

**PROGETTO PRIN**  
**LA PARTECIPAZIONE E LA COSTRUZIONE DELL'IDENTITA' DEI**  
**BAMBINI MIGRANTI MIGRANTI NEI CONTESTI EDUCATIVO E**  
**SANITARIO**

**RAPPORTO FINALE**  
**AZIONE 4 "Evaluative analysis of activities"**

**Le interazioni in ambito pediatrico**

**Federica Ceccoli e Claudio Baraldi (UNIMORE)**

## Indice

1. Introduzione: l'interazione con i bambini in ambito sanitario	p. 3
2. I dati sulle interazioni	p. 4
3. Organizzazione generale delle visite	p. 5
4. Le iniziative de bambini	p. 11
4.1 Produzione di informazioni nuove o complementari	p. 12
4.2 Domande	p. 16
4.3 Contraddizione di informazioni	p. 18
5. Inviti a esercitare agency	p. 21
6. Limitazioni dell'agency dei bambini	p. 27
7. Condizioni specifiche dell'agency dei bambini	p. 34
8. Lo strano caso dell'interazione 6	p. 44
9. Conclusioni	p. 50
Riferimenti bibliografici	p. 52

## 1. Introduzione: l'interazione con i bambini in ambito sanitario

Il questionario somministrato agli operatori sanitari ha evidenziato che, nell'interazione che coinvolge i bambini di origine migrante in ambito pediatrico, gli operatori sanitari dichiarano frequentemente di utilizzare una lingua diversa dall'italiano, comprensibile agli altri partecipanti, (57% dei casi). Quasi altrettanto rilevanti sono la richiesta di intervento di altri operatori che conoscono la lingua del paziente o dei suoi genitori (50%) e l'aiuto del bambino nella mediazione con i genitori (42%). Solo nel 17% dei casi gli operatori rispondono di comunicare in lingua italiana: eppure, come vedremo, nella casistica registrata nell'area emiliana (dove si colloca comunque il 18% dei casi), l'uso della lingua italiana è molto frequente.

La letteratura sulla comunicazione tra pediatri e bambini pazienti è stata analizzata soprattutto da Stivers (2005a, 2005b, 2006), le cui ricerche mostrano che i pediatri tendono a cercare il consenso dei genitori nella fase di prescrizione del trattamento medico dei figli: questa ricerca del consenso può però incontrare una resistenza ad accettare il trattamento proposto. In questi casi, si aprono negoziazioni che possono portare i pediatri a concessioni importanti, fino alla prescrizione di medicinali considerati inutili, come effetto di una promozione della partecipazione che non appare desiderabile dal punto di vista medico. Tuttavia, il *modo* in cui il pediatra propone il trattamento condiziona il livello di resistenza del genitore: quest'ultimo resiste attivamente se il medico non è propositivo, se la sua proposta non è specifica e se minimizza il problema. Ne consegue che le posizioni contro certi trattamenti farmacologici (ad esempio, gli antibiotici) sono infruttuose perché non sono propositive, non segnalano trattamenti specifici alternativi e minimizzano il sintomo. Per converso, una proposta del medico che sia precisa e specifica, e che non minimizzi i problemi, comporta una probabilità più elevata di accettazione. Per converso un'altra ricerca ha evidenziato che le domande non focalizzate del medico, che lasciano ampio spazio al paziente bambino, sono particolarmente importanti nel promuovere la sua partecipazione durante le visite sul dolore (Clemente et al. 2008). In questi casi, è possibile introdurre domande specifiche per promuovere la competenza del bambino come esperto e conoscitore del problema (il dolore): prima della domanda, il bambino è presentato come chi ne sa più di tutti. Questo tipo di premessa incrementa l'autorità epistemica del bambino, in termini di competenza, rispetto agli altri adulti presenti, sia i genitori, sia i medici.

Nello studio di Stivers (2012), i pediatri pongono il 37% delle domande ai bambini, anziché ai loro genitori, e i bambini rispondono al 65% di queste domande: pertanto, per quanto riguarda le risposte alle domande dei pediatri, i bambini partecipano nel 24% dei casi. Stivers dimostra che le risposte dei bambini alle domande dei pediatri sono meno frequenti di quelle dei genitori, ma è possibile promuoverle facilitando la loro partecipazione attiva, in tal modo sostenendo l'acquisizione di informazioni sullo stato di salute del bambino e promuovendo l'attitudine del bambino a partecipare. I pediatri possono ottenere questo risultato in tre modi: ponendo domande su questioni "sociali" all'inizio della visita, ponendo domande che richiedono una risposta del tipo sì/no e direzionando lo sguardo verso i bambini durante la visita. Inoltre, Stivers dimostra che i pediatri sono propensi a porre domande ai bambini in modo diverso in relazione all'età e che i bambini rispondono di più a età maggiori, che le bambine rispondono di più dei bambini, mentre le differenze etniche e culturali non influenzano le risposte dei bambini, sebbene i pediatri tendano invece ad attribuirvi importanza nel porre le domande. Infine, apparentemente, non c'è alcuna incidenza dell'intervento dei genitori nell'interazione.

Anche dal nostro questionario emergono aspetti rilevanti della comunicazione con i bambini. Per quanto riguarda l'individuazione dei sintomi, nel 72% dei casi gli operatori dichiarano di comunicare sia con il bambino paziente di 8-10 anni, sia italiano sia migrante, sia con il solo genitore, mentre

soltanto in pochissimi casi comunicano solo con il bambino. Nella spiegazione della diagnosi e nella spiegazione del piano terapeutico, la comunicazione con il bambino si riduce ancora (1%), mentre aumenta significativamente la comunicazione con il solo adulto (intorno alla metà dei casi). I dati cambiano in modo significativo per i bambini tra gli 11 e i 13 anni: il coinvolgimento dei soli bambini nell'individuazione dei sintomi aumenta significativamente, più con i bambini italiani (21%) che con i migranti (17%) e la spiegazione della diagnosi e del piano terapeutico si sposta dal solo adulto (intorno al 20%) a bambino e adulto (oltre il 75%). Questi dati evidenziano in generale uno spostamento dovuto all'età, coerente con i dati di Stivers, ma la comunicazione con il solo bambino rimane minima per la spiegazione della diagnosi e del piano terapeutico, e ancora decisamente minoritaria per l'individuazione dei sintomi. Come vedremo, alcuni elementi emersi dalle interazioni segnalano che lo spartiacque è fissato proprio a 10 anni, quantomeno nell'area emiliana, apparentemente senza distinzione tra italiani e migranti.

La percezione delle competenze comunicative è chiaramente diversa per bambini italiani e bambini migranti, in linea ancora con quanto riportato da Stivers per quanto riguarda gli aspetti etnici negli USA. Questa diversa percezione si riduce, ma non si annulla tra gli 11 e i 13 anni, pur con una crescita significativa per questa classe d'età per quanto riguarda la capacità di comunicare sulla propria condizione, la capacità di comprendere le spiegazioni del medico, la capacità di comprendere come utilizzare i farmaci, la capacità di gestire nel quotidiano i dispositivi medici. L'unica, e interessante, eccezione per i bambini tra gli 8 e i 10 anni, è la gestione dei farmaci nel quotidiano, per la quale viene percepita una competenza maggiore in termini percentuali dei bambini migranti. Un dato molto importante, per quanto riguarda l'analisi dei dati di questa parte del rapporto, è che le competenze segnalate nell'area emiliana, riguardanti in prevalenza la gestione del diabete, sono nettamente più basse della media per i bambini di origine migrante dagli 8 ai 10 anni, ma solo per gli aspetti relativi a gestione dei farmaci e della malattia per i bambini migranti dagli 11 ai 13 anni.

## **2. I dati sulle interazioni**

L'analisi che segue riguarda 17 interazioni tra pediatri/e italiani/e e bambini/e e genitori migranti che sono state audio-registrate durante alcune visite pediatriche e successivamente trascritte con l'obiettivo di capire se l'agency dei bambini migranti viene promossa e sostenuta da pediatri e genitori. La raccolta dei dati si è svolta nell'arco di 9 mesi, da ottobre 2021 a giugno 2022. Il tempo totale di registrazione audio è di 5h 42' 23" e la durata media di ogni interazione/visita pediatrica è di 20 minuti. Le interazioni sono state audio registrate in due diversi contesti: (1) 12 interazioni sono state raccolte presso l'Ambulatorio di Diabetologia Pediatrica situato nelle strutture dell'Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia; (2) 5 interazioni sono state raccolte presso il Centro per la Salute della Famiglia Straniera di Reggio Emilia.

L'Ambulatorio di Diabetologia Pediatrica fornisce un servizio di consulenza e visite mediche ai bambini affetti da diabete. Il personale medico aiuta i bambini e le loro famiglie a capire meglio cos'è il diabete, prescrive il trattamento insulinico, insegna ai bambini e alle famiglie come auto-monitorare la glicemia e come utilizzare le tecnologie di infusione e monitoraggio dell'insulina. Diagnostica inoltre situazioni di ipoglicemia o iperglicemia e fornisce le relative cure. Infine, vengono offerti anche servizi di educazione alimentare e di consulenza psicologica. Le visite che si sono svolte in questo ambulatorio erano tutte 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 i servizi offerti, ci sono le visite pediatriche per i minori non registrati. Le visite registrate in questo contesto erano tutte prime visite.

Nelle 17 interazioni registrate sono presenti il/la pediatra, il/la paziente migrante e i suoi familiari (genitori e talvolta fratelli/sorelle). Nelle 5 interazioni raccolte presso il Centro per la Salute della Famiglia Straniera, hanno partecipato due pediatre generiche (una pediatra è presente in 3 interazioni, l'altra pediatra è presente in un'interazione, rispettivamente indicate come PEDf1 e PEDf2), e una dottoressa neuropsichiatrica infantile (indicata come DOCf). Nelle 12 interazioni raccolte presso l'Ambulatorio di diabetologia pediatrica, partecipato una pediatra diabetologa presente in 7 interazioni (indicata come PEDf3) e un pediatra diabetologo presente in 5 interazioni (indicato come PEDm). Partecipano alle interazioni 15 pazienti pediatrici migranti (un bambino e una bambina sono presenti rispettivamente in 2 interazioni ciascuno), di età compresa tra i 5 e i 15 anni (con un'età media di 10 anni). Le femmine sono 5 (indicate come Bf) e i maschi 10 (indicati come Bm).

Tabella 1

N. di partecipanti	Età
1	5
1	7
6	8
1	9
1	10
1	12
1	14
3	15

I paesi di provenienza delle famiglie migranti sono Marocco (7 famiglie), India (2 famiglie), Albania (2 famiglie), Brasile (1 famiglia), Tunisia (1 famiglia), Algeria (1 famiglia), Egitto (1 famiglia) e Pakistan (1 famiglia). I padri sono presenti in 8 interazioni e sono indicati come GENm, le madri sono presenti in 12 interazioni e sono indicate come GENf. In 3 interazioni sono presenti entrambi i genitori. In tre interazioni sono presenti anche le sorelle (indicate come SOR) e in una interazione sono presenti il fratello e il cugino del paziente bambino (indicati come FRA e CUG). In due interazioni la sorella è una neonata e possiamo sentire i suoi gemiti e rumori, mentre nell'altra interazione la sorella svolge il ruolo di interprete ad hoc per la madre. Nell'interazione in cui sono presenti il fratello e il cugino del bambino paziente, il fratello è più piccolo e si sente principalmente solo mentre gioca, mentre il cugino è coetaneo del bambino paziente e interviene con vari commenti e incoraggiamenti. Sempre in questa interazione è presente anche la zia (indicata come ZIA), sorella della madre, che svolge il ruolo di interprete ad hoc per la madre e per il bambino stesso. Infine, in 6 interazioni compaiono brevemente anche le infermiere (Inf), ma di solito entrano ed escono velocemente dall'ambulatorio e fanno solo qualche rapido commento con il pediatra, ad esempio sulla crescita dei/le pazienti. Solo in un'interazione l'infermiera partecipa maggiormente perché il pediatra le chiede aiuto per capire il motivo per cui il dispositivo che misura la glicemia non funziona.

