



FOCUS - L'INATTESO PEDAGOGICO NELLA CULTURA CONTEMPORANEA

L'inatteso pedagogico nella visita pediatrica: le dimensioni epistemica e deontica del chiedere, dare e ricevere consigli

Letizia Caronia

Full Professor of Education | Department of Education Studies "Giovanni Maria Bertin" | University of Bologna (Italy) | letizia.caronia@unibo.it

Federica Ranzani

PhD Candidate in Pedagogical Sciences | Department of Education Studies "Giovanni Maria Bertin" | University of Bologna (Italy) | federica.ranzani2@unibo.it

The invisible pedagogical dimension of pediatric visits: epistemics and deontics in sequences of advice

Abstract

Rooted in the (micro)pedagogy of everyday life, this article aims to illustrate the invisible pedagogical function of the pediatrician's interactional work, i.e., the set of communicative resources and practices through which the pediatrician carries out his professional practice moment by moment, in the actual unfolding of the visit. Adopting a Conversation Analytic informed approach, the article shows how in, and through, some of the most common discursive practices occurring in a pediatric visit – i.e. seeking, giving, and receiving advice – pediatricians and parents concurrently and actively participate in the construction, ratification, and spread of cultural models of "good" caring practices, "competent" parenting, and children's well-being.

Keywords

everyday life; implicit pedagogy; pediatric visits; epistemics and deontics; advice sequences

Inscrivendosi nel solco della (micro)pedagogia della vita quotidiana, il presente contributo intende fare emergere l'inatteso pedagogico insito nel "lavoro interazionale" del pediatra, i.e. l'insieme di risorse e pratiche comunicative attraverso cui il pediatra esercita la sua professione giorno per giorno nel concreto svolgersi della visita. Adottando l'approccio teorico-analitico dell'Analisi della Conversazione, l'articolo mostra come in e attraverso alcune delle più comuni attività discorsive svolte durante le visite pediatriche – i.e. chiedere, dare e ricevere consigli – pediatri e genitori partecipano attivamente alla costruzione, ratificazione e diffusione di modelli culturali di "buone pratiche" di cura, genitorialità "competente" e benessere dei bambini.

Parole chiave

micropedagogia; vita quotidiana; educazione tacita; visite pediatriche; negoziazioni epistemiche e deontiche

1. Micropedagogia e vita quotidiana

Iscrivendosi nel solco della fenomenologia del mondo sociale¹, la (micro)pedagogia della vita quotidiana ordinaria e istituzionale (Demetrio, 2020; Caronia, 2021) si iscrive nel lascito di Harvey Sacks (1984), il quale sosteneva che “lo studio dettagliato dei piccoli fenomeni può contribuire sensibilmente alla comprensione dei modi con cui gli individui ‘fanno le cose’ e del tipo di ‘oggetti’ che usano per costruire e conferire un ordine alle loro cose” (p. 24, *trad. nostra*). L’educazione, infatti, può essere ragionevolmente definita come l’insieme degli (etno)metodi (cfr. Garfinkel, 1967) con cui – in modi intersoggettivamente condivisi – (ri)costruiamo e trasmettiamo quegli stessi mondi sociali a cui apparteniamo (Caronia, 2020). Questi metodi a volte sono noti, visibili e già trattati come oggetti di indagine pedagogica (tipicamente, le pratiche agite dagli attori sociali istituzionalmente responsabili dell’educazione formale e non formale, i.e. insegnanti, genitori, educatori) altre volte sono sommersi o, più spesso, “visti ma non notati” (Garfinkel, 1967) come pratiche educative. Ed è così che le pratiche di educazione informale (Tramma, 2009) sfuggono spesso alla ricerca pedagogica e, insieme a queste, sfugge la dimensione educativa propria delle pratiche di professionisti non tradizionalmente considerati responsabili di lavoro educativo, tipicamente il personale sanitario.

Lo studio pedagogico dell’educatività implicita della vita quotidiana ordinaria ed istituzionale può essere inteso e intrapreso sia adottando una postura *relativamente* più normativa sia adottando una postura *relativamente* più analitico-descrittiva. L’avverbio è d’obbligo: almeno da Schütz e Weber in poi, sappiamo che non si dà una postura descrittiva che possa pretendere di essere libera da valore e disancorata dalle architetture culturali del mondo-della-vita (Mortari, 2010; Caronia, 2011, 2018). Tuttavia, malgrado un livello inevitabile di contaminazione tra orizzonte descrittivo e orizzonte normativo, sussiste una differenza: una postura analitico-descrittiva implica scegliere di investigare non tanto i modi con cui le cose *dovrebbero andare*, ma i modi con cui le cose vanno per gli attori sociali. Da questo punto di vista, il “dover essere” si configura semmai come lo studio di ciò che è considerato auspicabile e necessario dal punto di vista dei membri. Questo studio della dimensione educativa implicita nell’interazione tra medici e utenti s’iscrive in un approccio analitico descrittivo: cogliendo la suggestione inscritta nel tema affascinante del monografico, esso intende infatti decifrare e illuminare il “pedagogico là dove non ci attenderemo di trovarlo, nei risvolti, nelle sporgenze di senso ancora non rilevate nel loro potenziale pedagogico eppure viventi e operanti” (p. 2) all’interno di una delle pratiche di cura più consuete, note e date per scontate nelle società contemporanee (almeno in alcune di esse): la visita medica. Questa prospettiva solo apparentemente evacua la dimensione normativa della ricerca pedagogica, in realtà la sospende per trovare nelle prassi della vita quotidiana e nei modi con cui le persone fabbricano giorno per giorno cultura e organizzazione sociale soluzioni educative a volte sorprendenti e soprattutto praticabili in quanto già ecologicamente parte del

1 Si segnala la stringente coerenza tra il riferimento alla fenomenologia, quale cornice paradigmatica, e l’uso della Conversation Analysis, quale repertorio di costrutti e tecniche di analisi dei dati, a partire da almeno tre diversi punti di vista. Tuttavia, la coerenza è stringente da almeno tre diversi punti di vista. In senso genealogico: la *Conversation Analysis* nasce nell’ambito dell’Etnometodologia inaugurata da Harold Garfinkel negli anni ’60 sulla scia del maestro Alfred Schütz – allievo di Husserl – cui si deve l’aver fatto della fenomenologia husserliana la cornice per le scienze sociali anti empiriciste o interpretative che dir si voglia (cfr. Caronia, Besoli, 2018). In senso strettamente epistemologico: l’analisi della conversazione e lo studio delle pratiche *in situ* sono strumenti privilegiati per analizzare i modi con cui il mondo-della-vita e l’attività intenzionale dei soggetti si co-costituiscono localmente dando vita ad ontologie locali ossia “mondi in comune temporaneamente stabiliti”, in e attraverso pratiche descrivibili, eminentemente – anche se non esclusivamente – linguistiche. In senso metodologico: la *Conversation Analysis* e lo studio delle pratiche *in situ* sono la risposta metodologica al lascito di Husserl che nella *Crisi* pone la necessità di una nuova teoresi e nuove tecniche per lo studio del mondo-della-vita (Garfinkel, Liberman, 2007). Questo non significa sostenere che la *Conversation Analysis* sia un metodo fenomenologico ma che sia un metodo di analisi empirica della vita quotidiana coerente con la prospettiva fenomenologica circa la “costituzione” (non costruzione) del mondo (sociale) (sui rischi dei cosiddetti metodi di ricerca qualitativa che circolano sotto l’etichetta di metodi fenomenologici, cfr. Zahavi, 2019, 2021). Certo qui ci si allinea alla *lectio* non essenzialista della fenomenologia ben consapevoli di quanto tale *lectio* stia in un rapporto di continua e irrisolta tensione con la *lectio* essenzialista che persegue piuttosto la possibilità di giungere – attraverso il rigore della riduzione eidetica e trascendentale – ad una ontologia decontaminata dalle architetture linguistico-culturali che sostengono la sua costituzione e rappresentazione. Sulla irriducibile dimensione linguistica nella costituzione dell’*eidōs*, non vista e non tematizzata da Husserl, e il suo ruolo nel far vacillare ogni tensione radicalmente trascendentale e universale cfr. Spinicci (2000).

mondo-della-vita. In particolare, questo articolo tratta e intende fare emergere la dimensione educativa insita nel “lavoro interazionale del pediatra”, i.e. l'insieme di risorse e pratiche comunicative attraverso cui il pediatra esercita la sua professione giorno per giorno nel concreto svolgersi della visita. Il lavoro interazionale del pediatra è infatti una dimensione negletta della sua professionalità: non visto, poco conosciuto e ancor meno valorizzato, esso è tuttavia presente e operante e costituisce la chiave di volta del successo terapeutico. In particolare, prenderemo in esame la dimensione educativa sottesa alla gestione interazionale di una delle più comuni attività discorsive svolte durante le visite pediatriche: dare consigli.

2. Il lavoro educativo del pediatra

Da quando il principio dell'*accountability* ha normativamente affiancato quello di *authority* (Peräkylä, 1998) come orizzonte regolativo della deontologia delle professioni di cura (Contini et al., 2014), e gli scarti epistemici tra visione professionale e visione comune (Goodwin, 1994) si sono relativamente ridotti in nome dell'*empowerment* dell'utente/paziente (Anderson, Funnell, 2010), i luoghi e servizi della cura hanno risentito della diffusa e capillare (re)distribuzione e ibridazione dei diritti epistemici (chi ha il diritto di sapere/valutare/ratificare cosa, Heritage, Raymond, 2005; Heritage, 2012, a,b; Drew, 2018) e deontici (chi ha il diritto di decider cosa, Stevanovic, Peräkylä, 2012; Landmark, Gulbrandsen, Svenning, 2015). Al principio di *auctoritas*, che ha storicamente legittimato “la voce del medico” (Mishler, 1984), si è gradualmente sostituito l'impegno deontologico a giustificare le decisioni e negoziare le scelte terapeutiche con il paziente. Alla base di questa parziale migrazione dell'autorità epistemica dal medico al paziente – il cosiddetto *empowerment turn* (Halpern, 2004; Castro et al., 2016) – ci sono diversi fattori: la diffusione della medicina difensiva, l'innalzamento del livello medio di conoscenza e consapevolezza del paziente (la cosiddetta *health literacy*) la relativa accessibilità delle informazioni, soprattutto tramite Internet, e la circolazione di saperi semi-esperti tramite i *social media*. La ricerca su questo ordine di questioni si è concentrata soprattutto sulla medicina specialistica (ad es. Alby, Zucchermaglio, Fatigante, 2017; Orletti, Fatigante, 2013) e generalista (Heritage, Stivers, 1999; Heritage, Maynard, 2006). Meno si sa sul lavoro quotidiano del pediatra all'interno di questa (nuova) cornice epistemica e comunicativa. E tuttavia il ruolo del pediatra è cruciale in quanto svolge (anche) la funzione, *poco visibile e poco valorizzata*, di collegamento tra famiglia e società, tra benessere individuale e benessere collettivo, tra visioni specifiche del benessere del “proprio” bambino e modelli sociali più o meno normativi. Insieme ai servizi per l'infanzia, il pediatra è infatti un'antenna sociale (Burgio, Bertelloni, 2007), primo anello di congiunzione tra le micro culture domestiche e i meso e macro contesti socioculturali in cui vigono definizioni più o meno normative di salute, normalità, sano sviluppo e, soprattutto, buone pratiche genitoriali. Malgrado il pediatra lavori costantemente in un contesto interazionale caratterizzato da processi di *accountability* e sia tenuto a coinvolgere il genitore nel ragionamento diagnostico e persino nella decisione terapeutica, molto poco si sa su come concretamente si svolga l'interazione pediatra-genitore e come venga incarnata questa funzione di socializzazione del genitore ai modelli ratificati di cura, salute, e normalità biopsicologica. Soprattutto, poco si sa di come si svolga tale lavoro di mediazione tra regimi di conoscenze e universi sociali all'interno di una cornice comunicativa in cui l'interazione medico-paziente (o genitore) sembra essersi trasformata in un *meeting between experts* (Tuckett et alii, 1985). Due casi estremi, in particolare, hanno recentemente fatto emergere tutta l'importanza del lavoro educativo del pediatra particolarmente visibile quando la traiettoria del pediatra non è allineata a quella del genitore: l'uso degli antibiotici (Stivers, 2007) e l'esitazione vaccinale (Larson et alii, 2014; Reich, 2016). Tuttavia – come vedremo – tale lavoro di mediazione tra domini epistemici e diritti deontici è presente ed operante anche in casi più “ordinari”, casi in cui la posta in gioco non è la diagnosi o la prescrizione ma questioni che si situano nel dominio del “care-giving”, un territorio epistemico a cui anche i genitori hanno accesso e su cui possono vantare diritti deontici.

3. Richiedere, dare e ricevere consigli nell'interazione medica: Il caso delle visite di controllo crescita

Dare consigli nell'interazione medico-paziente è un'attività strettamente legata alla gestione dei diritti e dell'autorità epistemica: nel chiedere, dare e ricevere consigli i partecipanti si situano infatti su un gradiente

epistemico (Heritage, 2012a, b; Heritage, Raymond, 2012): il medico si posiziona ed è posizionato come colui che sa (di più o meglio “K+”, cfr. Heritage, 2012a, b), il paziente assume la correlata posizione di colui che sa di meno (“K-”, ibidem). Queste posizioni (correlate e mutevoli) possono essere prese e attribuite anche rispetto al gradiente evidenziale: infatti, lo scarto epistemico tra medico e paziente può essere non solo una questione di “sapere *vs.* non sapere” ma anche di essere più o meno certi rispetto all’auspicabilità di un certo corso d’azione (cfr. Fatigante, Bafaro, 2014). In questi casi, chiedere consiglio al medico si configura come chiedere conferma circa l’appropriatezza di quello che si sta facendo o s’intende fare (Heritage, Sefi, 1992). Tuttavia, dato il carattere istituzionale dell’interazione e l’asimmetria tra *expert knowledge* e “*lay expertise*” (Sarangi, 2001), il consiglio del medico acquista comunque una connotazione normativa che, per quanto minore che nella prescrizione, è tuttavia operante. Infatti, “chiedere, dare e ricevere consigli” sono attività che, nell’interazione medica, sono connesse in modo del tutto peculiare anche alla dimensione deontica, i.e. la stipulazione o negoziazione locale relativa a chi decide che cosa (Stevanovic, Peräkylä, 2012): visto che dare consigli significa confermare, “indicare o promuovere un possibile futuro corso d’azione” (Pilnick, 2003, p. 837, *trad. nostra*), esso implica un certo grado di libertà di scelta e quindi di *agency* da parte del paziente. È esattamente per questo che le sequenze legate al richiedere-dare-ricevere consigli sono un’arena educativa per la negoziazione di modelli di cura.

Le tensioni epistemiche e deontiche nelle “sequenze di consiglio” (*advice sequences*) sono particolarmente visibili nelle *visite pediatriche* in cui la gestione delle asimmetrie epistemiche (cfr. *supra*) si intreccia con implicazioni morali (Silverman, 1987; Heritage, Sefi 1992; Heritage, Lindström 1998, 2012; Stivers, 2007) come, per esempio, la definizione locale di “buon genitore” o della “cosa giusta da fare”. Per quanto le visite pediatriche per condizioni acute abbiano ricevuto una certa attenzione (cfr. Tannen, Wallat, 1986; Silverman, 1987; Aronsson, Rundström, 1989; Stivers, 2007; Aronsson, Rindstedt, 2011; Shaw *et alii*, 2016; Stivers, Timmermans, 2020), lo specifico territorio costituito da un intreccio tra “care and cure” nei primi anni di vita è rimasto praticamente inesplorato. Di fatto lo studio pionieristico di Heritage e Sefi (1992) sulle visite domestiche alle primipare da parte di infermiere specializzate è rimasto l’unico studio dell’interazione tra esperto e genitore (ma cfr. Heritage, Lindström, 1998). Gli autori evidenziavano come, malgrado la sua apparente non prescrittività, il consiglio dell’esperto acquistasse un tratto di normatività e quindi collocava le destinatarie in una posizione di inferiorità epistemica. Non è dunque un caso se le neomadri individuassero delle strategie per rivendicare la loro *agency* e mettere in parole le loro specifiche conoscenze e competenze. Inserendosi in questo filone di ricerca abbozzato all’inizio degli anni’90, il nostro studio prende in esame le visite di controllo crescita. Si tratta di visite in cui il pediatra controlla peso, lunghezza e circonferenza del cranio del neonato nonché il suo comportamento (osservato o riportato dal genitore) in base agli standard. Rispetto alle visite per condizioni acute, quelle di controllo crescita non riguardano sintomi, eventuali malattie e relativi trattamenti farmacologici quanto piuttosto la tipicità dello sviluppo, la normalità del comportamento e soprattutto l’appropriatezza delle pratiche del caregiver supposte essere responsabili del benessere psicofisico del bambino (e.g., uso del ciuccio, posture del sonno, consistenza del cibo etc.). Le visite di controllo crescita sono dunque dei luoghi sociali in cui i partecipanti presuppongono e al tempo stesso mantengono in vita modelli normativi di sano sviluppo e normalità del comportamento del bambino così come la desiderabilità sociale di certi modi di condurre le routine quotidiane (per simili considerazioni cfr. Heritage, Sefi, 1992; Bredmar, Linell, 1999; Heritage, Lindström, 1998, 2012).

Come mostra il nostro studio, quando la questione in gioco è il benessere del bambino (e non una sua possibile malattia) i genitori sono particolarmente inclini ad esibire non soltanto la loro conoscenza “di prima mano” (e.g. conoscono l’esatta consistenza del cibo che preparano) ma anche teorie folk, nozioni semi-esperte, il parere di altri “testimoni autorevoli” nonché quel privilegio epistemico che consente loro di “parlare a nome del bambino”: conoscere ciò che è meglio per il proprio idiosincratco bambino (e.g. dormire meglio a pancia sotto). Per quanto, per il puro fatto di chiedere consiglio, i genitori attribuiscono al pediatra un relativo potere epistemico e deontico (sapere e decidere cosa sia meglio), tuttavia non esitano a far uso delle proprie fonti di conoscenza per giustificare le proprie pratiche di accudimento (e.g. dare il ciuccio), trattare il consiglio come insoddisfacente o persino contestarlo. Nel far ciò, i genitori si mettono in scena come competenti e, al contempo, rendono rilevate per il pediatra produrre argomentazioni e accurate giustificazioni che trasformano l’interazione in una sorta di socializzazione ai modelli canonici di allevamento e cura consacrati dalla società.

La nostra unità di analisi sono sequenze interattive in cui il pediatra dà un consiglio sotto forma di valutazione (“*advice-implicative assessment*”, Shaw, Potter, Hepburn, 2015) di un corso d’azione già intrapreso dal genitore e su cui, appunto, viene interpellato. La scelta di questa unità di analisi risponde ad un criterio di convenienza: le sequenze del “dare consigli” costituiscono infatti un caso perspicuo (Garfinkel, Wieder, 1992) atto ad illustrare empiricamente l’invisibile dimensione pedagogica del lavoro del pediatra. In particolare, analizzeremo due esempi in cui il genitore manifesta gradi diversi di resistenza al consiglio del pediatra, esibendo cautela epistemica.

Come vedremo, ogni volta che un pediatra dà un consiglio – azione discorsiva meno normativa di una prescrizione - sulla gestione delle routine quotidiane, ogni volta che risponde ad un genitore che chiede se deve assecondare il proprio bambino o seguire la norma ideale, il pediatra compie un lavoro educativo: indica o ratifica modelli ideali, sanziona o legittima eventuali deviazioni, introduce e accompagna il genitore verso definizioni culturalmente accettate di normalità, auspicabilità o accettabilità di un comportamento (del genitore o del bambino). A volte tale lavoro educativo passa per la gestione locale delle emozioni: confermando o disconfermando attraverso il consiglio la fondatezza della preoccupazione genitoriale il pediatra legittima o delegittima pratiche di accudimento. Il genitore, a sua volta, partecipa a questo “lavoro educativo” resistendo, allineandosi o sfidando la prospettiva localmente assunta dal pediatra. Almeno dal punto di vista della gestione del consiglio, la vista si configura tra l’altro, come un luogo di mediazione intersoggettiva tra modelli e pratiche familiari e modelli e pratiche socio-culturalmente definite.

4. Corpus e metodologia

Le sequenze che verranno analizzate sono tratte da un corpus di 23 visite pediatriche di controllo crescita videoregistrate in due ambulatori pediatrici in una città del centro nord. previa autorizzazione e sottoscrizione del consenso informato da parte di tutti i soggetti coinvolti. Hanno partecipato allo studio due pediatri e ventitré famiglie appartenenti alla classe media con figli di età compresa tra gli 0 e i 18 mesi (ad eccezione di una famiglia con un figlio di 5 anni). I dati sono stati trascritti e analizzati attraverso gli strumenti teorici e analitici dell’Analisi della Conversazione (Sidnell, Stivers, 2013; Jefferson, 2004), che consente di studiare l’interazione medico-paziente come un processo collaborativo, nel quale l’asimmetria epistemica e deontica tra pediatra e genitore non è data per scontata, ma costantemente co-costruita dai partecipanti nel corso dell’interazione.

5. Analisi dei dati

Ex.1 - PI_2_16.10.19 // (19.26_20.00v1) – “Ah quello sicuramente”

M: madre P: pediatra F: padre

All’inizio dell’estratto, M chiede un consiglio a P su come gestire il ciuccio con il figlio neonato. F e M, che tiene in braccio il bambino, sono seduti davanti alla scrivania. P è seduto di fronte a loro, dietro alla scrivania.

1 M e:: l’escamotage del ciuccino lo stiamo provando=

2 M =nel senso che: lo tranquillizza cosa facciamo?

3 (0.5)

4 M che quell’ [altro:] ciuccia ancora il dito:

5 P [(-)]

6 P no allora meglio-

7 P meglio il ciuccio del [dito,

8 M [ah quello sicuramente

9 P meglio niente che il ciuccio

10 P pe[rò a questo punto (non è che)]

11 F [((ride e guarda M))]

12 M [((ride e guarda F))]

- 13 P ((*tossisce*))
14 P però,
15 (1.5) ((*P effettua un movimento con la mano, M e F lo guardano*))
16 P diciamo che di fronte a- a stadi di- di [^]irrequietezza
17 M [^]((*annuisce*))
18 P [^]e: che possono ^{^^}compromettere poi::
19 M [^]((*annuisce*))
20 F ^{^^}((*annuisce*))
21 P il ritmo delle poppate
22 P e tutto il resto,
23 M eh, ((*annuisce*))
24 P [^]va bene il ciuccio.
25 M [^]((*annuisce*))
26 M ((*annuisce e guarda il figlio*))
27 F mh.

Alla riga 1, la madre riferisce al pediatra una pratica che i genitori già conducono (i.e. dare il ciuccio al proprio figlio) a cui segue subito dopo la richiesta di consiglio (“cosa facciamo?”, riga 2), introdotta da una giustificazione della pratica stessa (“nel senso che lo tranquillizza”, riga 2). In queste due brevi righe, la madre agisce un complesso lavoro interazionale in cui mobilita diverse risorse che contribuiscono a costruirla come un genitore competente (cfr. Heritage, Sefi, 1992). Innanzitutto, definendo la pratica sotto esame come un *escamotage*, la madre configura tale pratica come una strategia consapevole, i.e. il ciuccio non è utilizzato in maniera sprovveduta o sulla base di conoscenze di senso comune, viceversa è una scelta frutto della sua *lay expertise*. Inoltre, nel fornire una giustificazione rispetto al corso d’azione già intrapreso, dà voce al punto di vista del bambino (cfr. Silverman, 1987). Grazie a questo sofisticato stratagemma comunicativo, la madre si autorappresenta come una madre informata e consapevole di quale sia la cosa migliore per il proprio figlio. Tuttavia, attraverso l’azione stessa di chiedere consiglio, assume inevitabilmente una posizione epistemica K- e riconosce l’autorità epistemica del pediatra. Poi, sfruttando la breve pausa che segue la richiesta del consiglio (riga 3), la madre aggiunge un’ulteriore informazione che sembrerebbe un modo di guidare il pediatra verso una conferma della pratica oggetto di consiglio: l’altro figlio ciuccia ancora il dito (riga 4).

Alle righe 6 e 7, il pediatra risponde alla richiesta di consiglio con un “advice-implicative assessment” (Shaw *et alii*, 2015): meglio il ciuccio del dito. A questo punto, alla riga 8, inserendosi prima della possibile conclusione del turno del pediatra, la madre conferma la valutazione appena fornita dal pediatra (“ah quello sicuramente”, riga 8) e spezza la sequenza attesa: non accetta immediatamente il consiglio, ma rivendica la propria conoscenza in materia. Sia la posizione sequenziale che il tipo di attività (conferma + upgrade, e non una mera accettazione) contribuiscono ulteriormente a costruire la madre come epistemicamente competente. Esibendo la propria conoscenza pregressa rispetto al fatto che utilizzare il ciuccio sia meglio che ciucciare il dito, la madre di fatto tratta il consiglio del pediatra come piuttosto ovvio. In risposta, il pediatra espande il proprio turno dichiarando quale sarebbe il corso d’azione ideale (“meglio niente che il ciuccio”, riga 9), che tuttavia non corrisponde a quello già intrapreso dai genitori e che il pediatra stesso ha valutato positivamente poco prima (i.e. “meglio il ciuccio del dito”, riga 7). Si noti che a questo punto il pediatra giustifica la propria valutazione fornendo informazioni più circoscritte rispetto alle condizioni secondo cui utilizzare il ciuccio è accettabile: infatti, il pediatra “ricicla” la giustificazione fornita precedentemente dalla madre (“nel senso che lo tranquillizza”, riga 2) e la riformula utilizzando un lessico informato da un registro biomedico (cfr. righe 16, 18, 21, 22). In questo modo, il pediatra configura la propria valutazione finale come una conseguenza logica della conoscenza biomedica (“il ciuccio va bene”, riga 24) e allo stesso tempo difende il proprio territorio epistemico precedentemente “invaso” dalla madre. Infine, la sequenza si chiude con l’accettazione del consiglio da parte di entrambi i genitori (righe 25-27).

In questa sequenza il pediatra legittima e ratifica in termini biomedici ciò che i genitori mostrano di sapere già ma su cui esprimono un certo livello di incertezza. La conferma sul fatto che dare il ciuccio sia, in quel caso, la cosa giusta da fare equivale a ratificare un modello di allevamento che non solo ha recepito una certa teoria dell’attaccamento, ma soprattutto privilegia la serenità attuale del bambino ad ordini di questioni di carattere più biomedico (e.g. l’eventuale deformazione del palato e futuri problemi di denti-

zione). I processi di naturalizzazione di pratiche - del tutto culturali - di allevamento, la loro normalizzazione e ratificazione si giocano anche sul piano del micro-ordine di una visita medica: attraverso l'apparente e banale attività di "dare consigli" il pediatra compie un lavoro educativo non banale, come illustra ulteriormente il prossimo esempio.

Ex.2 - VA_7_18.11.19 // (6.51 – 7.13) – “Non l'affogo?”

M: madre P: pediatra

Dopo aver rivestito la bambina in seguito all'esame obiettivo, M chiede un consiglio a P. M è in piedi davanti alla scrivania con la bambina in braccio, P è seduta alla scrivania davanti al computer.

- 1 M () la mela io gliel'ho grattata [con la] grattug[ia]
- 2 P ^{^[sì,]} ^{^^[eh],}
- 3 P ^{^((nodding))} ^{^^((nodding))}
- 4 M e io sono terrorizzata perché restano i filamenti,=
- 5 P =[sì,
- 6 M [gliela posso dare così?
- 7 M o è meglio l'omogenizzato?= ((*smiling*))
- 8 P =no va bene così:
- 9 M [non l'affogo?
- 10 P [()]-
- 11 P macché [^]affoghi
- 12 P ^{^((stops looking at M and turns toward the computer shaking her head))}
- 13 P [^{^^}(ma) i filamenti-]
- 14 P ^{^^((looks back at M making a large gesture with her right arm as to minimize the problem))}
- 15 M [()] ((*laughing*))
- 16 P con la grattugia di ve[tro?
- 17 M [quella di vetro
- 18 P eh: va bene
- 19 M [va bene?]
- 20 P [ma si:],
- 21 (1.5) ((*P writes on the computer, M brings the baby back to the couch*))
- 22 M glie[l'ho data ()]
- 23 P [MA MICA SI AFFOGA] COI FILAMEN[TI]
- 24 M [eh].
- 25 M ok.

Alla riga 1, la madre riporta una pratica da lei già condotta, ovvero dare alla bambina la mela grattugiata. Seguendo l'invito a continuare il report (vedi i marcatori di allineamento e affiliazione alle righe 2 e 3, cfr. Stivers, 2008), la madre alla riga 4 fornisce delle informazioni aggiuntive che retrospettivamente configurano la pratica riportata alla riga 1 come qualcosa di problematico. Infatti, mette in discorso la propria paura circa la consistenza del cibo grattugiato ("e io sono terrorizzata perché restano i filamenti", riga 4). Subito dopo, chiede consiglio alla pediatra rispetto a quale sia il miglior corso d'azione da intraprendere ("gliela posso dare così?", riga 6), a cui aggiunge una possibile azione alternativa da seguire ("o è meglio l'omogeneizzato?", riga 7). Così facendo, la madre "invade" il territorio epistemico della pediatra (i.e. sapere quale consistenza sia più appropriata a quale età) e la induce a prendere in considerazione sia la consistenza del cibo (la mela grattugiata) sia il corso d'azione alternativo da lei proposto (dare l'omogeneizzato alla bambina). In altre parole, la madre guida la pediatra nel processo decisionale e allo stesso tempo performa il ruolo della madre preoccupata, interessata, e dunque competente.

In risposta, la pediatra dà un consiglio sotto forma di valutazione affermando "no va bene così" (riga 8), e in questo modo tratta la pratica di dare la mela grattugiata alla bambina come non problematica. Successivamente, si noti come la madre esercita una forma di resistenza: non accetta il consiglio appena offerto, ma fa presente alla pediatra un possibile rischio generato dal dare alla bambina la mela grattugiata avanzando l'ipotesi che la bambina possa soffocare con i filamenti ("non l'affogo?", riga 9). A questo punto, alle righe 11 e 12, la pediatra mitiga e delegittima la preoccupazione della madre: esclude la possibilità che la bambina possa soffocare (righe 11 e 13) e enfatizza la non problematicità della pratica in questione anche con la gestualità (righe 12 e 14).

Tuttavia, prima di confermare il contenuto del proprio consiglio (vedi riga 18), la pediatra si assicura che la madre abbia eseguito nel modo considerato più appropriato la procedura sotto esame (“con la gratuglia di vetro?”, riga 16). Nonostante ciò, alla riga 19, la madre mostra ancora una certa esitazione ad accettare il consiglio e chiede una conferma ulteriore (“va bene?”, riga 19), che la pediatra dà alla riga 20 (“ma sì”).

A questo punto, probabilmente spinta dal tentativo della madre di continuare la sua traiettoria problematizzante alla riga 22, la pediatra alla riga 23 fornisce una giustificazione con cui esclude definitivamente il rischio di soffocamento della bambina, peraltro enfatizzando il turno con un tono di voce alto. Solo a questo punto la sequenza si chiude con l'accettazione da parte della madre alla riga 25.

Questo esempio illustra come il lavoro educativo del pediatra si svolga spesso attraverso la gestione interazionale della preoccupazione o addirittura dell'ansia del genitore. Delegittimare la preoccupazione del genitore significa, in questo caso, non solo destituire di rilevanza il fatto empirico ma soprattutto indicare che la soglia socialmente stabilita di tolleranza al pericolo è e deve essere più alta. D'altra parte, come la pedagogia delle emozioni ha ampiamente mostrato, la gestione delle emozioni è una pratica profondamente educativa in quanto implica un costante lavoro di valutazione di ciò che causa l'emozione e della pertinenza di quel particolare stato emotivo rispetto a quanto l'ha causato (sull'interdipendenza tra cognizione, valutazione e – quindi – educazione, cfr. Contini, Fabbri, Manuzzi, 2006).

6. Conclusioni

Come gli esempi mostrano, dietro a micro-pratiche quotidiane apparentemente banali e date per scontate come chiedere, dare e ricevere consigli, si cela tutta la crucialità del ruolo educativo del pediatra che comportandosi come “antenna sociale”, indica e socializza i genitori ai modelli del tutto culturali di “buone pratiche di accudimento” e a versioni canoniche e ratificate di genitorialità, benessere e cura. Altrettanto cruciali si rivelano le mosse interazionali dei genitori, che attraverso i dubbi, le domande e le varie forme di “knowledge claim” non solo si mettono in scena come genitori competenti, ma rendono rilevante per il pediatra offrire spiegazioni più accurate, giustificare, o riformulare le proprie affermazioni in termini biomedici. Per concludere, i dati di questo studio sembrano rivelare che la voce ancora autorevole del pediatra (cfr. la richiesta di consiglio su questioni apparentemente non mediche) non è più incontestabile e lascia spazio a repliche che sospendono l'accettazione indiscussa del consiglio. La sospensione – da parte del genitore – di una “fiducia epistemica incondizionata” (Caronia, Ranzani, submitted) apre uno spazio di accountability per il pediatra ed è in questo spazio – abitato da motivazioni, ragioni, giustificazioni del consiglio – più che nel consiglio in sé che viene compiuto un sottile, invisibile ma operante e in parte inatteso lavoro educativo.

Nota bibliografica

- Alby F., Zucchermaglio C., Fatigante M. (2017). Managing risk and patient involvement in choosing Treatment for Cancer: an analysis of two communication practices. *Sociology of Health and Illness*, 39(8), pp. 1427-1447.
- Anderson R.M., Funnell M.M. (2010). Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient education and counseling*, 79(3), pp. 277-282.
- Aronsson K., Rundström B. (1988). Child discourse and parental control in pediatric consultations. *Text-Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*, 8(3), 159-190.
- Aronsson K., Rundström B. (1989). Cats, dogs, and sweets in the clinical negotiation of reality: On politeness and coherence in pediatric discourse. *Language in society*, 483-504.
- Aronsson K., Rindstedt C. (2011). Alignments and face-work in paediatric visits: Toward a social choreography of multiparty talk. In C.N. Candlin, S. Sarangi (Eds.), *Handbook of communication in organisations and professions* (pp. 121-142). Berlin: De Gruyter Mouton.
- Burgio R., Bertelloni S. (2007). *Una pediatria per la società che cambia*. Tecniche Nuove.
- Bredmar M., Linell P. (1999). Reconfirming normality: The constitution of reassurance in talks between midwives and expectant mothers. In S. Sarangi, C. Roberts (Eds.), *Talk, work and institutional order: Discourse in medical, mediation and management settings* (pp. 237-270). New York: Mouton de Gruyter.

- Caronia L. (2011). *Fenomenologia dell'educazione. Intenzionalità, cultura e conoscenza in pedagogia*. Milano: Franco Angeli.
- Caronia L. (2018). Le scienze come pratiche morali: lezioni dalla fenomenologia. In S. Besoli, L. Caronia (Eds.), *Il senso della realtà: L'orizzonte della fenomenologia nello studio del mondo sociale* (pp. 25-69). Macerata: Quodlibet.
- Caronia L. (2020). Pedagogia della vita quotidiana. Ovvero: come costruiamo i mondi a cui apparteniamo. In D. Bruzzone, E. Musi (Eds.), *Aver cura dell'esistenza. Studi in onore di Vanna Iori* (pp. 53-62). Milano: FrancoAngeli.
- Caronia L. (Ed.) (2021). *Language and Social Interaction at Home and School*. John Benjamins.
- Caronia L., Besoli S. (2018). Il canone fenomenologico e lo studio del mondo sociale. In S. Besoli, L. Caronia (Eds.), *Il senso della realtà: L'orizzonte della fenomenologia nello studio del mondo sociale* (pp. 7-35). Macerata: Quodlibet.
- Caronia L., Ranzani F. (2021, submitted). Epistemic trust as an interactional accomplishment in well child visits: Parents' resistance to solicited advice as performing epistemic vigilance. *Social Science and Medicine*.
- Castro E.M. et alii (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. *Patient education and counseling*, 99(12), pp. 1923-1939.
- Contini M. et alii (2014). *Deontologia pedagogica. Riflessività e pratiche di resistenza*. Milano: Franco Angeli.
- Contini M., Fabbri M., Manuzzi P. (2006). *Non di solo cervello: educare alle connessioni mente-corpo-significati-contesti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Demetrio D. (2020). *Micropedagogia. La ricerca qualitativa in educazione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Drew P. (2018). Epistemics in social interaction. *Discourse Studies*, 20(1), pp. 163-187.
- Fatigante M., Bafaro S. (2014). The journey to advice: balancing certainty and uncertainty in doctor delivery of expert opinion. In Zuczkowski A. et alii (Eds.) *Communicating Certainty and Uncertainty in Medical, Supportive and Scientific Contexts* (pp. 157-181). John Benjamins.
- Garfinkel H. (1967). *Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Garfinkel H., Wieder D.L. (1992). Two Incommensurable, Asymmetrically Alternate Technologies of Social Analysis. In G. Watson, R.M. Seiler (Eds.), *Text in Context: Contributions to Ethnomethodology* (pp. 175-206). London: Sage.
- Garfinkel H., Liberman K. (2007). Introduction: the Lebenswelt origins of the sciences. *Human Studies*, 30(1), pp. 3-7.
- Goodwin C. (1994). Professional vision. *American Anthropologist*, 96(3), pp. 606-633.
- Halpern S.A. (2004). Medical authority and the culture of rights. *Journal of health politics, policy and law*, 29(4), pp. 835-852.
- Heritage J. (2012a). Epistemics in Action: Action Formation and Territories of Knowledge. *Research on Language and Social Interaction*, 45(1), pp. 1-29.
- Heritage J. (2012b). The Epistemic Engine: Sequence Organization and Territories of Knowledge. *Research on Language and Social Interaction*, 45(1), pp. 30-52.
- Heritage J., Maynard D. (Eds.) (2006). *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heritage J., Lindström A. (1998). Motherhood, medicine, and morality: Scenes from a medical encounter. *Research on Language & Social Interaction*, 31(3-4), pp. 397-438.
- Heritage J., Lindström A. (2012). Advice giving—terminable and interminable: The case of British health visitors. *Advice in discourse*, 221, pp.169-194.
- Heritage J., Raymond G. (2005). The terms of agreement: Indexing epistemic authority and subordination in talk-in-interaction. *Social psychology quarterly*, 68(1), pp. 15-38.
- Heritage J., Raymond G. (2012). Navigating epistemic landscapes: Acquiescence, agency and resistance in responses to polar questions. In J.P. De Ruiter (Ed.), *Questions: Formal, functional and interactional perspectives*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Heritage J., Sefi S. (1992). Dilemmas of advice: aspects of the delivery and reception of advice in interactions between health visitors and first-time mothers. In P. Drew, J. Heritage (Eds.), *Talk at work* (pp. 359-417). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Heritage J., Stivers T. (1999). Online commentary in acute medical visits: A method of shaping patient expectations. *Social Science and Medicine*, 49, 1501-1517.
- Jefferson G. (2004). Glossary of Transcript Symbols with an Introduction. In G. Lerner (Ed.), *Conversation Analysis: Studies from the First Generation* (pp. 13-31). Amsterdam: John Benjamins.
- Landmark A.M.D., Gulbrandsen P., Svennevig J. (2015). Whose decision? Negotiating epistemic and deontic rights in medical treatment decisions. *Journal of Pragmatics*, 78, pp. 54-69.
- Larson H.J., et alii (2014). Understanding vaccine hesitancy from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine*, 32(19), pp. 2150-2159.
- Mishler E. (1984). *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, NJ: Ablex.

- Mortari L. (2010). Cercare il rigore metodologico per una ricerca pedagogica scientificamente fondata. *Education Sciences & Society*, 1(1), pp. 143-156.
- Orletti F., Fatigante M. (Eds.) (2013). La sfida della multiculturalità nell'interazione medico-paziente. *Salute e Società*. Milano: Franco Angeli.
- Peräkylä A. (1998). Authority and Accountability: The Delivery of Diagnosis in Primary Health Care. *Social Psychology Quarterly*, 61(4), pp. 301-320.
- Pilnick A. (2003). "Patient counselling" by pharmacists: four approaches to the delivery of counselling sequences and their interactional reception. *Social science & medicine*, 56(4), pp. 835-849.
- Raymond G., Heritage J. (2006). The Epistemics of Social Relations: Owning Grandchildren. *Language in Society*, 35(5), pp. 677-705.
- Reich J. A. (2016). *Calling the Shots: Why Parents Reject Vaccines*. New York: New York University Press.
- Sacks H. (1984). 'Notes on Methodology'. In J.M. Atkinson, J. Heritage (eds.) *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis* (pp. 21-27). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sarangi S. (2001). On demarcating the space between 'lay expertise' and 'expert laity'. *Text & Talk*, 21(1-2), pp. 3-11.
- Shaw C., Potter J., Hepburn A. (2015). Advice-implicative actions: Using interrogatives and assessments to deliver advice in mundane conversation. *Discourse Studies*, 17(3), pp. 317-342.
- Shaw C. et alii (2016). Parental involvement in neonatal critical care decision-making. *Sociology of health & illness*, 38(8), pp. 1217-1242.
- Sidnell J., Stivers T. (Eds.) (2013). *The handbook of conversation analysis*. Boston, MA: Wiley-Blackwell.
- Silverman D. (1987). *Communication and medical practice: Social relations in the clinic*. London: Sage.
- Spinicci P. (2000). *Il mondo della vita e il problema della certezza. Lezioni su Husserl e Wittgenstein*. Milano: CUEM.
- Stevanovic M., Peräkylä A. (2012). Deontic authority in interaction: The right to announce, propose, and decide. *Research on Language & Social Interaction*, 45(3), pp. 297-321.
- Stivers T. (2007). *Prescribing Under Pressure. Parents-Physician Conversations and Antibiotics*. Oxford: Oxford University Press.
- Tannen D., Wallat C. (1986). Medical professionals and parents: A linguistic analysis of communication across contexts. *Language in Society*, pp. 295-311.
- Tramma S. (2009). *Che cos'è l'educazione informale*. Roma: Carocci.
- Tuckett D. et alii. (1985). *Meetings between experts: an approach to sharing ideas in medical consultations*. London: Tavistock Publications.
- Zahavi D. (2019). Getting It Quite Wrong: Van Manen and Smith on Phenomenology. *Qualitative Health Research*, 29(6), 900-907.
- Zahavi D. (2021). Applied phenomenology: why it is safe to ignore the epoché. *Cont Philos Rev* 54, 259-273 (2021).