

Ascolto attivo, accoglienza e rapporto fiduciario tra operatori e utenti, con particolare riguardo al ruolo dell'Assistente Sociale

Active listening, warm welcome and trustful relationship between social workers and users, particularly for the social worker's role

Marcella Coccia

Koiné Casa dei Popoli, associazione promozione sociale (Aps)

Parole chiave: immigrazione, integrazione, accoglienza, fiducia, empatia.

RIASSUNTO

Obiettivo: l'articolo mira ad evidenziare l'importanza dell'ascolto attivo, accoglienza e rapporto fiduciario, tra operatori, con particolare attenzione all'assistente sociale, e utenza -sia immigrata che autoctona-

Metodo: partendo dalle più frequenti problematiche presentate dai migranti, si evidenzia l'importanza dell'applicazione della metodologia utilizzata nei Consultori Familiari.

Conclusioni: non vi sono molte differenze tra ciò che chiedono, ai Servizi socio-sanitari, le persone immigrate e le autoctone. Le prime necessitano di maggiore attenzione ed empatia per instaurare un rapporto fiduciario con l'operatore. Nella relazione d'aiuto, l'operatore deve mettersi in gioco anche come persona. Solo se c'è un riconoscimento e si stabilisce una relazione empatica con l'altro il rapporto può funzionare.

Key words: immigration, integration, warm welcome, trust, empathy.

SUMMARY

Objective: the article seeks to emphasize the importance of active listening, the warm welcome and the trustful relationship between the social worker and the client –either immigrant or native –.

Method: starting from the most frequent problems as presented by migrants, this article highlights the importance of the methodology's implementation by Family Consultants.

Conclusions: there are not many differences in the requests towards social and health services between immigrants and native people. The former are in need of major attention and empathy in order to establish a trustful relation-

Autore per corrispondenza: marcella.coccia@libero.it

ship with the social worker. During this relationship between the client and the social worker, the latter must be involved also as a human being. Finally, the article underlines that only if there is acknowledgment there may be established a trustful and empathic relationship that can work, attaining the desirable results.

Un canto popolare pugliese dei primi del '900, recita *"La mejo gioventù partiu l'America / Maritama è sciutu l'America e nu me scrive / Forse ca s'ha truvata n'americana / Se iddu se l'ha truvata l'americana / Jeu m'aggiu truvatu nu paisanu / L'America nun se chiama chiù l'America / Se chiama la ruvina della casa"* (1).

In Italia tra la fine dell'800 e i primi del '900 ci furono grandi flussi migratori; il grosso dell'emigrazione si è dapprima rivolto verso l'Europa e poi verso le Americhe; prima partivano gli uomini che, in seguito, venivano raggiunti dalle famiglie.

Dalla metà degli anni '70 è l'Italia che accoglie gli immigrati, sia per la sua posizione geografica, al centro del bacino mediterraneo, sia per la sua vicinanza con le aree di conflitto (Albania, ex Jugoslavia e Africa), che l'hanno resa destinazione privilegiata per coloro che emigrano e che, spesso, arrivano via mare.

Vista la situazione mondiale attuale, non è difficile ipotizzare che, finché ci saranno guerre e fame e un così forte divario tra i paesi poveri e quelli ricchi, l'immigrazione non possa che aumentare nonostante i muri che si vogliono innalzare e i rischi che i migranti affrontano; il miraggio di un'esistenza dignitosa o la fuga da una morte quasi certa spingerà sempre più persone ad emigrare.

Troveranno ciò che cercano? La loro sorte è molto diversa da quella dei nostri emigranti? Sicuramente miglioreranno la loro situazione ma i costi che dovranno pagare saranno elevati.