### 3. Organizzazione generale delle visite

La struttura generale delle 17 visite registrate segue il seguente schema, comprendente le sei fasi identificate come struttura standard delle consultazioni cliniche (Byrne e Long, 1976; si veda anche Heritage e Clayman, 2010):

- 1) Apertura
- 2) Anamnesi
- 3) Esame
- 4) Diagnosi

- 5) Terapia
- 6) Chiusura

Le 12 interazioni avvenute presso l'ambulatorio di diabetologia pediatrica presentano alcune caratteristiche specifiche. Durante la seconda fase (anamnesi), il medico solitamente raccoglie informazioni sul numero di volte in cui il paziente misura quotidianamente la glicemia a casa, sulle parti del corpo in cui effettua le iniezioni di insulina e/o sul suo regime alimentare. Durante la terza fase (esame), si occupa di (1) leggere ed esaminare i dati raccolti dal glucometro (il dispositivo che consente ai pazienti di controllare quotidianamente i livelli di glucosio nel sangue a casa), (2) rivedere le dosi di insulina dei/le pazienti, e (3) controllare i loro regimi alimentari. Nella quarta fase (diagnosi), il medico fornisce una valutazione delle condizioni legate al diabete dei suoi pazienti, mentre nella quinta fase (terapia) conferma o modifica il piano terapeutico e, se necessario, prescrive la visita da un medico specialista (oculista, psicologo, ecc.).

L'obiettivo dell'analisi che segue è capire: (1) se si osserva agency dei bambini durante le visite mediche pediatriche; (2) come i medici e i genitori promuovono o limitano l'agency dei bambini.

In primo luogo, abbiamo analizzato il numero di turni pronunciati da ciascun partecipante (Tabella 2). Su 5691 turni di parola, quasi la metà (49,3%) è stata pronunciata dai pediatri, il che indica che per circa la metà della durata delle visite mediche è il pediatra a parlare e condurre la conversazione.

Tabella 2

Partecipanti	N. totale di turni	% totale di turni
Pediatri	3339	<b>47.1</b>
Madri	1471	20.8
Padri	897	12.7
Bambini	1015	<b>14.3</b>
Infermiere	74	1.0
Fratelli/Sorelle	162	2.3
Zia	114	1.6
Cugino	11	0.2
Totale	7083	100

Se i pediatri sono i partecipanti più attivi in tutte le interazioni, il livello di partecipazione dei pazienti bambini e dei genitori varia nelle diverse interazioni (Tabella 3).

Tabella 3

N.	Durata	Luogo & tipo di visita	Età e genere dei bambini	Partecipanti & numero di turni + %
1	15 '27''	Centro per la Salute della Famiglia Straniera Prima visita	10 anni (M)	PEDf1: 207 48.9% GENf: 145 34.3% <b>Bm: 71 16.8%</b> Totale: 423
2	24' 40''	Centro per la Salute della Famiglia Straniera Prima visita	8 anni (F)	PEDf1: 275 52.5% GENf: 190 36.2% <b>Bf: 59 11.3%</b> Totale: 524
3	9' 59''	Centro per la Salute della Famiglia Straniera Prima visita	8 anni (F)	PEDf2: 120 46.7% GENf: 87 33,9% GENm: 21 8.2%

				<b>Bf: 16</b> <b>6.2%</b> SOR: 13      5% Totale: 257
4	23'07''	Ambulatorio di Diabetologia Pediatria Visita di follow-up	12 anni (F)  Insulina: genitori	PEDf3: 264      47.5% GENf: 130      23.4% GENm: 88      15.8% <b>Bf: 74</b> <b>13.3%</b> Totale: 556
5	19'31''	Ambulatorio di Diabetologia Pediatria Visita di follow-up	15 anni (M)  Insulina: bambino	PEDf3: 128      74.4% <b>Bm: 27</b> <b>15.7%</b> GENf: 17      9.9% Totale: 172
6	17'20''	Ambulatorio di Diabetologia Pediatria Visita di follow-up	8 anni (M)  Insulina: genitori	PEDf3: 231      56.6% GENm: 91      22.3% <b>Bm: 86</b> <b>21.1%</b> Totale: 408
7	17'	Ambulatorio di Diabetologia Pediatria Visita di follow-up	5 anni (M)  Insulina: genitori	PEDm 4: 237      49.1% GENm: 228      47.2% <b>Bm: 11</b> <b>2.3%</b> Nurse: 7      1.4% Totale: 483
8	16'30''	Ambulatorio di Diabetologia Pediatria Visita di follow-up	8 anni (F) Insulina: genitori	PEDm4: 173      47.1% GENf: 173      47.2% <b>Bf: 21</b> <b>5.7%</b> Totale: 367
9	24'09''	Ambulatorio di Diabetologia Pediatria Visita di follow-up	15 anni (F)  Insulina: non menzionato/prob abilmente bambino	PEDm4: 261      47.4% GENm: 164      29.8% <b>Bf: 126</b> <b>22.9%</b> Totale: 551
10	16'09''	Ambulatorio di Diabetologia Pediatria Visita di follow-up	15 anni (M)  Insulina: bambino	PEDm4: 190      53.5% <b>Bm: 143</b> <b>40.3%</b> GENf: 19      5.4% Nurse: 3      0.8% Totale: 355
11	20' 34''	Ambulatorio di Diabetologia Pediatria Visita di follow-up	8 anni (M)  Insulina: ?	PEDm4: 161      38.6% GENm: 127      30.4% GENf: 100      24% Nurse: 15      3.6% <b>Bm: 14</b> <b>3.4%</b> Totale: 417 (stesso bimbo della N. 12)
12	26'02''	Ambulatorio di Diabetologia Pediatria Visita di follow-up	8 anni (M)  Insulina: genitori	PEDf3: 239      51.3% GENf: 191      41% <b>Bm: 36</b> <b>7.7%</b> Totale: 466 (stesso bimbo del N. 11)
13	19'	Ambulatorio di Diabetologia Pediatria Visita di follow-up	7 anni (M)  Insulina: genitori	PEDf3: 236      58.7% GENm: 119      29.6% Nurse: 44      10.9% <b>Bm: 3</b> <b>0.7%</b> Totale: 402

14	16'30''	Ambulatorio di Diabetologia Pediatria Visita di follow-up	9 anni (M)  Insulina: genitori	PEDf3: 115 56.1% GENf:47 22.9% SOR: 27 13.2% <b>Bm: 12 5.9%</b> Nurse:4 1.9% Totale: 205
15	23'15''	Ambulatorio di Diabetologia Pediatria Visita di follow-up	14 anni (M)  Insulina: genitori	PEDf3: 207 58.5% <b>Bm: 87 24.6%</b> GENm: 59 16.7% Nurse: 1 0.3% Totale: 354
16	10' 20''	Centro per la Salute della Famiglia Straniera Prima visita	8 anni (M)	PEDf1: 135 41.4% <b>Bm: 29 8.9%</b> GENf: 6 1.8% ZIA: 114 35% FRA: 26 8% CUG: 11 3.4% Event (rumori vari o voci indefinite): 5 1.5% Totale: 326
17	42' 50''	Centro per la Salute della Famiglia Straniera	8 anni (F)  Stessa bimba dell'interazione n.3	DOCF: 399 37.2% <b>Bf: 200 18.7%</b> GENf: 376 35.1% SOR: 96 9% Totale: 1071

In undici interazioni (1, 2, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17), il numero di turni pronunciati dai genitori (madre, padre o entrambi) ha superato decisamente quello dei bambini. In una interazione (n. 16) è la zia che prende la parola di più dopo la dottoressa, e questo accade perché la mamma non ha sufficienti competenze linguistiche per riuscire a comunicare in italiano e delega quindi a sua sorella il compito di interagire con la dottoressa.

In tre interazioni (5, 10, 15), il numero di turni dei bambini pazienti ha invece superato quello dei genitori. In due interazioni (6 e 9), il numero di turni pronunciati dai pazienti bambini e dai loro genitori è circa equivalente.

Analizzando più in dettaglio le cinque interazioni in cui i pazienti bambini partecipano più attivamente, si nota che nelle tre interazioni in cui il numero di turni dei bambini supera quello dei genitori, i bambini sono tutti maschi e sono i più grandi (hanno 15, 15 e 14 anni). Pertanto, la considerazione che le bambine parlano più dei bambini (Stivers 2012) non viene confermata nei nostri dati, sebbene questi dati siano limitati. Nelle due interazioni in cui il numero di turni prodotti dai figli e dai genitori è sostanzialmente equivalente, i figli sono una bambina di 15 anni e un bambino di 8 anni. Nei casi in cui i bambini partecipano di più, la loro partecipazione copre circa il 20/25% del numero totale di turni, con un picco al 40% nell'interazione 10 (15 anni), dove il ragazzo è particolarmente attivo non solo perché ha 15 anni, ma perché la madre sembra avere serie difficoltà a parlare italiano. Al contrario, se si considerano i bambini che partecipano di meno alle interazioni (7, 8, 11, 13, 14, 16, 17), si nota che sono i più piccoli (5 maschi e 2 femmine tra i 5 e i 9 anni). In particolare, nelle interazioni 7 e 13, i bambini, rispettivamente di 5 e 7 anni, si rivolgono molto raramente ai pediatri. In questi casi, così come nell'interazione 14, il pediatra coinvolge i bambini esclusivamente in interazioni empatiche, che non riguardano la loro salute. Nelle interazioni 8, 11, 13 e 16, i pediatri pongono qualche domanda su questioni di salute ai bambini. Nell'interazione 8, il bambino è però occasionalmente molto attivo (si vedano gli estratti 9 e 12), come anche nell'interazione 17, in cui la bambina cerca sempre di rispondere alla dottoressa in italiano malgrado

le forti difficoltà linguistiche che non sempre rendono chiare le sue risposte. Di converso, nell'interazione 16, il bambino risponde quasi sempre nella sua lingua madre (albanese) rivolgendosi alla zia, che poi interpreta in italiano alla dottoressa la risposta del nipote. La difficoltà nel comunicare in italiano da parte del bambino è sicuramente l'elemento principale che impedisce una sua maggiore partecipazione all'interazione. Un'eccezione interessante riguarda l'interazione 6, in cui il bambino, di 8 anni, partecipa nel 21% dei turni.

A parte l'eccezione dell'interazione 6 e le poche iniziative dell'interazione 8, possiamo notare che i bambini di età inferiore ai 10 anni partecipano di meno durante le visite. Possiamo integrare questa osservazione con alcune informazioni ottenute dall'analisi qualitativa. Esaminando le interazioni avvenute nell'ambulatorio di diabetologia pediatrica, si capisce che il trattamento insulinico domiciliare per i bambini di età inferiore ai dieci anni viene effettuato dai genitori, mentre i pazienti più grandi fanno le iniezioni di insulina da soli. In due interazioni, i pediatri definiscono l'età di 10 anni come uno spartiacque per iniziare l'autocura nella gestione del diabete (Estratti 1 e 2). Il minore coinvolgimento nella gestione della terapia del diabete a casa e l'età più bassa possono quindi essere due fattori che spiegano perché i bambini più piccoli sono meno coinvolti nelle visite mediche.

Nell'Estratto 1, il pediatra incoraggia la bambina di 10 anni a iniziare ad aiutare la madre quando le fa le iniezioni di insulina, in modo da imparare lentamente a iniettarsi l'insulina da sola e acquisire sempre più autonomia. Nella conversazione che precede questo estratto, si apprende che la bambina non ha potuto andare in gita scolastica perché non c'era nessuno a farle le iniezioni di insulina. Il pediatra cerca una soluzione a questo problema (turno 309), affinché in futuro la bambina non sia più costretta a rinunciare alle gite scolastiche. Dopo aver constatato che la bambina non è ancora in grado di iniettarsi l'insulina da sola, il pediatra suggerisce come soluzione che la bambina impari gradualmente a farlo, e le spiega anche i relativi vantaggi (turno 311). Al turno 317, il pediatra controlla l'età della bambina e, dopo aver capito che ha 10 anni, conferma che può iniziare a imparare a fare l'insulina da sola, sebbene con la supervisione dei suoi genitori (turno 319).

