

Promuovere l'agency dei bambini a scuola e nella sanità

a cura di
Claudio Baraldi

Laboratorio Sociologico

FRANCOANGELI

Teoria,
Epistemologia,
Metodo

Direttore Scientifico: Costantino Cipolla

Laboratorio Sociologico approfondisce e discute criticamente tematiche epistemologiche, questioni metodologiche e fenomeni sociali attraverso le lenti della sociologia. Particolare attenzione è posta agli strumenti di analisi, che vengono utilizzati secondo i canoni della scientificità delle scienze sociali. Partendo dall'assunto della tolleranza epistemologica di ogni posizione scientifica argomentata, Laboratorio Sociologico si fonda su alcuni principi interconnessi. Tra questi vanno menzionati: la combinazione creativa, ma rigorosa, di induzione, deduzione e adduzione; la referenzialità storico-geografica; l'integrazione dei vari contesti osservativi; l'attenzione alle diverse forme di conoscenze, con particolare attenzione ai prodotti delle nuove tecnologie di rete; la valorizzazione dei nessi e dei fili che legano fra loro le persone, senza che queste ne vengano assorbite e – ultimo ma primo – la capacità di cogliere l'alterità a partire dalle sue categorie "altre". Coerentemente con tale impostazione, Laboratorio Sociologico articola la sua pubblicistica in sei sezioni: *Teoria, Epistemologia, Metodo; Ricerca empirica ed Intervento sociale; Manualistica, Didattica, Divulgazione; Sociologia e Storia; Diritto, Sicurezza e Processi di vittimizzazione; Sociologia e storia della Croce Rossa.*

Comitato Scientifico: Natale Ammaturo†; Ugo Ascoli (Ancona); Claudio Baraldi (Modena e Reggio Emilia); Leonardo Benvenuti, Ezio Sciarra (Chieti); Danila Bertasio (Parma); Giovanni Bertin (Venezia); Rita Biancheri (Pisa); Annamaria Campanini (Milano Bicocca); Gianpaolo Catelli (Catania); Bernardo Cattarinussi (Udine); Roberto Cipriani (Roma III); Ivo Colozzi, Stefano Martelli (Bologna); Celestino Colucci (Pavia); Raffaele De Giorgi (Lecce); Paola Di Nicola (Verona); Roberto De Vita (Siena); Maurizio Esposito (Cassino); Antonio Fadda (Sassari); Pietro Fantozzi (Cosenza); Maria Caterina Federici (Perugia); Franco Garelli (Torino); Guido Giarelli (Catanzaro); Guido Gili (Campobasso); Antonio La Spina (Palermo); Clemente Lanzetti (Cattolica, Milano); Emiliana Mangone (Salerno); Giuseppe Mastroeni (Messina); Rosanna Memoli (La Sapienza, Roma); Everardo Minardi (Teramo); Giuseppe Moro (Bari); Giacomo Mulè (Enna); Giorgio Osti (Trieste); Mauro Palumbo (Genova); Jacinta Paroni Rumi (Brescia); Antonio Scaglia (Trento); Silvio Scanagatta (Padova); Francesco Sidoti (L'Aquila); Donatella Simon (Torino); Bernardo Valli (Urbino); Francesco Vespasiano (Benevento); Angela Zanotti (Ferrara).

Corrispondenti internazionali: Coordinatore: Antonio Maturo (Università di Bologna) Roland J. Campiche (Università di Losanna, Svizzera); Jorge Gonzales (Università di Colima, Messico); Douglas A. Harper (Duquesne University, Pittsburgh, USA); Juergen Kaube (Accademia Brandeburghese delle Scienze, Berlino, Germania); André Kieserling (Università di Bielefeld, Germania); Michael King (University of Reading, Regno Unito); Donald N. Levine (Università di Chicago, USA); Christine Castelain Meunier (Casa delle Scienze Umane, Parigi, Francia); Maria Cecilia de Souza Minayo (Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasile); Everardo Duarte Nunes (Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasile); Furio Radin (Università di Zagabria, Croazia); Joseph Wu (Università di Taiwan, Taipei, Taiwan).

Coordinamento Editoriale delle Sezioni: Giuseppe Masullo

Ogni sezione della Collana nel suo complesso prevede per ciascun testo la valutazione anticipata di due referee anonimi, esperti nel campo tematico affrontato dal volume. Alcuni testi di questa collana sono disponibili in commercio nella versione e-book. Tali volumi sono sottoposti allo stesso controllo scientifico (doppio cieco) di quelli presentati in versione a stampa e, pertanto, ne posseggono lo stesso livello di qualità scientifica.