La stima dei "regolarmente residenti" in Italia, al 1° gennaio 2016, era di 5.026,153 cittadini stranieri (8,3% della popolazione di cui 52,6% donne). Nascite e matrimoni in persone straniere sono in continuo aumento e, come si evince dai dati statistici, il numero dei decessi è ridotto. In incremento sono anche gli studenti stranieri in ogni grado scolastico, le richieste di permesso di soggiorno per ricongiungimento familiare sono state, sempre al 1° gennaio 2016, del 43,7% ed anche le richieste per cittadinanza sono in aumento (3,5% al dicembre 2015) (2). Questa osmosi sta producendo, all'interno della cultura italiana, dei cambiamenti anche nelle nostre concezioni di:

- *famiglia*: aumentano le famiglie ricomposte, quelle monoparentali, quelle miste, quelle di fatto; iniziano ad arrivare quelle poligamiche in cui è presente più di una moglie (presentate spesso, agli operatori, come "cugine");
- *figli*: in alcune etnie non vi è differenze tra figli naturali e nipoti, chiamati anch'essi figli, e "adottati" con il solo consenso dei genitori naturali;
- *parenti prossimi* che prossimi non sono se non in quanto vicini di casa o provenienti dallo stesso luogo di origine.

Altri cambiamenti sono in atto nelle culture degli immigrati, che si trovano a doversi adattare

alla cultura italiana, anche rispetto ai ruoli ricoperti dai singoli membri, sia all'interno del nucleo che all'esterno; ruoli genitoriali e parentali, di genere, filiali (3).

I colloqui che gli assistenti sociali, in special modo quelli che operano nel Servizio Materno-infantile della ASL, effettuano, con l'utenza straniera, spesso riguardano:

- *tempi e ritmi della vita riproduttiva della donna*: subordinati ai tempi maschili, per cui si ha la sensazione che, all'interno della coppia, sia scarsa la contrattualità e che siano le situazioni contingenti a determinare le scelte che, spesso, non sono condivise, in ugual misura, da entrambi;
- *gravidanza*: spesso le donne straniere fanno riferimento ad una cultura non medica; nel loro paese hanno una rete di relazioni parentali che crea una socializzazione interna nelle "questioni" delle donne -a volte l'IVG (interruzione volontaria della gravidanza) (4) viene chiesta perché la donna, da poco arrivata in Italia, si sente sola e spaventata-;
- *accudimento dei bambini*: le madri, di solito, ripropongono quanto appreso dalle proprie madri, cosa che, a volte, è in contrasto con le "regole di puericultura" del nostro paese; si chiede loro -che sono già in una situazione di frattura con i propri comportamenti tradizionali- di "imparare" un nuovo modo di accudimento dei figli;
- *alimentazione*: continuano ad essere cucinati i cibi che si mangiavano nel paese di provenienza, non viene considerato il cambiamento climatico e si mangia ad orari diversi da quelli abituali per potersi incontrare, tra familiari, almeno una volta al giorno (es. famiglie in cui il capofamiglia lavora nei ristoranti, fanno colazione alle ore 11, pranzo alle ore 16/17 e cena alle ore 2/3);
- *inserimento scolastico*: non sempre si comprende l'utilità dell'inserimento dei bambini nelle scuole dell'infanzia e, spesso, il proseguimento degli studi nelle scuole superiori è ritenuto superfluo per le ragazze; i bambini nati in Italia non si sentono stranieri ma non sono italiani e, a volte, si rifiutano di parlare la lingua madre perché vogliono integrarsi;
- *problemi adolescenziali*: i genitori non capiscono più i figli e viceversa. Ogni genitore cerca di trasmettere ai figli un patrimonio di valori e comportamenti appartenenti alla propria cultura. Per la famiglia immigrata questo comporta delle difficoltà perché le viene chiesto di mediare tra le proprie origini e quelle del nuovo paese; spesso si tratta di abolire, e non mediare, la cultura di origine per adeguarsi a nuove regole di vita. Soprattutto se il bambino, nato nel proprio paese, arriva da noi in età prescolare, vivrà in prima persona il disagio dell'inserimento e dell'adattamento e tenderà (per difesa, per bisogno di farsi accettare dai coetanei, etc.) ad accogliere più velocemente dei genitori, la cultura del paese ospitante allontanandosi da quella familiare. Ancor più evidenti sono i disagi nelle seconde generazioni.