Estratto 1 (trascrizione 8, chiusura)

PEDm: pediatra italiano maschio

GENf: madre

Bf: bambina paziente

309 PEDm allora la- la possibilità è: (0.9) che:: lei da sola non fa vero?  
(0.6)

310 GENf no no ha provato un giorno che ero vicino è stata lì a tremare: poi non l'ha fatto

311 PEDm mh (.) allora diciamo che (.) a casa se qualche volta volete iniziare insieme con la mamma  
(0.6) a fare le iniezioni insieme è una cosa positiva (.) nel senso che pian pianino (.) sei piccola la mamma ti aiuterà sempre chiaramente (.) ma è una cosa (.) positiva per te perché comunque pian piano (.) devi essere in grado di arrangiarti (.) o per lo meno di avere un certo grado di eh:: autonomia

(0.8)

312 GENf posso insegnare anche alla sua sorella?

313 PEDm sì (.) se la sore[lla vuole] sì

314 GENf [perché::]

315 Bf lei chiede sempre solo che non [fa]

316 GENf [eh:] io non mi fido finché non mi dicono qualcosa non feh  
eh eh£

317 PEDm allora (.) adesso tu quanto- quanti anni hai?

318 Bf           dieci  
                   (0.6)  
 319 PEDm       allora diciamo così (.) ovviamente la supervisione (.) dei genitori  
 320 GENf       dei genitori è sempre:=  
 321 PEDm       =se::mpre [fondamentale]  
 322 GENf                   [>si sì<]  
 323 PEDm       ma a quest'età come anche quando son più grandi eh perché poi anche gli adolescenti:  
 324 GENf       mh mh  
 325 PEDm       hanno bisogno di un riferimento (.) certamente alla sua età ancora di più

L'estratto 2 fornisce un altro esempio in cui la pediatra considera l'età di 10 anni come limite per iniziare gradualmente a fare le iniezioni di insulina da soli e diventare autonomi. Al turno 154, la pediatra descrive le attività che di solito i bambini svolgono quando vanno al campo estivo organizzato dall'ambulatorio di diabetologia pediatrica. Alla fine del turno, sottolinea che quest'anno il bambino è un po' troppo piccolo per partecipare al campo estivo, ma quando compirà 10 anni l'anno prossimo sarà il momento giusto. Alla fine dell'estratto, spiega che il campo estivo è spesso uno dei luoghi in cui i bambini imparano a farsi le iniezioni di insulina (turni 163) e la pediatra sottolinea più volte l'importanza che il bambino impari a iniettarsi l'insulina da solo (turni 158 e 162).

Estratto 2 (trascrizione 14, conclusione)

PEDf: pediatra italiana femmina

GENf: madre

Bm: bambino paziente

154 PEDf       andiamo a fare le passeggiate andiamo a fare le passeggiate col cavallo (.) andiamo:: eh: a giocare col pallone (.) ci divertiamo eh (.) quindi quest'anno sei ancora un po' piccolo (.) ma l'anno prossimo c'hai già dieci anni- che classe fai l'anno prossimo?  
 155 Bm       quinta  
 156 PEDf       eh sei grande!  
 157 GENf       £eh eh eh£  
 158 PEDf       l'anno prossimo devi venire con noi (.) va bene? (.) quindi prima di prendere l'aereo la mamma (.) mi- mi chiama mi dice ma (.) dottoressa quando prendo l'aereo? prendo l'aereo dopo il venticinque (0.7) di giugno e poi andate poi dopo (1.0) va bene? £eh eh eh eh£ a voi (.) mi raccomando eh ti voglio con me (.) anno prossimo (0.9) così impari un po' a farle tu le cose del diabete non la mamma!  
 159 GENf       eh!  
 160 PEDf       eh!  
 161 GENf       hai capito?  
 162 PEDf       dopo impari ti fai le punture tu? (.) eh! (.) £eh eh£  
 162 Bm       £eh eh£  
 163 PEDf       sai che ci sono i bimbi che vengono eh al campo (.) che imparano a farsi le punture da soli (0.9) loro eh non è che sono obbligati se non vogliono gliele facciamo noi però dopo loro dicono ma posso- perché vedono gli altri bimbi che le fanno e dicono posso provare anch'io e se le provano!

Questi due estratti mostrano che i pediatri considerano l'età di 10 anni come un punto di svolta in cui i bambini possono iniziare a diventare autonomi nella gestione della loro cura del diabete. La variabile età è quindi un fattore che influisce sul livello di autorità epistemica e di agency dei bambini nelle

visite, almeno per quanto riguarda il diabete e spiega il diverso coinvolgimento dei genitori promosso dai pediatri al di sotto e al di sopra dei 10 anni.

#### 4. Le iniziative dei bambini

Come menzionato in precedenza, il numero totale di turni pronunciati dai bambini è pari al 14,3% del totale. In particolare, abbiamo concentrato l'analisi sugli episodi in cui (1) i bambini prendono iniziative autonome per avviare una conversazione, e in cui (2) i bambini intervengono perché ricevono la parola dagli altri partecipanti.

Abbiamo innanzitutto calcolato la distribuzione di frequenza degli episodi in cui i bambini hanno preso l'iniziativa e la distribuzione di frequenza degli episodi in cui i bambini sono stati invitati a parlare dal pediatra o dai genitori. Abbiamo scartato i casi che sono stati pronunciati nella lingua madre della famiglia straniera perché non avevamo un accesso chiaro al loro contenuto. È invece interessante analizzare alcuni episodi ambigui, difficili da categorizzare in modo univoco, che mostrano la competizione tra figli e genitori. Anche se non possiamo usare l'analisi multimodale per mostrare, ad esempio, la direzione dello sguardo del pediatra, questa competizione evidenzia l'ambiguità dei medici nel rivolgersi agli altri partecipanti.

I bambini prendono spontaneamente la parola nel 32% dei casi, mentre sono invitati a parlare da altri nel 41% dei casi (Tabella 4). Considerando gli episodi in cui il contributo del bambino è chiaramente identificabile come iniziativa o invito a parlare, e pronunciato in lingua italiana, possiamo dire che la frequenza dei due casi è approssimativamente simile, con una lieve maggioranza di casi in cui i bambini intervengono perché invitati a prendere la parola dagli altri partecipanti.

Tabella 4

<b>Iniziative</b>	<b>Inviti a prendere la parola</b>
328	416
32%	41%

Le iniziative sono la manifestazione più importante dell'esercizio dell'agency da parte dei bambini (Baraldi, 2021, 2022). Come mostra la Tabella 5, la fine della visita è la fase in cui l'agency dei bambini si manifesta più spesso, mentre la l'apertura è quella in cui si manifesta meno spesso. Nella stragrande maggioranza dei casi, i bambini prendono la parola per rivolgersi ai pediatri.

Tabella 5

<b>Iniziative</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
Apertura	25	7,7
Anamnesi	41	12,6
Esame	88	<b>26,9</b>
Diagnosi	22	6,7
Terapia	60	18,3
Chiusura	91	<b>27,8</b>
Rivolte ai genitori	34	10,5
Rivolte ai pediatri	291	<b>88,9</b>
Ambigue	2	0,6

Concentrandoci sui contributi in cui i bambini prendono la parola in modo autonomo e considerando l'impostazione la conformazione del turno, abbiamo identificato tre modi principali in cui prendono l'iniziativa: (1) forniscono informazioni nuove o complementari; (2) fanno domande; (3) contraddicono le informazioni riportate dagli altri partecipanti.

#### 4.1 Produzione di informazioni nuove o complementari

Un primo esempio in cui il bambino prende il turno per produrre nuove informazioni e, in questo caso specifico, per raccontare un aneddoto personale è riportato nell'Estratto 3. Al turno 58, il bambino si sovrappone alla pediatra, che sta concludendo il suo turno chiudendo al contempo anche l'argomento di cui stanno parlando (ovvero come va il bambino a scuola). Il bambino inizia la propria frase con il pronome personale "io", con il quale sottolinea la propria agency. Il bambino fornisce alcune informazioni personali, sottolineando che alcuni compagni parlano senza alzare la mano in classe. Le informazioni vengono date in più turni (turni 60, 62) e la pediatra incoraggia il bambino a continuare a parlare con segnali di feedback positivo (turni 59, 61). Ai turni 64 e 66, la pediatra fornisce un commento che completa la narrazione del bambino e sostiene in modo ambiguo l'agency del bambino, in quanto può essere interpretato come una *upshot formulation* che incrementa l'autorità epistemica della pediatra. In ogni caso, il bambino partecipa al completamento delle narrazioni, aumentando così la propria autorità epistemica e concludendo la conversazione (turni 68 e 70). Si può osservare che la madre del bambino contribuisce alla conversazione confermando la narrazione con risposte minime rivolte al bambino (turno 63) e più chiaramente alla pediatra (turni 65 e 67).

Estratto 3 (trascrizione 1, apertura, 10 anni)

057 PEDf	£ah ah£ va bene [va bene]
058 Bm	[io:] alcune volte: (.) [eh:::]
059 PEDf	[mh mh mh mh]
(0.9)	
060 Bm	alcuni:: alcuni: (0.5) alunni
061 PEDf	mh
062 Bm	parlano senza alzar la mano quindi:: [(.) cioè parlano subito]
063 GENf	[ah::: (.) £eh eh eh£]
064 PEDf	quello non va bene natural[mente]
065 GENf	[sì]
066 PEDf	bisogna: altrimenti così c'è il caos
067 GENf	[[sì:]
068 Bm	[[è per] quello che la maestra::
069 PEDf	eh?
070 Bm	gli urla

L'Estratto 4 presenta un altro esempio in cui la bambina si sovrappone alla madre per prendere l'iniziativa e produrre nuove informazioni. Durante la fase di raccolta dell'anamnesi, la pediatra si informa sulla dieta alimentare della bambina rivolgendo le sue domande alla madre (turno 189). La madre inizia a rispondere (turno 190), ma la bambina si sovrappone per rivendicare la propria autorità epistemica: fornisce una risposta più precisa, menzionando il tipo di frutta che mangia (mela). La madre entra in competizione con la bambina, ripetendo la sua risposta e aggiungendo un'altra informazione (banana, turno 192). La bambina non si arrende, ma riprende subito la parola



- 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 [ripren] 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  
 (5.3)

L'Estratto 6 riporta un altro esempio in cui il bambino prende l'iniziativa in corrispondenza di un potenziale silenzio nell'interazione. Al turno 244, la pediatra anticipa che sta per controllare alcuni risultati sul dispositivo che misura la glicemia del bambino, lasciando così intendere che possa seguire un momento di silenzio. Il bambino anticipa il possibile intervallo per prendere la parola e evidenziare la propria autorità epistemica riguardante le informazioni richieste dalla scuola. La pediatra non accoglie immediatamente l'iniziativa del bambino, ma continua con l'analisi della glicemia basale (turno 246). Solo dopo aver completato l'analisi dei dati e aver spiegato la terapia da seguire (turno 256), la pediatra si rivolge al bambino, confermando così la sua autorità nel fornire informazioni alla scuola.

