

APPROCCI SANITARI E BUONE PRATICHE NELL'ASSISTENZA ALLE DONNE MIGRANTI: L'ESEMPIO DELLA SLOVENIA

Mirko Prosen, Karmen Medica, Sabina Ličen, Doroteja Rebec, Igor Karnjuš, Urška Bogataj
Università del Litorale di Capodistria

1. Introduzione

Le credenze e le pratiche connesse con la salute prendono la loro forma nel contesto della vita quotidiana, cioè nell'ambito di universi culturali e sociali. La salute in sé è spesso definita da persone provenienti da diversi ambienti culturali come assenza di malattia, e si basa sulla percezione individuale del benessere e della salute personale; su credenze e pratiche familiari e culturali; su sistemi socioculturali di convinzioni e credenze in interazione dinamica con il contesto dell'ambiente in cui vivono; e sulle convinzioni sulla struttura e le funzioni del corpo come dei confini corporei (Anderson *et al.*, 2010). Gli operatori sanitari devono oggi relazionarsi con una popolazione di pazienti molto diversificata in conseguenza dei fenomeni migratori su scala globale. Questa diversità culturale rappresenta una sfida per qualsiasi sistema sanitario. Gli studi hanno dimostrato che l'esperienza degli operatori sanitari che si occupano di pazienti culturalmente diversi è spesso definita impegnativa e frustrante. Perciò, la conoscenza dell'altra cultura e la comprensione della cultura del paziente da parte dei professionisti sono fattori cruciali nel fornire assistenza culturalmente competente (Amiri *et al.*, 2016). Per soddisfare le esigenze particolari e diversificate dei pazienti è imperativo che tutti gli operatori sanitari comprendano l'importanza delle differenze culturali, e valutando, incorporando ed esaminando i propri valori e convinzioni relativi alla salute e quelli dell'istituzione sanitaria in cui operano, sostengano il principio del rispetto delle persone e l'ideale della cura transculturale (Bjarnason *et al.*, 2009).

La mancanza di conoscenza dovuta a ignoranza, etnocentrismo, stereotipi o pregiudizi razziali nelle società di accoglienza ha il potere di privare le persone dei loro diritti umani e di precludere loro assistenza e sostegno adeguati. Quando migranti, rifugiati o minoranze etniche non accedono ai servizi esistenti, è molto più facile supporre che siano stati loro a scegliere di non usarli piuttosto che esaminare l'adeguatezza di ciò che viene loro offerto (Tilki, 2006). Tutti gli esseri umani hanno il diritto a un'assistenza sanitaria egualitaria e libera da pregiudizi. Sebbene la maggior parte degli operatori sanitari si sforzi di fornire cure di pari qualità a tutti i pazienti, è necessario sottolineare che un'assistenza adeguata e ugualitaria significa valutare le esigenze dei pazienti e rispondere ai loro bisogni (Dreachslin *et al.*, 2012). Ciò significa anche rispondere ai bisogni culturali e sociali dei pazienti, poiché è un obbligo legale e morale per tutti gli operatori sanitari essere culturalmente competenti al fine di fornire assistenza altrettanto culturalmente competente (Repo *et al.*, 2017). Repo *et al.* (2017) hanno identificato diversi fattori associati allo sviluppo delle competenze culturali, in particolare tra infermieri, come un più alto livello di istruzione, l'esperienza lavorativa, la formazione supplementare sull'assistenza multiculturale, etnocentrismo, abilità comunicative, di interazione e linguistiche.

La competenza interculturale può essere definita come la capacità di un infermiere, di un'ostetrica o di qualsiasi altro operatore sanitario di fornire al paziente, alla famiglia o alla comunità un'assistenza culturalmente sensibile e competente, prendendo in considerazione i loro valori, convinzioni, costumi e abitudini, e incorporandoli nella pianificazione del trattamento. Chi assiste dovrebbe accettare e rispettare la diversità culturale, la cui consapevolezza è acquisita attraverso la conoscenza e lo sviluppo delle competenze professionali (Prosen, 2018).

¹ Gli autori desiderano ringraziare Jana Čelhar, RN, Manager Infermiera (Ospedale di Postumia), per il suo aiuto nell'organizzare il focus group e tutti i professionisti sanitari che hanno partecipato e hanno espresso la loro opinione sull'assistenza sanitaria multiculturale delle donne migranti.

Le competenze (inter)culturali possono sostenere gli operatori sanitari nel soddisfare le esigenze culturali e di comunicazione dei pazienti e sono fondamentali per un'assistenza di alta qualità e centrata sul paziente (Papadopoulos *et al.*, 2016). Lo sviluppo delle competenze interculturali è un processo dinamico, continuo e permanente (Prosen, 2018) profondamente influenzato dalla società in cui esse sono sviluppate (Repo *et al.*, 2017). Perché gli operatori sanitari possano fornire un'assistenza culturalmente competente, è necessario integrare i contenuti della diversità culturale nell'educazione sia formale che informale (Prosen, 2015; Prosen, 2018; Prosen *et al.*, 2017) fornendo al tempo stesso una serie di linee guida cliniche. Queste ultime dovrebbero, almeno in una certa misura, assicurare agli operatori sanitari un'adeguata conoscenza culturale, competenze e approcci per consentire loro di rispondere ai bisogni dei pazienti con rispetto, compassione e comprensione (Papadopoulos *et al.*, 2016).

Uno degli obiettivi principali del progetto INTEGRA è anche quello di esplorare l'approccio degli operatori sanitari nei confronti delle donne migranti che incontrano come pazienti in ambito clinico e le loro esperienze nel fornire assistenza. L'enfasi è posta sulle sfide e sulle difficoltà nell'assistenza sanitaria e nell'assicurare cure culturalmente competenti, nonché sulle buone pratiche che sono state stabilite nel contesto clinico.

2. Metodi

Il rapporto presenta i risultati preliminari di un'analisi qualitativa finalizzata all'esplorazione delle esperienze e delle percezioni degli operatori sanitari riguardo l'assistenza sanitaria alle donne migranti in contesti clinici.

Il design della ricerca è basato su un approccio qualitativo; in particolare è scelto il metodo del focus group. In questo modo l'interazione tra i partecipanti genera dati che di solito non emergono usando altri metodi di raccolta dei dati come l'intervista individuale (Bluff, 2006). Il gruppo di discussione era composto di 8 partecipanti, operatori sanitari impiegati in ambito clinico al livello secondario dell'assistenza sanitaria. Il focus group è stato organizzato nell'agosto 2018.

I dati sono stati raccolti utilizzando interviste semi-strutturate, audio-registrate e trascritte integralmente. La guida all'intervista si basava sugli obiettivi del progetto INTEGRA e includeva 11 domande principali (ad esempio, "Puoi parlarmi di come vedi i migranti in ambito clinico?", "Puoi parlarmi degli ostacoli più comuni quando offri assistenza a donne migranti?", "Puoi parlarmi delle tue esperienze con interpreti/traduttori?", "Puoi parlarmi delle tue esperienze positive con pazienti migranti?", "Puoi parlarmi delle tue esperienze negative con pazienti migranti?", "Puoi dirmi se ti è stato mai chiesto di modificare procedure o pratiche di routine a causa di problemi culturali?", "Puoi dirmi di cosa hanno bisogno gli operatori sanitari come te per poter fornire un'assistenza culturalmente competente?"). In alcuni casi sono state poste ulteriori sotto-domande in modo da chiarire alcuni aspetti della discussione.

Tutti i partecipanti sono stati informati su finalità, obiettivi e sul metodo utilizzato. È stato sottolineato il rispetto dell'anonimato e la volontarietà della partecipazione. I partecipanti che hanno deciso di prendere parte allo studio qualitativo hanno dovuto dare il consenso scritto. Lo studio è stato condotto in conformità con la Dichiarazione di Helsinki-Tokyo (World Medical Association, 2013), il Codice etico per infermieri e assistenti infermieristici della Slovenia (2014) e le raccomandazioni per l'etica nella ricerca qualitativa (British Sociological Association, 2002). Lo studio è stato approvato dalla Commissione per l'Etica Medica della Repubblica di Slovenia (26. 10. 2017; 0120-544 / 2017/7).

L'analisi qualitativa dei dati è stata eseguita utilizzando il software NVivo ver. 12 (QRS International, Victoria, Australia). Le trascrizioni sono state analizzate con il metodo dell'analisi del contenuto, nello specifico dell'analisi tematica (Flick, 2002; Gibson and Brown, 2009; Matthews and Ross, 2010; Riessman, 2008; Sandelowski, 2000; Smythe, 2012). L'approccio della riduzione dei

dati non è stato utilizzato in questa fase dell'analisi in modo che tutti gli aspetti degli operatori sanitari possano essere considerati nella successiva preparazione delle linee guida.

3. Risultati

3.1 Analisi qualitativa

Il focus group era composto da otto operatori sanitari che hanno volontariamente deciso di prendere parte alla ricerca. Tutti i partecipanti sono donne impiegate presso l'Ospedale ginecologico e materno di Postumia. Tra queste, cinque hanno terminato il corso di laurea in Infermieristica e tre sono assistenti infermieristiche (scuola professionale). L'esperienza lavorativa media dei partecipanti è di 18,3 anni (SD = 12,8), con la più breve di 3 e la più lunga di 35. Tutti i partecipanti sono direttamente coinvolti nell'assistenza infermieristica di pazienti donne al livello secondario di assistenza sanitaria.

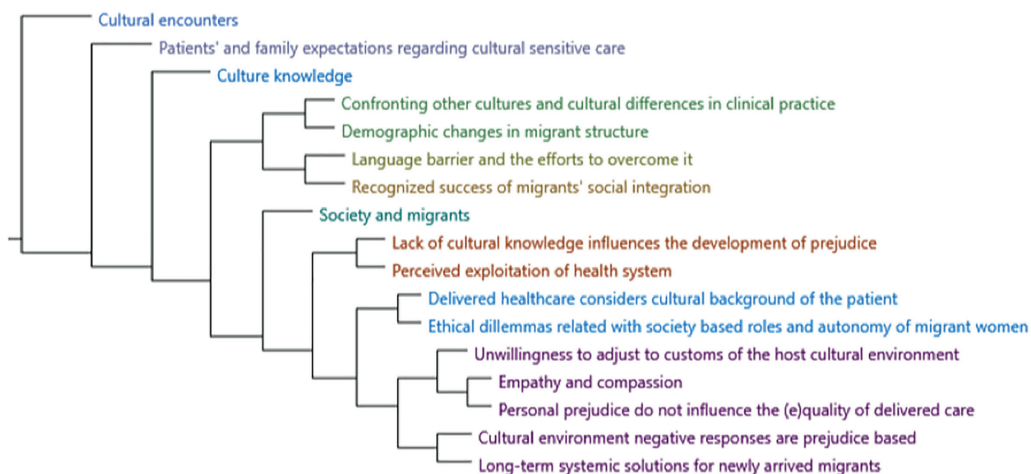
L'analisi preliminare, prima di intraprendere l'analisi tematica, ha incluso la frequenza delle parole (Fig. 1) e l'analisi dei cluster, cioè la comparazione della somiglianza tra parole e tra codifiche in relazione ai singoli casi (partecipanti). Gli elementi raggruppati con la somiglianza per parola (Figura 2) hanno dimostrato una forte relazione tra i casi e hanno confermato il raggruppamento dell'analisi tematica. Gli elementi raggruppati per similarità di codifica hanno anche dimostrato forti relazioni tra i codici, come misurato dall'Indice Jaccard ($J = 1$).

Fig. 1 - Frequenza delle parole nel testo codificato in sloveno (lunghezza minima 6 lettere/ 1000 parole)



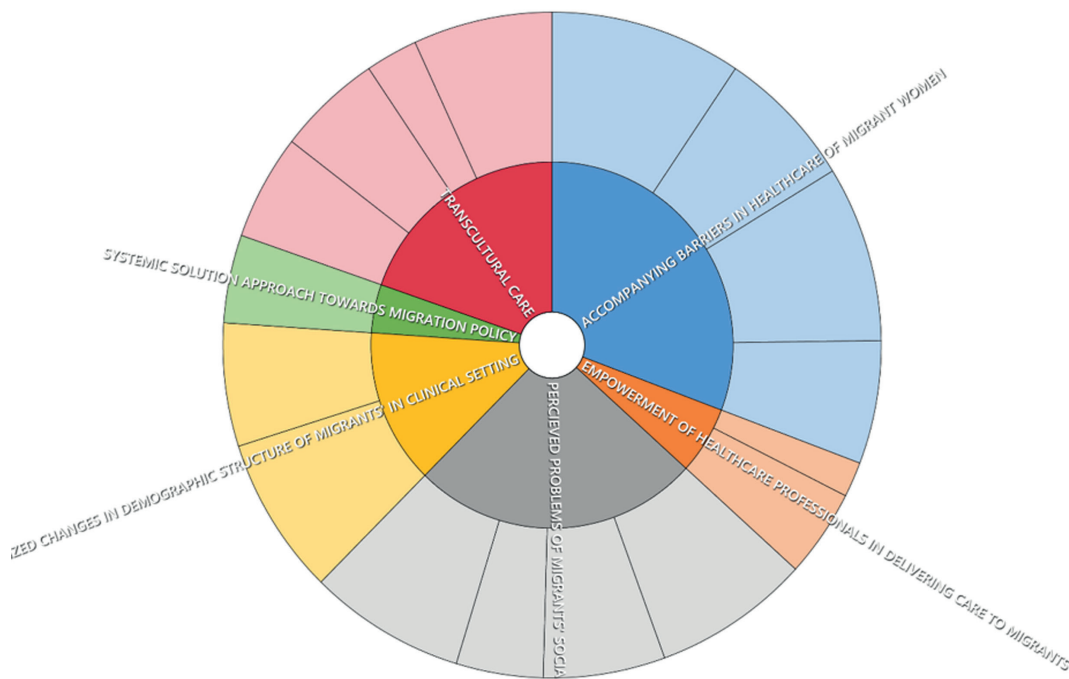
Fig. 2 - Casi raggruppati in base alla somiglianza di parole

Items clustered by word similarity



La Fig. 3 presenta la struttura dei codici/riferimenti relativi a ciascun tema identificato.

Fig. 3 - Confronto (temi principali) per numero di riferimenti codificati



L'analisi tematica ha identificato sei temi principali che chiariscono le esperienze e le percezioni degli operatori sanitari riguardo all'assistenza alle donne migranti in contesti clinici. Questi temi preliminari, insieme ai temi secondari, sono presentati nella Tab. 1. La riduzione dei dati non è stata applicata.

Tab. 1: Temi e sottotemi preliminari identificati dall'analisi tematica

Temi	Sotto-temi
CAMBIAMENTI RICONOSCIUTI NELLA STRUTTURA DEMOGRAFICA DEI MIGRANTI IN CONTESTI CLINICI	Cambiamenti demografici nella struttura dei migranti in contesti clinici
	Confrontarsi con altre culture e differenze culturali nella pratica clinica
ASSISTENZA SANITARIA TRANSCULTURALE	Empatia e compassione
	L'assistenza prestata tiene conto del background culturale della paziente
	I pregiudizi personali non influenzano la (e)qualità delle cure fornite
	Aspettative dei pazienti e della famiglia riguardo a cure culturalmente competenti
OSTACOLI CONNESSI ALL'ASSISTENZA DELLE DONNE MIGRANTI	Barriere linguistiche e sforzi per superarle
	Dilemmi etici legati ai ruoli sociali culturalmente determinati e all'autonomia della donna
	Percezione dello sfruttamento del sistema sanitario
	La mancanza di conoscenza culturale influenza lo sviluppo di pregiudizi
EMPOWERMENT DEGLI OPERATORI SANITARI NELL'ASSISTENZA AI MIGRANTI	Conoscenza di altre culture
	Incontri con altre culture
PROBLEMI PERCEPITI NELL'INTEGRAZIONE SOCIALE DEI MIGRANTI	Reazioni negative basate sul pregiudizio
	Riluttanza ad adattarsi alle abitudini dell'ambiente culturale ospitante
	Passi avanti riconosciuti nell'integrazione sociale dei migranti
	Società e migranti
SOLUZIONI SISTEMICHE PER LE PROBLEMATICHE CONNESSE CON I MIGRANTI	Soluzioni sistemiche a lungo termine per i migranti appena arrivati

4.1.1 Cambiamenti nella struttura demografica delle migranti in ambito clinico

Secondo le partecipanti, la struttura demografica delle donne migranti in ambito clinico non è quella che ci si aspetterebbe in considerazione delle attuali tendenze migratorie. Le donne provenienti da paesi come la Siria o dal Centro per stranieri o altri centri simili sono rare nel reparto maternità. Si è notata invece una forte migrazione dalle ex repubbliche jugoslave, e in particolare dal Kosovo, proprio a causa di motivi di salute (ad es. gravidanza). Nella pratica clinica, i pazienti di religione musulmana non sono rari, tuttavia nascono sempre più pratiche culturali nuove per gli operatori sanitari. L'esempio fornito dalle partecipanti è rappresentato dalle pazienti che indossano burka o niqab, in precedenza mai viste o rarissime in ambito clinico. Queste pratiche culturali e religiose spesso determinano le modalità di cura in ambito clinico. Un altro esempio riguarda il genere dell'operatore sanitario: le pazienti migranti preferiscono infatti essere assistite da donne. Anche le limitazioni del processo decisionale della donna rappresentano una novità per le partecipanti. In alcuni casi, infatti, il marito era l'unica persona con cui il personale sanitario poteva parlare riguardo alla salute della donna.

Le partecipanti hanno anche menzionato il fatto che sono sempre più numerose le pazienti provenienti da Russia e Ucraina e, di conseguenza, le credenze e abitudini riguardanti salute e malattia

sono legate alla Chiesa ortodossa russa. In questo caso, tuttavia, non sono state osservate differenze culturali importanti (rispetto a quelle delle partecipanti). Come riferito dalle partecipanti, in alcuni casi le migranti sono state considerate “non rispettose” delle abitudini culturali del paese ospitante e delle pratiche cliniche esistenti; tuttavia questo sarà ulteriormente discusso di seguito.

4.1.2 Cura transculturale

Gli operatori sanitari hanno dimostrato molta compassione ed empatia nei confronti dei migranti e della loro situazione. Questi due elementi fanno parte più o meno intensamente, dell’assistenza sanitaria “orientata al paziente”. L’empatia e la compassione non sono solo legate alla storia di vita delle donne, ma ad esempio anche all’impossibilità di garantire un traduttore appropriato per la donna. Tutti i partecipanti hanno dichiarato di provare a offrire cure ottimali a tutti, spiegando che la strategia organizzativa dell’istituzione sanitaria svolge un ruolo importante nell’assicurare la cura transculturale o interculturale, poiché impone come imperativo che i desideri e le esigenze dei pazienti siano rispettati. Sono stati forniti diversi esempi: assicurare l’assistenza sanitaria da parte di personale di genere femminile, consentire la presenza del marito durante l’esame vaginale, garantire una particolare alimentazione ecc.

Tuttavia, in due casi era evidente che l’opinione personale basata sulle esperienze con i migranti rifletteva rappresentazioni negative, che potevano essere caratterizzate come pregiudizi, a causa di differenze culturali percepite come non accettabili. Tuttavia è stato sottolineato che tutti i pazienti devono essere trattati alla pari. Come accennato, sono stati forniti diversi esempi (ad esempio, le donne durante il ricovero in ospedale nascondevano il fatto di capire l’inglese) che per alcuni operatori sono stati cruciali nel formare pregiudizi o semplicemente stereotipi. Nella maggior parte dei casi queste differenze percepite hanno origine dalla mancanza di conoscenza culturale. Inoltre è stato menzionato come le donne migranti e le loro famiglie (soprattutto chi risiede in Slovenia da uno o due anni) si aspettino che la loro cultura venga rispettata entrando nel sistema sanitario.

4.1.3 Ostacoli connessi all’assistenza sanitaria delle donne migranti

La barriera linguistica è stata riconosciuta dai partecipanti come uno dei principali ostacoli nel fornire assistenza sanitaria. Le partecipanti hanno anche menzionato i metodi che usano per superare questa barriera, poiché come riportato da loro, questa problematica manca di una soluzione sistemica appropriata. Come detto, “sono lasciati soli” nel trovare soluzioni che in alcuni casi sono anche “molto innovative”. La lingua albanese è percepita come la più difficile per i professionisti del settore sanitario. In alcuni casi la traduzione è eseguita del marito, il che per alcuni operatori sanitari non è auspicabile; in altri casi ci si è rivolti a una donna della comunità albanese che viveva nelle vicinanze, o le donne migranti hanno portato qualcuno per la traduzione. In passato anche una persona di origine albanese che lavorava nell’ospedale ha aiutato nella traduzione; in alcuni casi è stato utilizzato il dizionario, sia in formato cartaceo, sia come servizio “Google traduttore” sui telefoni cellulari.

Il problema che i professionisti sanitari mettono maggiormente in evidenza è la mancanza di servizi di traduzione che siano attivi 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Ciò si avverte ancor di più durante la notte, quando si sentono del tutto “lasciati a sé stessi”. Per altre culture che incontrano nella pratica clinica la barriera linguistica è vista come un ostacolo minore (ad esempio molti pazienti capiscono o parlano inglese, altre migranti parlano una lingua anch’essa del ceppo slavo ecc.). Tuttavia la possibilità di non spiegare le cose ai pazienti è molto frustrante e problematica per gli operatori sanitari.

La seconda barriera che viene percepita dagli operatori sanitari e che richiederà in futuro un’at-

tenzione particolare è costituita dai ruoli culturalmente determinati delle donne definiti e dall'autonomia di queste ultime, che nel contesto clinico spesso viene ridotta dal marito o dalla famiglia. Come è stato sottolineato, finora gli operatori sanitari erano soliti comunicare direttamente con la paziente; tuttavia, sono in aumento i casi in cui il marito era presente all'esame ginecologico e ha richiesto informazioni sulla salute della moglie. Gli operatori sanitari percepiscono questi casi come "estremi" e sottolineano che spesso si trovano di fronte a un dilemma etico poiché si rendono conto che i codici etici suggeriscono qualcosa di diverso.

In questo contesto, gli operatori sanitari sono ben consapevoli del fatto che se non consentissero, ad esempio, la presenza di un marito durante l'esame vaginale, la donna non si recherebbe più dal ginecologo né parteciperebbe a campagne di screening (ad es. il pap test). Nel discutere della barriera linguistica e della condizione sociale delle donne, le partecipanti hanno commentato alcuni casi simili dal contesto clinico, in cui la paziente (musulmana), accompagnata dal marito, non capiva una parola di sloveno quando parlava con operatori sanitari (ostetrica o infermiera), mentre quando il marito lasciava l'ospedale (o la stanza), la donna capiva lo sloveno e cercava persino di rispondere in sloveno.

In molti casi gli operatori sanitari hanno identificato nel loro parere tentativi di "sfruttamento" del sistema sanitario da parte delle donne migranti o delle loro famiglie. Ciò è percepito come ingiusto nei confronti degli altri pazienti. I partecipanti hanno fornito alcuni esempi di "sfruttamento" percepito correlato al mancato rispetto delle regole ospedaliere (ad esempio delle limitazioni al numero di visitatori, o il fatto di recarsi dal medico senza appuntamento, indipendentemente dal giorno e dall'ora, o comportamenti inappropriati). In questo contesto i partecipanti hanno sottolineato che cercano di evitare il conflitto (conflitto culturale) e hanno confessato che questo può essere piuttosto impegnativo. La percezione dello "sfruttamento" e le impressioni generali evidentemente influenzate dall'opinione pubblica prevalente, sembrano derivare anche dalla mancanza di conoscenza della cultura diversa dalla propria e da stereotipi su certe culture o sui migranti in generale.

4.1.4 Empowerment degli operatori sanitari nell'assistenza ai migranti

Attraverso il focus group i partecipanti hanno presentato due elementi che, a loro parere, contribuiscono notevolmente al loro *empowerment* nel trattare con donne migranti in contesti clinici: le conoscenze culturali e l'incontro con altre culture. Gli operatori sanitari riconoscono di non avere conoscenze culturali e competenze culturali adeguate per garantire un'assistenza sanitaria olistica ottimale, anche se cercano di offrire il meglio a tutti. La loro consapevolezza dell'importante ruolo che gli incontri con altre culture hanno nello sviluppare competenze culturali (o interculturali) è particolarmente importante. Allo stesso modo, le partecipanti sono consapevoli del fatto che gli incontri con altre culture riducono i pregiudizi e migliorano le capacità interculturali.

4.1.5 Problemi percepiti dell'integrazione sociale dei migranti

I partecipanti hanno inevitabilmente aperto un problema di integrazione sociale. Dai loro racconti si è visto come i migranti si trovino ancora di fronte a risposte negative da parte dell'ambiente in cui si trovano, anche se questo sta lentamente cambiando. Una delle infermiere descrive le sue esperienze con l'insediamento di migranti nella sua comunità. Gli abitanti, dopo due anni, vedono la loro presenza come positiva, tuttavia all'inizio, "quando i migranti erano appena arrivati nella nostra comunità" ... "i genitori dei bambini che frequentavano la scuola materna in cui erano stati inseriti anche i figli dei migranti sono stati i loro peggiori avversari". Alcune partecipanti hanno condiviso un'opinione secondo cui i migranti non hanno alcun desiderio di integrarsi (rifiutando di imparare lo sloveno, isolandosi in comunità "ghetto") o l'integrazione gli è "vietata". In questo contesto, una delle infermiere ha descritto un caso in cui ad una donna era stato proibito di

“interagire” con lei dal marito. Questa infermiera ha detto: “a volte bisogna stare attenti a non mettere la donna in pericolo (di fronte a suo marito)”. In relazione alle pratiche sanitarie, molte infermiere hanno sottolineato che molte donne migranti hanno preservato un approccio naturale alla gravidanza e un sacco di donne occidentali potrebbero imparare da loro, riferendosi a pratiche come l’allattamento al seno, la nutrizione in generale, la cura del neonato, ecc. Come uno di loro ha detto: “... tutto questo, nella loro cultura, funziona. Noi invece lo abbiamo completamente dimenticato.” Quando abbiamo ulteriormente elaborato, alcuni partecipanti hanno sottolineato che i migranti sono “inevitabili in ogni società” e che “per essere onesti abbiamo bisogno dei migranti... questo è chiaro. Non c’è alcuna possibilità che la nostra economia funzioni senza il loro contributo.”

4.1.6 Soluzioni sistemiche per le problematiche connesse con i migranti

I partecipanti hanno sottolineato che è necessario sviluppare nuove soluzioni sistemiche, poiché l’attuale politica sociale e sanitaria in materia di migranti è obsoleta e non riflette le esigenze attuali. Gli operatori sanitari hanno menzionato la possibilità di un apprendimento precoce delle lingue (non dopo 2 anni) come criterio per una migliore integrazione nel paese ospitante. Il corso di lingua slovena è stato riconosciuto dalle partecipanti come obbligatorio e alcuni lo hanno considerato condizione necessaria per la permanenza nel paese ospitante sin dall’inizio (condizione per il visto, l’asilo). I partecipanti hanno anche affermato che dovrebbero essere adottate alcune misure per una migliore integrazione (ad esempio assicurando un qualche tipo di occupazione).

5. Conclusioni

Una delle principali sfide che gli operatori sanitari devono affrontare al giorno d’oggi consiste nel riuscire ad assicurare cure culturalmente competenti in una società sempre più diversificata. Individui o gruppi ricercano un’assistenza sanitaria che risponda a bisogni culturali, credenze e comportamenti unici. Fornire assistenza mirata ai pazienti e alle famiglie richiede che gli operatori sanitari riconoscano la cultura dei primi, la propria cultura e il modo in cui entrambe influenzano il rapporto di cura nel suo complesso (Hart e Mareno, 2016). In questa prospettiva, le popolazioni migranti hanno esigenze di salute specifiche. I loro *pattern* di malattia possono essere molto diversi da quelli osservati nella popolazione locale, inoltre sono spesso marginalizzati e di conseguenza esposti a un rischio più elevato di malattie associate alla povertà. Spesso hanno un accesso limitato ai servizi sanitari a causa di problemi di comunicazione, mancanza di conoscenza dei servizi disponibili e la loro salute è sottoposta all’influsso di molti altri fattori relativi alla loro esperienza prima, durante e dopo l’arrivo nel paese ospitante (Taylor, 2006).

I risultati hanno dimostrato che gli operatori sanitari si trovano ad affrontare cambiamenti demografici nella struttura dei migranti, tuttavia questi cambiamenti non sono tanto demografici quanto culturali. Questi cambiamenti culturali stanno influenzando il modo in cui la pratica clinica costruisce il suo approccio verso determinati gruppi culturali. Lo sforzo di garantire un’assistenza culturalmente competente e sensibile è accompagnato da empatia e compassione. Sembrano essere presenti alcuni pregiudizi personali, tuttavia è presente anche la convinzione che ogni essere umano meriti parità di trattamento. Le “aspettative culturali” sono nell’opinione degli operatori sanitari, presenti soprattutto nelle migranti e dalle loro famiglie che risiedono in Slovenia da uno o due anni. I migranti appena arrivati richiedono raramente un simile approccio, per motivi abbastanza ovvi.

L’ostacolo principale nel fornire assistenza alle donne migranti, come è stato rilevato in numerosi studi (Hart e Mareno, 2016, Taylor, 2006), rimane la barriera linguistica, che colpisce sia i pazienti che gli operatori sanitari. Si è constatato che gli operatori sanitari spesso si sentono impotenti nel rapporto di cura proprio per queste barriere linguistiche e per l’impossibilità di superarle. Gli ope-

ratori sanitari sono alle prese con nuovi dilemmi etici, perché l'autonomia delle donne (pazienti) viene messa in discussione dalle loro tradizioni culturali. I ruoli di genere e il patriarcato in alcune culture sono spesso decisivi nel garantire la salute delle donne, ad es. senza la subordinazione della donna, la sua salute potrebbe essere in pericolo. Gli operatori sanitari vedono anche che i migranti, in particolare quelli che risiedono in Slovenia da alcuni anni, cercano modi per "sfruttare" il sistema sanitario. Questa percezione era presente in alcuni operatori nel descrivere le loro esperienze in determinati casi. La mancanza di conoscenza culturale è stata identificata dagli stessi operatori sanitari come una barriera all'assistenza culturalmente competente ed rappresenta spesso anche la ragione alla base di stereotipi e pregiudizi. Gli operatori sanitari sono ben consapevoli del fatto che la conoscenza di culture diverse, unitamente all'acquisizione di competenze culturali, rappresenta qualcosa di cui hanno estremo bisogno. In questo modo si sentirebbero meglio equipaggiati nell'assistere donne migranti in ambito clinico. Conoscenza delle altre culture, sensibilità culturale e competenze culturali sono aspetti critici dell'assistenza sanitaria, ma dovrebbero anche sostenere le strategie per la valutazione dei bisogni dei pazienti e per lo sviluppo dei servizi (Tilki, 2006).

5.1 Implicazioni per la pratica clinica

Il WP 3.1.2 ha evidenziato alcune questioni molto importanti rispetto all'assistenza alle donne migranti in contesti clinici. I risultati hanno confermato ancora una volta come il progetto INTEGRA venga incontro alle aspettative degli operatori sanitari, poiché al momento mancano almeno linee guida appropriate per garantire un'assistenza culturale competente. I risultati hanno anche confermato alcune implicazioni per la pratica clinica che sono state identificate già nel WP 3.1.1: le istituzioni sanitarie dovrebbero affrontare con maggiore attenzione il problema della barriera linguistica; sviluppare ulteriormente il ruolo dell'infermiere domiciliare nella comunità delle donne migranti; formazione per gli operatori sanitari sia di carattere formale (contenuto formale del curriculum) che informale (apprendimento permanente), compresa la formazione del personale di sostegno. Nelle implicazioni elencate il superamento della barriera linguistica è stato enfatizzato come una priorità e merita, secondo gli operatori sanitari, un'attenzione immediata da parte dei responsabili politici.

Alcune implicazioni cliniche aggiuntive potrebbero inoltre includere la promozione della coesione/inclusione sociale tra gli operatori sanitari; l'impiego di una forza lavoro sanitaria razzialmente ed etnicamente più diversificata (Hart e Mareno, 2016); un approccio "di squadra" al lavoro una continuità nell'assistenza fornita alle donne migranti in contesti clinici.

Riferimenti bibliografici

- Amiri R, Heydari A, Dehghan-Nayeri N, et al. (2016) Challenges of Transcultural Caring Among Health Workers in Mashhad-Iran: A Qualitative Study. *Global Journal of Health Science* 8: 203-211.
- Anderson NLR, Andrews M, Bent KN, et al. (2010) Chapter 5: Culturally Based Health and Illness Beliefs and Practices Across the Life Span. *Journal of Transcultural Nursing* 21: 152S-235S.
- Bjarnason D, Mick J, Thompson JA, et al. (2009) Perspectives on transcultural care. *Nurs Clin North Am* 44: 495-503.
- Bluff R. (2006) Interviewing in qualitative research. In: Cluet ER and Bluff R (eds) *Principles and practice of research in midwifery*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, 221-242.
- British Sociological Association. (2002) Statement of Ethical Practice for the British Sociological Association. British Sociological Association,.
- Dreachslin JL, Gilbert MJ and Malone B. (2012) *Diversity and Cultural Competence in Health Care : A Systems Approach*, Somerset, UNITED STATES: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Flick U. (2002) *An introduction to qualitative research*, London: Sage.
- Gibson WJ and Brown A. (2009) *Working with Qualitative Data*, London: Sage.
- Hart PL and Mareno N. (2016) Nurses' Perceptions of Their Cultural Competence in Caring for Diverse Patient Populations. *Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare* 6: 121-137.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije. (2014) Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije,.
- Matthews B and Ross L. (2010) *Research methods: A practical guide for the social sciences*, Essex: Pearsons Education Limited.
- Papadopoulos I, Shea S, Taylor G, et al. (2016) Developing tools to promote culturally competent compassion, courage, and intercultural communication in healthcare. *Journal of Compassionate Health Care* 3: 2.
- Prosen M. (2015) Introducing Transcultural Nursing Education: Implementation of Transcultural Nursing in the Postgraduate Nursing Curriculum. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 174: 149-155.
- Prosen M. (2018) Developing cross-cultural competences: opportunity for ensuring health and healthcare equality and equity. *Slovenian Nursing Review* 52: 76-80.
- Prosen M, Karnjuš I and Ličen S. (2017) Razvijanje medkulturnih kompetenc med študenti zdravstvene nege. In: Rutar S, Čotar Konrad S, Štemberger T, et al. (eds) *Vidiki internacionalizacije in kakovosti v visokem šolstvu*. Koper: University of Primorska Press, 139-153.
- Repo H, Vahlberg T, Salminen L, et al. (2017) The Cultural Competence of Graduating Nursing Students. *J Transcult Nurs* 28: 98-107.
- Riessman CK. (2008) *Narrative methods for the human sciences*, Los Angeles: Sage.
- Sandelowski M. (2000) Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health* 23: 334-340.
- Smythe E. (2012) Discerning which qualitative approach fits best. *New Zealand College of Midwives Journal* 46: 5-12.
- Taylor G. (2006) Migrants and refugees. In: Papadopoulos I (ed) *Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 45-64.
- Tilki M. (2006) Human rights and health inequalities: UK and EU policies and initiatives relating to the promotion of culturally competent care. In: Papadopoulos I (ed) *Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 25-44.
- World Medical Association. (2013) *World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. *Journal of the American Medical Association* 310: 2191-2194.