A volte, tragedie vissute prima di arrivare nel paese ospitante, difficoltà di inserimento personale, di adattamento ad una vita -spesso completamente differente da quella vissuta fino ad allora-, il dover apprendere una nuova lingua, il trovarsi soli, la ricerca di un alloggio ed un lavoro adeguati, la disillusione per non riuscire a raggiungere ciò che si sognava, generano,

nelle persone immigrate, condizioni di forte stress -che nascono non da carenze personali ma dal contesto in cui si trovano-, per cui la persona “non ce la fa e scoppia” e allora il ricorso ai CSM (servizi di salute mentale) o ai Ser.D (servizi per le dipendenze) diventa ancora più difficile che per gli italiani.

È complicato dare adeguate risposte alle problematiche di questa fascia di utenza, appartenente ad etnie diverse, tutte portatrici di culture e saperi che, non sempre, corrispondono al nostro consueto modo di pensare ed agire.

Come evidenziato dal Rapporto dell'OECD/CNEL - *L'integrazione degli immigrati e dei loro figli in Italia* (5), in Italia dal 1980 al 2012, sono stati attuati ben otto programmi specifici rivolti agli immigrati per la loro regolarizzazione, accoglienza ed integrazione; però, come scrive L. Zanfrini, “*Il modello d'integrazione italiano è ancora oggi in via di costruzione. I Paesi mediterranei infatti hanno raggiunto molto lentamente la consapevolezza del loro nuovo ruolo nel sistema migratorio internazionale e dell'esistenza di un fabbisogno di manodopera di importazione. In Italia un ritardo di comprensione di questo tipo, ha rallentato l'elaborazione di un modello di politica migratoria, lasciando spazio, per contro, ad un alternarsi di politiche incerte, con una forte delega della gestione agli enti locali e istituzioni religiose e laiche della società civile. D'altra parte c'è chi considera l'Italia come un paese che, con alcune sue leggi (in particolare con la legge Turco-Napolitano n.40 del 1998, ispirato dalla visione dell'immigrazione come elemento ormai strutturale della società contemporanea), ha anticipato, o meglio si è trovata in sintonia con le politiche migratorie di integrazione “caldeggiate” dalla Commissione europea, in particolar modo con il Trattato di Amsterdam, e teso a “comunitarizzare” progressivamente la materia al riguardo di visti, asilo, immigrazione e altre politiche connesse con la libera circolazione delle persone*” (6).

Non è facile definire l'*integrazione*: integrarsi vuol dire rinunciare ad una parte della propria identità? oppure perderla del tutto? Quando si è, o ci si sente, integrati?

Molte e differenti possono essere le risposte.

L'immigrazione coinvolge non solo le persone che si trasferiscono da un Paese all'altro ma anche e, soprattutto, la società che le ospita e che cerca di inserirle nel proprio tessuto sociale.

Diversi sono i modelli proposti da vari autori: V. Cesareo: assimilativo, pluralista, di scambio culturale (7); G. Rossi: di fusione, assimilativo, funzionalista, multiculturalista (8); e diversi quelli applicati dalle nazioni europee: in Gran Bretagna l'approccio multiculturalista; in Germania il modello d'incorporazione ispirato all'esclusione differenziale, in Francia quello dell'assimilazione culturale (6).

In Italia, l'attuale normativa per l'integrazione degli immigrati, è in gran parte definita dalla legge n. 94 del 2009 (entrata in vigore nel marzo 2012) e dal, conseguente, “Piano per l'integrazione nella sicurezza: Identità e Incontro” adottato nel 2010; esso è articolato su cinque assi principali: lavoro, accesso ai servizi essenziali, minori e seconde generazioni, istruzione e apprendimento (9).

