disuguaglianze educative e di salute*. Roma: Carocci.
- Capurso, M., & Vecchini, A. (2010). Un profilo professionale degli insegnanti di scuola in ospedale. *L’integrazione scolastica e sociale*, 9(5), 519-526.
- Capurso, M. (2014). Diritto all’istruzione e corso di vita di studenti malati: percorsi scolastici per garantire la continuità educativa. *Lifelong Lifewide Learning*, 10(23), 92-104.
- Coyne, I. (2006). Consultation with children in hospital: children, parents’ and nurses’ perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 61–71.
- Corsaro, W. A. (2003). *1997 Le Culture dei bambini*. Bologna: Il Mulino.
- Favretto, A., Fucci, S. & Zaltron F. (2018). *Con gli occhi dei bambini: come l’infanzia affronta la malattia*. Bologna: Il Mulino.
- Filippazzi, G. (2004). *Un ospedale a misura di bambino. Esperienze e proposte*. Milano: Franco Angeli.
- Kanizsa, S. & Luciano, E. (2006). *La scuola in ospedale*. Roma: Carocci.
- Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca (2019). *Linee di indirizzo nazionali sulla scuola in ospedale e l’istruzione domiciliare* [Retrieved from <https://miur.gov.it/-/linee-di-indirizzo-nazionali-sulla-scuola-in-ospedale-e-l-istruzione-domiciliare>].
- Ministero dell’Istruzione (2020). *Scuola in ospedale e istruzione domiciliare* [Retrieved from <https://www.miur.gov.it/scuola-in-ospedale-e-istruzione-domiciliare>].

- Nazioni Unite (1948). *Universal declaration of human rights*, Parigi, 10 dicembre.
- Olagnero, M. (2016). I bambini stanno bene? In: M. C. Belloni., R. Bosisio e M. Olagnero (a cura di), *Traguardo infanzia. Benessere, partecipazione e cittadinanza* (pp. 163-178). Torino: Accademia University Press.
- Olagnero, M., & Storato, G. (2021). Docenti ospedalieri: equilibrismi sulla soglia. *La Rivista delle Politiche Sociali*, 3-4, 121-139.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1946). *World Health Organization's Constitution* (22 luglio). New York
- Tarabini, A. (2021). The role of schooling in times of global pandemic: a sociological approach. *International Studies in Sociology of Education*, 31(4), 427-445. DOI:10.1080/09620214.2021.1966825

10. Conclusioni

Le unità di ricerca

Partendo dalla ricerca inserita nel programma PRIN 2017, questo volume ha affrontato tre argomenti fondamentali che riguardano l'inclusione dei bambini, in particolare dei bambini migranti, e dei loro genitori: la facilitazione e la mediazione linguistica a scuola e in ospedale; la gestione delle malattie croniche dei bambini a scuola e l'educazione dei bambini in ospedale. I due contesti della scuola e dell'ospedale, ai quali i bambini partecipano e nei quali possono, a certe condizioni, esercitare agency, sono stati indagati su più piani metodologici: l'analisi quantitativa basata sulla somministrazione di questionari chiusi, le interviste, le attività strutturate e i focus group, le registrazioni di interazioni che hanno coinvolto i bambini, insegnanti, facilitatrici/facilitatori, mediatrici/mediatori, genitori e personale sanitario. Il nodo cruciale riguarda le condizioni che promuovono oppure ostacolano l'esercizio dell'agency dei bambini, in particolare migranti.

Intorno a questa articolazione complessa, sia per quanto riguarda i presupposti e i contenuti della ricerca, sia per quanto riguarda gli aspetti metodologici, si va qui a trarre alcune conclusioni utili sia per la ricerca sociologica, sia per gli interventi che si intendano come migliorativi rispetto al grado di inclusione e partecipazione dei bambini.

1. La facilitazione

La ricerca quantitativa ha evidenziato carenze nel sostegno dell'agency dei bambini. Nelle scuole, si nota una propensione a favorire la prestazione più che la capacità di scelta autonoma dei bambini e nei servizi sanitari si nota un'ampia sottovalutazione del potenziale di scelta dei bambini, soprattutto tra gli 8 e i 10 anni e se migranti.

A partire da questi dati, la facilitazione di forme di interazione che promuovano l'agency dei bambini è stata indagata sia in alcune classi scolastiche, sia in un'unità pediatrica in ospedale. La ricerca ha confermato i risultati di ricerche precedenti: la promozione dell'agency si basa su azioni di facilitazione ricorrenti, che però possono combinarsi in modi diversi, dando vita anche a diverse forme di facilitazione. La distribuzione equa della partecipazione è il fattore comune alle diverse forme di facilitazione, ma questa distribuzione viene attuata diversamente in contesti diversi, sia nei contesti scolastico e pediatrico, sia in diversi contesti scolastici e pediatrici, e anche nell'ambito dello stesso contesto. Ad esempio, le domande sono molto più frequenti nel contesto pediatrico che non in quello scolastico: ciò dipende dal fatto che in pediatria è necessario indagare i problemi, mentre la facilitazione a scuola riduce le domande al minimo per evitare un effetto "scolastico". Altresì, le risposte minime e le brevi ripetizioni sostengono una conversazione fluida, ricca di contributi dei bambini, in particolare nel contesto scolastico, ma anche nei casi in cui i bambini siano intraprendenti e prendano iniziative nel contesto pediatrico. Le formulazioni, che rendono espliciti o sviluppano i contenuti espressi dai bambini, sono molto più frequenti nel contesto scolastico. L'insieme di

domande, formulazioni e, talvolta, produzione di ipotesi permette di esplorare la costruzione di storie alternative e le emozioni dei bambini, più frequentemente in alcuni contesti scolastici. Infine, gli apprezzamenti sono presenti sia in alcuni contesti scolastici, sia in diverse interazioni pediatriche, ma sono meno rilevanti delle altre azioni. Un aspetto specifico di alcuni contesti scolastici è la collaborazione di bambini/e, in particolare di origine migrante, alla costruzione delle narrazioni. In entrambi i tipi di contesto, le iniziative dei bambini evidenziano curiosità e promuovono narrazioni di esperienze personali, esplicitando talvolta (in particolare negli interventi esplicitamente rivolti alla dimensione interculturale in classe) le diverse traiettorie personali culturali.

La facilitazione è molto meno efficace quando è direttiva, ossia quando vi si introducono spiegazioni, obiettivi di apprendimento, conclusioni “per”, anziché “con”, i bambini. Questi problemi sono molto evidenti in alcuni contesti scolastici, nei quali la facilitazione tende a trasformarsi in insegnamento, mentre nel contesto pediatrico il confine tra successo e insuccesso della facilitazione è meno chiaro. In particolare, nel contesto della diabetologia pediatrica dei servizi ospedalieri della città di Reggio Emilia, l’età è una variabile importante per il sostegno alle manifestazioni di agency dei bambini, che viene promossa dalle pediatre soltanto a partire dai 10 anni di età, benché possano verificarsi delle eccezioni basate sulle iniziative dei bambini. Anche la mancanza di competenza linguistica dei bambini può influire negativamente sulla promozione dell’agency. L’agency dei bambini si manifesta soprattutto attraverso le loro iniziative, nella produzione di informazioni, nella formulazione di domande e, talvolta, nel contraddire le affermazioni degli adulti. Le pediatre appaiono disponibili ad accogliere e promuovere queste manifestazioni di agency, ma i genitori tendono invece a competere con i figli, soprattutto rispondendo alle domande rivolte ai figli. L’agency dei bambini viene promossa dall’azione delle pediatre che li incoraggia a prendere la parola e a rispondere alle domande, soprattutto su questioni personali o scolastiche, ma anche durante l’anamnesi e, solo per i più grandi, per la gestione dei problemi. È importante anche il sostegno fornito dalle risposte minime, che incoraggiano le espansioni delle narrazioni dei bambini. Le formulazioni, invece, sono molto meno frequenti rispetto al contesto scolastico. La difficoltà nel sostenere l’agency dei bambini più piccoli dimostra che l’interazione triadica medico-bambino-genitore risulta più complessa dell’interazione in classe. Soltanto quando il bambino ha più di 10 anni, le pediatre ignorano i genitori: ciò dimostra che la mancata facilitazione dell’agency è una scelta di azione della pediatra più che l’effetto dell’interferenza del genitore. Va tuttavia anche notato che il contesto pediatrico in quanto tale si presta di meno alla manifestazione di agency da parte dei bambini, rispetto a quello della facilitazione in classe.

Le azioni di facilitazione dell’agency di bambini/e di origine migrante permettono di intrecciare le loro narrazioni con quelle dei nativi, coetanei o adulti che siano, in tal modo promuovendo un’integrazione ibrida. Nella scuola l’integrazione ibrida richiede molto spesso interventi che coinvolgano l’intera classe. Nel caso specifico dei laboratori di L2 e in pediatria, dove il coinvolgimento di bambini nativi non è previsto, la facilitazione può comunque promuovere racconti basati sulle esperienze di bambini/e, creando così fiducia nella loro possibilità di esercitare agency, anche in presenza di problemi linguistici.

2. La mediazione

Le condizioni di promozione dell'agency sono rese più complesse dalla mediazione linguistica, poiché dipende dall'azione congiunta di insegnante/pediatra e mediatrice. I contesti di mediazione linguistica che sono stati indagati coinvolgono i genitori: soltanto i genitori nel contesto scolastico (incontri tra genitori e insegnanti) e genitori e figli nel contesto delle visite pediatriche. I dati quantitativi hanno evidenziato molti problemi nella comunicazione tra genitori, specie se migranti, e insegnanti: pertanto si può ritenere che la mediazione linguistica possa essere un modo efficace per superare questi problemi. I dati quantitativi hanno anche evidenziato una situazione molto eterogenea per quanto riguarda la mediazione nei contesti sanitari nelle aree di indagine. Anche per questo aspetto, è utile capire se e come la facilitazione possa essere importante nei servizi sanitari che coinvolgono bambini migranti (e i loro genitori).

La complessità più elevata della mediazione linguistica si nota proprio con genitori e bambini in pediatria. Da un lato, la partecipazione dei bambini è promossa in modo piuttosto sistematico dalle pediatre, indipendentemente dall'età: si tratta di visite generali che evidenziano minori vincoli di quelle in diabetologia pediatrica. Le domande e le richieste di partecipazione delle pediatre sono inoltre essenziali per attivare la mediazione. Dall'altro, la partecipazione dei bambini e dei loro genitori dipende dall'esercizio di agency delle mediatrici, attraverso le formulazioni che espandono le rese, le iniziative autonome e la promozione delle sequenze diadiche, soprattutto con i genitori. In particolare, le iniziative autonome delle mediatrici possono produrre effetti positivi per la promozione dell'agency: il successo della mediazione è tuttavia condizionato sia dalla disponibilità dei bambini a esprimersi, sia dalla rivendicazione di autorità epistemica dei genitori. Inoltre, le iniziative autonome delle mediatrici possono interferire negativamente con l'azione della pediatra o con l'agency del bambino. I bambini sono interpellati soprattutto nelle fasi iniziali delle visite, mentre intervengono poco nelle fasi successive. Pertanto, le manifestazioni di agency dei bambini sono piuttosto ridotte: includono la commutazione di codice linguistico e, raramente, iniziative autonome. È relativamente meno complicato sostenere l'agency dei genitori, che tuttavia tendono a mostrare la loro (talvolta limitata) competenza nella lingua italiana con le pediatre, riducendo così l'influenza della mediazione linguistica.

L'effetto della mediazione in ambito scolastico riguarda l'agency dei genitori. Il problema centrale è la gestione della comunicazione gerarchica tra insegnanti e genitori: le insegnanti propongono frequenti valutazioni negative dei comportamenti, delle competenze linguistiche e delle prestazioni scolastiche dei bambini di origine migrante, e si mostrano spesso insoddisfatte dei modi in cui i genitori gestiscono l'esperienza scolastica dei figli, invitandoli a prestare più attenzione e ad aiutarli in modo più incisivo. In questa situazione, l'agency delle mediatrici si manifesta in quattro modi, ossia come: (1) mitigazioni delle valutazioni negative delle insegnanti; (2) suggerimenti e incoraggiamenti di azione rivolti ai genitori; (3) traduzioni delle iniziative dei genitori che evidenziano sostegno di tali iniziative; (4) spiegazioni autonome di aspetti legati all'organizzazione della scuola, come pagelle e piani personalizzati per i bambini. Le mediatrici riescono così a sostenere la partecipazione dei genitori, ma la promozione di agency dei genitori è limitata: infatti, nessuna azione di mediazione incide sul posizionamento gerarchico delle insegnanti o riduce il gap di autorità epistemica tra insegnanti e genitori.

In conclusione, per quanto riguarda la promozione dell'agency, sia dei bambini in ambito pediatrico, sia dei genitori in ambito scolastico, per motivi diversi il successo della mediazione linguistica è piuttosto limitato.

3. Il rapporto tra scuola e ospedale

Mentre nell'interazione classe e nell'interazione pediatrica del territorio emiliano l'origine migrante è importante, essa non appare influenzare in modo significativo le scelte, le pratiche comunicative e la gestione della malattia cronica nelle scuole piemontesi e toscane. Per questi aspetti, le dimensioni più rilevanti sono l'età, come nella pediatria diabetologica emiliana, e il tipo di patologia. Con il crescere dell'età delle giovani alunne e dei giovani alunni, genitori e, soprattutto, insegnanti tendono a riconoscere loro competenze, biomediche e relazionali utili per gestire e comunicare la propria condizione di malattia, nelle interazioni con compagni di classe e insegnanti. Tuttavia, il riconoscimento da parte dei genitori riguarda più il "dover fare" che non le pratiche concrete, per le quali l'età è ritenuta importante. Anche gli insegnanti sottolineano la differenziazione nelle pratiche basata sull'età, per cui prevalentemente nella scuola secondaria si ritiene importante incoraggiare i ragazzi a condividere la loro condizione di malattia cronica con i compagni. I bambini e i ragazzi appaiono consapevoli dell'importanza di informare sulla loro condizione di cronicità, sostengono di essere in grado di gestire la comunicazione con i coetanei, rivendicano competenze biomediche, emotive, cognitive e sociali, che li rendono capaci di gestire i sintomi e le terapie, così come l'esperienza di vivere con una malattia cronica. Tuttavia, soltanto nella scuola secondaria dichiarano di sentirsi legittimati a occuparsi anche della comunicazione con gli insegnanti.

Inoltre, bambini e genitori osservano una differenza tra diabete e asma. Nel caso del diabete, anche in relazione alla gestione più complessa della malattia, bambini e genitori sono propensi a riconoscere la centralità della comunicazione anche verso i compagni. In particolare, i bambini sottolineano l'importanza di comunicare la propria condizione di malato cronico a coloro che considerano anche amici, in quanto in grado di fornire un supporto sia materiale sia emotivo nella gestione quotidiana del diabete. Nel caso dell'asma, invece, i bambini e i ragazzi e i genitori assegnano minore importanza alla comunicazione, data la gestione più semplice della malattia.

Il contesto scolastico non sembra facilitare la comunicazione e la gestione della malattia cronica, soprattutto nel caso del diabete. In particolare, si evidenzia la presenza di una pluralità di fattori che concorrono a ostacolare una buona integrazione tra sistema scolastico, sistema sanitario, genitori e bambini nella gestione della malattia cronica in questo contesto. Fattori in primis riferiti a una scarsa chiarezza dei protocolli di intesa in relazione alla gestione delle malattie croniche a scuola. A ciò si aggiungono un'inadeguata conoscenza e attuazione delle misure previste da questi protocolli. Questa scarsa conoscenza si combina alla mancanza di chiarezza delle modalità di gestione della comunicazione tra gli attori coinvolti: la circolazione dell'informazione riguarda soprattutto i genitori e solo in subordine i bambini e si creano fraintendimenti sulle procedure, sulle tempistiche, sui soggetti che hanno l'onere della comunicazione e sui contenuti di tale comunicazione. La divisione dei compiti tra adulti e bambini tende a indebolire la partecipazione dei bambini: mentre gli adulti sono i protagonisti, i bambini e i ragazzi sono intesi come attori satellitari nella distribuzione dei compiti.

Un altro fattore, di ordine culturale, è legato alla percezione degli insegnanti di non essere sufficientemente competenti e formati, da un punto di vista biomedico, rispetto alla gestione della cronicità. A tale proposito, gli insegnanti sottolineano che, se è vero che il dirigente scolastico può chiedere di avviare al Distretto sanitario una formazione degli insegnanti, i tempi di attivazione sono troppo lunghi, quindi spesso si realizza in ritardo rispetto all'inserimento a scuola del soggetto malato cronico. Inoltre, la formazione è considerata dagli insegnanti troppo breve ed episodica e i suoi contenuti non sempre aggiornati per quanto riguarda i dispositivi usati dai bambini, in particolare nella gestione del diabete. Nella scuola primaria, i bambini sono esclusi dalla formazione e ciò evidenzia il mancato riconoscimento delle loro competenze nella gestione della malattia a scuola. Infine, manca un'interlocuzione con il personale sanitario ospedaliero, che pur conoscendo la situazione del soggetto affetto da patologia cronica in carico alla scuola, non gestisce direttamente la formazione degli insegnanti. -Un ulteriore fattore che sembra ostacolare l'integrazione tra sistema scolastico, sistema sanitario, famiglie e bambini è costituito dalla carenza di servizi territoriali in grado di sostenere o sostituire il compito di cura dei genitori. L'onere della cura ricade quindi sulle famiglie, in particolare sulle madri, che quindi incontrano serie difficoltà a conciliare tempi della cura e tempi di lavoro.

Sono quindi evidenti problemi del processo di divisione dei compiti e delle responsabilità tra insegnanti, genitori e servizi sanitari, che generano un contesto sfavorevole al riconoscimento in ambito scolastico delle competenze dei bambini, cui consegue una scarsa partecipazione dei bambini e dei ragazzi alla gestione della propria malattia in ambito scolastico. Le criticità si riducono quando le relazioni tra gli attori sono più orientate al reciproco ascolto, a una modalità più concertata di divisione dei compiti e delle responsabilità e alla consapevolezza che le difficoltà dipendono da fattori strutturali e organizzativi. In tal caso, è anche maggiore la disponibilità a riconoscere le competenze dei bambini e dei ragazzi, che possono diventare partecipanti attivi alla divisione dei compiti e delle responsabilità nella gestione della propria malattia a scuola. La partecipazione dei bambini è ulteriormente facilitata quando: si produce un modello relazionale che coinvolge in modo ampio e concertato l'istituzione scolastica nel suo complesso e i servizi sanitari; si crea una maggiore interlocuzione tra tutti i servizi sanitari presenti sul territorio; si realizza e un'organizzazione dei servizi sanitari territoriali in grado di sostenere le pratiche e i bisogni di cura di bambini e famiglie. Ciò può contribuire a implementare un modello in cui la *protection* e la *provision* siano realizzate grazie alla partecipazione attiva di bambini e ragazzi, riconosciuti come agenti competenti.

4. La scuola in ospedale

Anche per quanto riguarda la scuola in ospedale non sono state rilevate differenze significative tra bambini migranti, peraltro pochi, e nativi. In generale, la scuola in ospedale viene rappresentata come un'esperienza di cui non sono protagonisti soltanto i bambini e i docenti, ma anche i genitori, i mediatori culturali, il personale sanitario, e dunque come un servizio con una elevata complessità dal punto di vista organizzativo, non solo interno alla struttura ospedaliera, ma anche esterno. La scuola in ospedale infatti coinvolge attivamente l'intero contesto sociale dei bambini, in uno scambio osmotico tra ospedale e ciò che sta fuori (in primis la scuola territoriale), tra ruoli sanitari, di cura, educativi, tra rallentamenti biografici e orizzonti progettuali.

Occorre tuttavia rilevare come al riconoscimento formale e istituzionale, dimostrato da una ricca normativa, che esorta a istituire sezioni ospedaliere per ogni ordine e grado di scuola, di fatto si rilevi una eterogeneità nella sua implementazione che oltre a essere dovuta a vincoli oggettivi (quali per esempio il tipo di patologie trattate, che influisce anche sulla durata dei ricoveri e l'invasività delle terapie), è riconducibile anche alla rappresentazione che quell'ospedale - impersonato da operatori sanitari - veicola della scuola in ospedale e del suo ruolo nel percorso di cura del bambino paziente. A seconda che essa sia ritenuta una risorsa complementare alle terapie strettamente mediche o un'attività estranea a tale percorso seguirà un diverso grado di riconoscimento di questo servizio che influirà, a cascata, sulla legittimazione da parte degli operatori sanitari del ruolo degli insegnanti e, in definitiva, sulla sua fattibilità e proficuità.

Inoltre, la valorizzazione del servizio di scuola in ospedale necessita anche di un riconoscimento sul versante dell'istituzione scolastica territoriale che non sempre promuove la creazione di sezioni ospedaliere e quando presenti, non sempre garantisce un rapporto continuativo tra docenti che afferiscono alle due realtà scolastiche. Va però detto, che anche in questo caso alcuni vincoli organizzativi in termini di risorse di personale possono giocare a sfavore.

Pur nella diversità e specificità di ciascuna delle esperienze di scuola in ospedale che sono state prese in considerazione nella ricerca, emergono poi alcuni tratti comuni. Nonostante il suo essere "fuori posto" rispetto alla scuola tradizionale, in quanto collocata in uno spazio inedito (il letto del bambino malato o una stanza dedicata) e abitato da figure estranee al contesto scolastico-educativo, con orari flessibili "scelti" dai bambini in base al loro stato di salute fisica e/o emotivo, spesso in un rapporto uno a uno con l'insegnante, la scuola in ospedale è comunque vissuta pienamente come scuola, nel suo potenziale non soltanto di istruzione, ma anche di educazione, relazione, emotività, socialità, inclusione. I bambini non vanno a scuola perché devono andarci, ma scelgono quotidianamente di frequentare la scuola in ospedale, riconoscendole una funzione importante, anche più importante di quella riconosciuta alla scuola in quanto tale. In questo senso, la scuola in ospedale si configura anche come una terapia complementare a quella strettamente medica e farmacologica, confermando come contribuisca al percorso di cura olisticamente inteso di *cure* e di *care*, nelle sue componenti fisica, emotiva, spirituale, cognitiva. Non solo nelle testimonianze dei bambini, ma anche in quelle dei genitori e degli insegnanti è confermato poi il contributo della scuola in ospedale nell'accompagnare i bambini pazienti a porsi obiettivi, propositi, traguardi, a distogliere per alcuni momenti il pensiero dalla malattia, e a ritrovare una certa normalità.

La scuola ospedaliera per i bambini che la frequentano è quindi un'esperienza fortemente voluta, che pacifica in parte la frattura biografica indotta dalla malattia, che conferisce senso ad un futuro ancora possibile e restituisce una scansione quotidiana. In altri termini, la scuola in ospedale permette di costruire dei percorsi importanti per l'esperienza personale dei bambini.

5. Interazioni, narrazioni e contesto

Da un lato, l'analisi delle interazioni restituisce anzitutto un quadro immediato di ciò che accade a scuola, in contesti particolari di attività di facilitazione che non sono riducibili alla tradizionale modalità dell'insegnamento. Il contesto specifico della facilitazione costituisce un esempio di promozione dell'agency che, benché non sempre di successo, prefigura un possibile cambiamento della scuola, nella direzione di un'attenzione maggiore per l'agency di tutti i bambini, quindi anche

e soprattutto di quelli di origine migrante, che godono dei maggiori vantaggi dalla facilitazione, e nella direzione di un'integrazione ibrida efficace.

Dall'altro lato, l'analisi dell'interazione restituisce anche un quadro di routine, dell'interazione con e senza mediazione in pediatria e dell'interazione mediata tra genitori e insegnanti a scuola. Questo secondo tipo di analisi, anche più mirata ai migranti, fa sì riflettere sia sull'effettiva possibilità presente di creare le condizioni dell'agency, ma anche sui possibili cambiamenti che sono richiesti per far funzionare meglio interazioni che possono promuovere l'agency sia dei bambini migranti sia dei loro genitori.

La direzione da intraprendere per il cambiamento è anche segnalata dalle narrazioni raccolte attraverso interviste e focus group per quanto riguarda la gestione della malattia cronica a scuola, una condizione peculiare che finisce per accomunare bambini migranti e nativi. Benché non siano state considerate interazioni pediatriche con nativi, la percezione di una mancanza di differenze nella malattia risulta evidente anche nelle interazioni in pediatria. Come si è osservato in base alle narrazioni, qui contano l'età e il tipo di malattia. E la scuola "tradizionale", nel caso specifico del modo di affrontare le malattie croniche, si conferma un luogo poco adatto per promuovere l'agency dei bambini e un luogo in cui c'è scarsa fiducia nelle competenze dei bambini, quindi nella loro agency.

Dall'altra parte, l'esperienza dell'ospedale rende i bambini più disponibili a introdurre la scuola come arricchimento della propria esperienza e della propria routine, fortemente impoverita dal ricovero ospedaliero e dalla condizione di malattia. Il bambino malato in ospedale vive una riorganizzazione delle relazioni, che coinvolge molteplici ruoli. Se ne potrebbe trarre la paradossale conclusione che, dal punto di vista dei bambini, funzioni meglio una scuola in ospedale che una scuola fuori dall'ospedale. Ma ovviamente si tratta di una conclusione falsata dalla condizione di deprivazione maggiore del bambino ospedalizzato, che è resta evidente anche per la semplice visita medica, osservata nelle interazioni, nella quale i bambini, siano coinvolti nella cronicità o nella routine, sono spesso tagliati fuori (o si tagliano fuori) dalla condizione potenziale di agency.

Resta dunque il fatto che la ricerca ha prodotto una serie di risultati che convergono nel problematizzare sia l'esperienza scolastica, sia l'esperienza sanitaria dei bambini, ma anche una serie di suggerimenti su come andare oltre questi limiti. L'andare oltre parte dalla conoscenza e dalla consapevolezza ed è per questo che la ricerca si è conclusa con la produzione di alcuni strumenti che promuovano conoscenza e consapevolezza di insegnanti e operatori sanitari. Questi strumenti sono un archivio nel quale cogliere gli aspetti più importanti emersi dalla ricerca, un progetto di formazione (sia in presenza che online), delle linee guida orientate al cambiamento e anche degli strumenti per l'auto-valutazione delle attività progettate e realizzate.

Ci si augura che questi strumenti possano servire a creare le condizioni di cambiamento che permettano ai bambini e alle bambine, migranti e non, di esercitare la propria agency in modo più efficace, in sinergia con genitori, insegnanti, operatori sanitari e mediatori laddove necessari.

Appendice

Tabella 1 - Riepilogo questionari raccolti

Questionari raccolti	Studenti	Insegnanti	Genitori	Mediatori	Operatori sanitari
Firenze e Prato	354	61	362	15	24
Modena e Reggio Emilia	237	24	228	16	17
Alessandria	195	37	129	0	11
Torino	302	83	220	23	24
Totali	1088	205	939	54	76

Tabella 2 – STUDENTI: distribuzione

	Scuola primaria	Scuola Secondaria	Totale		F	M	Origine migrante
	n.	n.	n.	%	%	%	%
Firenze e Prato	218	136	354	32%	53%	47%	48%
Modena e Reggio Emilia	171	66	237	22%	46%	54%	42%
Alessandria	76	119	195	18%	56%	44%	53%
Torino	135	167	302	28%	47%	53%	43%
Totale	600	488	1088	100%	50%	50%	46%

Tabella 3 – STUDENTI MIGRANTI (solo nati in un altro paese): età di arrivo in Italia

	Studenti di origine migrante	
	n.	%
Da 1 a 3 anni	39	34%
Da 4 a 6 anni	25	22%
Da 7 a 9 anni	30	26%
Da 10 a 13 anni	18	16%

Da 14 a 16 anni	2	2%
Totale	114	100%

Tabella 4 – STUDENTI: condizione abitativa

	Tutti gli studenti		Studenti di origine migrante	
	n.	%	n.	%
Vivo con la mia famiglia in una casa/appartamento	979	90%	428	86%
Vivo con la mia famiglia condividendo una casa/appartamento con un'altra famiglia/persona	84	8%	57	12%
Vivo con la mia famiglia in una comunità	16	2%	10	2%
Vivo da solo in una comunità	2	0	2	0%
Totale	1088	100%	497	100%

Tabella 5 – GENITORI: generale

	Primaria	Secondaria	Totale		Madri	Padri	Nati all'estero
	n.	n.	n.	%	%	%	%
Firenze e Prato	224	138	362	39%	74%	25%	41%
Modena e Reggio Emilia	165	63	228	24%	75%	25%	32%
Alessandria	52	77	129	14%	76%	24%	30%
Torino	98	122	220	23%	84%	16%	30%
Totali	539	400	939	100	77%	23%	34%

Tabella 6 - GENITORI: lingua di origine

	n.	%
Italiano	537	60%
Altra lingua	364	40%

Tabella 7 - GENITORI: conoscenza dell'italiano dei genitori non madrelingua

	Genitori non madrelingua	
	n.	%
Parlo bene l'italiano	220	62%
Sto ancora imparando	102	29%
Ho molte difficoltà a parlare l'italiano	36	10%

Tabella 8 – GENITORI (non madrelingua): uso delle lingue a casa

	n.	%
Solo italiano	466	52%
Solo una lingua diversa dall'italiano	56	6%
Italiano e un dialetto italiano	63	7%
Italiano e una lingua del paese del genitore	260	29%
Lingue diverse incluso l'italiano	47	5%
Lingue diverse senza l'italiano	7	1%

Tabella 9 - GENITORI: livello di istruzione

	Tutti i genitori		Solo genitori migranti	
	n.	%	n.	%
Non ho ricevuto un'istruzione formale	16	2%	13	4%
Scuola primaria	36	4%	24	7%
Scuola secondaria di primo grado	203	22%	103	29%
Scuola secondaria di secondo grado	394	43%	145	41%

Università triennale	85	9%	42	12%
Università specialistica / magistrale	160	17%	26	7%
Dottorato	31	3%	4	1%

Tabella 10 – DOCENTI: generale

	Primaria	Secondaria	Totali		Femmine	Maschi
	n.	n.	n.	%	%	%
Firenze e Prato	36	25	61	30%	88%	11%
Modena e Reggio Emilia	19	5	24	12%	100%	0%
Alessandria	15	22	37	18%	89%	8%
Torino	21	62	83	40%	81%	18%
Totali	91	114	205	100	87%	12%

Tabella 11 - DOCENTI: livello di formazione più elevato

	Tutti i docenti		Alessandria	Firenze e Prato	Modena e Reggio Emilia	Torino
	n.	%	%	%	%	%
Istituto magistrale	44	21%	16%	31%	39%	12%
Laurea triennale	11	5%	14%	7%	0%	3%
Laurea magistrale	137	67%	70%	56%	61%	79%
Dottorato	9	4%	0%	7%	0%	6%

Tabella 12 - DOCENTI: Formazione specifica su multiculturalità e multilinguismo

	n.	%
Generale	113	55%
Alessandria	20	56%
Firenze e Prato	36	60%

Modena e Reggio Emilia	18	75%
Torino	38	46%

Tabella 13 – MEDIATORI: generale

	Occupati a scuola	Occupati in ospedale	Totali		Femmine	Maschi	Non risponde
	n.	n.	n.	%	%	%	%
Firenze e Prato	9	6	15	28%	87%	13%	0
Modena e Reggio Emilia	0	16	16	30%	81%	13%	6%
Alessandria	0	0	0	0	0	0	0
Torino	12	11	23	42%	87%	13%	0
Totali	21	33	54	100%	85%	13%	2%

Tabella 14 - MEDIATORI: formazione specifica in ambito linguistico

	Tutti i mediatori		Firenze e Prato	Modena e Reggio Emilia	Torino
	n.	%	%	%	%
Sì, come parte della mia istruzione formale	8	26%	13%	38%	26%
Sì, di mia iniziativa	13	28%	20%	63%	9%
Sì, come formazione organizzata dal mio datore di lavoro	14	41%	60%	31%	35%
No	3	19%	7%	13%	30%
Non risponde	2	4%	0%	13%	0%

Tabella 15 - MEDIATORI: formazione specifica in ambito interculturale

	Tutti i mediatori		Firenze e Prato	Modena e Reggio Emilia	Torino
	n.	%	%	%	%
Sì, come parte della mia istruzione formale	28	52%	80%	44%	39%
Sì, di mia iniziativa	25	46%	20%	88%	35%

Sì, come formazione organizzata dal mio datore di lavoro	11	20%	0%	25%	30%
No	2	4%	0%	6%	4%

Tabella 16 - OPERATORI SANITARI: generale

	Totali		Femmine	Maschi
	n.	%	%	%
Firenze e Prato	24	32%	83%	17%
Modena e Reggio Emilia	17	22%	82%	18%
Alessandria	11	14%	91%	9%
Torino	24	32%	83%	17%
Totali	76	100%	84%	16%

Tabella 17 - STUDENTI: conoscenza e utilizzo della lingua

	Tutti gli studenti		Alessandria	Firenze e Prato	Modena e Reggio Emilia	Torino
	n.	%	%	%	%	%
Italiano	906	83%	83%	83%	89%	83%
Una lingua diversa dall'italiano	173	16%	17%	17%	11%	17%

Tabella 18 - STUDENTI: lingue parlate

	n.	%
Solo italiano	546	50%
Solo una lingua diversa dall'italiano	45	4%
Italiano e un dialetto italiano	112	10%

Italiano e la lingua del paese dello studente	241	23%
Diverse lingue incluso l'italiano	116	11%
Diverse lingue senza l'italiano	9	1%

Tabella 19 – STUDENTI NON MADRELINGUA: conoscenza dell'italiano (scuola primaria)

	Tutti gli studenti non madrelingua		Alessandria	Firenze e Prato	Modena e Reggio Emilia	Torino
	n.	%	%	%	%	%
Molto bene	26	23%	25%	9%	29%	34%
Bene	60	54%	58%	55%	59%	50%
Non ancora tanto bene	26	23%	17%	36%	12%	16%

Tabella 20 - STUDENTI NON MADRELINGUA: conoscenza dell'italiano (scuola secondaria)

	Tutti gli studenti non madrelingua		Alessandria	Firenze e Prato	Modena e Reggio Emilia	Torino
	n.	%	%	%	%	%
Sono in grado di capire e di esprimermi in italiano	31	32%	37%	20%	36%	37%
Capisco bene quando un insegnante mi parla in italiano	25	26%	29%	20%	29%	26%
Sono in grado di comunicare bene con i miei compagni in italiano	21	22%	29%	16%	21%	16%
Ho difficoltà a capire l'italiano	7	7%	0%	20%	14%	0%
Ho difficoltà ad esprimermi in italiano	12	13%	5%	24%	0%	21%

Tabella 21 - STUDENTI: multilinguismo in classe e durante la ricreazione

	In classe				Durante la ricreazione			
	Tutti gli studenti		Solo studenti di origine migrante		Tutti gli studenti		Solo studenti di origine migrante	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Totale	350	32%	154	31%	123	11%	91	8%
Alessandria	81	41%	30	29%	14	7%	12	6%
Firenze e Prato	76	21%	42	25%	47	13%	39	11%
Modena e Reggio Emilia	40	17%	17	18%	34	14%	20	8%
Torino	153	51%	65	50%	28	9%	21	7%

Tabella 22 - DOCENTI: uso della lingua nell'insegnamento

	Solo l'italiano		Lingua di origine degli studenti		Terza lingua durante le lezioni		Traduzioni nella lingua degli studenti		Altre lingue in classe	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Totale	118	58%	37	18%	53	26%	143	70%	67	38%
Alessandria	19	51%	5	14%	10	27%	21	57%	7	19%
Firenze e Prato	32	53%	21	34%	24	39%	56	92%	35	58%
Modena e Reggio Emilia	19	86%	2	9%	4	18%	14	64%	4	18%
Torino	48	58%	9	11%	15	18%	52	63%	21	25%

Tabella 23 - STUDENTI: sostegno linguistico a scuola

	Sostegno in lingua madre in classe		Uso di traduzioni in lingua madre	
	n.	%	n.	%
Totale	43	27%	83	53%
Alessandria	7	25%	18	69%

Firenze e Prato	14	27%	27	52%
Modena e Reggio Emilia	7	25%	12	41%
Torino	15	29%	26	52%

Tabella 24 - DOCENTI: valutazione del sostegno agli studenti

		n.	%
Studenti la cui lingua nativa è diversa dalla lingua di istruzione	Eccellente	53	26%
	Sufficiente	119	59%
	Abbastanza scarso + scarso	29	14%
Studenti con scarsi risultati scolastici	Eccellente	56	28%
	Sufficiente	124	62%
	Abbastanza scarso + scarso	21	10%
Studenti con bisogni educativi speciali (BES)	Eccellente	82	41%
	Sufficiente	105	52%
	Abbastanza scarso + scarso	14	8%
Studenti con problemi comportamentali	Eccellente	45	23%
	Sufficiente	119	60%
	Abbastanza scarso + scarso	34	18%
Studenti con famiglie socio economicamente svantaggiate	Eccellente	63	32%
	Sufficiente	116	58%
	Abbastanza scarso + scarso	20	11%
Studenti molto dotati nell'apprendimento	Eccellente	57	29%
	Sufficiente	109	56%
	Abbastanza scarso + scarso	30	15%
Studenti con esperienza di immigrazione	Eccellente	51	26%
	Sufficiente	123	63%
	Abbastanza scarso + scarso	22	11%
Studenti rifugiati	Eccellente	39	24%
	Sufficiente	92	56%

	Abbastanza scarso + scarso	34	21%
--	----------------------------	----	-----

Tabella 25 - STUDENTI: percezione della scuola

La tabella che segue riporta i risultati per tutte le variabili, in relazione a tutti gli studenti e a quelli con background migratorio.

		Tutti gli studenti		Solo studenti di origine migrante	
		n.	%	n.	%
Mi piace andare a scuola	Molto	361	33%	192	39%
	Abbastanza	383	35%	149	30%
	Poco + per niente	126	12%	56	12%
Mi piace imparare cose nuove	Molto	670	62%	321	65%
	Abbastanza	279	26%	118	24%
	Poco + per niente	35	3%	13	3%
Capisco tutto quello che gli insegnanti mi dicono	Molto	353	33%	163	33%
	Abbastanza	468	44%	221	45%
	Poco + per niente	65	6%	31	6%
Sono bravo/a nei compiti e nelle interrogazioni	Molto	243	23%	87	18%
	Abbastanza	468	43%	209	42%
	Poco + per niente	110	10%	61	13%
Sono bravo/a a scuola come i miei compagni	Molto	403	37%	168	34%
	Abbastanza	425	39%	194	39%
	Poco + per niente	88	8%	50	10%
Faccio bene i compiti a casa	Molto	415	38%	163	33%
	Abbastanza	449	42%	202	41%
	Poco + per niente	52	5%	40	8%
So trovare soluzioni per tutti i problemi	Molto	281	26%	137	28%
	Abbastanza	441	41%	180	36%
	Poco + per niente	101	9%	60	12%
So come affrontare le cose nuove	Molto	407	38%	192	39%

	Abbastanza	410	38%	179	36%
	Poco + per niente	86	9%	50	10%

Tabella 26 - CONFRONTO TRA STUDENTI E GENITORI: percezione dell'esperienza scolastica

La tabella riassume i risultati (riportando solo le risposte “molto” + “abbastanza”). Sono stati selezionati solo i campi confrontabili tra i due questionari.

	Tutti gli studenti	Studenti di origine migrante	Tutti i genitori	Genitori migranti	
	%	%	%	%	
Mi piace andare a scuola	68%	69%	92%	90%	A mio/a figlio/a piace andare a scuola
Mi piace imparare cose nuove	88%	89%	93%	89%	A mio/a figlio/a piace imparare cose nuove
Sono bravo/a nei compiti e nelle interrogazioni	66%	60%	82%	76%	Mio/a figlio/a è bravo/a nei compiti e nelle interrogazioni
Sono bravo/a a scuola come i miei compagni	76%	73%	75%	79%	Mio/a figlio/a è bravo/a a scuola come i suoi compagni
Faccio bene i compiti a casa	80%	74%	76%	77%	Per Mio/a figlio/a i compiti a casa non sono un problema
So trovare soluzioni per tutti i problemi	67%	64%	65%	66%	Mio/a figlio/a sa trovare soluzioni per tutti i problemi
So come affrontare le cose nuove	76%	75%	77%	74%	Mio figlio/a sa come affrontare le cose nuove

Tabella 27 - STUDENTI: i rapporti a scuola

La tabella che segue riassume i risultati (solo risposte “molto” + “abbastanza”)

	n.	%
Mi sento vicino ai miei compagni di classe	864	81%
Mi piace stare con i miei compagni di classe	955	89%

Ho amici nella mia classe	956	89%
Mi sento più vicino a coloro che parlano la mia lingua	638	61%
Mi sento più vicino a chi ha i miei stessi interessi	712	67%
Gli insegnanti trattano gli studenti in modo equo	820	79%
I miei insegnanti si interessano a me	807	76%
Vado d'accordo con i miei insegnanti	878	82%

Tabella 28 - DOCENTI: canali di comunicazione con i genitori

	n.	%
Portale web	65	32%
Messaggi scritti sul quaderno dei ragazzi	140	68%
Incontro di persona con i genitori	166	81%
Messaggi telefonici o app	87	42%
Incontri generali a scuola	160	78%

Tabella 29 - DOCENTI: Principale canale di comunicazione utilizzato dai docenti per comunicare con i genitori

	n.	%
Portale web	16	9%
Messaggi scritti sul quaderno dei ragazzi	43	22%
Incontro di persona con i genitori	77	40%
Messaggi telefonici o app	17	9%
Incontri generali a scuola	26	13%
Altro	14	7%

Tabella 30 - DOCENTI: Principale canale di comunicazione (per provincia)

	Tutti i docenti	Alessandria	Firenze e Prato	Modena e Reggio Emilia	Torino
	%	%	%	%	%
Portale web	9%	19%	10%	8%	2%
Messaggi scritti sul quaderno dei ragazzi	22%	5%	22%	23%	30%
Incontro di persona con i genitori	40%	27%	45%	46%	41%
Messaggi telefonici o app	9%	22%	3%	23%	5%
Incontri generali a scuola	13%	19%	12%	0%	15%

Tabella 31 - GENITORI: canali di comunicazione con i docenti

	n.	%
Portale web	313	33%
Messaggi scritti sul quaderno dei ragazzi	467	50%
Incontro di persona con gli insegnanti	465	49%
Messaggi telefonici o app	308	33%
Incontri generali a scuola	451	48%
Contatto informalmente altri genitori/il mediatore	85	9%

Tabella 32 – GENITORI: principale canale di comunicazione utilizzato per comunicare con i docenti

	n.	%
Portale web	113	15%

Messaggi scritti sul quaderno dei ragazzi	158	21%
Incontro di persona con gli insegnanti	189	25%
Messaggi telefonici o app	109	15%
Incontri generali a scuola	139	19%
Contatto informalmente altri genitori/il mediatore	19	3%

Tabella 33 – MEDIATORI SCOLASTICI: canali di comunicazione con i genitori

	Mediatori di Firenze e Prato		Mediatori di Torino	
	n.	%	n.	%
Messaggi scritti sul quaderno delle/dei ragazzi/e	1	11%	0	0%
Messaggi telefonici o APP	3	33%	0	0%
Incontro di persona i genitori	2	22%	8	67%
Incontri generali a scuola	1	11%	3	25%

Tabella 34 - DOCENTI/GENITORI/MEDIATORI: soddisfazione nella comunicazione

La tabella riassume i risultati (somma di risposte “molto soddisfatto” e “soddisfatto”)

	n.	%
Docenti	91	45%
Genitori	653	71%
Mediatori	19	35%

Tabella 35 - DOCENTI/GENITORI: difficoltà nella comunicazione

	Docenti		Genitori	
	n.	%	n.	%
Mancanza di opportuni canali di comunicazione	29	16%	91	13%
Mancanza di competenze linguistiche condivise	103	55%	75	11%
Mancanza di interesse da parte della controparte	111	59%	29	4%
Carico di lavoro dei genitori	80	43%	61	9%
Limitate competenze e risorse dei docenti	21	11%	33	5%

Tabella 36 - DOCENTI/GENITORI: principale fonte di difficoltà nella comunicazione

	Docenti		Genitori	
	n.	%	n.	%
Mancanza di opportuni canali di comunicazione	19	10%	68	30%
Mancanza di competenze linguistiche condivise	48	26%	62	27%
Mancanza di interesse da parte della controparte	62	34%	16	7%
Carico di lavoro dei genitori	42	23%	49	21%
Limitate competenze e risorse dei docenti	6	3%	11	5%

Tabella 37 - MEDIATORI/GENITORI: difficoltà nella comunicazione

	Mediatori scolastici di Firenze e Prato		Mediatori scolastici di Torino	
	n.	%	n.	%
Le sue risorse di tempo limitate	1	11%	1	8%
L'ambiente comunicativo complessivo delle scuole	1	11%	0	0%
La scarsa comprensione che i genitori hanno del funzionamento del mondo scuola	0	0%	1	8%
Mancanza di opportuni canali di comunicazione	2	22%	3	25%

Carico di lavoro dei genitori	1	11%	0	0%
Mancanza di competenze linguistiche condivise	1	11%	5	42%
Mancanza di interesse da parte dei genitori	1	11%	3	25%

Tabella 38 - STUDENTI: agency

La tabella riassume i risultati (solo risposte “molto” + “abbastanza”).

	Tutti gli studenti		Studenti di origine migrante	
	n.	%	n	%
Ascolto attentamente i miei insegnanti	863	80%	397	80%
Seguo le istruzioni dei miei insegnanti	949	88%	432	87%
Chiedo se non capisco le richieste dei miei insegnanti	718	67%	328	66%
Dico ai miei insegnanti ciò di cui ho bisogno o voglio	609	57%	302	61%
Collaboro con i miei compagni di classe	901	83%	391	79%
Ascolto le opinioni e le esperienze dei miei compagni di classe	900	83%	397	79%
Posso dire liberamente ciò che penso	599	56%	243	49%
Posso dire liberamente ciò che sento o che non mi piace	605	56%	266	54%
Posso partecipare alle decisioni sulle attività scolastiche	767	71%	351	72%
Posso esprimere le mie idee sui modi di organizzare le attività in classe	639	60%	286	58%

Tabella 39 - DOCENTI: sostegno all’agency degli studenti

La tabella che segue riassume i risultati (riportando solo le risposte “molto”) per tutti i docenti e per provincia.

Totale docenti		Alessandria	Firenze e Prato	Modena e Reggio Emilia	Torino
n.	%	%	%	%	%

Incoraggio gli studenti a chiarire le loro idee	97	48%	40%	48%	96%	39%
Sostengo le iniziative degli studenti non direttamente riferite al mio insegnamento e li incoraggio a realizzarle	78	39%	32%	29%	95%	35%
Permetto agli studenti di discutere in classe in modo autonomo	110	55%	57%	53%	91%	45%
Sostengo e coordino le proposte autonome degli studenti su iniziative o attività	78	40%	39%	33%	86%	32%
Sostengo e incoraggio la realizzazione di idee nuove e creative riguardanti l'insegnamento o altri aspetti importanti	84	42%	38%	37%	86%	36%
Permetto agli studenti di mettere in discussione le mie idee e le mie decisioni	73	36%	32%	40%	73%	26%
Incoraggio gli studenti ad articolare e rinforzare i loro interessi	124	62%	54%	63%	100%	55%
In generale, tento di promuovere le attività degli studenti non riferite al mio insegnamento	91	45%	35%	42%	86%	42%

Tabella 40 - MEDIATORI di ambito scolastico: sostegno all'agency degli studenti

La tabella riassume i risultati (somma di risposte "molto" e "abbastanza")

	Mediatori di Firenze e Prato		Mediatori di Torino	
	n.	%	n.	%
Incoraggiare le studentesse e gli studenti a chiarire le loro idee	7	78%	11	92%
Sostenere le iniziative delle studentesse e degli studenti e incoraggiarli a realizzarle	6	67%	12	100%
Permettere alle studentesse e agli studenti di discutere in classe in modo autonomo	5	56%	11	92%
Sostenere e coordinare le proposte autonome delle studentesse e degli studenti su iniziative o attività	5	56%	11	92%
Sostenere e incoraggiare la realizzazione di idee nuove e creative riguardanti altri aspetti importanti del suo lavoro	6	67%	10	83%
Permettere alle studentesse e agli studenti di mettere in discussione le sue idee e le sue decisioni	6	67%	11	92%

Incoraggiare le studentesse e gli studenti ad articolare e rinforzare i loro interessi	6	67%	11	92%
In generale, tentare di promuovere le attività delle studentesse e degli studenti	6	67%	12	100%

Tabella 41 - MEDIATORI di ambito sanitario: sostegno all'agency degli studenti

La tabella che segue riassume i risultati (somma di risposte "molto" e "abbastanza")

	Totale		Firenze e Prato	Modena e Reggio Emilia	Torino
	n.	%	%	%	%
Incoraggiare i pazienti adulti a partecipare attivamente	27	82%	100%	81%	67%
Incoraggiare i pazienti bambini a partecipare attivamente	25	76%	83%	75%	67%
Sostenere le iniziative dei pazienti adulti e incoraggiarli a realizzarle	24	73%	83%	81%	50%
Sostenere le iniziative dei pazienti bambini e incoraggiarli a realizzarle	22	67%	83%	63%	58%
Permettere ai pazienti adulti di discutere in modo autonomo con il personale sanitario	22	67%	100%	75%	33%
Permettere ai pazienti bambini di discutere in modo autonomo con il personale sanitario	20	61%	83%	56%	50%
Sostenere e coordinare le proposte autonome dei pazienti adulti per quanto riguarda la loro salute	23	70%	67%	75%	58%
Sostenere e coordinare le proposte autonome dei pazienti bambini per quanto riguarda la loro salute	18	55%	50%	44%	67%
Permettere ai pazienti adulti di mettere in discussione le sue idee e le sue decisioni	25	76%	83%	81%	58%
Permettere ai pazienti bambini di mettere in discussione le sue idee e le sue decisioni	21	64%	67%	56%	67%
Incoraggiare i pazienti adulti a comprendere i loro bisogni sanitari	27	82%	100%	88%	58%
Incoraggiare i pazienti bambini a comprendere i loro bisogni sanitari	24	73%	83%	75%	58%
Tranquillizzare i pazienti adulti	27	82%	100%	88%	58%
Tranquillizzare i pazienti bambini	28	85%	83%	81%	83%

Promuovere servizi efficaci per i pazienti adulti	21	64%	33%	75%	58%
Promuovere servizi efficaci per i pazienti bambini	23	70%	33%	69%	83%

Tabella 42 - DOCENTI: percezione dell'efficacia del proprio operato

La tabella riassume i risultati (riportando solo le risposte "normalmente")

	Totale docenti		Alessandria	Firenze e Prato	Modena e Reggio Emilia	Torino
	n.	%	%	%	%	%
Affrontare le sfide di una classe multiculturale	132	66%	62%	70%	81%	64%
Adattare l'insegnamento alle diversità culturali degli studenti	122	61%	65%	53%	55%	68%
Far lavorare insieme studenti con e senza origine migrante	134	69%	68%	64%	68%	73%
Aumentare la consapevolezza degli studenti rispetto alle tematiche delle differenze culturali	119	60%	57%	56%	62%	65%
Riesce a ridurre gli stereotipi esistenti tra gli studenti	107	54%	65%	55%	55%	49%
Riesce a far fronte alle richieste emergenti	100	51%	57%	50%	62%	46%
Sensazione di sopraffazione nel contatto con gli studenti	10	5%	3%	5%	14%	4%
Vivere i problemi professionali come una sfida anziché come un peso	122	62%	62%	72%	55%	58%

Tabella 43 - MEDIATORI di ambito scolastico: percezione dell'efficacia del proprio operato

La tabella riassume i risultati (somma di risposte "normalmente" e "alcune volte")

Percezione dell'efficacia del proprio operato	Mediatori scolastici di Firenze e Prato		Mediatori scolastici di Torino	
	n.	%	n.	%
Affrontare le sfide di una classe	6	67%	8	67%
Adattare il suo intervento alle diversità culturali delle studentesse e degli studenti	7	78%	8	67%

Far lavorare insieme studentesse e studenti con e senza background migratorio	7	78%	7	58%
Aumentare la consapevolezza delle studentesse e degli studenti rispetto alle tematiche delle differenze culturali	7	78%	11	92%
Ridurre gli stereotipi esistenti tra le studentesse e gli studenti	6	67%	9	75%

Tabella 44 - MEDIATORI di ambito sanitario: percezione dell'efficacia del proprio operato

La tabella riassume i risultati (somma di risposte "molto" e "abbastanza")

	Totale mediatori		Firenze e Prato	Modena e Reggio Emilia	Torino
	n.	%	%	%	%
Ritiene di saper affrontare le sfide professionali poste dal lavoro nei servizi sanitari	30	91%	83%	94%	91%
Ritiene di adattare il suo lavoro alle diversità culturali tra pazienti e personale sanitario	31	94%	100%	94%	91%
Ritiene di riuscire a facilitare la comunicazione/relazione tra pazienti e personale sanitario	31	94%	100%	94%	91%
Ritiene di poter aumentare la consapevolezza dei pazienti rispetto ai loro problemi di salute	30	91%	100%	94%	82%
Ritiene di avvicinare il personale sanitario ai bisogni dei pazienti	30	91%	100%	94%	82%
Ritiene di poter aiutare a risolvere i problemi di salute presentati dai pazienti	29	88%	100%	88%	82%

Tabella 45 - STUDENTI: problemi

La tabella che riassume i risultati (solo risposte "molte volte")

Situazione che non mi sono familiari	Scuola	Problemi a far comprendere il mio punto di vista o a esprimere le mie opinioni
--------------------------------------	--------	--

	Tutti gli studenti		studenti di origine migrante		Tutti gli studenti		Studenti di origine migrante		Tutti gli studenti		Studenti di origine migrante	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Totale	37	4%	22	5%	120	11%	57	12%	116	11%	52	11%
Alessandria	16	8%	11	11%	16	9%	8	8%	16	8%	11	11%
Firenze e Prato	5	2%	3	2%	38	11%	18	11%	18	5%	8	5%
Modena e Reggio Emilia	6	3%	3	3%	36	16%	18	20%	44	20%	17	18%
Torino	10	3%	5	4%	30	10%	13	10%	38	13%	16	12%

La tabella riassume i risultati riportando solo risposte “molte volte” + “qualche volta”.

Problemi degli studenti	Situazione che non mi sono familiari				Scuola				Problemi a far comprendere il mio punto di vista o a esprimere le mie opinioni			
	Tutti gli studenti		Studenti di origine migrante		Tutti gli studenti		Studenti di origine migrante		Tutti gli studenti		Studenti di origine migrante	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Totale	283	27%	177	36%	496	47%	238	50%	581	55%	270	56%
Alessandria	67	34%	46	45%	74	40%	45	45%	87	45%	54	54%
Firenze e Prato	78	23%	54	33%	133	39%	72	44%	158	46%	77	47%
Modena e Reggio Emilia	58	25%	36	38%	138	61%	55	61%	167	75%	65	71%
Torino	80	26%	40	31%	151	50%	66	52%	169	57%	73	57%

Tabella 46 - DOCENTI: percezione dei problemi che incontrano gli studenti

La tabella riassume i risultati (solo risposte “quotidianamente” e “spesso”)

Totale docenti	Alessandria	Firenze e Prato	Modena e Reggio Emilia	Torino

	n.	%	%	%	%	%
Uno studente che ha avuto difficoltà con la lingua italiana	160	80%	73%	93%	64%	77%
Uno studente arrivato da un altro paese o città	109	54%	54%	35%	25%	60%
Uno studente arrivato nella sua classe a metà anno	63	32%	33%	36%	6%	29%
Uno studente con difficoltà iniziali nel relazionarsi	110	56%	53%	51%	42%	62%
Uno studente con seri problemi con i compiti o le relazioni sociali	103	54%	54%	49%	50%	57%
Quando doveva difendere la sua opinione	69	36%	23%	43%	33%	38%
Quando si trovava ad affrontare situazioni di conflitto e dover dire agli altri cosa è giusto	87	46%	34%	50%	57%	45%
Quando non si sentiva a suo agio	83	43%	33%	52%	53%	38%
Quando aveva preoccupazioni personali	81	42%	33%	45%	55%	40%

Tabella 47 - STUDENTI: a chi chiedono aiuto nelle situazioni problematiche incontrate a scuola

	La mia famiglia				Un mio insegnante				Altri adulti a scuola				Un amico/a			
	Tutti gli studenti		Studenti di origine migrante		Tutti gli studenti		Studenti di origine migrante		Tutti gli studenti		Studenti di origine migrante		Tutti gli studenti		Studenti di origine migrante	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Totale	398	37%	171	16%	244	22%	132	12%	30	3%	12	1%	243	22%	119	11%
Alessandria	51	26%	34	17%	35	18%	24	12%	5	3%	1	1%	35	18%	20	10%
Firenze e Prato	114	32%	54	15%	72	20%	48	14%	8	2%	4	1%	61	17%	30	8%
Modena e Reggio Emilia	124	52%	43	18%	76	32%	27	11%	10	4%	6	3%	85	36%	37	16%
Torino	109	36%	40	13%	61	20%	33	11%	7	2%	2	1%	62	21%	32	11%

Tabella 48 - STUDENTI: con chi collaborano per risolvere i loro problemi?

	La mia famiglia				Un mio insegnante				Altri adulti a scuola				Un amico/a			
	Tutti gli studenti		Studenti di origine migrante		Tutti gli studenti		Studenti di origine migrante		Tutti gli studenti		Studenti di origine migrante		Tutti gli studenti		Studenti di origine migrante	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Totale	271	25%	134	12%	185	17%	93	9%	29	3%	12	1%	331	30%	163	15%
Alessandria	41	21%	29	15%	19	10%	9	5%	5	3%	3	2%	37	19%	22	11%
Firenze e Prato	81	23%	39	11%	58	16%	38	11%	7	2%	3	1%	92	26%	49	14%
Modena e Reggio Emilia	66	27%	28	12%	51	22%	17	7%	8	3%	4	2%	113	48%	47	20%
Torino	83	27%	38	13%	57	19%	29	10%	9	3%	3	1%	89	29%	44	15%

Tabella 49 – DOCENTI: rappresentazione dell'integrazione

La tabella che segue riassume i risultati (somma di risposte “d'accordo” e “abbastanza d'accordo”)

	n.	%
L'Italia sarebbe migliore se i membri di gruppi diversi mantenessero il proprio modo di vivere	114	59%
Le persone che arrivano in Italia dovrebbero cambiare il loro modo di vivere per assimilarsi	69	36%
Se i membri di gruppi diversi vogliono mantenere la loro cultura, devono tenerlo per loro stessi e non interferire nella società in cui vivono	74	39%
Sarebbe bello se ogni gruppo in Italia mantenesse la sua cultura	174	91%
Una società nella quale coesistono gruppi diversi può affrontare meglio i problemi che emergono	177	91%
Sarebbe bene per l'Italia se i migranti dimenticassero il loro passato culturale il più in fretta possibile	8	4%
Mescolare varie culture sarebbe il modo migliore per gestire e affrontare le differenze	172	89%
Le influenze culturali e le espressioni personali si mescolano sempre	172	90%

La cultura non è rilevante nella spiegazione dei comportamenti individuali	41	21%
L'esistenza di gruppi culturali diversi in Italia complica la soluzione dei problemi	46	24%
"Quelli" che entrano nella nostra società dovrebbero modellare e cambiare il loro comportamento per essere più simili a "noi"	22	11%

Tabella 50 – GENITORI: rappresentazione dell'integrazione

La tabella che segue riassume i risultati (somma di risposte “d'accordo” e “abbastanza d'accordo”)

	n.	%
L'Italia sarebbe migliore se i membri di gruppi diversi mantenessero il proprio modo di vivere	377	45%
Le persone che arrivano in Italia dovrebbero cambiare il loro modo di vivere per assimilarsi	537	61%
Se i membri di gruppi diversi vogliono mantenere la loro cultura, devono tenerlo per loro stessi e non interferire nella società in cui vivono	478	55%
Sarebbe bello se ogni gruppo in Italia mantenesse la sua cultura	665	77%
Una società nella quale coesistono gruppi diversi può affrontare meglio i problemi che emergono	652	77%
Sarebbe bene per l'Italia se i migranti dimenticassero il loro passato culturale il più in fretta possibile	81	9%
Mescolare varie culture sarebbe il modo migliore per gestire e affrontare le differenze	670	77%
Le influenze culturali e le espressioni personali si mescolano sempre	654	79%
La cultura non è rilevante nella spiegazione dei comportamenti individuali	335	40%
L'esistenza di gruppi culturali diversi in Italia complica la soluzione dei problemi	290	34%

Tabella 51 – GENITORI: rappresentazione dell'integrazione (influenza dell'origine migrante)

La tabella riassume i risultati (somma di risposte “d'accordo” e “abbastanza d'accordo”)

	Tutti i genitori		Italiani		Di origine migrante	
	n.	%	n.	%	n.	%
L'Italia sarebbe migliore se i membri di gruppi diversi mantenessero il proprio modo di vivere	374	45%	184	35%	190	62%
Le persone che arrivano in Italia dovrebbero cambiare il loro modo di vivere per assimilarsi	531	61%	316	59%	215	64%

Se i membri di gruppi diversi vogliono mantenere la loro cultura, devono tenerlo per loro stessi e non interferire nella società in cui vivono	473	55%	242	46%	231	70%
Sarebbe bello se ogni gruppo in Italia mantenesse la sua cultura	660	77%	400	76%	260	78%
Una società nella quale coesistono gruppi diversi può affrontare meglio i problemi che emergono	646	77%	392	75%	254	82%
Sarebbe bene per l'Italia se i migranti dimenticassero il loro passato culturale il più in fretta possibile	78	9%	39	7%	39	12%
Mescolare varie culture sarebbe il modo migliore per gestire e affrontare le differenze	663	77%	409	77%	254	78%
Le influenze culturali e le espressioni personali si mescolano sempre	648	78%	393	76%	255	82%
La cultura non è rilevante nella spiegazione dei comportamenti individuali	331	40%	136	26%	195	63%
L'esistenza di gruppi culturali diversi in Italia complica la soluzione dei problemi	286	34%	172	33%	114	36%

Tabella 52 – MEDIATORI: rappresentazione dell'integrazione

La tabella che segue riassume i risultati (somma di risposte "Pienamente d'accordo" e "Abbastanza d'accordo")

	Totale mediatori		Firenze e Prato		Modena e Reggio Emilia	Torino	
			Mediatori sanità	Mediatori scuola	Mediatori sanità	Mediatori sanità	Mediatori scuola
	n.	%	%	%	%	%	%
La società sarebbe migliore se i membri di gruppi diversi mantenessero il proprio modo di vivere	26	48%	67%	56%	19%	45%	75%
Le persone che arrivano dovrebbero cambiare il loro modo di vivere per assimilarsi	19	35%	17%	22%	25%	45%	58%
Se i membri di gruppi diversi vogliono mantenere la loro cultura, devono tenerlo per loro stessi e non interferire nella società in cui vivono	13	24%	17%	22%	19%	36%	25%

Sarebbe bello se ogni gruppo mantenesse la sua cultura	36	67%	100%	89%	69%	64%	33%
Una società nella quale coesistono gruppi diversi può affrontare meglio i problemi che emergono	45	83%	100%	89%	75%	82%	83%
Sarebbe bene per la società se i migranti dimenticassero il loro passato culturale il più in fretta possibile	1	2%	0%	0%	0%	9%	0%
Mescolare varie culture sarebbe il modo migliore per gestire e affrontare le differenze	42	78%	83%	78%	63%	91%	83%
Le influenze culturali e le espressioni personali si mescolano sempre	43	80%	100%	89%	75%	91%	58%
La cultura non è rilevante nella spiegazione dei comportamenti individuali	20	37%	17%	22%	44%	55%	33%
L'esistenza di gruppi culturali diversi nella società complica la soluzione dei problemi	11	20%	33%	0%	25%	18%	25%
Quelli che entrano nella nostra società dovrebbero modellare e cambiare il loro comportamento per essere più simili a noi	8	15%	0%	11%	19%	18%	17%

Tabella 53 – OPERATORI SANITARI: rappresentazione dell'integrazione

La tabella che segue riassume i risultati (somma di risposte “d'accordo” e “abbastanza d'accordo”)

	n.	%
L'Italia sarebbe migliore se i membri di gruppi diversi mantenessero il proprio modo di vivere	39	51%
Le persone che arrivano in Italia dovrebbero cambiare il loro modo di vivere per assimilarsi	33	43%
Se i membri di gruppi diversi vogliono mantenere la loro cultura, devono tenerlo per loro stessi e non interferire nella società in cui vivono	26	34%
Sarebbe bello se ogni gruppo in Italia mantenesse la sua cultura	62	82%
Una società nella quale coesistono gruppi diversi può affrontare meglio i problemi che emergono	61	80%
Sarebbe bene per l'Italia se i migranti dimenticassero il loro passato culturale il più in fretta possibile	4	5%
Mescolare varie culture sarebbe il modo migliore per gestire e affrontare le differenze	68	90%
Le influenze culturali e le espressioni personali si mescolano sempre	59	78%

La cultura non è rilevante nella spiegazione dei comportamenti individuali	9	12%
L'esistenza di gruppi culturali diversi in Italia complica la soluzione dei problemi	25	33%

Tabella 54 – OPERATORI SANITARI: rapporti con i mediatori

La tabella riassume i risultati (“frequentemente” e “quotidianamente”)

	n.	%
Alessandria	0	0
Firenze e Prato	17	71%
Modena e Reggio Emilia	8	47%
Torino	9	38%
Totale	34	45%

Tabella 55 – OPERATORI SANITARI: organizzazione servizi di mediazione

	Totale		Alessandria	Firenze e Prato	Modena e Reggio Emilia	Torino
	n.	%	%	%	%	%
I mediatori linguistici prestano servizio nell'ospedale o azienda sanitaria in cui lavoro	28	37%	9%	33%	53%	42%
I mediatori linguistici lavorano per un servizio esterno (cooperativa, associazione, ecc.)	46	61%	54%	67%	59%	58%
I mediatori linguistici lavorano come liberi professionisti o lavoratori autonomi	1	1%	0%	0%	0%	4%
Non ci sono mediatori linguistici	4	5%	9%	8%	0%	4%

Tabella 56 – OPERATORI SANITARI: quanto intervengono i mediatori linguistici

La tabella che segue riassume i risultati (“spesso” e “qualche volta”)

	n.	%
Alessandria	0	0%
Firenze e Prato	19	79%
Modena e Reggio Emilia	8	47%
Torino	6	25%

Tabella 57 – OPERATORI SANITARI: come avviene la comunicazione con i bambini e famiglie di origine straniera se manca il mediatore

	Totale		Alessandria	Firenze e Prato	Modena e Reggio Emilia	Torino
	n.	%	%	%	%	%
Mi rivolgo in italiano al bambino (paziente) che traduce all’adulto presente	32	42%	73%	25%	29%	54%
Comunico in una lingua diversa dall’italiano ma comprensibile al paziente e/o agli adulti presenti	43	57%	55%	46%	47%	75%
Chiedo l’intervento di altri operatori sanitari che sappiano esprimersi in una lingua diversa dall’italiano e comprensibile al paziente e/o agli adulti presenti	38	50%	64%	29%	41%	71%
Comunico in lingua italiana al paziente e/o agli adulti presenti	13	17%	9%	8%	18%	29%

Tabella 58 – OPERATORI SANITARI: agency. Paziente di origine italiana e di età 8-10 anni

	Totale		Alessandria	Firenze e Prato	Modena e Reggio Emilia	Torino
	n.	%	%	%	%	%
Individuazione dei sintomi						

Con l'adulto presente	13	17%	27%	13%	12%	21%
Con il paziente	4	5%	9%	4%	6%	4%
Con entrambi	58	76%	64%	79%	82%	75%
Spiegazione della diagnosi						
Con l'adulto presente	35	46%	64%	38%	53%	42%
Con il paziente	1	1%	0%	4%	0%	0%
Con entrambi	38	50%	36%	50%	47%	58%
Spiegazione del piano terapeutico/somministrazione dei farmaci						
Con l'adulto presente	31	41%	55%	29%	35%	50%
Con il paziente	1	1%	0%	4%	0%	0%
Con entrambi	41	54%	46%	63%	59%	46%

Tabella 59 – OPERATORI SANITARI: agency. Paziente di origine straniera e di età 8-10 anni

	Totale		Alessandria	Firenze e Prato	Modena e Reggio Emilia	Torino
	n.	%	%	%	%	%
Individuazione dei sintomi						
Con l'adulto presente	26	34%	27%	46%	24%	33%
Con il paziente	3	4%	18%	0%	0%	4%
Con entrambi	46	61%	55%	50%	77%	63%
Spiegazione della diagnosi						
Con l'adulto presente	34	45%	46%	42%	47%	46%
Con il paziente	1	1%	0%	4%	0%	0%
Con entrambi	38	50%	55%	46%	53%	50%
Spiegazione del piano terapeutico/somministrazione dei farmaci						
Con l'adulto presente	39	51%	55%	46%	47%	58%
Con il paziente	1	1%	0%	4%	0%	0%
Con entrambi	36	47%	46%	50%	53%	42%

Tabella 60 – OPERATORI SANITARI: agency. Paziente di origine italiana e di età 11-13 anni

	Totale		Alessandria	Firenze e Prato	Modena e Reggio Emilia	Torino				
	n.	%	%	%	%	%				
Individuazione dei sintomi										
Con l'adulto presente	4	5%	0%	8%	18%	4%				
Con il paziente	16	21%	36%	17%	18%	21%				
Con entrambi	54	71%	64%	75%	65%	75%				
Spiegazione della diagnosi										
Con l'adulto presente	15	20%	36%	21%	24%	8%				
Con il paziente	2	3%	0%	4%	0%	4%				
Con entrambi	58	76%	64%	75%	77%	83%				
Spiegazione del piano terapeutico/somministrazione dei farmaci										
Con l'adulto presente	18	24%	4	36%	3	13%	5	29%	6	25%
Con il paziente	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Con entrambi	58	76%	7	64%	21	88%	12	71%	18	75%

Tabella 61 – OPERATORI SANITARI: agency. Paziente di origine straniera e di età 11-13 anni

	Totale		Alessandria	Firenze e Prato	Modena e Reggio Emilia	Torino
	n.	%	%	%	%	%
Individuazione dei sintomi						
Con l'adulto presente	13	17%	9%	29%	12%	13%
Con il paziente	13	17%	46%	4%	12%	21%
Con entrambi	49	65%	46%	63%	77%	67%
Spiegazione della diagnosi						

Con l'adulto presente	21	28%	27%	33%	35%	17%
Con il paziente	1	1%	0%	0%	0%	4%
Con entrambi	54	71%	73%	67%	65%	79%
Spiegazione del piano terapeutico/somministrazione dei farmaci						
Con l'adulto presente	18	24%	36%	25%	24%	17%
Con il paziente	2	3%	0%	4%	0%	4%
Con entrambi	56	74%	64%	71%	77%	79%

Tabella 62 – OPERATORI SANITARI: agency. Capacità di comunicare e comprendere

La tabella che segue riassume i risultati (“molto” e “abbastanza”)

	origini italiane 8-10		origini straniere 8-10		origini italiane 11-13		origini straniere 11-13	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Comunicare quanto gli sta accadendo (malesseri, segnali del corpo, ecc)	69	91%	56	74%	72	95%	65	86%
Comprendere le spiegazioni del medico in merito alla sua patologia	51	67%	39	51%	69	91%	61	80%
Comprendere come devono essere utilizzati i farmaci	43	57%	34	45%	69	91%	56	74%
Comprendere come devono essere utilizzati gli eventuali dispositivi medici (per esempio nel caso di malattie croniche)	51	67%	33	43%	68	90%	55	72%
Gestire nel quotidiano la somministrazione dei farmaci	30	39%	35	46%	58	76%	50	66%
Gestire nel quotidiano l'utilizzo di eventuali dispositivi medici (per esempio nel caso di malattie croniche)	36	47%	28	37%	61	80%	52	68%