Sezione *Teoria, Epistemologia, Metodo* (attiva dal 1992). *Responsabile Editoriale*: Leonardo Altieri. *Comitato Editoriale*: Agnese Accorsi; Gianmarco Cifaldi; Francesca Cremonini; Davide Galesi; Francesco Gandellini; Ivo Germano; Maura Gobbi; Francesca Guarino; Silvia Lolli jr.; Alessia Manca; Emmanuele Morandi†; Alessandra Rota; Barbara Sena.

Sezione *Ricerca empirica ed Intervento sociale* (attiva dal 1992). *Coordinatore Scientifico*: Andrea Bassi; *Responsabile Editoriale*: Sara Sbaragli. *Comitato Editoriale*: Sara Capizzi; Teresa Carbone; Paola Canestrini; Carmine Clemente; David Donfrancesco; Laura Farneti; Pietro Paolo Guzzo; Ilaria Iseppato; Lorella Molteni; Paolo Poletтини; Elisa Porcu; Francesca Rossetti; Alessandra Sannella.

Sezione *Manualistica, Didattica, Divulgazione* (attiva dal 1995). *Coordinatore Scientifico*: Linda Lombi. *Responsabile Editoriale*: Arianna Marastoni. *Comitato Editoriale*: Veronica Agnoletti; Flavia Atzori; Alessia Bertolazzi; Barbara Calderone; Raffaella Cavallo; Carmela Anna Esposito; Laura Gemini; Silvia Lolli sr.; Ilaria Milandri; Annamaria Perino; Fabio Piccoli.

Sezione *Sociologia e Storia* (attiva dal 2008). *Coordinatore Scientifico*: Nicola Strizzolo (Università di Udine) *Consiglio Scientifico*: Nico Bortoletto (Università di Teramo); Alessandro Bosi (Parma); Camillo Brezzi (Arezzo); Luciano Cavalli, Pietro De Marco, Paolo Vanni (Firenze); Sergio Onger, Alessandro Porro (Brescia); Carlo Prandi (Fondazione Kessler – Istituto Trentino di Cultura); Adriano Prospero (Scuola Normale Superiore di Pisa); Renata Salvarani (Cattolica, Milano); Paul-André Turcotte (Institut Catholique de Paris). *Responsabile Editoriale*: Alessandro Fabbri. *Comitato Editoriale*: Barbara Baccarini; Roberta Benedusi; Elena Bittasi; Emanuele Cerutti; Pia Dusi; Giancarlo Ganzerla; Nicoletta Iannino; Riccardo Maffei; Vittorio Nichilo; Ugo Pavan Dalla Torre; Alessandra Pignatta; Ronald Salzer; Stefano Siliberti†; Paola Sposetti, Loredana Tallarita.

Sezione *Diritto, Sicurezza e processi di vittimizzazione* (attiva dal 2011). *Coordinamento Scientifico*: Carlo Pennisi (Catania); Franco Prina (Torino); Annamaria Rufino (Napoli); Francesco Sidoti (L'Aquila). *Consiglio Scientifico*: Bruno Bertelli (Trento); Teresa Consoli (Catania); Maurizio Esposito (Cassino); Armando Saponaro (Bari); Chiara Scivoletto (Parma). *Responsabili Editoriali*: Andrea Antonilli e Susanna Vezzadini. *Comitato Editoriale*: Flavio Amadori; Christian Arnoldi; Michele Bonazzi; Rose Marie Callà; Teresa Carlone; Dafne Chitos; Gian Marco Cifaldi; Maria Teresa Gammone; Veronica Moretti; Annalisa Plava; Antonia Roberta Siino.

Sezione *Sociologia e storia della Croce Rossa* (attiva dal 2013). *Direttori*: Costantino Cipolla (Bologna) e Paolo Vanni (Firenze). *Consiglio Scientifico*: François Bugnion (*presidente* - CICR), Roger Durand (*presidente* - Société “Henry Dunant”), Giuseppe Armocida (Varese), Stefania Bartoloni (Roma III), Paolo Benvenuti (Roma III), Fabio Bertini (Firenze), Paola Binetti (Campus Bio-Medico, Roma), Ettore Calzolari (Roma I), Giovanni Cipriani (Firenze), Franco A. Fava (Torino), Carlo Focarelli (Perugia; LUISS), Edoardo Greppi (Torino), Gianni Iacovelli (Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria, Roma), Giuseppe Palasciano (Bari), Jean-François Pitteloud (già CICR), Alessandro Porro (Brescia), Duccio Vanni (Firenze), Giorgio Zanchin (Padova). *Comitato Editoriale*: Filippo Lombardi (coordinatore), Massimo Aliverti, Nico Bortoletto, Luca Bottero, Virginia Brayda, Carolina David, Antonella Del Chiaro, Renato Del Mastro, Gerardo Di Ruocco, Boris Dubini, Alberto Galazzetti, Livia Giuliano, Laura Grassi, Veronica Grillo, Riccardo Romeo Jasinski, Pier Francesco Liguori, Maurizio Menarini, Maria Enrica Monaco, Gianluigi Nava, Marisella Notarnicola, Marcello Giovanni Novello, Raimonda Ottaviani, Isabella Pascucci, Francesco Ranaldi, Piero Ridolfi, Anastasia Siena, Calogera Tavormina, Silvana Valcavi Menozzi. *Segreteria Scientifica*: Alberto Ardissonne (responsabile), Alessandro Fabbri (responsabile), Barbara Baccarini, Elena Branca, Giovanni Cerino Badone, Emanuele Cerutti, Alessandro D'Angelo, Carmela Anna Esposito, Simona Galasi, Sara Moggi, Paola Sposetti.

Promuovere l'agency dei bambini a scuola e nella sanità

a cura di
Claudio Baraldi

LABORATORIO SOCIOLOGICO



FRANCOANGELI

Teoria, Epistemologia,
Metodo

Il volume è stato pubblicato con il contributo del Dipartimento di Studi Linguistici e Culturali dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

Il coordinamento editoriale e i referenti di “Laboratorio Sociologico online” sono indicati nel box a chiusura del volume”

La cura redazionale ed editoriale del volume è stata realizzata da Gabriele Giacomini

Copyright © 2023 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione	pag.	9
1. Fondamenti teorici del progetto di ricerca, di <i>Claudio Baraldi</i>	»	13
1. Le condizioni dell'agency	»	13
2. La facilitazione	»	17
3. La mediazione linguistica	»	18
4. L'importanza delle narrazioni	»	21
5. La dimensione interculturale della comunicazione	»	23
Riferimenti bibliografici		25
2. Verso una scuola come luogo di apprendimento dia- logico. I risultati dell'analisi quantitativa, di <i>Eugenio Pandolfini, Alessandra Anichini e Luca Toschi</i>	»	30
1. Introduzione e metodologia	»	30
2. Uso della lingua	»	35
3. Percezione dell'esperienza scolastica		41
4. Relazioni scolastiche	»	43
5. Manifestazioni e sostegno dell'agency degli studenti	»	47
6. Le sfide che affrontano gli studenti	»	50
7. Rappresentazioni dell'integrazione		53
8. Mediazione e agency nei servizi sanitari		58
9. Conclusioni		61
Riferimenti bibliografici		66
3. La facilitazione in classe, di <i>Claudio Baraldi</i>	»	69
1. Introduzione: le attività osservate	»	69
2. Le forme generali di facilitazione	»	70
3. Facilitazione di domande e narrazioni sulle culture	»	87

4. La facilitazione nei laboratori di L2	pag.	92
5. I problemi della facilitazione	»	96
6. Conclusioni	»	97
Riferimenti bibliografici		100
4. Le interazioni in ambito pediatrico,	»	101
di <i>Federica Ceccoli e Claudio Baraldi</i>		
1. L'interazione con i bambini in ambito pediatrico	»	101
2. I dati sulle visite	»	102
3. La quantificazione dei turni di parola	»	103
4. Le iniziative dei bambini	»	104
5. Inviti a esercitare agency		113
6. Limitazioni dell'agency dei bambini		120
7. Ostacoli linguistici dell'agency dei bambini		123
8. Un caso anomalo		127
9. Conclusioni		130
Riferimenti bibliografici		132
5. La mediazione linguistica a scuola,	»	133
di <i>Claudio Baraldi, Federica Ceccoli e Laura Gavioli</i>		
1. Introduzione	»	133
2. Le mitigazioni delle mediatrici	»	134
3. La mediazione delle iniziative dei genitori	»	139
4. Le spiegazioni autonome delle mediatrici	»	149
5. Conclusioni	»	157
Riferimenti bibliografici		158
6. La mediazione linguistica in pediatria,	»	159
di <i>Claudio Baraldi e Federica Ceccoli</i>		
1. Introduzione	»	159
2. Caratteristiche generali delle visite	»	159
3. L'agency nella mediazione	»	161
4. La partecipazione dei bambini		172
5. Il problema della partecipazione dei genitori		181
6. Effetti della trasparenza linguistica		185
7. Conclusioni	»	189
Riferimenti bibliografici		190
7. Comunicare l'asma e il diabete a scuola,	»	191
di <i>Anna Rosa Favretto, Stefania Fucci e Francesca Zaltron</i>		
1. Il quadro della ricerca	»	191

2. Comunicare la malattia a scuola	pag.	194
3. Le pratiche comunicative: chi comunica la condizione di cronicità e con quali modalità	»	201
4. Conclusioni	»	208
Riferimenti bibliografici	»	210
8. Le pratiche di gestione dell'asma e del diabete nella quotidianità scolastica,	»	211
<i>di Anna Rosa Favretto, Stefania Fucci e Francesca Zaltron</i>		
1. Vivere la quotidianità scolastica con l'asma o il diabete: il punto di vista di bambini e genitori	»	211
2. Fattori che ostacolano o facilitano la gestione dell'asma o del diabete a scuola: il punto di vista di insegnanti e medici	»	222
3. Conclusioni	»	233
Riferimenti bibliografici		237
9. Il “posto” della SiO: significati e pratiche nella quotidianità del fare scuola,	»	239
<i>di Roberta Bosisio, Giulia Maria Cavaletto, Federica Cornali e Giulia Storato</i>		
1. Nascita e diffusione della scuola in ospedale	»	239
2. I contesti della ricerca sul campo	»	243
3. La scuola in ospedale: un mondo “a rovescio”	»	247
4. Il “posto” della SiO nel rapporto con la struttura ospedaliera e la scuola territoriale		249
5. La partecipazione e i processi di costruzione dell'identità dei bambini nella scuola in ospedale		258
6. Conclusioni	»	263
Riferimenti bibliografici		264
Conclusioni	»	267
1. La facilitazione	»	267
2. La mediazione	»	269
3. Il rapporto tra scuola e ospedale	»	271
4. La scuola in ospedale		273
5. Interazioni, narrazioni e contesto		274
Appendice		277

Prefazione

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

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

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

Il progetto di ricerca ha contribuito ad aumentare la conoscenza dei modi di considerare la partecipazione e la costruzione dell'identità dei bambini di origine migrante, analizzando esperienze, pratiche e politiche che coinvolgano (o non coinvolgano), includano (o non includano) questi bambini nelle scuole e nei servizi sanitari, nonché le possibili forme di discriminazione e

marginalità e le differenze di genere. La ricerca ha prodotto un incremento della conoscenza delle strutture e dei processi che possono ostacolare o sostenere l'agency dei bambini di origine migrante e la negoziazione delle loro identità, prestando attenzione: 1) alle forme e ai problemi della collaborazione tra scuole e servizi sanitari; 2) ai modi di facilitare la comunicazione in classe e nei servizi sanitari; 3) ai modi di fornire la mediazione linguistico-culturale nei contesti analizzati. Quindi, la ricerca ha prodotto nuova conoscenza sulle relazioni sociali che coinvolgono i bambini e sui modi di comunicare e negoziare che incrementano il loro benessere.

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

La quarta azione è l'analisi valutativa di interventi nelle scuole e nei servizi pediatrici. Attraverso queste azioni, è stata raccolta un'ampia gamma di dati, quantitativi e qualitativi, che riguardano il coinvolgimento dei bambini nei servizi a loro dedicati, per cogliere il significato dell'innovazione in questi servizi. L'ultima azione è l'uso dei materiali basati sulla ricerca per la produzione di una serie di strumenti: un archivio di materiali di ricerca, linee guida per consentire interventi efficaci, la progettazione di una formazione per insegnanti, educatori e operatori sanitari, linee guida per l'auto-valutazione delle attività.

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

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

7. Audio-registrazione di 10 incontri mediati dal punto di vista linguistico nelle scuole primarie, con la partecipazione di insegnanti e genitori dei bambini migranti.

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

Gruppi di ricerca
UNIMORE, UNIFI, UPO, UNITO

1. Fondamenti teorici del progetto di ricerca

di *Claudio Baraldi*

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

1. Le condizioni dell'agency

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

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

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

imprevedibilità dell'azione, che introduce incertezza, e quindi cambiamento, in un sistema di comunicazioni.

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

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

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

La costruzione di un adeguato sistema di facilitazione costituisce il punto di caduta metodologico di questi presupposti. Un sistema di facilitazione si basa sul dialogo e produce condizioni di dialogo tra i partecipanti: da un lato, la facilitazione introduce il dialogo nella comunicazione tra facilitatrice e bambini; dall'altro, la facilitazione stimola il dialogo nella comunicazione tra i bambini. Un sistema di facilitazione mina le tradizionali gerarchie di ruolo, ad esempio nel sistema educativo (in una classe scolastica) e nel sistema della medicina (ad es. in una visita pediatrica). Nel sistema educativo, la facilitazione si distingue chiaramente dall'insegnamento e dalla valutazione delle prestazioni scolastiche degli studenti. La facilitazione: si orienta alle persone, anziché ai ruoli; sostituisce i monologhi dell'insegnante (ossia la tendenza ad agire senza tenere conto della potenziale produzione di conoscenza dell'interlocutore) con il dialogo che coinvolge l'agency degli studenti; sostituisce la valutazione delle prestazioni degli studenti con la sensibilità per esperienze, emozioni e punti di vista dei bambini. Nel sistema della medicina, la facilitazione è interrelata in modo più complesso con i ruoli e le

prestazioni, poiché non è possibile immaginare che il medico rinunci all'autorità nella produzione della conoscenza di sintomi delle malattie, della diagnosi e della terapia. In questo caso, la facilitazione si concretizza in una pratica di comunicazione centrata sul paziente, ossia orientata ai problemi personali e alle esperienze dei pazienti: le azioni del medico possono infatti accogliere e promuovere le espressioni personali dei pazienti e orientarle alla terapia, promuovendone l'autonomia e l'auto-espressione (Arora, 2003), facilitando gli scambi d'informazione (Gravois Lee e Garvin, 2003), incoraggiando la comprensione reciproca (Epstein et al., 2005; Howells e Lopez, 2008), costruendo le condizioni per decisioni condivise (Stevenson et al., 2000; Wirtz, Cribb e Barber, 2006). Nella comunicazione centrata sul paziente, "the delicate balance between patients' needs and satisfaction and interviewers responsiveness and reassurance is a primary concern" (Beach e LeBaron 2002, p. 618).

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

D'altro canto, la letteratura sulla comunicazione tra pediatri e bambini pazienti evidenzia la difficoltà di promuovere l'agency dei bambini. Le ricerche di Stivers (2005a, 2005b, 2006) mostrano che i pediatri cercano il consenso dei genitori, soprattutto nella fase di prescrizione del trattamento medico dei figli. Si aprono così negoziazioni tra pediatri e genitori "resistenti", che possono portare i pediatri a concessioni importanti, ad esempio alla prescrizione di medicinali inutili, come effetto di una promozione della partecipazione dei genitori che non è funzionale dal punto di vista medico. Tuttavia, Stivers osserva anche che il *modo* in cui il pediatra propone il trattamento condiziona il livello di resistenza del genitore. La resistenza aumenta se il pediatra agisce in modo poco efficace: non è propositivo, la sua proposta non è specifica e minimizza il problema. Per converso, una proposta

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

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

Nella prospettiva dei *Childhood Studies*, frequentemente le competenze sono considerate un insieme di risorse sociali e relazionali, di natura interpersonale (Baker 1998), che i bambini costruiscono, negoziano e trasformano nel corso delle interazioni quotidiane con gli adulti e tra pari (Hutchby, Moran-Ellis 1998). In particolare, nella letteratura riguardante le competenze dei bambini in tema di salute e malattia questa definizione, sebbene piuttosto ampia e soltanto limitatamente articolata, permette di apprezzare l'aspetto processuale e contestuale delle competenze stesse, ossia permette di connettere le competenze già possedute dai bambini, o da essi sviluppate frequentando, in quanto pazienti, i contesti di cura, alle caratteristiche che connotano e sostanziano ogni singola relazione terapeutica, sia di natura strutturale, sia di natura interpersonale. Inoltre, questa definizione permette di tener conto dei differenti significati che i partecipanti alla relazione conferiscono allo stato di malattia e alle cure. Specifiche ricerche sul tema delle competenze dei bambini in ambito pediatrico, attente al tema della processualità e della contestualità delle competenze (Mayall 1996, 1998, 2002; Prout, Christensen

1996; Christensen 1998, 2000; Backett-Milburn 2000; Clark, 2003; Diasio 2006; Memmi et al. 2009; Favretto, Fucci, Zaltron 2017) hanno consentito di raccogliere informazioni in merito alle modalità con cui si originano e si utilizzano le competenze dei bambini necessarie per comprendere e gestire le malattie, soprattutto quelle croniche.

Il nostro progetto di ricerca ha inteso verificare quali siano le condizioni per la produzione della facilitazione dell'agency e quali invece siano le condizioni che impediscono tale produzione, con particolare riferimento ai bambini di origine migrante e ai loro genitori. Il tema dell'agency dei bambini migranti è stato sollevato in modo poco sistematico e sempre attraverso ricerche limitate (ad es. Devine, 2013; Fichtner e Tràn, 2020; Fresnoza-Flot e Nagasaka, 2020; Ottosson, Eastmond e Cederborg, 2017). Affrontando questo tema in modo multidimensionale, il progetto di ricerca ha potuto produrre indicazioni operative sulla produzione di facilitazione come metodologia di intervento che permette di dare più peso alla partecipazione dei bambini di origine migrante in situazioni nelle quali, per motivi linguistici e/o culturali, si trovano in condizioni di svantaggio. Parimenti, la multidimensionalità ha permesso di sviluppare considerazioni più ampie, riguardanti tutti i bambini e le bambine – con background migratorio oppure autoctono, con storie di malattia cronica, di ospedalizzazione, oppure non affetti da patologie – nei contesti educativi e sanitari esplorati.

2. La facilitazione

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

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

3. La mediazione linguistica

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

Queste definizioni si riferiscono tuttavia alla professionalità di mediatori/interpreti, non alla pratica della mediazione. La mediazione linguistica si realizza nell'interazione ed è quindi importante analizzare l'interazione mediata. Nell'interazione, emergono le dimensioni di agency e coordinamento che possono essere associate alla mediazione linguistica. Il concetto di agency evidenzia che la mediatrice non è una macchina banale che cerca di riprodurre in modo fedele ciò che viene detto in una lingua in un'altra, ma un'agente sociale che opera scelte nell'interazione (Baraldi, 2019, 2023; Baraldi e Gavioli, 2016) in collaborazione con gli altri partecipanti (Gavioli,

2015). Queste scelte si manifestano attraverso il coordinamento dell'interazione (Wadensjö, 1998), che deve tenere conto dei modi in cui gli altri partecipanti contribuiscono all'interazione stessa. Il coordinamento consiste sia nelle rese linguistiche (coordinamento esplicito secondo Wadensjö), sia in altri contributi che vengono prodotti per interloquire con il singolo partecipante in sequenze monolingui, ad esempio per segnalare comprensione o per chiedere chiarimenti (coordinamento implicito secondo Wadensjö). Il coordinamento può quindi essere basato sulle scelte nelle rese linguistiche, oppure su interazioni con un solo partecipante sospendendo la resa linguistica per negoziarne il contenuto. La distinzione tra queste due forme di coordinamento può essere riformulata come distinzione tra mediazione in senso proprio e negoziazione monolingue basata sulla facilitazione (Baraldi, 2023).

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

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

La mediazione in ambito medico è stata studiata negli Stati Uniti fin dagli inizi degli anni duemila (Bolden, 2000; Davidson, 2000). I primi studi hanno evidenziato diversi fattori critici, legati al modo in cui gli interpreti manifestano agency, ossia producendo una selettività delle rese linguistiche che va

a danno dei pazienti migranti e che segnala l'adesione degli interpreti al modello medico occidentale, cioè a quella che viene definita come "voce della medicina" (Bolden, 2000). Gli studi critici sull'interpretazione nei servizi medici sono continuati anche in seguito (ad es. Hsieh, 2007), ma sono sorti anche studi più attenti alla complessità della mediazione linguistica (Angeleselli, 2004; Baraldi e Gavioli, 2012). Per quanto riguarda il contesto italiano, gli studi di Baraldi e Gavioli, pur mettendo in evidenza anche i limiti della mediazione linguistica (Baraldi e Gavioli, 2017, 2019), hanno sottolineato che l'agency delle mediatrici e il loro coordinamento dell'interazione possono essere molto efficaci nel promuovere la partecipazione dei pazienti migranti e l'attenzione dei medici verso tali pazienti (Baraldi e Gavioli, 2012, 2016). Tuttavia, non sono stati fin qui prodotti studi specifici sul coinvolgimento dei bambini e sulla mediazione linguistica in pediatria.

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

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

4. L'importanza delle narrazioni

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

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

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

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

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

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

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

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

5. La dimensione interculturale della comunicazione

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

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

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

La produzione facilitata o mediata di una varietà di narrazioni di traiettorie personali culturali crea una forma ibrida di integrazione. In generale, il concetto di integrazione indica una riduzione di possibilità di azione ed espressione di punti di vista ed esperienze e viene quindi riferito a condizioni unilaterali di accettazione dei presupposti culturali e sociali di una società o di uno specifico contesto. Si tratta di quella che Cronin (2006) definisce come assimilazione di cultura e lingua, certamente utile per sentirsi parte di un nuovo gruppo, ma molto di meno per esprimere la ricchezza delle storie personali dei partecipanti. Un celebre film di Franco Brusati (*Pane e cioccolata*, 1974) esprime questo punto: un emigrato italiano in Svizzera si tinge i capelli di biondo e si reca in un bar a vedere una partita della nazionale italiana; quando la nazionale italiana segna un goal, l'emigrato inizia a esultare e a inveire contro i locali con un senso di rivalsa, evidenziando così la traiettoria personale culturale che aveva tentato vanamente di celare. Un'integrazione che sopprime le traiettorie personali culturali non manifesta soltanto una carenza di promozione dell'agency e della ricchezza della varietà di esperienze, ma soprattutto è destinata a fallire o a creare seri problemi di convivenza tra migranti e nativi.

Integrazione ibrida significa che, anziché sopprimere o ridurre alcune traiettorie minoritarie per favorirne altre maggioritarie, l'integrazione è data da un intreccio dialogico di narrazioni di traiettorie personali culturali che produce una conoscenza diffusa di diversità nel contesto di una comprensione e un'accettazione reciproca che riduce stereotipi, pregiudizi e categorizzazioni. L'aspetto di "integrazione", ossia di riduzione della varietà, riguarda quindi l'espressione di stereotipi (questa è la sua cultura), pregiudizi (sono tutti così) e categorizzazioni (fa parte di quel gruppo), anziché la varietà di narrazioni di traiettorie personali culturali. Anzi, è proprio la varietà di queste narrazioni che porta a ridurre le narrazioni delle etichette culturali. Integrazione ibrida significa riconoscimento simultaneo dell'esistenza condivisa e della varietà di espressione delle traiettorie personali culturali. L'in-

tegrazione ibrida si manifesta non soltanto nella differenza tra storie, ma anche e soprattutto nell'ulteriore comunicazione che nasce dalla produzione di una narrazione: nelle narrazioni che si allacciano ad altre narrazioni, nella curiosità per narrazioni diverse dalla propria, nello stupore per la conoscenza acquisita in base ad altre narrazioni.

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

Riferimenti bibliografici

- Alanen L. (2009), "Generational order", in J. Qvortrup, W. Corsaro, M.S. Honig (eds.), *The Palgrave Handbook of Childhood Studies*, Palgrave, Basingstoke (pp. 159-174).
- Angelelli C. (2004), *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Arora N.K. (2003), *Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior*, «Social Science and Medicine», 57, 791-806.
- Backett-Milburn K. (2000), "Parents, children and the construction of the healthy body in middle-class families", in A. Prout, J. Campling (a cura di), *The body, childhood and society*, Macmillan, Basingstoke (pp. 79-100).
- Baker R. (1998), "Runaway street children in Nepal: social competence away from home", in I. Hutchby, J. Moran-Ellis (a cura di), *Children and social competence. Arena of action*, Routledge, London-New York, pp. 46-63.
- Baraldi C. (2014), "Children's participation in communication systems: a theoretical perspective to shape research", in M.N. Warehime (ed.), *Soul of society: a focus on the leaves of children and youth. Sociological studies on children and youth*, Emerald, Bingley (pp. 63-92).
- Baraldi C. (2015), *Promotion of Migrant Children's Epistemic Status and Authority in Early School Life*, «International Journal of Early Childhood», 47(1), 5-25.
- Baraldi C. (2018), *Facilitating the construction of cultural diversity in classroom interactions*, «Italian Journal of Sociology of Education», 11(1), 259-284.
- Baraldi C. (2019), "Pragmatics and agency in healthcare interpreting", in R. Tipton, L. Desilla (eds.), *The Routledge Handbook of Translation and Pragmatics*, Routledge, London (pp. 319-335).
- Baraldi C. (2022), *Facilitating children's agency in the interaction. Challenges for the education system*, Springer, Cham.
- Baraldi C. (2023), "Agency in a for mediating in public service interpreting", in L. Gavioli, C. Wadensjö, *The Routledge handbook of public service interpreting* Routledge, London & New York (pp. 46-62).
- Baraldi C., Farini F., Iervese V. (a cura di) (2021), *Raccontare storie personali in classe. Dalla ricerca all'innovazione educativa*, FrancoAngeli, Milano.

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

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

- Hutchby I., Moran-Ellis J. (1998), *Situating children's social competence*, in I. Hutchby, J. Moran-Ellis (a cura di), *Children and social competence. Arena of action*, Routledge, London-New York, pp. 7-26.
- Kirby P. (2020), *Children's agency in the modern primary classroom*, «Children & Society», 34, 17-30.
- Kramsch C., Uryu M. (2012), "Intercultural contact, hybridity, and third space", in J. Jackson (ed.), *The Routledge Handbook of language and intercultural communication*, Routledge, London (p. 211-225).
- Mason I. (2006), *On mutual accessibility of contextual assumptions in dialogue interpreting*, «Journal of Pragmatics», 38, 359-373.
- Mayall B. (1996), *Children, health and social order*, Open University Press, Buckingham.
- Mayall B. (1998), *Towards a sociology of child health*, «Sociology of Health and Illness», vol. 20, n. 3, pp. 269-288.
- Mayall B. (2002), *Towards a sociology for childhood : thinking from children's lives*, Open University Press, Buckingham.
- Mehan H. (1979), *Learning lessons*, Harvard University Press, Cambridge.
- Memmi D., Guillo D., Martin O. (2009), *La tentation du corps*, Edition de l'École des hautes Études en Sciences Sociales, Paris.
- Mercer N., Littleton K. (2007). *Dialogue and Development of Children's Thinking*, Routledge, London.
- Nair-Venugopal S. (2009), *Interculturalities: reframing identities in intercultural communication*, «Language and Intercultural Communication», 9(2), 76-90.
- Nigris D. (2008), "Epistemologia delle narrazioni di malattia: un frame concettuale per l'analisi della illness", in C. Lanzetti, M. Marzulli, L. Lombi (a cura di), *Metodi qualitativi e quantitativi per la ricerca sociale in sanità*, FrancoAngeli, Milano (pp. 130-153).
- Norrick N. (2007), "Conversational storytelling", in D. Herman (ed.), *The Cambridge Companion to Narrative*, Cambridge University Press, Cambridge (p. 127-141).
- O'Connor M.C., Michaels S. (1996), "Shifting participant frameworks: orchestrating thinking practices in group discussion", in D. Hicks (ed.), *Discourse, Learning, and Schooling*, Cambridge University Press, Cambridge (pp. 63-103).
- Olagnero M., Storato G. (2021), *Docenti ospedalieri. Equilibrismi sulla soglia*, «La Rivista delle Politiche Sociali», 3-4, 121-139.
- Oswell D. (2013), *The agency of children: from family to global human rights*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Ottosson L., Eastmond M., Cederborg A-C. (2017), *Assertions and aspirations: agency among accompanied asylum-seeking children in Sweden*, «Children's Geographies», 15(4), 426-438.
- Piller I. (2011), *Intercultural communication. A critical introduction*, Edinburgh University Press, Edinburgh.
- Prout A., Christensen P.H. (1996), "Hierarchies, Boundaries and Symbol: Medicine Use and the Cultural Performance of Childhood Sickness", in P. Bush, D.J. Trakas, E.J. Sanz, T.R. Wirsing, L. Reissman, C.K (2008), *Narrative Methods for the Human Sciences*, Sage, London.

- Schuman S. (2005), *The IAF Handbook of Group Facilitation*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Sharpe T. (2008), *How can teacher talk support learning?*, «Linguistics and Education», 19, 132-148.
- Somers M.R. (1994), *The narrative constitution of identity: A relational and network approach*, «Theory and Society», 23(5), 605-649.
- Stevenson S., Barry C., Britten N., Barber N., Bradley C. (2000), *Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making*, «Social Science & Medicine», 50, 829-840.
- Stivers T. (2005a), *Parent resistance to physicians' treatment recommendations: one resource for initiating a negotiation of the treatment decision*, «Health Communication», 18 (1):41-74.
- Stivers T. (2005b), *Non-antibiotic treatment recommendations: delivery formats and implications for parent resistance*, «Social Science & Medicine», 60 (5):949-964.
- Stivers T. (2006), "Treatment decisions: Negotiations between doctors and patients in acute care encounters", in J. Heritage and D.W. Maynard (eds.), *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*, Cambridge University Press, Cambridge (279-312).
- Stivers T. (2012), *Physician-child interaction: When children answer physicians' questions in routine medical encounters*, «Patient Education and Counseling», 87 (1):3-9.
- Storato G., Cavaletto G., Bosisio R. (in corso di pubblicazione), *Fare ricerca con i bambini in ospedale: limiti, sfide e soluzioni creative*, «Salute & Società».
- Vargas-Urpi M. (2015), *Dialogue interpreting in multi-party encounters: Two examples from educational settings*, «The Interpreters' Newsletter», 20, 107-121.
- Vargas-Urpi M. (2017), *Empoderamiento o asimilación? Estudio de dos casos de comunicación mediada en el ámbito educativo catalán*, «Trans, Revista de traductología», 21, 187-205.
- Vargas-Urpi M., Arumí M. (2014), *Estrategias de interpretación en los servicios públicos en el ámbito educativo: estudio de caso en la combinación chino-catalán*, «Intralinea» (www.intralinea.org/archive/article/2040)
- Wyness M. (2013), *Children's participation and intergenerational dialogue: bringing adults back into the analysis*, «Childhood», 20(4), 429-442.
- Wadensjö C. (1998), *Interpreting as interaction*, Longman, London.
- Winslade J., Monk G. (2008), *Practicing narrative mediation: Loosening the grip of conflict*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Wirtz V., Cribb A., Barber N. (2006), *Patient-doctor decision-making about treatment within the consultation – A critical analysis of models*, «Social Science and Medicine», 62, 116-124.

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

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

1. Introduzione e metodologia

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