Purtroppo, come afferma la L. Zanfrini: “*Uno degli aspetti negativi più rilevanti della normativa*

riguarda la sua concreta attuazione, che viene sistematicamente ostacolata dall'inefficienza della burocrazia italiana, da un'inadeguata informazione degli attori istituzionali chiamata ad applicarla e da un'eccessiva discrezionalità amministrativa e diversificazione territoriale nella sua applicazione" (6).

Tra i servizi essenziali, evidenziati dal Piano, c'è la **salute**: l'immigrato si impegna al punto iii) *di acquisire una sufficiente conoscenza della vita civile italiana (in particolar modo per quanto riguarda sanità, istruzione, servizi sociali, ecc); lo Stato italiano si impegna al punto iv) a garantire l'accesso ai servizi sanitari e alla scuola dell'obbligo (9).*

Per accedere a tali servizi sono rilevanti sia la comunicazione che l'informazione.

Un livello essenziale, per promuovere un'effettiva integrazione sociale della popolazione immigrata, è costituito anche dal corretto accesso ai servizi e ai presidi socio-sanitari presenti sul territorio. In questi anni il riconoscimento giuridico del diritto all'assistenza sanitaria per i cittadini immigrati non è stato sufficiente a garantirne l'accesso; emblematico è il frequente utilizzo inappropriato dei servizi (es. l'accesso indifferenziato al pronto soccorso).

Maria Edoarda Trillò (pediatra, responsabile del Servizio Materno Infantile della ex ASL Roma C, collega di Consultorio e amica, con la quale sono stati condivisi molti anni lavorativi) sosteneva che: *"Non vi sono differenze tra ciò che chiedono ai Servizi Sanitari le persone che vi si rivolgono, siano esse straniere o autoctone"; che "...la persona straniera non è un individuo "con bisogni speciali" o che ha bisogno di risposte particolari. È una persona che ha bisogno di capire e di essere capita e per questo più vulnerabile» (10).*

Scrivendo che tutte le persone che si rivolgono ai servizi sanitari desiderano: comprendere cosa stia loro accadendo, aiuto a risolvere problemi di salute, riuscire a comunicare, percorsi assistenziali e diagnostici integrati, facile accessibilità ai servizi, percorsi di prevenzione, stare bene con se stessi, con i bambini e la famiglia" (10).

E ancora, evidenziava: *"... (che è) essenziale facilitare l'accesso ai servizi, specie a quelli territoriali ad alta valenza preventiva utilizzando materiale informativo nelle varie lingue, anche con interventi tesi a contrastare sia le difficoltà di orientamento, all'interno della rete dei servizi, che le incomprensioni linguistiche e le resistenze di natura culturale (che rendono spesso precario e insoddisfacente l'incontro tra cittadini immigrati e servizi socio sanitari); l'importanza dell'ascolto attivo; ed infine l'aiuto dei Mediatori Culturali per facilitare il reciproco dialogo, e favorire la comprensione di elementi che spesso restano invisibili" (11).*

Per tutti noi è la salute che riveste la principale importanza nella vita; ancor di più per chi non vive nel proprio paese e si trova "senza radici" o famiglia.

Oggi, gli assistenti sociali che lavorano nei Servizi Sanitari, -ma non solo- si trovano ad affrontare situazioni multi-problematiche; le persone che si presentano ai servizi non hanno un problema ma pongono vari quesiti, esprimono bisogni multipli, spesso tutti di prima necessità: dalla richiesta sanitaria si passa ad affrontare altre problematiche, che spesso sconfinano dal "mandato" del Servizio in cui l'operatore lavora. I problemi si presentano "a grappolo" e non

è facile fornire risposte adeguate, anche perché rispecchiano la complessità della società e del momento in cui viviamo.

Non c'è una "ricetta" per superare i problemi, per trovare soluzioni, ed anche gli operatori più esperti in *problem-solving* trovano difficoltà.

Quando poi le persone sono immigrate, il disagio aumenta perché si aggiungono anche le difficoltà di comunicazione e comprensione linguistiche e culturali.