Estratto 6 (trascrizione 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  
 (0.7)

L'Estratto 7 racchiude entrambi i casi menzionati sopra: ovvero l'iniziativa della bambina nel prendere la parola tramite sovrapposizione in un primo momento e sfruttando la presenza di un silenzio poco dopo. Al turno 527, la bambina si sovrappone alla dottoressa (la neuropsichiatra infantile) tentando di prendere la parola usando il pronome personale "io", per indicare che vorrebbe esprimere il suo punto di vista. Quando la dottoressa finisce il proprio turno (526), la bambina prende la parola ripetendo "io" (turno 528), ma, probabilmente a causa delle difficoltà linguistiche, allunga la vocale finale mostrando quindi incertezza e lentezza di eloquio. La mamma sfrutta questa situazione per prendere la parola e continuare la conversazione con la dottoressa (turno 529). Il

tentativo di iniziativa da parte della bambina non viene quindi promosso dalla mamma e nemmeno dalla dottoressa che reagisce con feedback positivi al racconto della madre (turni 529, 531, 533). Tuttavia la bambina sfrutta un silenzio abbastanza prolungato al termine dello scambio diadico tra mamma e dottoressa per riprendere la parola e fornire la propria opinione (turno 537). In tal modo, la bambina rivendica la propria autorità epistemica in merito alle sue conoscenze di lettoscrittura, messe in discussione dalla mamma nei turni precedenti a questo estratto. Nel turno 537, nonostante la scarsa padronanza della lingua italiana, la bambina sottolinea la sua bravura nel leggere e scrivere. Dopo aver lasciato spazio alla partecipazione della bambina nel descrivere le proprie competenze di lettura, scrittura (e di matematica nei turni non riportati qui), la dottoressa prende la parola (turno 559) per riprendere il coordinamento della conversazione e indicare esplicitamente la mamma come destinatario delle domande successive e come colei che detiene l'autorità epistemica per poter rispondere. La bambina acconsente (turno 560).

Estratto 7 (trascrizione 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)

[...]

- 0559 DOCf ho bisogno di chiedere delle cose alla tua mamma  
 0560 Bf s:ì  
 (1.0)  
 0561 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 sopra descritti mostrano le iniziative dei bambini in sovrapposizione ad altri parlanti o nei momenti di silenzio o potenziale silenzio, per aggiungere informazioni e rivendicare la propria autorità epistemica. Ogni volta che partecipano all'interazione per fornire informazioni nuove o complementari, di varia rilevanza per la visita medica, esercitano agency. Le reazioni alla loro rivendicazione di autorità epistemica possono essere due: la rivendicazione può essere accettata e i



- 027 Bf [cosa- cosa] vuol dire?  
 028 GENf l'ipoglicemia è quando ti va: giù là: la glicemia come ieri (.) quando non hai mangiato (0.9)  
 però non tanto non è come ai primi tempi  
 029 PEDm ora vedo i dati eh (0.8) dal sensore

Ci sono due importanti elementi di differenziazione tra gli estratti 8, 9 e 10. In primo luogo, nell'Estratto 9 la domanda del bambino mostra la sua conoscenza dell'argomento della conversazione, mentre negli altri due casi le domande evidenziano la sua mancanza di conoscenza. Quindi, solo nell'Estratto 9 l'autorità epistemica dimostrata nell'azione di chiedere coincide con l'autorità epistemica sul tema. In secondo luogo, nell'Estratto 10, dove è il padre a rispondere, il bambino è molto più giovane rispetto agli altri due casi e questo probabilmente spiega l'auto-attribuzione di autorità epistemica da parte del padre, che probabilmente è rivolta anche al pediatra.

Le domande rivolte ai genitori sono molto poche e riguardano principalmente questioni di organizzazione familiare, non necessariamente legate al consulto medico. Tuttavia, l'Estratto 11 mostra un caso diverso, in cui il bambino rivolge la domanda al padre perché ciò che il padre ha detto non è chiaro al bambino stesso e non è nemmeno un'informazione corretta. Durante la fase di anamnesi, la pediatra pone al padre domande sull'alimentazione del bambino (turni 181 e 183). Poiché il padre fornisce una risposta strana ("un succhino di zuppa", turno 185), il bambino interviene per chiedergli un chiarimento. È possibile che il bambino non abbia capito ciò che ha detto il padre, oppure che l'abbia capito ma ritenga che l'informazione non sia corretta. Qualunque sia il motivo della sua domanda, il bambino prende la parola con un segnale minimo interrogativo per far capire che non ha capito e per spingere il padre a ripetere ciò che ha appena detto (turno 186). Dopo un breve intervallo, il padre riporta l'informazione corretta. In questo esempio, la domanda non viene fatta per chiedere informazioni sulla terminologia medica e quindi per capire meglio ciò che il medico sta dicendo come nei casi precedenti, ma per chiedere chiarimenti al padre, che poi fornisce la risposta corretta. Il bambino ha quindi seguito con attenzione la conversazione, pur non essendone il destinatario, e dimostra la sua autorità epistemica facendo una domanda che porta il padre a correggersi e a dare l'informazione corretta.

Estratto 11 (trascrizione 6, anamnesi, 8 anni)

- 181 PEDf a pranzo?  
 182 GENm a pranzo [sì]  
 183 PEDf [okay] e di [solito-]  
 184 GENm [e un] succhino di:: (0.7) (di zuppa)  
 185 Bm eh?  
 (1.0)  
 186 GENm e un bicchiere di succo senza zucchero  
 187 PEDf eh:  
 188 GENm l'ho fatto:  
 189 Bm sì

### 4.3 Contraddizione di informazioni

Contraddire gli altri partecipanti è un altro modo di esercitare l'agency da parte dei bambini. Nell'Estratto 12 la pediatra sta raccogliendo dati durante la fase di anamnesi. Il turno 99 e il turno 295 avviano due episodi simili. La pediatra si rivolge alla madre per chiederle informazioni più specifiche sulle condizioni di salute della bambina. Dopo la risposta della madre (turni 100 e 296), la

bambina prende la parola e contraddice il contenuto dei turni della madre (turni 101 e 297). Dopo questa rivendicazione di autorità epistemica, le domande successive della pediatra mostrano il riconoscimento dell'agency della bambina rivolgendosi direttamente a lei (turni 102 e 104 e turno 298).

Estratto 12 (trascrizione 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

L'Estratto 13 presenta un caso simile, in cui durante la fase di anamnesi la bambina interviene sovrapponendosi alla risposta della madre per contraddirla e fornire informazioni corrette sul proprio stato di salute (turno 62). In questo caso, però, la madre si sovrappone alla bambina (turno 63) e la contraddice, respingendo così la rivendicazione di autorità epistemica della bambina e rifiutando di rinunciare alla propria manifestazione di conoscenza superiore (turno 64). Il pediatra reagisce con un'esclamazione (turno 64) che suggerisce che sta sostenendo quanto detto dalla madre e si rivolge quindi a lei come interlocutrice con autorità epistemica superiore. In questa occasione, l'agency della bambina non viene promossa da nessuno degli altri due partecipanti.

Estratto 13 (trascrizione 8, anamnesi, 8 anni)

- 059 PEDm fa sport la ragazza?  
(0.9)  
060 ((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!  
065 GENf £eh eh eh eh:::£

Gli Estratti 14 e 15 mostrano due esempi tratti dalla stessa interazione in cui la bambina rivendica la propria autorità epistemica contraddicendo la madre (Estratto 14) e la pediatra (Estratto 15). All'inizio dell'Estratto 14, la dottoressa consiglia alla mamma di chiedere all'insegnante dove trovare un doposcuola o un'attività pomeridiana (turni 870). La madre accoglie questa proposta e sottolinea che

alla figlia piace danzare (turni 873). Facendo esclusivo affidamento sulle conoscenze della madre, la pediatra reagisce con meraviglia ed elenca le ottime scuole di ballo della città di Reggio Emilia (turni 876 e 878). Terminata questa descrizione della dottoressa, la bambina prende il turno per contraddire quanto detto dalla mamma (turno 883) e affermare il proprio gusto e cosa le piace davvero fare (turni 881 e 885). Se la dottoressa avesse interpellato la bambina facendo affidamento sulla sua autorità epistemica e non quella della mamma, probabilmente la comunicazione sarebbe stata più puntuale ed efficace.

Estratto 14 (trascrizione 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)  
 0875 DOCf O. (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)  
 0876 GENf sì::[:]  
 0877 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  
 0878 Bf eh! (.) io no chiele balleli (.) £ballale£  
 0879 GENf non [vuoi]  
 0880 Bf [io] chiele lotta  
 0881 GENf >lot[ta]  
 0882 DOCf [tu] vuoi [fare] la lotta?  
 0883 Bf [si!]  
 0884 Bf sì io chielo (.) io chielo una cosa che no è meglio che (.) (una cosa mas?)  
 (1.1)  
 0885 GENf £eh eh£ lei [ha (?)]  
 0886 DOCf [no ma ci sono] anche quelle: le scuole de- d'arte marziale

Nell'estratto 15, collegato all'estratto 14, la dottoressa prescrive la terapia per aiutare la bambina nel suo processo di ambientamento, integrazione e miglioramento delle competenze linguistiche. La terapia include, tra l'altro, 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 resta ferma nella sua posizione, senza lasciare spazio a compromessi nella decisione della terapia da seguire (turno 917).

Estratto 15 (trascrizione 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

Le iniziative autonome dei bambini evidenziano che ci sono argomenti specifici rispetto ai quali rivendicano la propria autorità epistemica, soprattutto quando si tratta delle loro condizioni di salute. In queste occasioni, possiamo osservare le loro azioni che manifestano agency e come gli altri partecipanti sostengono o meno tale agency. A volte la rivendicazione dell'autorità epistemica da

parte dei bambini viene accettata dagli altri partecipanti (soprattutto dai pediatri, eccetto nell'estratto 15) e viene dato loro spazio per parlare, altre volte si innesca una competizione con i genitori e il loro tentativo di rivendicare autorità epistemica fallisce.

## 5. Inviti a esercitare agency

I bambini vengono anche invitati a prendere la parola dagli altri partecipanti (dal pediatra o dai genitori). Le iniziative autonome dei bambini mostrano molto bene come possono esercitare la propria agency. Tuttavia, alcune azioni possono promuovere l'agency dei bambini anche quando prendono la parola perché vengono invitati a farlo da qualcun altro.

Come mostra la Tabella 6, i bambini prendono la parola perché invitati 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. Solo in minima parte (4%) i genitori promuovono la partecipazione dei bambini invitandoli a parlare. La tabella 6 mostra quindi che i bambini sono coinvolti molto raramente nella diagnosi e nella fase della terapia, con differenze rilevanti legate all'età, come vedremo in seguito. In queste fasi, i medici si rivolgono prevalentemente ai genitori, rafforzando così la loro autorità epistemica.

Tabella 6

Inviti a prendere la parola	N.	%
Apertura	93	<b>22.4</b>
Anamnesi	89	<b>21.4</b>
Esame	113	<b>27.2</b>
Diagnosi	5	1.2
Terapia	33	7.9
Chiusura	83	<b>19.9</b>
Invitati dai genitori	17	4
Invitati dai pediatri	399	<b>96</b>

Molto spesso (87% dei casi), i bambini forniscono le informazioni richieste in un solo turno di parola, mentre sviluppano il loro discorso in più turni nel 13% dei casi (53). Abbiamo deciso di esaminare cosa succede nel 13% dei casi in cui i bambini sono stati incoraggiati ad approfondire le proprie risposte sviluppandole quindi su più turni. Gli estratti 16 e 17 riportano l'azione conversazionale che promuove l'agency dei bambini: l'uso di un minimo feedback positivo da parte dei destinatari.

Nell'Estratto 16 la pediatra pone alcune domande sociali e personali durante la fase di apertura per stabilire una relazione affettiva con il bambino. Nel turno 41, la risposta del bambino è preceduta da un'interiezione che esprime incertezza ("boh"). La pediatra si sovrappone alla fine del turno del bambino (turno 42) pronunciando un feedback minimo positivo che mostra ascolto attivo e incoraggia il bambino a continuare a raccontare ciò che fa a scuola per essere bravo. Le successive risposte minime della pediatra (turni 42, 44 e 48) incoraggiano il bambino a continuare e fornire una risposta più ampia (turni 43, 45 e 49). La pediatra sostiene il racconto del bambino anche attraverso una domanda (turno 46) e conclude la conversazione combinando una *upshot formulation* con un apprezzamento (turno 50).

Estratto 16 (trascrizione 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 interrogazio:ni  
 intervieni più degli altri o: (.) o no?  
 047 Bm boh alcune vo:lte (.) 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]

Dopo aver commentato l'affermazione precedente del bambino, la pediatra pone una nuova domanda (turno 75), incoraggiando il bambino a continuare la sua narrazione. In seguito, la pediatra fornisce prima un feedback minimo, poi sostiene l'agency del bambino in modo più attivo: nei turni 80-82 e 86, pone nuove domande, nel turno 84 esplicita la risposta del bambino attraverso una formulazione e nel turno 88 conclude con una formulazione interrogativa, preceduta da un segnale di stato di cambiamento ("ah"; v. Aston, 1987).

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

Quando la pediatra esce dalla fase di apertura per iniziare la fase di anamnesi, mentre il bambino continua a essere attivo (turni 91 e 94), la madre inizia a rivendicare la propria autorità epistemica (turni 92 e 96). Si apre così una competizione tra il bambino e la madre nello spiegare le preferenze alimentari del bambino (turni 98-102). La pediatra sceglie il bambino come interlocutore (turno 103), rafforzando così la sua autorità epistemica, e questo apre una nuova sequenza diadica in cui la pediatra sostiene l'agency del bambino mostrando ascolto attivo attraverso un feedback minimo (turni 105, 107, 109), fino a quando inizia la fase dell'esame (turno 112).

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  
 111 GENf (??) sì  
 112 PEDf eh eh va beh d'accordo dai andiamo a controllarci dai vediamo un po' come vanno le cose

L'Estratto 17 mostra un esempio analogo. Durante l'anamnesi, il bambino sta dicendo al pediatra che ha dimenticato di misurare la glicemia (turno 9). Il medico incoraggia il bambino a spiegare le ragioni per cui non ha misurato la glicemia reagendo al turno del bambino con un segnale minimo di incoraggiamento ("sì", turni 12, 14 e 16) che evidenzia ascolto attivo e segnala in modo implicito la richiesta di approfondire la risposta. Anche in questo caso l'azione del pediatra ha successo nel promuovere l'autorità epistemica del bambino.

Estratto 17 (trascrizione 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 sopra riportati dimostrano come un feedback minimo positivo possa essere un fattore scatenante per promuovere la partecipazione dei bambini quando questi non prendono la parola spontaneamente, ma vengono invitati a farlo dai pediatri.

Un'altra tecnica utilizzata, seppur in misura minore, per promuovere la partecipazione dei bambini è l'utilizzo di incoraggiamenti, come mostra l'Estratto 18. Al turno 342 la bambina prende la parola per rispondere alla domanda della dottoressa (turno 340). Questa risposta viene seguita da un silenzio, pertanto può non essere stata colta in modo chiaro. 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 nuovamente il silenzio;

probabilmente forte della valutazione positiva ricevuta al turno 343 dalla dottoressa, la bambina riprende la parola per approfondire ulteriormente la risposta alla domanda iniziale (turno 345). La mamma si unisce poi alla conversazione riformulando quanto voleva dire la figlia (turno 346) e la dottoressa conclude confermando di aver capito (turno 347).

Estratto 18 (trascrizione 17, esame (8 anni))

0340 DOCf e la mamma dopo cosa dice quando tu giochi in bagno?  
(0.6)

0341 GENf [[feh eh eh ehf

0342 Bf [[ah (.) sa due minuti  
(1.4)

0343 DOCf [[certo

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

0345 Bf gasta molta acqua

0346 GENf la acqua finita la acqua calda

0347 DOCf ah::: ho [capito:]

Oltre all'uso di feedback positivi e incoraggiamenti, altri modi per promuovere l'agency dei bambini, ad esempio ulteriori domande, formulazioni, o apprezzamenti, sono meno frequenti.

Il contributo dei pediatri 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 a loro domande proprio su questa gestione.

Nell'Estratto 19, il pediatra fa una domanda generale sull'esperienza del ragazzo con il diabete (turno 5) e il ragazzo spiega di aver dimenticato di usare il sensore (turno 6). In risposta alla manifestazione di sorpresa del medico (turno 7), il ragazzo sottolinea di averlo semplicemente dimenticato, poi spiega nei dettagli il motivo della situazione (turni 10, 12, 14, 16), sostenuto dal feedback minimo del pediatra. Nel turno 20, il ragazzo rassicura il pediatra di aver seguito la sua prescrizione aggiungendo ulteriori dettagli agganciandosi al turno del medico.

Estratto 19 (trascrizione 10, anamnesi, 15 anni) (NOMED19)

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  
 018 Bm sì  
 (0.8)  
 019 PEDm però considera questo Shokri che- che=  
 020 Bm =anche facevo un po' poco (.) quindi adesso da adesso faccio  
 021 PEDm okay

Nell'Estratto 20, il ragazzo contesta (turno 137) la supposizione del pediatra che sia arrabbiato per il diabete (turno 136). In seguito respinge (turni 141 e 143) la supposizione del pediatra che potrebbe rinunciare a misurare il diabete (turno 140), ripetendo che ha semplicemente dimenticato di misurarlo (turno 143), fornendo nuovi dettagli (turno 145) e rassicurando il pediatra che questo non accadrà più (turno 147).

Estratto 20 (trascrizione 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 vada 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'Estratto 21, la pediatra sta indagando sull'andamento delle misurazioni del diabete (turno 26). Il ragazzo risponde al turno 27 fornendo importanti dettagli tecnici, ripetuti al turno 31, attirando così l'attenzione della pediatra (turno 32).

Estratto 21 (trascrizione 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

In questi casi, la relazione efficace tra il medico e il bambino si trasferisce anche alla chiacchierata sulla scuola, che qui non è soltanto un argomento usato per coinvolgere il bambino nella conversazione, come accade con i bambini più piccoli. Ad esempio, l'Estratto 22 mostra che, mentre il pediatra è alle prese con la piattaforma digitale, il ragazzo racconta la sua esperienza scolastica (turni 331-335), attirando così l'attenzione del pediatra (turno 332) e attivando un'interazione su questo tema. Il pediatra sostiene la narrazione del bambino fornendo prima un feedback minimo (turno 334) poi ponendo una domanda (turno 336), fornendo un commento empatico (turno 338), una valutazione incoraggiante (turno 340), una formulazione che sviluppa la sua narrazione (turno 342) e un incoraggiamento finale esplicito (turno 346).

Estratto 22 (trascrizione 10, chiusura, 15 anni)

325 PEDm c'è qualcosa di strano  
 (0.5)  
 326 ((rumore del mouse))  
 (0.8)  
 327 Bm che è?  
 (0.7)  
 328 PEDm no in questa- in questa visita che ho schiacciato  
 329 Bm sì  
 (0.5)  
 330 PEDm vediamo cosa ho sbagliato eh ((rumore del mouse)) (1.0) ah! mi sono appena accorto  
 (1.9)  
 331 Bm c'è successo un problema a scuola (0.6) che:: la prof o una prof di inglese  
 332 PEDm sì  
 333 Bm che la settimana che ero a scuola (.) hanno fatto un argomento  
 334 PEDm sì  
 335 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  
 336 PEDm EH! (1.2) e dopo come hai fatto?  
 337 Bm adesso ce l'ho sotto devo ancora recuperarlo  
 338 PEDm mannaggia  
 339 Bm ho fatto un'interrogazione lo stesso argomento (.) sei meno  
 340 PEDm eh (.) meglio  
 (1.1)  
 341 Bm eh ma devo prendere nell'interrogazione almeno nove  
 342 PEDm per rimediare il quattro  
 343 Bm sì  
 344 PEDm ah [beh]  
 345 Bm [ho] una media del cinque e ventotto  
 346 PED beh la strada è quella giusta dai

## 6. Limitazioni dell'agency dei bambini



002 GENm no adesso non sta bene adesso  
 003 PEDm ah proprio=  
 004 GENm c'ha un mal di pancia forte che::  
 005 PEDm non me ne frega niente delle glicemie (.) ascolta I. me ne frega di te  
 (0.9)

Nonostante la manifestazione di empatia del pediatra, il padre interferisce rispondendo alle sue domande e la ragazza risponde solo in minima parte (turno 287). I turni 289 e 293 evidenziano le risposte del padre al posto della figlia, che le impediscono di esercitare agency.

Estratto 25 (trascrizione 9, anamnesi, 15 anni)

286 PEDm preferisci fare le correzioni?  
 287 Bf mh mh  
 288 PEDm mh  
 289 GENm magari intorno a:: la seconda che c'ha tanta fame quindi £eh eh£ (l'insulina) (0.5) eh?  
 290 PEDm quindi rita- ritardi l'insulina?  
 291 GENm mh  
 292 PEDm a volte  
 293 GENm anche questa (1.1) la devi (talmente) mangiare e poi c'ha fame e quindi: (2.6) la fa dopo

L'Estratto 26 è interessante perché riguarda una fase immediatamente precedente a quella mostrata nell'Estratto 13, in cui la pediatra incoraggia la narrazione del bambino. In questo estratto, la pediatra si rivolge sia al bambino che alla madre. Tuttavia, il sostegno dell'agency del bambino è difficile perché la madre fornisce risposte al suo posto. Al turno 12, il bambino risponde e al turno 14 amplia la risposta, ma la madre si sovrappone a questa espansione. Il bambino continua a rispondere alle domande della pediatra (turno 17), ma la pediatra pone la domanda successiva alla madre (turno 18) e questa azione attiva una serie di interferenze da parte della madre anche dopo il turno 21 del pediatra che sembra rivolto al bambino. La madre devia la conversazione in corso sui compagni di classe del figlio, parlando degli insegnanti. Il bambino contribuisce nuovamente alla conversazione al turno 29, rispondendo alla domanda della pediatra, ma, ancora una volta, la madre devia la conversazione (turno 31). Questa sequenza dimostra che per i pediatri non è facile dare continuità al sostegno dell'agency dei bambini quando i genitori rivendicano la propria autorità epistemica nella conversazione.

Estratto 26 (trascrizione 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[di:] (.) 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£



269 PEDf avete avuto dei problemi a scuola?  
 270 GENm n:o  
 271 PEDf [[no  
 272 Bm [[no  
 273 PEDf bene

Nell'Estratto 29, la bambina risponde alla domanda della pediatra (turni 175 e 177), ma la madre aggiunge la spiegazione della sua paura per una macchia sulla pelle della bambina (turni 178-183), spingendo la pediatra a formulare una diagnosi provvisoria (turno 184). In questa interazione, la madre insiste sulla sua preoccupazione, ostacolando così i tentativi della pediatra di coinvolgere la bambina.

Estratto 29 (interazione 1, esame/anamnesi, 10 anni)

174 PEDf ma si sta allargando o è sempre così?  
 175 Bf no è sempre così adesso perché-  
 176 GENf adesso è [così]  
 177 Bf [è diven]tato [così bianco eh:]  
 178 GENf [però io ho paura che::]  
 179 PEDf (??)  
 180 GENf perché non aveva niente (.) io paura che lui ha messo qualcosa qua (lui dice) però:  
 181 PEDf no ma forse si è sci- okay certo qualcosa che magari l'ha irritato va beh (.) dovrebbe poco a poco secondo me (.) ma (.) quando:: eh: quando: si espone al [sole]  
 183 GENf [è molto:]  
 184 PEDf secondo me dovrebbe rientrare perché è proprio (netto)

L'estratto 30 riguarda un ultimo esempio in cui la mamma limita l'esercizio dell'agency della figlia rispondendo al suo posto. In questo caso, è interessante notare la reazione della dottoressa: non pronuncia turni ambivalenti, né sceglie la mamma come destinatario dopo che quest'ultima ha preso la parola al posto della bambina; al contrario, continua a promuovere l'agency della bambina e invita la mamma ad aiutarla in questo obiettivo. Al turno 6, la domanda della dottoressa è rivolta alla bambina, che replica dichiarando esplicitamente di non aver capito (turno 7), facendo così intendere alla dottoressa che non ha ancora piena padronanza della lingua italiana. La mamma allora prende la parola e fornisce la risposta al posto della figlia (turno 8). Tuttavia la dottoressa non si accontenta della risposta della mamma e cerca di riformulare la propria domanda nuovamente rivolgendosi alla bambina (turno 9). Notata la continua difficoltà della bambina nel capire la domanda (turno 10), la dottoressa non si rivolge tuttavia alla mamma, ma invita la mamma ad aiutare la figlia a capire la domanda (turno 11), anziché rispondere al suo posto, come era successo in precedenza. Da qui parte una breve sequenza diadica tra mamma e figlia in italiano nella quale si nota la difficoltà linguistica anche della mamma (turno 13). Tale difficoltà potrebbe aver reso incomprensibile alla figlia ciò che la mamma stessa voleva dire, dato che la bambina reagisce mostrando incomprensione, posizionandosi in una condizione di inferiorità epistemica (turno 14). La mamma si trova obbligata a rispondere alla sua stessa domanda dato che la figlia ha dichiarato di non sapere la risposta e la bambina ripete la risposta della mamma (turno 26), avendo probabilmente capito che entrambi i partecipanti, sia la mamma sia la dottoressa, si aspettano una risposta da lei. L'invito della dottoressa alla mamma ad aiutare la bambina a capire meglio non riscuote quindi un esito positivo, se consideriamo soltanto il fatto che la bambina non è in grado di fornire una risposta anche dopo l'intervento della mamma. Tuttavia, possiamo definirlo come una strategia efficace che intende

facilitare la partecipazione della bambina e promuovere la sua autorità epistemica, come vedremo nell'Estratto 31.

Estratto 30 (trascrizione 17, apertura, 8 anni)

- 0006 DOCf in Brasile che scuola- che classe frequentavi?  
(2.9) ((paper noise))
- 0007 Bf Brasile? (1.4) non:- non ho capito  
(0.6)
- 0008 GENf la prima
- 0009 DOCf e- e- in:- a casa (1.3) quando eri in Brasile (1.2) che scuola hai- eh: andavi a scuola?  
(2.6) ((paper noise))
- 0010 Bf eh: (1.8) (?)  
(0.5)
- 0011 DOCf [[eh- se l'aiuta se non:-
- 0012 GENf [[(la scuola sei)
- 0013 GENf capito un po' la prima (.) iconomia delle scola
- 0014 Bf non lo so
- 0015 GENf educativa
- 0016 Bf educativa
- 0017 GENf sì  
(1.0)
- 0018 DOCf la scuola educativa (.) ch- ch- che sarebbe in Brasile (.) l'elementari o l'a- o l'asilo?

L'invito della dottoressa alla mamma a non sostituirsi alla figlia ma ad aiutarla a capire meglio promuovendo così sia la partecipazione sia l'autorità epistemica della bambina riscuote un esito positivo nell'Estratto 31. Al turno 75, la dottoressa pone una domanda alla bambina, che però non risponde (come evidenzia il lungo silenzio che segue la domanda). La mamma interpreta questo silenzio come dovuto all'incomprensione della domanda da parte della figlia, tuttavia non rivendica la propria autorità epistemica fornendo la risposta come nell'estratto precedente, ma tenta di promuovere la comprensione e partecipazione della figlia riformulando la domanda della dottoressa, trasformandola così da domanda aperta a domanda chiusa (turno 76). La bambina risponde alla domanda della mamma in modo negativo (turno 79) e soltanto dopo questa dichiarazione di inferiorità epistemica e solo dopo aver avuto il consenso della bambina a cedere la propria autorità epistemica alla mamma (turni 80 e 81), la dottoressa invita la mamma a rispondere (turno 82).

Estratto 31 (trascrizione 17, apertura, 8 anni)

- 0075 DOCf come si chiama la tua scuola qui in Italia?  
(4.7)
- 0076 GENf tu sai il nome della scuola in Italia?
- 0077 DOCf no:?  
(0.8)
- 0078 SOR ((baby noise)) (((baby noise)))
- 0079 Bf [no]
- 0080 DOCf lo chiediamo alla mamma?  
(0.8)
- 0081 Bf sì

(0.9)

0082 DOCf allora (.) come si chiama signora?

0083 GENf Albert Einstein

L'atteggiamento propositivo della dottoressa nei confronti della partecipazione della bambina potrebbe essere uno degli stimoli per la bambina nel tentare di prendere la parola anche più avanti nell'interazione. Tuttavia, come mostra l'Estratto 32, se la dottoressa non mantiene questa posizione, la volontà della bambina di partecipare non ha alcun esito. Al turno 121, la bambina cerca di prendere la parola, interrompendo la sequenza diadica tra dottoressa e mamma. Questo tentativo resta però vano perché nessuno accoglie la sua richiesta di partecipazione; al contrario, la madre e la dottoressa continuano a conversare ignorando l'intervento della bambina (turni 122-126). Al turno 150, la bambina prova nuovamente a prendere la parola esplicitando una chiara richiesta, ma anche in questo caso il tentativo di essere ascoltata fallisce. Soltanto al turno 159 riesce a prendere la parola, evidenziando le proprie competenze linguistiche e mostrando la propria autorità epistemica su un argomento che la riguarda direttamente, ovvero il suo livello di alfabetizzazione.

Estratto 32 (trascrizione 17, esame, 8 anni)

0120 PARf perché lei non sai (0.8) scrive i legge (1.8) dopo (.) qua

0121 CHIf io-

0122 PARf questo [due mese]

0123 SISf [(baby noise)]

0124 PARf [[stai (.) leendo i scrivendo

0125 DOCf [[sì

(0.6)

0126 DOCf sì

[...]

0150 CHIf =posso parlare?=  
0151 PARf =perché io: (.) un anno in questa scola in Brasile (.) avete fatto intensive  
0152 DOCf sì  
0153 PARf de: (.) alfabetazione  
0154 DOCf sì  
0155 PARf solo alfabetazione  
(1.4)  
0156 CHIf io::: .hh  
0157 PARf dopo do: (.) la escola quattro ore (.) i due ore de alfabetizzazione  
(0.6)  
0158 SISf ((baby noise))  
0159 CHIf io::: (.) n- non lo so parla:e (0.9) (con fare)  
0160 PARf ((tobetran)) così (.) i sue follo ideologie  
0161 SISf ((baby noise))  
0162 PARf sì lei non parla (.) ra

La tenacia della bambina nel partecipare all'interazione riemerge nell'Estratto 33 (oltre che nell'Estratto 7), in cui interviene per rivendicare la propria autorità epistemica e rispondere al posto della mamma (turni 636, 638, 642, 645). La dottoressa accetta l'intervento della bambina e lo

convalida ripetendo le risposte della bambina (turno 639), mentre la mamma entra in competizione e difende la sua posizione di destinatario ratificato cercando di fornire un'informazione aggiuntiva rispetto a quelle già date dalla figlia, come ad esempio l'età in cui ha pronunciato le prime parole (turni 637, 640, 643).

Estratto 33 (trascrizione 17, anamnesi, 8 anni)

0633 DOCf a camminare quando ha comincia[to]

0634 GENf [un] anno

(3.5)

0635 DOCf le prime paroline?

(1.1)

0636 Bf mamma=

0637 GENf =la prima [con-]

0638 Bf [dopo] pappa

(0.6)

0639 DOCf mamma e pap[pa]

0640 GENf [dieci] mese

0641 DOCf [[eh?

0642 Bf [[dopo

(0.5)

0643 GENf dieci mese ma[mma]

0644 DOCf [sì]

0645 Bf [so]gliella

(2.2)

Quest'ultimo caso (trascrizione 17, Estratti dal 30 al 33) mostra vari aspetti interessanti, alcuni dei quali saranno presenti anche negli esempi riportati nella prossima sezione. In primo luogo, gli Estratti 30 e 31 sottolineano l'autorità della dottoressa nell'interazione e la sua capacità nel promuovere l'agency dei bambini nonostante le difficoltà (sia difficoltà linguistiche, sia tentativi della madre di sostituirsi alla figlia). In secondo luogo emerge come l'atteggiamento della dottoressa possa orientare l'atteggiamento degli interlocutori partecipanti. La madre infatti non si mette più in competizione con la bambina, ma tenta anche lei di promuovere l'agency della figlia come richiesto implicitamente dalla dottoressa, mentre la figlia continua anche in seguito a cercare di partecipare e rivendicare la propria autorità epistemica. Infine, questa interazione ci mostra come sostegno all'agency della bambina vada mantenuto e sostenuto durante tutta l'interazione, altrimenti i successivi tentativi della bambina possono fallire e la madre può mettersi in competizione con la figlia (Estratti 32 e 33).

## 7. Condizioni specifiche dell'agency dei bambini

Gli estratti dal 34 al 46 riguardano interessanti condizioni specifiche dell'agency dei bambini. Come abbiamo visto, l'età è considerata un fattore importante per l'agency dei bambini nella gestione del diabete e, dopo il passaggio all'età dell'autonomia, i pediatri sostengono l'autorità epistemica dei ragazzi in modi diretti e indiretti. Tuttavia, ciò può creare condizioni di competizione tra i ragazzi e i loro genitori.

Nell'Estratto 34, la competizione (turni 102-111) inizia dopo la domanda della pediatra, che è chiaramente rivolta al ragazzo. La competizione viene subito bloccata dalla pediatra, che sottolinea l'autorità epistemica del ragazzo (turno 112), sebbene nella sequenza precedente il ragazzo abbia fornito solo risposte minime. Questa insolita azione conflittuale della pediatra nei confronti della madre dipende dall'età del ragazzo (15 anni), che implica che è lui la persona che può fornire informazioni sul diabete secondo le regole del servizio pediatrico.

Estratto 34 (trascrizione 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£

Gli Estratti 35 e 36 mostrano modi indiretti in cui i pediatri sostengono l'agency dei bambini, ignorando i tentativi dei genitori di sostituirsi ai ragazzi come destinatari dei propri turni. Nell'Estratto 35, il pediatra sta parlando con la bambina della strategia per gestire l'insulina. Il tentativo del padre di aggiungersi alla risposta minima della figlia (turno 290) viene ignorato dal pediatra. Il padre, tuttavia, insiste nel rivendicare la propria autorità epistemica (turno 294) e il pediatra mostra di tenere conto del suo contributo ma poi si rivolge immediatamente alla ragazza sottolineando la sua autorità epistemica (turno 295), che viene confermata dalla ragazza.

Estratto 35 (trascrizione 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)

Nell'interazione 15, la pediatra ignora sistematicamente i contributi del padre, sostenendo sistematicamente l'agency del ragazzo. L'estratto 36 è un esempio di questa situazione: il tentativo del padre al turno 100 viene ignorato.

Estratto 36 (trascrizione 15, anamnesi, 14 anni)

099 PEDf e po:i:? cioè se la glicemia è maggiore di duecento fai un po' di più?  
 (0.5)  
 100 GENm sì [ma::]  
 101 Bm [sopra] i duecentocinquanta f- faccio di più  
 102 PEDf okay sopra i duecentocinquanta (1.8) ((rumore di fogli)) oh grazie

Tuttavia, i pediatri possono incontrare serie difficoltà anche nel coinvolgere un ragazzo “autonomo”, come mostra l’Estratto 37. Al turno 167, la pediatra si rivolge al ragazzo, ma la comprensione della sua affermazione è confermata dalla madre. Al turno 171, la pediatra si rivolge alla madre del ragazzo per l’organizzazione della terapia, ma ai turni 173 e 175 si rivolge chiaramente al ragazzo che però non parla, anche se non si può escludere che annuisca. Al turno 174, la madre conferma nuovamente la comprensione della prescrizione della pediatra e al turno 176 prende l’iniziativa di ringraziare la pediatra. Il ragazzo saluta, in modo piuttosto formale, al turno 178.

Estratto 37 (trascrizione 5, conclusione, 15 anni)

167 PEDf ti stampo anche i fogli per fare il diario allora okay?  
 168 GENf okay  
 (5.2)  
 169 ((rumore da uso della penna))  
 (1.2)  
 170 PEDf tuo!  
 (8.1)  
 171 PEDf questo mamma per il materiale e anche per il- il Baqsimi spray nasale okay?  
 172 GENf okay  
 (51.7)  
 173 PEDf okay (3.6) ((rumore di stampante)) okay? questo qua è il diario (2.7) se vuoi mettere anche quello che mangi: (0.8) quindi le dosi di insulina che fai (.) la glicemia quando inizi che ti fai lo stick (.) l'insulina e quello che mangi (0.8) okay?  
 174 GENf sì  
 175 PEDf poi (.) almeno (0.7) la glicemia prima di mangiare di nuo:vo l'insulina e quello che mangi (.) poi la glicemia prima di mangiare fino a quello che mangia (.) va bene? (0.7) okay (.) queste sono due settimane e va bene quello (1.0) va bene N.? (.) e vediamo come vanno le cose così e cerchiamo di rimettere un po' a posto le dosi (1.0) okay va bene  
 176 GENf okay grazie  
 177 PEDf arrivederci:  
 178 Bm arrivederci  
 179 PEDf ciao:

L’Estratto 37 mostra che (1) l’età non predice necessariamente l’agency da parte dei ragazzi, sebbene la pediatra ne sostenga l’autorità, (2) i genitori possono evidenziare il proprio diritto di collaborare o competere con il figlio, sebbene il pediatra scoraggi questo tipo di azione. Questa situazione appare inusuale, ma indica una possibile difficoltà nelle interazioni pediatriche.

Un’altra situazione inusuale si evidenzia nell’interazione 4, in cui la ragazza di 12 anni è sorda ma 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 durante la visita. Tuttavia, la sua condizione specifica porta a modificare il piano pediatrico nell’interazione. Il cambiamento è chiaro fin dall’inizio, come mostra l’Estratto 38. La pediatra si rivolge alla ragazza al turno 12, poi passa al padre (turni 16 e 18) per indagare sulle condizioni specifiche della ragazza. Nei turni 19 e 21, la ragazza prende l’iniziativa di rispondere alla domanda della pediatra, che non è rivolta



058 GENm sul braccio sulla pancia:

Anche l'Estratto 40 mostra la specificità di questa situazione. Dopo il commento generale della pediatra al turno 132, la ragazza prende un'altra iniziativa e la pediatra avvia un'interazione diadica con lei, iniziando ad ascoltare il suo contributo (turni 133-137). Tuttavia, al turno 138, la pediatra mostra la propria difficoltà nel comprendere la ragazza. Sebbene la pediatra tenti un'interpretazione del suo contributo (turno 140), interviene il padre (turno 145) e la pediatra si rivolge a lui. Al turno 149, ancora una volta, la ragazza rivendica la propria autorità epistemica, ma viene ignorata e la pediatra conclude rivolgendosi alla ragazza solo per confermare l'azione della madre. Dopo questa sequenza, la ragazza scompare dalla conversazione fino alla fine dell'interazione (ossia al turno 555).

#### Estratto 40

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

Questo esempio è molto particolare, ma conferma che l'età non è sempre il fattore che differenzia l'attribuzione di autorità epistemica ai ragazzi. In alcuni casi, lo sforzo del pediatra nel sostenere l'agency dei ragazzi viene limitato dal tempo a disposizione e dal tipo di compito. Sebbene il servizio di diabetologia sia incentrato sull'autonomia dei ragazzi, la funzione principale delle visite mediche è quella di verificare le condizioni dei ragazzi, e ciò comporta la rinuncia in alcuni casi a sostenerne l'agency.

Un ultimo fattore che può condizionare lo sforzo del pediatra nel sostenere l'agency dei bambini è l'esistenza di barriere linguistiche. Nell'interazione 3, sia la madre sia la bambina mostrano alcune difficoltà nel parlare italiano. Tuttavia, la bambina sembra ancora meno competente della madre. Questa condizione amplifica il fattore età (la bambina ha 8 anni). Fin dall'inizio, il pediatra si rivolge



061 PEDf AH::: ecco [(.) ah::]

Nella fase successiva della visita, la bambina viene coinvolta molto raramente, soprattutto istruendola su come deve muoversi durante l'esame fisico, e la pediatra sostiene l'autorità epistemica della madre. Inoltre, la madre rafforza la propria autorità epistemica, come si può vedere nell'Estratto 43, turno 214, e nell'Estratto 44, turno 181.

#### Estratto 43

208 PEDf va bene (.) puoi scendere S. (0.9) eh?  
209 GENf £eh eh [eh eh eh£]  
210 PEDf [tutto a posto?]  
(0.9)  
211 Bf [[sì]  
212 PEDf [[sei] tranquilla?  
213 PEDf eh? (.) va [bene]  
214 GENf [lei] stava con molta paura di venire qua £eh eh eh£

#### Estratto 44

180 PEDf abbiamo un po' di carie (.) mangi le caramelle tu? Cioccolato mangi?  
181 GENf sì

L'Estratto 45 riguarda un'interazione in cui, come abbiamo visto, la bambina prende l'iniziativa di fare una domanda, a cui risponde la madre (Estratto 10) e contraddice la madre (Estratto 13). Sembra quindi che la bambina sia propensa a manifestare la propria agency. L'Estratto 45 mostra che la bambina prende un'altra iniziativa che ne manifesta la competenza (turno 250), che viene negoziata con la madre (turni 251-255).

#### Estratto 45 (trascrizione 8, conclusione, 8 anni)

248 PEDm prendo l'agenda mamma va bene? ((va fuori))  
249 GENf okay!  
(1.1)  
250 Bf oggi a scuola mi (dava) duecento quarantaquattro (1.2) e uno  
(0.6)  
251 GENf però eh: duecento quarantaquattro a- a merenda? (0.7) no:::  
252 Bf la prima: del [del (??) ha detto] perché io sto male perché (?) abbiamo trovato duecento quattro  
253 ((suona il telefono))  
(0.8)  
254 GENf no ma ((tobetran)) perché ancora non è stato::  
(1.0)  
255 Bf avevo appena finito la colazione alle: alle otto un po' tardi

Tuttavia, il pediatra si rivolge molto raramente alla bambina. La bambina interagisce sistematicamente con la madre, piuttosto che con il pediatra, ma la madre reprime le sue iniziative (Estratto 16). L'Estratto 46 mostra che, fin dall'inizio, il pediatra si rivolge alla madre della bambina (turno 1), poi elogia sia la madre sia la bambina, invece di rivolgersi soltanto alla bambina (turno 4).

#### Estratto 46 (trascrizione 8, apertura, 8 anni)

001 PEDm okay (.) eccoci qua (1.0) come è andata a casa?  
 002 GENf bene (.) abbastanza bene  
 003 ((rumore del mouse))  
 (0.6)  
 004 PEDm abbastanza vediamo un po' come è andata la glicata ((inizia a scrivere al computer)) (3.0) ecco qua (2.8) in line:a beniss[imo] brave!  
 005 GENf [mh]  
 006 GENf sì sì

Il pediatra pone la prima domanda alla bambina al turno 100 (Estratto 47). Probabilmente la bambina annuisce e il pediatra sostiene immediatamente l'autorità epistemica della madre.

Estratto 47 (trascrizione 8, terapia, 8 anni)

100 PEDm ascolta a te i cereali piacciono nel latte però? (0.8) allora possiamo: eh: va bene i biscotti vanno benissimo se vuoi alterna:re provare (.) allora possiamo provare dei cereali eh:m: sono sempre buoni però (.) che (.) diciamo così (.) mh danno un impatto più dolce sulla eh: sull'andamento glice[mico] sono i cereali integrali  
 101 GENf [eh]  
 102 GENf eh:: non li eh: li ho comprati ma:: [sono ri]masti lì che li ho buttati  
 103 PEDm [non dico-]  
 104 PEDm non- non dico quelli:[:::]  
 105 GENf [eh]  
 106 PEDm all bran  
 107 GENf eh  
 100 PEDm i bastoncini che (.) sono (.) quelli di [cru]sca  
 109 GENf [eh]  
 110 PEDm che andrebbero molto bene ma non sono molto buoni

L'Estratto 48 mostra i pochi tentativi del pediatra di coinvolgere la bambina (turni 121, 167, 205, 213), che vengono immediatamente bloccati dalla madre che rafforza la propria autorità epistemica.

Estratto 48

121 PEDm non sono c- (.) puoi fare un esperimento se ti piacciono i cereali se non ti mancano i cereali [vai avanti con i biscotti]  
 122 GENf [no: me l'ha] chiesto questa settimana m'ha detto mamma mi mancano cereali  
 123 PEDm sì

[...]

167 PEDm fai la merenda a scuola tata?  
 168 GENf sì  
 169 PEDm e fai la correggi?  
 170 GENf no no perché:: io la do::: la- o la frutta (.) o cetrioli delle volte c'ho dato anche i wurstel

[...]

205 PEDm se non hai [fame]  
 206 GENf [poi] era ingrassata allora io ho detto se non c'hai fame non te lo facciamo [perché-]  
 207 PEDm [brava mamma] giusto



181 DOCf no  
(0.7)

## 8. Lo strano caso dell'interazione 6

È interessante chiedersi perché nell'interazione 6 un bambino di 8 anni sia attivo quanto i ragazzi più grandi, partecipando nel 21,1% dei turni. Quali sono le condizioni che gli permettono di essere così attivo? Abbiamo già visto tre estratti di questa interazione: gli Estratti 6 e 11 hanno mostrato le iniziative del bambino; l'Estratto 23 ha mostrato una competizione tra il bambino e il padre. Gli estratti che seguono contribuiscono alla comprensione di questa interazione eccezionale, spiegando anche che l'Estratto 23 è inserito in una relazione più complessa tra il bambino e il padre.

L'apertura della visita mostra subito che il bambino è attivo sia nel rispondere alla pediatra, sia nel prendere iniziative, anche se il padre non rinuncia a partecipare all'interazione. Nonostante il contributo iniziale del padre, che prende la parola per spiegare che il bambino ha dimenticato il diario (turni 5-7), la pediatra si rivolge al bambino in modo scherzoso (turni 8 e 10) e il bambino sembra partecipare alla battuta (turni 9 e 11). Il padre spiega che le cose stanno andando meglio (turno 12), ma la pediatra si rivolge al bambino, che aggiunge di aver mangiato una caramella (turno 14), per poi incrementare la propria autorità epistemica nell'interpretare i valori della glicemia (turno 17).

Estratto 50 (trascrizione 6, apertura, 8 anni)

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

Nell'Estratto 51, il padre lascia la parola al bambino nell'interazione con la pediatra inerente alla sua esperienza scolastica (turni 34-47). La sequenza è chiusa dall'iniziativa del bambino che esprime un



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!

L'Estratto 53 mostra che il bambino continua a contribuire (turno 95) anche quando la pediatra si rivolge esplicitamente al padre, rafforzando la propria autorità epistemica, che non viene rifiutata dagli adulti. Al turno 96, la pediatra si rivolge al bambino con una domanda e, a partire dal turno 100, il bambino e il padre si sovrappongono continuamente nel rispondere alle domande. Al turno 113, il bambino esprime un dubbio, al quale rispondono il padre e la pediatra in modo collaborativo.

### Estratto 53

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) cinqua::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 ((rumore del mouse))  
 103 PEDf la merenda?  
 104 GENm due  
 105 PEDf mh cena?  
 (0.9)  
 106 GENm [due  
 107 Bm [due  
 108 PEDf due  
 109 PEDf e la Lantus? [tredici  
 110 Bm [tredici  
 111 Bm sì  
 112 PEDf okay  
 113 Bm no- non era quindici?  
 114 GENm no abbiamo diminuito  
 115 Bm ah  
 116 GENm abbiamo messo quindi quando:-  
 117 PEDf quando [eri malato]  
 118 GENm [eri mala]to  
 119 PEDf eh

Subito dopo questa sequenza, in modo del tutto inusuale, il padre incrementa l'autorità epistemica del bambino (turno 120) e il bambino prende un'altra iniziativa (turno 123) che dà inizio a una nuova interazione incentrata sulla partecipazione del bambino e che coinvolge il bambino (turni 125-129).

#### Estratto 54

120 GENm      adesso stai bene no?  
 121 Bm        mh mh  
               (0.8)  
 122 PEDf      £mh mh£  
 123 Bm        solo che c'è un caldo:!  
 124            ((rumore del mouse))  
 125 PEDf      eh c'è caldo qua dentro c'hai ragione in effetti vedi che ho aperto anche io c'ho caldo £mh mh  
               mh£ (.) però qua abbiamo-  
 126 GENm      adesso: abbiamo: abbiamo de freddo  
 127 PEDf      avete freddo in montagna?  
 128 Bm        sì! (2.3) Sono entrato a fare la doccia (.) un freddo!  
 129 PEDf      £eh eh eh eh£

L'Estratto 55 mostra che la pediatra continua a rivolgersi al bambino come interlocutore competente, rafforzando così la sua autorità epistemica. Al turno 146 chiede che cosa ha mangiato il bambino a scuola e al turno 155 chiede conferma dell'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 (turno 156), dimostrando anche di conoscere la relazione tra insulina e glicemia.

#### Estratto 55

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

In questa interazione, come in molte altre, la pediatra si rivolge ai genitori per spiegare la diagnosi e la terapia. Tuttavia, come abbiamo visto nell'Estratto 6, il bambino non rinuncia a rivendicare la propria autorità epistemica in questa fase. Infine, una serie di anomalie che mostrano l'esercizio dell'agency da parte del bambino riguardano la fase finale di questo incontro. In primo luogo, e in modo insolito, il bambino contribuisce provvisoriamente a definire la data del prossimo appuntamento (Estratto 56).

#### Estratto 56

270 PEDf allora ci vediamo prima di partire  
 271 GENm sì  
 272 ((rumore di fogli)  
 273 Bm primi di luglio (0.6) eh:-  
 274 GENm alla fine di luglio non primi di luglio  
 275 Bm alla fine  
 276 GENm fine

In secondo luogo, sempre in modo insolito, il bambino chiede conferma del destinatario della domanda della dottoressa al turno 315 (Estratto 56).

#### Estratto 57

310 PEDf allora (.) andate via proprio fine fine luglio? Il ventisette siete ancora qua?  
 311 GENm ventisette::: (1.0) ma non si sa ancora perché non siamo ancora prenotati per quello:  
 (0.6)  
 312 PEDf mh  
 313 GENm non abbiamo ancora ancora la data precisa  
 (1.6)  
 314 PEDf cosa dici? cosa farà- cosa metterai tu lo sai?  
 (0.7)  
 315 Bm io:: o il papà?

In terzo luogo, la pediatra si rivolge direttamente al bambino, anziché al padre, con raccomandazioni sul diario (Estratto 58, turni 342, 347). Inoltre, al turno 348 il bambino fa una domanda di chiarimento. Il padre non interferisce in questa conversazione.

#### Estratto 58

342 PEDf allo:ra ti ricordi di fare il diario [stavolta?]  
 343 Bm [mh mh]  
 344 PEDf dal venti di luglio sette giorni dai  
 345 Bm mh mh  
 346 ((rumore del mouse))  
 347 PEDf stupiscimi! (1.6) £mh mh mh£  
 348 Bm tutti i giorni?  
 349 PEDf sette gior[ni]

Infine, nell'Estratto 59, dopo aver chiesto la data della prossima visita, il bambino viene sfidato dal padre e dalla pediatra a ricordare i mesi dell'anno. Dopo qualche esitazione, il bambino riesce in questo compito (turni 381-385) e spiega la logica di questo successo (turno 387). La pediatra riconosce esplicitamente la competenza comunicativa del bambino e la sua importante evoluzione (turni 390-392).

#### Estratto 59

353 PEDf l'altra volta avevamo detto dieci? (0.7) £mh mh£  
 354 ((rumore del mouse))  
 355 Bm quando (c'è la visita?)  
 (0.8)

356 GENm il ventisette luglio  
 (0.6)  
 357 Bm (?) [(?)]  
 358 PEDf [per il] materiale siete a posto (.) avete [già tutto]  
 359 GENm [oggi siam-] siamo ancora a maggio  
 (1.1)  
 360 Bm mai- gennaio febbraio mar-  
 (0.7)  
 361 PEDf [che gennaio?  
 362 Bm [zo  
 (0.8)  
 363 Bm boh::!  
 (1.4)  
 364 ((rumore del mouse))  
 365 GENm marzo-  
 366 PEDf siamo a [maggio]  
 367 GENm [cosa] c'è dopo maggio?  
 368 Bm £non mi ricordof  
 369 PEDf £mh mh£  
 370 Bm giu:- giugno!  
 371 GENm giugno e poi?  
 372 ((rumore del mouse))  
 373 Bm luglio:  
 374 GENm poi?  
 375 ((rumore del mouse))  
 376 Bm eh (.) luglio ((rumore del mouse)) (1.8) e non mi ricordo  
 377 GENm non sei mica tanto bravo a scuola  
 378 PEDf eh!  
 379 Bm £eh eh eh eh£  
 380 PEDf abbiamo appena detto che sei bravo! ((rumore del mouse))  
 381 Bm gennaio febbraio marzo aprile maggio giugno luglio agosto  
 382 PEDf eh  
 383 Bm settembre  
 384 PEDf bra:vo  
 385 Bm ottobre novembre dicembre  
 (0.6)  
 386 PEDf bravo vedi che sei capace! allora fai le finte? ((rumore del mouse))  
 387 Bm no perché (.) devi dirli da capo  
 388 PEDf ah:: devi saperli in ordine (1.9) sai che forse viene a piovere? senti che c'è dell'aria strana (1.3)  
 ((rumore del mouse)) (11.0) ((rumore dell mouse)) (3.0) ((rumore del mouse)) (2.9) molto  
 bene!  
 389 Bm £eh eh£  
 (1.2)  
 390 PEDf te sei diventato un chiacchierino tu  
 391 Bm £mh mh:::£  
 392 PEDf che all'inizio eri tutto timido [timido è vero papà?]  
 393 GENm [timido eh sì]  
 394 GENm eh sì

## 9. Conclusioni

Questa parte della ricerca aveva l'obiettivo di capire se e in che modo i bambini manifestano agency durante le visite pediatriche e come gli altri partecipanti (pediatri e genitori) coinvolgono oppure

ostacolano l'agency dei bambini, espressa come autorità nella produzione della conoscenza (autorità epistemica).

Un primo dato interessante è che l'età (maggiore o minore di dieci anni) contribuisce al livello di manifestazione dell'agency dei bambini nelle visite mediche e contribuisce a spiegare il coinvolgimento e il sostegno dell'autorità epistemica dei genitori nei casi in cui i bambini abbiano meno di 10 anni. La questione dell'età è stata considerata anche nel questionario dal quale si evince che, nell'area in cui sono state realizzate le registrazioni, con i bambini di 8-10 anni, la larga maggioranza degli operatori sanitari dichiara di comunicare solo con i genitori nell'individuazione dei sintomi, mentre nella spiegazione della diagnosi e del piano terapeutico, la comunicazione con i bambini è dichiarata come pressoché assente. Tuttavia, con i bambini tra gli 11 e i 13 anni, il coinvolgimento dei soli bambini nell'individuazione dei sintomi aumenta al 17% con i migranti, mentre la spiegazione della diagnosi e del piano terapeutico coinvolge bambino e adulto. Alla luce dell'analisi delle interazioni, mentre i dati quantitativi sono sostanzialmente confermati per i bambini fino ai 10 anni, per i bambini di età superiore il dato quantitativo appare piuttosto pessimistico. Per quest'età il dato è piuttosto in linea con la partecipazione dei bambini verificata da Stivers (2012) per l'insieme di tutti i bambini.

Tuttavia, le registrazioni segnalano anche un'importante eccezione per un bambino di 8 anni, che dimostra che non è impossibile migliorare la partecipazione dei bambini di questa età se e quando pediatri e genitori collaborano nel sostenerne (o non ostacolare) le manifestazioni di agency. Inoltre le registrazioni segnalano che l'importanza dell'età è correlata anche ad altri fattori, come la competenza linguistica dei bambini o dei loro genitori.

Alcune strutture dell'interazione condizionano le manifestazioni di agency dei bambini. Il primo indicatore di agency è rappresentato dalle iniziative dei bambini, che indicano i loro tentativi di affermare la propria autorità epistemica. Queste iniziative includono la produzione di informazioni, la formulazione di domande e, talvolta, la contraddizione delle affermazioni degli adulti. Di fronte a queste azioni, i pediatri spesso accolgono e promuovono l'agency dei bambini, mentre i genitori si tendono spesso a competere con i figli e resistono all'affermazione della loro autorità epistemica.

L'agency dei bambini viene inoltre promossa dall'azione dei pediatri, che incoraggiano i bambini a prendere la parola e a rispondere alle loro domande. Se è vero che le risposte dei bambini alle domande dei pediatri sono meno frequenti di quelle dei genitori (Stivers 2012) e che le domande non focalizzate lasciano più spazio ai bambini (Clemente et al. 2008; ma Stivers sostiene il contrario), è anche vero che è particolarmente importante il sostegno fornito dai feedback minimi positivi dei pediatri nei confronti delle risposte dei bambini, che ne incoraggiano l'espansione. Talvolta, inoltre, i pediatri incoraggiano la manifestazione di agency dei bambini formulando o apprezzando le loro risposte. Nel caso dei bambini più grandi, la conversazione mostra anche l'agency nella gestione dei propri problemi di salute e nella loro spiegazione. Nel caso dei bambini più piccoli, con poche eccezioni, l'agency viene sollecitata nelle fasi di apertura e chiusura, ponendo domande su questioni "sociali" (Stivers 2012), in particolare relative alla scuola e talvolta durante l'anamnesi.

Non possiamo sapere se, come sostiene Stivers (2012), sia anche importate direzionare lo sguardo verso i bambini, non disponendo di video-registrazioni, ma è interessante osservare che nei casi in cui il formato delle domande dei pediatri non è chiaramente rivolto a nessun interlocutore in particolare, si produce di frequente una competizione tra bambino e genitore nel fornire la risposta. Ciò sembra segnalare che non ci sia una chiara direzione dello sguardo.

L'agency dei bambini può anche essere ostacolata dai genitori, che rivendicano la propria autorità epistemica nel rispondere alle domande rivolte ai figli, o nel competere in casi di selezione ambigua

da parte dei pediatri. Questo risultato smentisce il dato di Stivers (2012) secondo cui non c'è alcuna incidenza dell'intervento dei genitori nell'interazione. In questi casi, i pediatri scelgono di sostenere l'autorità epistemica dei genitori, oppure non riescono 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 i pediatri non sono in grado di definire un confine tra la manifestazione dell'agency dei bambini e quella dei genitori. Questo confine viene fissato piuttosto chiaramente soltanto al di sopra dei 10 anni, poiché al di sopra di questa età i pediatri seguono la regola generale relativa all'autonomia e alla responsabilità dei ragazzi. In questi casi, anziché presentare il bambino come colui o colei che ne sa più di tutti prima delle domande (Clemente et al. 2008), i pediatri sostengono il primato dell'autorità epistemica dei ragazzi quando i genitori tendono ad affermare la propria. Tuttavia, anche per questa età, il sostegno dei pediatri richiede la collaborazione dei ragazzi e fallisce se i ragazzi partecipano poco all'interazione, nonostante la loro presunta autonomia. L'autonomia non può essere soltanto definita attraverso norme, ma si manifesta e viene sostenuta nell'interazione.

In conclusione, questa parte della ricerca ha contribuito a comprendere la complessità del coinvolgimento dei bambini nelle interazioni sui loro problemi di salute, sottolineata anche in letteratura, contribuendo sia alla conoscenza sulle condizioni di manifestazione dell'agency da parte dei bambini, sia all'impostazione di possibili interventi per sostenere meglio tale manifestazione.

### **Riferimenti bibliografici**

- Clemente, Ignasi, Lee Seung-Hee and John Heritage (2008) Children in chronic pain: Promoting pediatric patients' symptom accounts in tertiary care. *Social Science & Medicine*, 66(6):1418-1428.
- 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.