

5. *La diversità e la comunicazione bidirezionale nella società multi-etnica*

La convinzione e la speranza di molti italiani di mantenere una società nazionale omogenea, alla quale gli immigrati si dovrebbero adattare rapidamente, ha fatto sì che non siano stati compiuti sforzi adeguati e sufficienti per aiutare la maggioranza degli stranieri a superare le barriere della comunicazione e ridurre il divario culturale tra autoctoni e nuovi arrivati. Nel corso degli anni si è verificato il passaggio dall'assurda tesi dell'assimilazione a quella dell'integrazione in un processo evolutivo aperto a nuove prospettive future. Purtroppo la situazione italiana, per quanto riguarda la posizione politica in materia di immigrazione, sembra essersi fermata in un punto imprecisato tra assimilazione e integrazione, senza particolari segni di risoluzione.

Per tale motivo l'ignoranza culturale bidirezionale e la scarsa comunicazione all'interno del settore sociosanitario e del *Welfare* continua ad avere un effetto negativo sui rapporti medico – paziente e infermiere – paziente; con particolare gravità nell'ambito psichiatrico in cui la diagnosi e la cura dipendono principalmente dal rapporto tra il personale di cura/assistenza, il paziente e la sua famiglia. È stato ben documentato che, anche quando l'immigrato conosce un po' meglio la lingua italiana, spesso se ne dimentica nel momento in cui viene a trovarsi di fronte a professionisti della salute. Questo fenomeno sembra essere dovuto allo stress che viene generato dai problemi di salute (Merini, 2008). Un'altra frequente causa di questo fenomeno, riportata anche da Geraci (2002), risiede in alcuni dei problemi che gli immigrati devono affrontare quando non sono in grado di comunicare, ed il loro modo di esprimersi e di percepire gli eventi resta incompreso. Per questa ragione la diagnosi non solo risulta alterata ma, a causa della barriera linguistica in particolare, i pazienti stranieri hanno meno probabilità di ricevere cure sanitarie, informazioni o riconoscimento di eventuali problemi sociali o emotivi all'interno della famiglia. Dalle osservazioni trat-

te nella pratica lavorativa, si può affermare che gli immigrati che non parlano italiano in teoria avrebbero a disposizione tre opzioni quando necessitano di un trattamento medico. Possono recarsi in un ospedale pubblico dove è presente un adeguato servizio di interpretariato/mediazione, trovare un medico che parla la loro lingua, oppure recarsi da un qualsiasi medico e provvedere loro stessi a procurarsi un mediatore.

Queste tre opzioni non sono una alternativa realmente percorribile. I medici che parlano una lingua diversa da quella italiana sono pochi e isolati, in gran parte a causa di due motivi principali:

1. Mancanza di volontà da parte del Governo, ma anche dei rappresentanti della classe medica, di facilitare l'inserimento nell'organico esistente di medici qualificati provenienti dall'estero.
2. I figli e le figlie di immigrati hanno avuto maggiori difficoltà a conseguire un diploma di scuola superiore in gran parte a causa degli effetti socio-economici e delle difficoltà strutturali di cui soffrono molte famiglie di immigrati (Favaro e Napoli, 2002).

Sono pochissimi gli ospedali e le Unità Sanitarie che dispongono a tempo pieno o parziale di mediatori professionali/interpreti; la maggior parte di queste persone è inserita all'interno di cooperative (almeno in Italia) e quindi lavora sostanzialmente durante gli orari canonici di ufficio. Qualora vengano chiamati i mediatori, la maggior parte del personale ospedaliero non possiede nessun tipo di formazione riguardo a come interagire con un mediatore e riconoscere se questo è in grado di svolgere il suo lavoro correttamente nel suo ambito professionale. Alcune istituzioni hanno a disposizione in quantità limitata materiale stampato nelle lingue più diffuse tra gli immigrati presenti nel nostro paese. È interessante notare che pochissime informazioni ufficiali vengono offerte al personale sanitario anche rispetto a come utilizzare questi strumenti di comunicazione. Inoltre, una minima percentuale del tempo destinato alla ricerca è stata dedicata a verificare se questi strumenti siano in realtà utili o meno e quali siano le relative conseguenze e l'incidenza sul tasso di recupero della salute e sulla guarigione. Solo pochissimi soggetti all'interno dello *staff* sanitario di molte unità operative e specializzazioni sono a conoscenza di quali siano gli strumenti di comunicazione transculturale disponibili nella propria istituzione. Inoltre la maggior parte del personale che ha bisogno di questi dispositivi di comunicazione, invece di utilizzarli, nei casi in cui sono finalmente disponibili, continua a lamentarsi "dell'atteggiamento non collaborativo e ostinato dei pazienti stranieri nei loro confronti". Pochissime persone, fra gli ope-

ratori contattati per commentare la propria esperienza con gli utenti immigrati, hanno pensato che i problemi potessero essere di natura bidirezionale. Quando i pazienti sono accompagnati da un loro interprete, si tratta spesso di un membro della famiglia o di un amico. Ciò solleva immediatamente evidenti problemi etici e sociali, soprattutto perché il paziente potrebbe dover rispondere a domande imbarazzanti e potrebbe non volere e neppure essere in condizione di dare risposte complete e dettagliate in presenza di una terza persona "estranea alla famiglia", che potrebbe essere ritenuta "totalmente inaffidabile". Se poi vengono coinvolti dei bambini, come spesso accade, il momento può diventare ancora più difficoltoso ed angoscioso, con ulteriori rischi e conseguenze importanti per l'armonia della famiglia.

Non dobbiamo dimenticare un fatto fondamentale: sono i medici e/o il personale sociosanitario ad essere coinvolti ogni giorno ed ogni ora nella cura ed assistenza dei pazienti, inclusi quelli di origine non italiana. A questi professionisti, parte essenziale del personale del Servizio Sanitario Nazionale, fino al 2000 nell'ambito della formazione istituzionale è stata offerta poca o superficiale rilevanza o un corso di aggiornamento sull'utilizzo di interpreti e, in particolare, sulla importanza della cultura e sulle convinzioni relative all'assistenza, i bisogni, la modalità di comunicazione, il presentarsi dei segni e dei sintomi e su come affrontare il processo della malattia attraverso le culture.

Secondo i dati rilevati in tutta Italia (Ciancio 2004) questi contenuti didattici sono presenti soltanto in meno del 5% delle Facoltà di Medicina e del 34% delle scuole per infermieri. Tra queste ultime solo il 15% ha un corso inserito all'interno del programma per un massimo di 15 ore e per di più questo viene offerto come unità didattica o seminario e non tramite una metodologia integrata trasversale (Ciancio, 2004). Tale situazione di solito comporta che il paziente immigrato riscontri molto spesso difficoltà non solo ad accedere in modo appropriato all'utilizzo dei servizi, ma anche nel comunicare con il personale sanitario, per illustrare i propri bisogni all'interno dell'ambiente stesso. Purtroppo le conseguenze di tali difficoltà possono essere disastrose per il paziente ed i suoi cari, demoralizzanti e demotivanti per il personale che, nonostante tutto ciò, in buona parte sta cercando di mantenere un adeguato ed equo standard rispetto alle prestazioni di cura ed assistenza sanitaria rivolta a tutti i pazienti indistintamente.

Sotto si riporta un evento concreto documentato dall'autore alla fine degli anni '90, mentre lavorava come dirigente in un grande ospedale universitario del Nord Italia.

La realizzazione di un processo di gestione della salute individuale all'interno di un ambiente sociale multietnico, presuppone che gli erogatori delle prestazioni siano in sintonia con la pluralità culturale circostante e che sappiano come adattarsi e comunicare all'interno di questa diversità.

Nelle pagine seguenti prendiamo in esame ciò che può accadere quando chi eroga cure ed assistenza e chi le riceve posseggono differenti modi di comunicare i fenomeni legati alla malattia, al dolore, alla solitudine, e non riescano a comprendere che la peculiarità culturale di ciascuno può influenzare ciò che ognuno interpreta nell'osservare il comportamento e le espressioni altrui.

L'obiettivo di tutto il personale sanitario dovrebbe essere quello di valutare tutte le possibili soluzioni utili per porre rimedio alle divergenze e consentire la creazione di un ambiente favorevole alla prestazione di interventi culturalmente competenti e, successivamente, applicare la soluzione più appropriata. Fino ad oggi purtroppo nel nostro paese sono state svolte poche ricerche riguardo ai problemi connessi alla fornitura di cura ed assistenza sanitaria in una società multietnica. Una buona parte della letteratura italiana oggi disponibile si occupa prevalentemente di problemi vissuti dai singoli interlocutori, spesso aneddotici e raffigurati emotivamente. Utilizzare questo materiale per elaborare futuri programmi di formazione continua, per la crescita delle competenze interpersonali, per piani di gestione e management delle unità operative e per lo sviluppo di strategie di programmazione è molto limitativo.

C'è un grande bisogno di utilizzare metodi di ricerca scientificamente validi da applicare nella raccolta di informazioni, per comprendere lo sviluppo delle tendenze della comunità.

1. Cosa è necessario fare

Fino ad oggi i programmi realizzati dalle scuole orientate all'insegnamento sociosanitario sono stati prevalentemente monoculturali e hanno attribuito poca attenzione alla crescita interpersonale e alle competenze interculturali degli studenti e non sono stati preceduti da un'attenta analisi della realtà demografica italiana e locale degli ultimi anni. Solo recentemente alcuni programmi didattici universitari stanno cercando di affrontare in una certa misura la questione dell'inserimento e dello sviluppo delle competenze multietniche e interculturali. I pazienti stranieri, i loro parenti, i medici, le ostetriche, gli infermieri e l'altro personale, sia negli ospedali che nella comunità, oggi si trovano di fronte a vari e complessi tipi di difficoltà.

Già nel 1972 Johnson, nel suo modello di processo di comunicazione interpersonale, mise a punto questo concetto: 'il personale sanitario non solo utilizza particolari competenze interpersonali acquisite, ma comunica sempre sulla base di un sistema emittente - ricevente a ciclo continuo'. Questo modello ci ricorda che, anche se il personale sanitario usa bene le proprie abilità interpersonali, i messaggi devono essere codificati e trasmessi in una forma che il ricevitore sia in grado di decodificare. Assume ben poco valore comunicare con una persona, se il tuo messaggio è trasmesso in una forma che il ricevente non può interpretare o che presenta una modalità culturale tale da apparirgli artefatta, irrilevante, sbagliata o addirittura offensiva. Quindi il personale non deve solo essere capace di usare le proprie abilità interpersonali, ma deve essere in grado di trasmettere messaggi a persone provenienti da culture diverse in una forma che il ricevente possa comprendere e interiorizzare, per poi rispondere o aderire. Johnson ha più volte sottolineato che non basta aumentare la frequenza di contatto, è la qualità delle interazioni che devono essere adattate "su misura" per soddisfare le esigenze poste da tutti i clienti, indipendentemente dalla loro provenienza culturale. Il caso di seguito presentato sottolinea i risultati di un uso inadeguato di *skills* interpersonali transculturali e la ripartizione delle fasi fra soggetto emittente e ricevente; è inoltre utile per indagare sulle diverse possibilità di instaurare un appropriato rapporto di lavoro e su quali misure potrebbero essere adottate per raggiungere questo obiettivo.

2. Un caso emblematico: l'utente

La signora M è originaria della Grecia.

Ha 63 anni; parla poco l'italiano e qualche parola di inglese.

Sposata con 1 figlio (che è a sua volta sposato).

Il marito è morto cinque anni fa.

Questo è ciò che è emerso prima che l'autore avesse incontrato questo caso:

Scheda di ammissione:

- Paziente semi cosciente;
- debolezza del lato sinistro del volto, interessamento dei muscoli della bocca;
- nessuna allergia;
- mai ricoverata in un ospedale in Italia.

Gestione medica:

- Intubata, ma la paziente non viene ventilata meccanicamente;
- sondino naso gastrico inserito;
- catetere vescicale inserito;
- è stata effettuata una valutazione medica completa;
- è stata applicata la flebo per la somministrazione dei farmaci.

Le note degli infermieri per i primi tre giorni di ricovero indicano che le principali preoccupazioni sono:

- la paziente continua a dormire male;
- la sig.ra M. continua a gridare e stringersi il petto, sono stati somministrati sodio nitrato e l'ossigenoterapia senza riscontro di miglioramenti apparenti;
- l'utente continua a disturbare gli altri pazienti presenti;
- la sig.ra M. non coopera e si aspetta un'attenzione costante;
- si rifiuta di mangiare;
- per la sua sicurezza l'utente è stata trasferita in una camera singola;
- la sig.ra M. è poco propensa ad aiutare se stessa.

Dopo il cambio di turno, l'autore è andato ad incontrare la signora M. Era una donna di mezza età un po' sovrappeso. Non è stato un problema sedersi accanto alla paziente e rivolgersi educatamente a lei attraverso un italiano cadenzato e un po' d'inglese, dimostrando il meritato rispetto che gli anziani si aspettano. La signora ha instaurato un contatto visivo e presto i suoi occhi si sono riempiti di lacrime. L'autore ha chiesto all'utente di raccontare quanto era avvenuto nei tre giorni precedenti e, nel frattempo, ha preso nota delle aree maggiormente problematiche segnalate dagli infermieri:

- il dolore toracico, che a detta del personale era "fittizio";
- il continuo gridare: "Dio mi aiuti";
- il fatto che la paziente si rifiutasse di mangiare;
- la sostanziale non cooperazione della signora.

La sig.ra M. descrisse allora l'esperienza dal suo punto di vista, dimostrando di non essere affatto timida.

Raccontò in un italiano sconnesso e in inglese (aveva vissuto a Londra per un certo numero di anni) che il personale era sempre molto indaffarato, non aveva mai tempo per fermarsi, spesso tagliavano corto con lei ed erano abbastanza impazienti.

Non capiscono che io sono indifesa, spaventata, potrei morire qui e loro non mi vedrebbero neanche.

L'incapacità del personale medico di rilevare l'ansia della signora non derivava solo dalla loro incompetenza nel capire e dall'incapacità di parlare greco o inglese (ma questo di certo non ha aiutato la situazione), ma dai seguenti quattro fattori fondamentali:

- una conoscenza inadeguata della percezione dell'utente rispetto alla sua malattia, influenzata dalla sua cultura;
- un'interruzione del ciclo continuo emittente – ricevente;
- la mancanza di adeguate competenze interpersonali e interculturali;
- un inadeguato livello di competenza culturale.

Non è raro nella cultura greca in generale (in particolar modo nelle persone anziane o di mezza età) che i pazienti riferiscano la paura, il dolore e l'ansia come se fossero sintomi percepiti a livello del proprio torace e che, conseguentemente, li interpretino come un possibile problema cardiaco. Questa sensazione è facilmente descritta come "il cuore mi viene a mancare".

In questo caso l'infermiera aveva assunto come reali i segni clinici soggettivi e interpretato che l'utente, stringendosi il petto e gridando con ansia, avesse un dolore al petto. L'infermiera ha misurato la frequenza del polso dell'utente, la pressione sanguigna e le ha chiesto come si sentiva, dove avvertiva il dolore e quanto fosse forte. L'utente si è messa una mano sul petto dicendo, 'sì, è grave'. Le è stata somministrata la cura per Angina e l'ossigenoterapia come previsto dal protocollo. Il "dolore" continuava e le infermiere si sono insospettite in merito alla veridicità dei sintomi descritti dalla signora M. Per scoprire fin da subito la fonte del dolore, il personale avrebbe dovuto comunicare con un messaggio comprensibile alla signora.

3. Esistono soluzioni agli aspetti critici della comunicazione interculturale

Per far fronte a tali richieste il personale deve essere in qualche modo a conoscenza della "maniera greca" di percepire e reagire al dolore, cioè il *transfert* di un dolore generale al punto di localizzare questo al petto e la bassa tolleranza al dolore, ma il tutto espresso in maniera verbale. In nessun momento il personale medico e infermieristico si è preso del tempo extra per stare con l'utente e cercare di parlare della situazione e degli avveni-

menti del giorno. La maggior parte della comunicazione era stata invece sostanzialmente frettolosa e non verbale. Per tutta una serie di motivi quali imbarazzo, mancanza di personale, impazienza, scarso ausilio della comunicazione, gli infermieri hanno dimostrato poco calore umano, poco interesse e sensibilità nei confronti della signora M.

4. Lo scarso utilizzo dell'empatia

La barriera linguistica è spesso considerata come la sola causa o la ragione principale di questo difetto di comunicazione o di empatia; in realtà non è così, perché si può trasmettere molto anche attraverso la comunicazione non - verbale. Interventi come quelli sopra descritti non hanno modificato il comportamento dell'utente. La signora M. ha continuato a protestare, enfatizzando la sua disperazione ed il dolore nella regione del torace. Forse, se le infermiere si fossero sedute vicino alla signora ed avessero tentato di comunicare superando in qualche modo "i confini culturali della comunicazione transculturale", mostrando una maggiore considerazione, emanando un certo calore ed empatia e dimostrando un grado di conoscenza e di apprezzamento della sua cultura, il livello di ansia percepita dall'utente avrebbe potuto essere in qualche modo ridotto. È bene ricordare che l'incremento qualitativo nell'uso della comunicazione e delle *skills* interpersonali può anche non portare a chiarire il problema legato all'ansia o al dolore quando i messaggi continuano ad essere incanalati impropriamente. Altra ragione di interruzione della comunicazione, che rende difficile fornire prestazioni sanitarie ottimali, è ravvisabile nel fatto che la popolazione greca in genere tende ad esprimere i propri sentimenti, l'ansia e la paura, sonoramente e apertamente, senza alcun imbarazzo o vergogna. La Signora M. ha ripetutamente chiamato chiunque passasse lungo il corridoio. Il personale si era così spazientito per questo atteggiamento, che ha cominciato ad ignorarla; questo elemento ha acuito nella mente della paziente il senso di isolamento, la solitudine e l'idea di essere dimenticata. La soluzione adottata è stata quella di spostare la signora in una camera singola nei pressi della postazione delle infermiere, dove la porta poteva essere chiusa. Questo ha esasperato ancora di più la signora, che è divenuta in qualche momento anche aggressiva; spesso è stata legata al letto, dicendole che questo era "per il suo bene". Durante questi episodi i messaggi verbali e non verbali trasmessi dal personale miravano a dirle che lei doveva rispettare la routine operativa, i periodi di riposo del reparto e rimanere tranquilla, non disturbare gli altri, che lei era una tra i tanti. Il messaggio non è sta-

to, ovviamente, ricevuto e compreso nel suo significato originale, in quanto nella cultura greca, in generale, l'individuo malato è sempre al centro dell'attenzione, non affronta la malattia da solo, le persone che lo circondano di solito lo sostengono nella sua lotta contro la malattia. Il messaggio inviato dal personale non è stato ben interpretato e, come previsto, è stato ribattuto con una risposta che lo *staff*, a sua volta, non è stato in grado di comprendere. Il personale deputato all'assistenza sanitaria non riusciva a capire perché la signora M sentisse il bisogno di richiedere continuamente attenzione. Lo stato di isolamento continuava e le difficoltà crescevano in modo esponenziale. Il fatto di essere lasciata sola e isolata appare a una donna greca di mezza età come un destino terribile, è praticamente come se le stesso negando la rilevanza sociale e l'importanza della persona. Risulta allora facile capire che, per un individuo appartenente a questa cultura, la presenza di molti parenti e amici al suo capezzale durante la malattia sia un elemento determinante per la sua tranquillità e guarigione. Poter fare sentire la propria voce significa rimanere socialmente coinvolti, sentirsi importanti e sostenuti dai propri cari e dalle persone che ci circondano ed hanno cura di noi.

5. Risolvere il problema attraverso la competenza culturale

La gestione e soluzione del caso illustrato non era poi così complessa, né ad alto consumo di risorse. Se il personale avesse potuto osservare e capire in precedenza da altri soggetti simili le risposte culturali di questa tipologia di pazienti alla malattia, alla paura e all'isolamento, sarebbe stato in grado di adattare le proprie tecniche di comunicazione transculturale e utilizzare adeguate competenze interculturali; avrebbe perciò avuto la capacità di trasmettere la propria empatia con messaggi che potessero essere decodificati dal paziente, invece di dover affrontare una situazione in cui incomprensioni e cattiva comunicazione interculturale hanno portato ad un vero e proprio stato di conflitto.

L'autore quindi, dopo aver ascoltato la signora M. e sapendo che i Greci sono generalmente persone socievoli, ha compreso che lei desiderava la compagnia di altri, di essere sistemata dove poteva vedere altre persone, che questo stato di cose la faceva sentire più sicura e coinvolta e quindi meno vulnerabile e meno sola nella lotta contro la sua malattia. È stata poi adottata una semplice strategia: porre la signora M. su una sedia a rotelle nel corridoio davanti alla sua stanza dove poteva essere continuamente in presenza di altre persone.

Una mossa apparentemente semplice, ma geniale, che nasceva da due considerazioni fondamentali:

1. Trovare un minimo di tempo per stare in compagnia della signora M. e cercare di comunicare, dimostrando un po' di considerazione, e di saperla ascoltare.
2. Essere consapevoli delle tradizioni culturali del popolo greco in relazione alla malattia, all'insorgere dei sintomi e delle possibili reazioni verso uno stato di perdita di salute.

6. Ruolo della cultura nella malattia: c'era una soluzione

In una circostanza implicante la comunicazione transculturale l'emittente dovrebbe sempre cercare di trasmettere il suo rispetto e l'empatia verso l'utente, attraverso l'uso appropriato della comunicazione, in modo da trasmettere il messaggio desiderato. Rogers (citato in Kalisch, 1970 p.52) sostiene questo quando afferma: "Anche se non vivo nel vostro mondo, anche se non posso dire di sapere esattamente come vi sentite e condividere con voi gli stessi sentimenti, comunque penso di poter capire come vi sentite".

Quando il paziente riceve questo tipo di messaggio è incoraggiato a ritenere (a prescindere dalla sua diversità culturale) che il personale sociosanitario stia quantomeno cercando di comunicare con lui e di capire la sua situazione.

Mostrare interesse per i valori di un paziente, per le sue convinzioni e aspettative e dividerne alcuni elementi fondamentali può essere davvero molto utile per ridurre la distanza sociale, l'isolamento culturale, il senso di smarrimento e migliorare quindi anche il risultato clinico.

7. Una valutazione del caso

Il caso descritto dimostra come a volte anche le buone intenzioni ed una corretta presa in carico possono molto facilmente essere fraintese ed avere risultati opposti quando le persone coinvolte non sono in grado di comprenderle ed hanno difficoltà a relazionarsi con modi assolutamente diversi di esprimere i propri sentimenti e di rapportarsi agli altri. Infatti, nel caso illustrato, la comunicazione (sia verbale che non verbale) adottata con la paziente in molte occasioni non è riuscita ad essere ricevuta ed interiorizzata. Molte delle richieste avanzate dal personale sanitario presupponevano

comportamenti ed interpretazioni culturalmente sconosciuti, che avevano poca o nessuna importanza per la signora M. e il personale ha ricevuto delle risposte considerate inaccettabili.

Poiché si tratta di un processo interattivo, se chi riceve non è in grado di decodificare il messaggio specifico, la risposta sarà ogni volta inadeguata.

8. Alcune raccomandazioni

Si elencano alcune raccomandazioni che i gestori e gli operatori del sistema socio-sanitario e del *welfare* ed i rappresentanti delle organizzazioni degli immigrati potrebbero tenere in considerazione rispetto all'erogazione dei loro interventi all'interno di una società multietnica.

A breve termine:

- essere consapevoli delle reali capacità dell'utente di ricevere i messaggi inviati;
- il personale ha bisogno di conoscere il *background* culturale e la sua influenza sulle percezioni dell'utente durante il processo di malattia e guarigione;
- il personale deve cercare di dimostrare apertura e accettazione delle diversità degli altri;
- gli operatori dovrebbero pensare di acquisire competenze linguistiche personali e pretendere un maggior numero di colleghi bilingue/biculturali;
- il personale dovrebbe tentare di instaurare relazioni più profonde con gli utenti immigrati e con le loro persone di riferimento;
- il personale dovrebbe diffidare di supposizioni frutto di osservazioni superficiali;
- il personale deve saper utilizzare correttamente i mediatori culturali e gli interpreti.

A lungo termine:

- collaborare per realizzare programmi di studio che esaminino il significato della diversità culturale e l'impatto della cultura sugli stili di vita delle persone;
- gli enti che erogano le cure di carattere socio-sanitario e del *welfare* devono cominciare ad esaminare le possibilità di integrare diversi approcci e metodi per l'assistenza sanitaria;

- sollecitare le comunità di immigrati a partecipare a questo scambio di conoscenze e approcci all'assistenza socio-sanitaria, assumendosi anche le proprie responsabilità;
- rendere consapevoli i gruppi di immigrati, il personale e le istituzioni della necessità di realizzare studi scientifici finalizzati alla ricerca di metodi più adeguati e appropriati di comunicazione tra le culture all'interno della nostra società multietnica;

Sviluppare cioè la competenza culturale del personale e delle istituzioni del sistema di *welfare* è una strategia importante che sta dimostrando risultati positivi in diversi paesi, per ridurre conflittualità e costi in una società multietnica.

9. Annotazioni finali

Ancora oggi è piuttosto raro, almeno in Italia, riuscire a trovare delle strategie di comunicazione transculturale appropriate, messe in atto per informare adeguatamente gli immigrati sui loro diritti, i loro doveri e sulle strutture e servizi effettivamente disponibili sul territorio locale. La mera conoscenza dell'esistenza dei servizi non è sufficiente tuttavia a garantire la possibilità di accedervi.

Sussiste poi un enorme e urgente necessità di disporre di lavoratori/operatori bilingue e biculturali, di un numero maggiore di interpreti/mediatori e di servizi appositamente rimaneggiati/modificati per dare risposte adeguate a tutta la cittadinanza presente nella comunità multietnica.

Ancora oggi sul territorio nazionale i servizi disponibili nell'ambito del *welfare* sono fondamentalmente orientati a servire la popolazione italiana e sostanzialmente ignorano la realtà demografica del paese e quale impatto essa stia avendo sui territori locali. Pochi sforzi sono stati fatti da parte di tutti gli enti e le persone coinvolte per aiutare la maggior parte degli immigrati a superare i vari ostacoli, in quanto si continua a ritenere che la società italiana sia omogenea e che gli immigrati vi si "adattino tranquillamente".

Una ricerca condotta dall'autore nel 2006, i cui risultati non sono stati pubblicati, ha rivelato che quasi il 95% degli immigrati intervistati possedeva un televisore e almeno un telefono cellulare. La conoscenza di questo dato risulterebbe preziosa, ma non è ancora stata utilizzata per definire il mezzo di comunicazione più appropriato per comunicare con la popolazione immigrata.

Dopo molti anni di osservazione e raccolta dati si sono prodotte molte evidenze che tuttavia non sono state rese patrimonio comune degli enti, dei professionisti e del personale, ma neppure degli studenti delle varie scuole di formazione nell'ambito del *welfare*.

Questa complessità è probabilmente una delle più grandi sfide che tutti gli enti ed operatori dei servizi del *welfare*, ma soprattutto medici, infermieri, ostetriche e altri operatori sanitari e loro amministratori dovranno affrontare in modo concertato ed organizzato. Sarà importante esaminare la particolare storia ed organizzazione dei sistemi delle credenze e dei valori culturali, degli usi e costumi, delle dinamiche intra ed inter culturali delle famiglie immigrate di ciascuna delle comunità presenti nel territorio. Sarà altresì necessario osservare l'interazione tra i gruppi di minoranze etniche e le loro istituzioni sociali e se sussistano prove di eccessive pressioni esercitate su tali minoranze. È indispensabile che si studino le medicine tradizionali, le pratiche di mantenimento della salute e le loro risposte per il benessere, per le malattie, per lo stress ed in particolare i loro atteggiamenti verso il dolore, per non parlare della morte, del lutto e del parto. Analogamente lo studio riguardante l'educazione del bambino non deve sfuggire a disamina, unitamente agli atteggiamenti verso le malattie mentali e alle disabilità dello sviluppo.