L'efficacia della comunicazione, inoltre, non dipende soltanto dalla competenza ma dalla capacità di farsi "sentire, riconoscere e percepire", da chi chiede, come persona di cui ci si può "fidare" e alla quale ci si può "affidare"; è necessario che si attui un rapporto fiduciario tra operatore ed "immigrato". E la fiducia si conquista...

L'esperienza ha insegnato che non è sufficiente avere professionalità: l'accoglienza, la disponibilità all'ascolto, la presa in carico, il saper fare, deve andare di pari passo col saper essere (12). Nella relazione d'aiuto l'operatore, sociale o sanitario che sia, si deve mettere in gioco anche come persona. Solo se c'è un riconoscimento e si stabilisce una relazione empatica con l'altro il rapporto può funzionare.

L'immigrazione è un processo importante ed inizia sempre con *l'accoglienza e l'accettazione* che ne sono uno snodo rilevante: solo se si è "accettati" si accetta.

L'assistente sociale (anche per la specificità di questa professione) può senz'altro contribuire all'integrazione della popolazione immigrata. Si tratta, da parte dell'operatore, di:

- affrontare i problemi rinunciando ai vecchi schemi che, certamente, danno più sicurezza a chi li conosce e li applica da tempo, ma che oggi, con la quantità di richieste che vengono poste ed il sempre minor numero di operatori presenti nei servizi, contribuiscono ad aumentarne il *burn-out*. Gli operatori si sentono spesso impotenti, privi di mezzi perché non riescono a fornire adeguate risposte ai problemi delle persone con cui, molte volte, non condividono né nazionalità né cultura. Questo deve portare inevitabilmente a ripensare anche il proprio ruolo non solo professionale ma anche personale, costringere a non dare nulla per scontato, a vedere la vita sotto prospettive diverse, ad uscire dalle "certezze" statiche per inventarsi nuove modalità atte ad affrontare i problemi posti.
- attuare metodologie ottimali comuni ad altri servizi -e si è certi di non scrivere nulla di nuovo-: la metodologia di intervento potrebbe essere migliorata se potesse essere applicata quella utilizzata nel Consultorio Familiare (13) (là dove il Consultorio Familiare continua a mantenere la propria identità, esso si rivela un ottimo strumento di collegamento tra: l'utente, il Servizio sanitario e le altre strutture di assistenza). Questo anche per la specificità delle materie di competenza di tale servizio che affrontano fondamentali problemi della vita quotidiana e della famiglia. In particolare, la metodologia in esso adottata, che pone molta cura nel primo colloquio di accoglienza – effettuato, in genere, dall'assistente sociale –, è utile per instaurare una relazione e comprendere l'effettiva richiesta sottesa, spesso, a quella verbale e si è rivelato un notevole strumento per l'individuazione dei disagi familiari-che si

ripercuotono inevitabilmente sui minori e sulla società in genere- nonché valido strumento di prevenzione.

Quindi:

- incrementare il lavoro in équipe tra le varie figure professionali presenti in cui la componente sociale deve essere strettamente legata a quella sanitaria;
- ampliare lo spazio dedicato all'accoglienza e, soprattutto, all'ascolto attivo: per instaurare una relazione significativa senza sostituirsi all'utenza ma costruendo uno spazio per riflettere insieme, tenendo conto della propria e dell'altrui cultura, proponendo percorsi di crescita comuni;
- utilizzare lo scambio di esperienze tra i vari operatori per osservare "dal di fuori" il lavoro svolto (intervisione), per rivedere gli aspetti dell'intervento -positivi e non-, per evitare di dare per scontato ciò che non lo è;
- attivare la messa in rete con altri servizi, oltre che una rete istituzionale, che coinvolga tutti i servizi pubblici e del volontariato sociale ed i sistemi in rete tra le risorse esistenti studiate e progettate per far fronte ai bisogni multipli -spesso di prima necessità-, utile per la prevenzione del bisogno e per una sua puntuale e precoce rilevazione;
- progettare interventi, nei confronti di quelle fasi più critiche e complesse che mettono a dura prova la stabilità individuale e del nucleo familiare (quali: matrimonio, separazione, ivg, nascita di figli, adolescenza, ricongiungimento familiare, etc.), con la rilevazione delle più efficaci modalità operative utilizzate nei servizi per adottarle in ogni realtà anche tramite la definizione di protocolli operativi omogenei;
- mettersi in gioco, rinunciando a quel "distacco" che viene in aiuto anche dall'essere "al di qua" della scrivania (per non essere coinvolti troppo nelle emozioni). Non si vuole, con questo, affermare che non sia importante mantenere un certo distacco -questo è senz'altro indispensabile per cercare di essere obiettivi- ma, per poter instaurare una relazione significativa, è necessario anche condividere empaticamente i problemi delle persone che ci chiedono aiuto. È il vecchio "mettersi nei panni altrui".

Trattare gli utenti prima di tutto come persone fa parte della deontologia dell'assistente sociale, ma mettere in ballo anche le proprie emozioni, contribuisce ad allentare la propria e loro tensione, a creare quel rapporto fiduciario essenziale in ogni relazione, non solo in quella "di aiuto".

Di questi tempi in cui la "fiducia sociale" è in profonda crisi ed in cui le parole dominanti sono: "paura e diffidenza", "responsabilità penale dell'operatore", "consenso informato per prevenire denunce", la fiducia è una merce rara.

Non sempre si comprende che il rapporto fondato sulla fiducia, una volta instaurato, si riproduce e non si esaurisce ed è indispensabile per ricominciare a "fare società".

Si desidera chiudere con una citazione che più volte Maria Edoarda ha utilizzato al termine delle sue lezioni: **il percorso delle persone vulnerabili all'interno dei servizi è un indicatore della qualità quotidiana degli stessi** (14).

BIBLIOGRAFIA

1. Canti popolari salentini (S. Vito dei Normanni), La mejo giuventù, La terra del rimorso. Disponibile al link <http://w.w.w.laterradelrimorso.it/lamericanu>.
2. IDOS a cura di Dossier Statistico Immigrazione 2016; 2016.
3. Coccia M. L'operatore del Consultorio Familiare. In: Valle Pittalunga M, Carboni V a cura di Immigrati, migranti, residenti, Diploma Universitario in Servizio Sociale, Università degli studi di Roma La Sapienza, 2001, pp.231-240.
4. L. 194/78 Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza.
5. Rapporto CNEL-OCSE, L'integrazione degli immigrati e dei loro figli in Italia 2014; OECD Publishing, pp. 48-53.
6. Zanfrini L. Sociologia della convivenza interetnica. Milano: Laterza; 2010, pp. 29-55.
7. Cesareo V. Studi e riflessioni per lo sviluppo del dialogo interculturali. In: Demarchi C, Papa N, Storti N, a cura di Per una città delle culture. Dialogo interculturale e scuola. Atti del Convegno Nazionale 8-9 maggio 1997, Quaderni ISMU 3/1998, p. 16.
8. Rossi G. Quali modelli di integrazione possibile per una società interculturale? In Bramanti D a cura di Generare luoghi di integrazione. Modelli di buone pratiche in Italia e all'estero. Milano: Franco Angeli, 2011; pp. 15-23.
9. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali Piano per l'integrazione nella sicurezza: Identità e Incontro; 2010
10. Trillò M E. Corso aggiornamento per operatori socio-sanitari, Matera 2013/2014.
11. Trillò M E, I colori della salute. Piano formativo aziendale, ASL Roma C 1997; II (2):13-17.
12. Coccia M. L'accoglienza in un Consultorio familiare. Prospettive sociali e sanitarie 2003; XXXIII (9): 17-18.
13. L.405/75 Istituzione dei Consultori Familiari; L.R. Lazio 15/76, Istituzione del Servizio di assistenza alla famiglia e di educazione alla maternità e paternità responsabili.
14. Prodi M. Etnopediatria- Milano:Hippocrates; 2004.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno