

SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA E INTEGRAZIONE SOCIALE: IL CASO DELLA SLOVENIA

Mirko Prosen, Doroteja Rebec, Urška Bogataj, Karmen Medica, Sabina Ličen

Università del Litorale, Facoltà di Scienze della Salute

Jana Čelhar, Jana Prosen, Martina Podobnik

Ospedale di Postumia, Reparti di Ostetricia e Ginecologia

1. Introduzione

Negli ultimi decenni, i modelli migratori sono cambiati radicalmente, specialmente se si considerano le modifiche nei fattori “push” e “pull” (Prosen *et al.*, 2017, Adanu e Johnson, 2009). Oltre ai bambini e ai minori non accompagnati (Prosen, 2015b), le donne sono probabilmente uno tra i gruppi di migranti più vulnerabili. Jayaweera (2018) riferisce che attualmente le donne rappresentano poco meno della metà dei migranti internazionali a livello globale, ma con grandi differenze regionali. In Europa, le donne migranti sono più numerose dei migranti maschi. Secondo i dati sui flussi migratori, inoltre, le donne, rispetto agli uomini, più spesso migrano per ricongiungersi con membri della famiglia, molto più raramente per richiedere asilo. Le donne costituiscono anche una percentuale significativa tra i migranti privi di documenti (Smith *et al.*, 2016; Jayaweera, 2018). Al giorno d’oggi, le migrazioni rappresentano un fattore da prendere senza dubbio in considerazione nell’esaminare le problematiche relative alla salute delle donne (Adanu e Johnson, 2009).

Adanu e Johnson (2009: 180) sottolineano che gli effetti della migrazione sulla salute delle donne possono essere molto diversi tra loro. Si può infatti verificare tanto un peggioramento quanto un miglioramento della salute di una donna. L’effetto sulla salute è definito dalle condizioni in cui si è verificata la migrazione (fattori push e pull), dal grado di integrazione, dallo status sociale della donna e dalle prevalenti condizioni di salute nel paese d’arrivo.

Le donne sono più esposte rispetto agli uomini ai rischi per la salute derivanti dalla migrazione e dai processi migratori. Le ragioni di tali disparità sono multi-fattoriali e spesso difficili da districare (Schmidt *et al.*, 2018). Jayaweera (2018) sottolinea che vi è un’abbondanza di prove del fatto che le donne vivano la migrazione in modo diverso rispetto agli uomini. Le barriere linguistiche, la perdita dei meccanismi di sostegno sociale, una lunga separazione dalla famiglia, ma anche abusi sessuali e altre esperienze traumatiche sono solo alcuni dei fattori di rischio che influenzano lo stato di salute già fragile delle donne migranti. Inoltre, l’isolamento sociale, la discriminazione e il peso delle circostanze sociali ed economiche non fanno che peggiorare l’emarginazione (Ruppenthal *et al.*, 2005; The Lancet Public, 2018; Schmidt *et al.*, 2018). In questo contesto, la capacità del sistema sanitario di rispondere alle esigenze specifiche delle donne migranti si basa sulla sua capacità di identificare e dare priorità a tali esigenze e ai rischi associati (Ruppenthal *et al.*, 2005). Tuttavia, per rispondere a tali esigenze, gli operatori sanitari stessi devono sviluppare una certa consapevolezza culturale e il desiderio di sviluppare competenze interculturali (Prosen, 2018).

Tutti gli stati membri dell’Unione Europea hanno legalmente riconosciuto il diritto al più alto livello di salute raggiungibile per tutta la popolazione. Tuttavia, la migrazione, per diversi motivi, può comportare uno scarso o difficile accesso ai servizi di assistenza sanitaria, ponendo una questione non di poco conto, vale a dire se l’erogazione dei servizi sanitari rispetti anche il background culturale della paziente (o del paziente). In caso contrario, infatti, le disuguaglianze in campo sanitario sono inevitabili. Perseguire l’equità sanitaria significa dunque puntare ad assicurare il più alto livello possibile di salute per ogni individuo e prestare particolare attenzione ai bisogni di assistenza sanitaria

delle persone più vulnerabili. Ciò include anche l'erogazione di assistenza sanitaria culturalmente competente (Prosen, 2015b; Prosen, 2015a; Prosen, 2018).

Nell'attuale contesto politico e sociale, che spesso trascura i bisogni e la vulnerabilità dei migranti, in particolare se donne, accademici e sostenitori della salute pubblica hanno un ruolo importante. La ricerca accademica può infatti contribuire con importanti informazioni alla discussione, alla progettazione delle politiche e dei programmi (The Lancet Public, 2018). Pertanto, i risultati del progetto INTEGRA svolgono un ruolo vitale nel raggiungimento dell'uguaglianza, cioè nel combattere le disparità sociali e sanitarie.

Uno dei principali obiettivi del progetto INTEGRA è infatti riconoscere e identificare i problemi nello stato di salute delle donne migranti dal punto di vista della loro salute sessuale e riproduttiva, comprese le pratiche e gli usi propri delle diverse culture, nonché analizzare l'integrazione sociale, che non riguarda solo lo stato di salute, ma anche la qualità della vita percepita nel paese ospitante. Le informazioni raccolte rappresentano dunque la base per formare e strutturare politiche o linee guida per gli operatori sanitari in ambienti clinici perché possano sviluppare conoscenze e competenze per assicurare cure culturalmente competenti.

2. Metodologia

Il presente rapporto presenta i risultati preliminari del sondaggio quantitativo e dell'analisi qualitativa. Nella parte quantitativa della ricerca, è stato utilizzato un campione di convenienza di donne migranti disposte a partecipare e per la parte qualitativa un campione finalizzato. L'inclusione nel campione della parte qualitativa è stata determinata dai seguenti criteri: la disponibilità a partecipare volontariamente alla ricerca, la capacità di superare la barriera linguistica e dalla saturazione dei dati. Le interviste con le donne migranti ospedalizzate sono state condotte nel periodo dal 24 gennaio al 30 aprile 2018, mentre il sondaggio è durato dal 24 gennaio al 30 maggio 2018.

Lo strumento di ricerca utilizzato nella parte quantitativa è un questionario semi-strutturato sviluppato dal Lead Partner, inviato il 16 gennaio 2018. La versione italiana è stata tradotta in sloveno e adattata al contesto culturale sloveno e al sistema sanitario della Repubblica di Slovenia. I dati dell'indagine qualitativa sono stati raccolti utilizzando interviste semi-strutturate, audio registrate¹ e trascritte testualmente. La traccia dell'intervista era basata su domande fornite dal lead partner (22 dicembre 2017). Le domande sono state tradotte dall'italiano in sloveno e adeguatamente adattate.

Tutti i partecipanti sono stati informati sulle finalità, gli obiettivi e i metodi di ricerca utilizzati e sono stati sottolineate sia la tutela dell'anonimato che il carattere volontario della partecipazione alla ricerca. Le donne che hanno deciso di partecipare allo studio qualitativo hanno dato il loro consenso scritto. Il loro nome è stato sostituito da un codice composto da abbreviazione dell'acronimo progettuale, età, numero di figli e prime due o tre lettere del paese d'origine. Lo studio è stato condotto nel rispetto della Dichiarazione di Helsinki-Tokyo (World Medical Association, 2013), del Codice Etico Infermieri e Assistenti infermieri della Slovenia (2014) e delle 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 ottobre 2017, 0120-544/2017/7). L'analisi dei dati quantitativi è stata eseguita utilizzando SPSS ver. 23 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). I dati sono stati analizzati utilizzando statistiche descrittive univariate (frequenze, percentuali, media, valore minimo e massimo).

L'analisi qualitativa è stata eseguita utilizzando il software NVivo ver. 12² (QRS International, Victoria, Australia). Le trascrizioni sono state analizzate con il metodo dell'analisi del contenuto, in specifico l'analisi tematica (Flick, 2002; Gibson e Brown, 2009; Matthews e Ross, 2010; Riessman, 2008; Sandelowski 2000 Smythe, 2012).

¹ L'acquisto dei registratori audio è stato co-finanziato dal progetto INTEGRA.

² L'acquisto del software è stato co-finanziato dal progetto INTEGRA.

3. Risultati

3.1. Analisi del questionario

Il campione di convenienza comprendeva 40 donne. L'età media delle partecipanti è 32,8 ($s = 8,3$). La più giovane aveva 20 anni e la più anziana 56. La Fig. 1 mostra il numero di intervistate secondo il paese di nascita e la Fig. 2 secondo la nazionalità.

Fig. 1 - Paese di nascita delle partecipanti

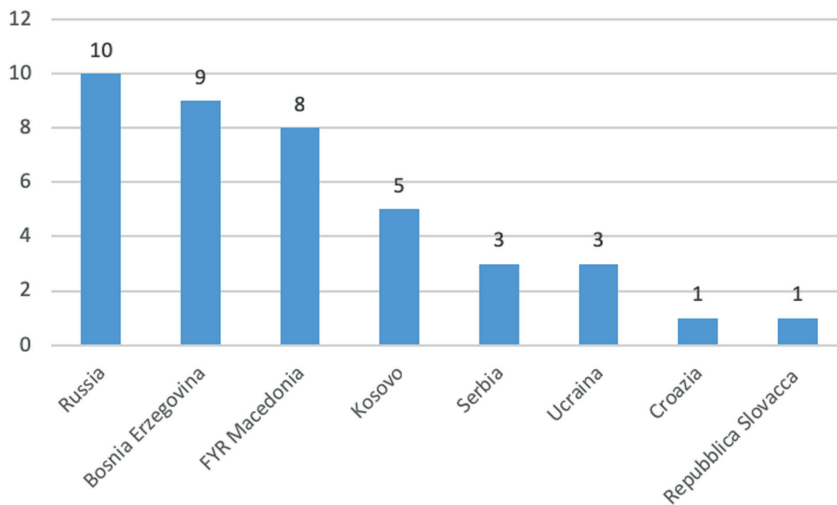
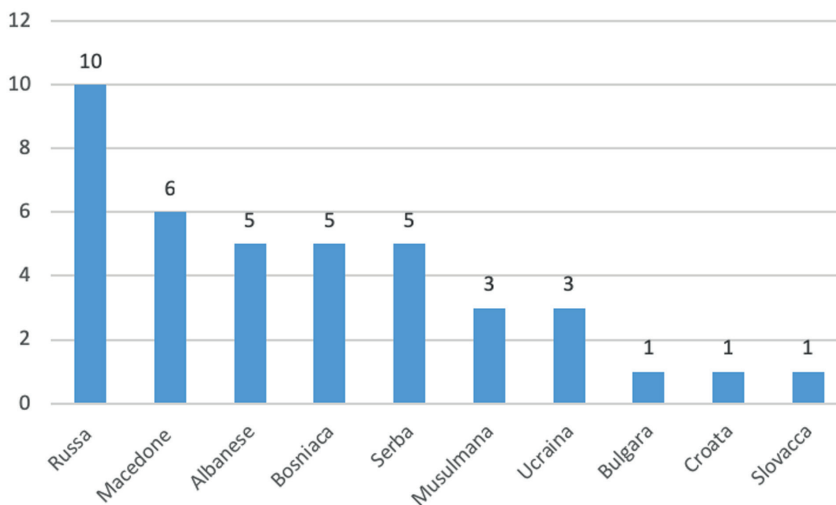


Fig. 2 - Nazionalità delle partecipanti



Per quanto riguarda l'istruzione, il 40,0% ($n = 16$) ha completato la scuola media e il 37,5% ($n = 15$) la scuola superiore. Metà delle intervistate si sono dichiarate di confessione ortodossa (47,6%, $n = 20$); seguono le donne di religione islamica (33,3%, $n = 14$), mentre tre (7,1%) si considerano atee. La maggior parte delle intervistate è emigrata nel 2014 ($s = 3,8$). Per oltre la metà, il motivo della

migrazione era il ricongiungimento a un membro della famiglia (52,5%; n = 21); per 10 (25,0%) trovare lavoro, per ulteriori 2 (5,0%) la volontà di studiare in Slovenia. Sette donne (17,5%) sono emigrate in Slovenia per sposarsi. I paesi in cui le donne vivevano prima di migrare in Slovenia vanno da Bielorussia, Montenegro, Lettonia, Germania, Spagna alla Gran Bretagna. La maggior parte delle donne migranti risiede in aree urbane (70,0%, n = 28), le altre in zone rurali. L'età media delle donne arrivate in Slovenia era di 27,8 anni (s = 7,56); la donna più giovane aveva 17 anni e la più anziana 53. Trentacinque donne (87,5%) non hanno la cittadinanza slovena, mentre il resto non ha risposto o non ha ricevuto la cittadinanza per altri motivi.

L'età media delle donne sposate era di 24,3 anni (s = 5,6); la più giovane ha 17 anni e la più anziana 42 (4 donne non hanno risposto a questa domanda). Tranne una, le restanti 37 donne hanno negato che il loro matrimonio sia stato forzato/combinato (2 non hanno risposto). La donna che ha dato risposta positiva ha scritto che i suoi genitori "hanno combinato il matrimonio quando aveva 26 anni". Due donne hanno affermato che il loro padre aveva più di una moglie. La struttura dei membri della famiglia (numero di membri) varia da 2 a 10 membri (mediana = 3). Le madri dei partecipanti erano per lo più occupate (67,5%, n = 27). Anche diciannove delle donne (47,5%) hanno affermato di essere occupate, mentre 17 (42,5%) erano disoccupate. Sono occupate occasionalmente quattro donne. La maggior parte delle donne sono casalinghe (n = 17), altre (n = 10) sono lavoratrici a basso salario. Il numero di membri della famiglia dopo la migrazione in Slovenia variava da 2 a 6 membri.

Nel descrivere le principali caratteristiche culturali, in una domanda aperta le donne hanno descritto le feste religiose e le riunioni di famiglia in tali occasioni, insieme ai rapporti familiari. Alcune hanno anche menzionato le differenze nel ruolo di uomini e donne e lo status sociale delle donne dal punto di vista dell'uguaglianza di genere. In questo contesto hanno riconosciuto la persistenza del patriarcato e della subordinazione delle donne; menzionando tuttavia anche dei cambiamenti in questo senso nel loro paese d'origine. Alla domanda su ciò che avevano a disposizione nel loro paese d'origine, solo 23 donne hanno indicato tra le risposte suggerite la libertà di scelta e l'autonomia, 27 la libertà di parola e 15 l'emancipazione personale. Tali risposte sono state confermate, e anzi con numeri anche più bassi, dalla domanda di controllo; tuttavia si dovrebbe tener conto del fatto che alcune donne potrebbero non avere compreso pienamente la possibilità di indicare più risposte alla domanda a scelta multipla.

In Slovenia, le donne trovano sostegno nei membri della famiglia che vivono già in tale paese (n = 20), in altri migranti (n = 15) e negli sloveni (n = 10). Solo 3 hanno affermato di aver bisogno dell'aiuto di un mediatore culturale (se fosse possibile). L'aiuto delle organizzazioni non governative è stato raramente menzionato. Meno di metà delle partecipanti ha affermato di avere alcuni amici sloveni, mentre 15 hanno affermato di avere molti amici sloveni. La lingua slovena è per 19 donne (47,5%) ancora sconosciuta, mentre 20 donne parlano lo sloveno relativamente bene. La maggior parte delle donne con non buone abilità linguistiche frequenterebbe un corso di sloveno se avesse la possibilità. In media le donne parlano almeno due lingue (mediana = 2; x = 2,51; Min = 1; Max = 4). Le donne frequentano raramente corsi e programmi di formazione, formali o informali, organizzati in Slovenia.

La migrazione ha avuto un enorme impatto sulla vita delle donne. Ad esempio, 15 donne sono d'accordo sul fatto che hanno cambiato il loro rapporto con il marito, 7 la loro sessualità, 6 la loro visione della contraccezione, 16 la loro visione del mondo e 14 il loro sistema di sostegno sociale. Dieci donne hanno dichiarato di aver avuto problemi da quando vivono in Slovenia a causa del fatto che sono rappresentanti di un diverso gruppo etnico. Le ragioni sono legate a determinate situazioni (possibilità di trovare lavoro, problemi di comunicazione, scarso aiuto da parte degli addetti ai servizi della pubblica amministrazione) e alle barriere (linguistiche).

Le intervistate (n = 31) hanno affermato di aver usufruito di buoni servizi sanitari in Slovenia e che questo tipo di servizi non erano disponibili nel loro paese d'origine. Le malattie familiari più comuni erano quelle di natura cardiovascolare e il diabete. Trentadue donne (80,0%) non hanno

segnalato alcun cambiamento nello stato di salute o di benessere dopo la migrazione, per 8 donne la salute è migliorata. La contraccezione è un aspetto importante e per la maggior parte è un problema che deve essere deciso assieme al marito. In 7 casi, il marito non era d'accordo con l'uso della contraccezione. Quelle che praticano la contraccezione usano principalmente pillole contraccettive (n = 5) e/o il preservativo (n = 12). Altri metodi (impianti contraccettivi o cerotti) non sono utilizzati. Le donne hanno affermato di scegliere liberamente la forma di contraccettivo che usano (n = 33). Delle 40 donne partecipanti, 4 hanno dichiarato di avere abortito due volte, 5 una volta. La maggior parte delle donne sono multipare, mentre 11 non hanno ancora avuto bambini. 25 donne vorrebbero avere ancora figli.

Metà delle intervistate dichiara di essere ricorsa dal medico a causa di problemi ginecologici (n = 20), malattie infettive (n = 10) e lesioni (n = 10). La maggior parte delle donne, quando necessario, assume i farmaci prescritti dal medico. Tra tutte le donne, solo una si è sentita discriminata nel sistema sanitario. L'ostacolo principale nei rapporti con gli operatori sanitari è la barriera linguistica (n = 29). Altre donne hanno ulteriormente spiegato, in una domanda a risposta aperta, di aver notato una minore tolleranza nei confronti di chi non parla sloveno, limiti di tempo nel trattare con gli stranieri e una mancanza di conoscenza di culture diverse dalla loro. Le donne ritengono che il ricorso a interpreti potrebbe essere utile nel comunicare con gli operatori sanitari (55,0%, n = 22), ma alcune non condividono tale opinione. Alcune donne hanno fornito suggerimenti su come migliorare i rapporti con gli operatori sanitari: assumere mediatori culturali o interpreti, migliorare la conoscenza e la consapevolezza dei fornitori di servizi sanitari, tradurre la modulistica amministrativa nelle diverse lingue, la conoscenza dell'inglese degli operatori sanitari, ecc.

3.2. *Analisi qualitativa*

Il campione finalizzato comprende 10 donne migranti ricoverate nell'Ospedale ginecologico e materno di Postumia. L'età media delle intervistate è di 30,5 anni. La più giovane ha 22 anni e la più anziana 37. Tre intervistate sono emigrate dalla Bosnia ed Erzegovina, due dalla Russia e dalla Serbia, una rispettivamente da Ucraina, Kosovo e Iran. Tutte, tranne una, sono migrate in Slovenia direttamente dal loro paese d'origine. Il motivo della migrazione per sei di loro è il ricongiungimento con la famiglia (nella maggior parte dei casi il coniuge, "lavoratore migrante" in Slovenia). Tre donne sono emigrate per le migliori opportunità di lavoro e una per sposarsi. Due donne hanno completato l'istruzione professionale, quattro la scuola secondaria di primo grado, una la scuola superiore e tre l'università. La loro permanenza in Slovenia è molto ben descritta dalle condizioni di vita. Più di metà (n = 6) vive in appartamento in affitto in area urbana. La famiglia media comprende 3,2 membri. Tutte le intervistate, ad eccezione di una, hanno l'assicurazione sanitaria della Repubblica di Slovenia. Dal punto di vista dell'anamnesi ostetrica, otto donne sono primipare e due multipare. Nove hanno partorito nel 2018 in Slovenia. L'età media delle primipare è 28,8 anni. La più giovane ha partorito a 20 anni, la più anziana a 37.

L'analisi preliminare, prima di intraprendere l'analisi tematica, è consistita nell'analisi della frequenza delle parole (Fig. 3) e l'analisi di cluster, ad es. il confronto della somiglianza tra parole e tra codici (Fig. 4) in relazione a casi individuali (intervistate). I risultati dimostrano una forte relazione tra casi (intervistate) e la similitudine di codifica ³.

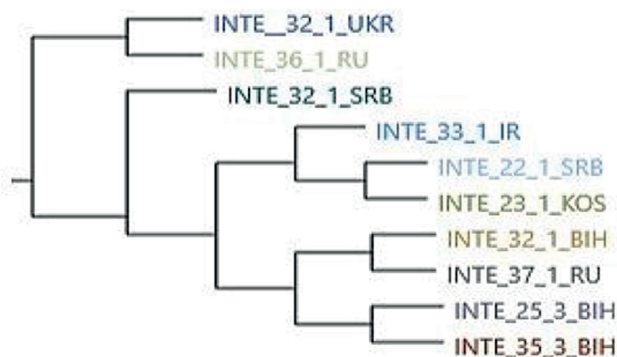
³ Il coefficiente di correlazione di Pearson (r), la metrica predefinita per la somiglianza delle parole, varia da 0,74 a 0,90. Il codice di caso individuale è composto dalle iniziali del progetto, dall'età della donna, dalla parità e dal paese di origine.

Fig. 3 - Frequenza di ricorrenza delle parole nel testo codificato in sloveno (lunghezza min. 6 lettere/ 1000 parole)



Fig. 4 - Raggruppamento dei casi per similitudine di codifica⁴

Items clustered by coding similarity



L'analisi tematica ha individuato cinque temi principali che chiariscono il background culturale delle donne migranti in relazione alle loro esperienze di vita, inclusa la migrazione e l'integrazione, le pratiche di salute e la percezione dei servizi sanitari. Questi temi preliminari, insieme ai temi secondari, sono presentati nella Tab. 1.

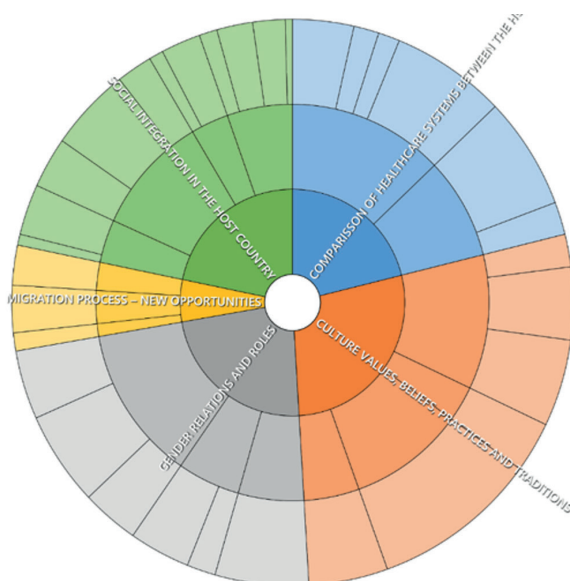
⁴ Il codice individuale dei casi è composto da sigla del progetto, età della donna, numero di figli e paese d'origine.

Tab. 1 - Temi preliminari e sotto-temi identificati nell'analisi tematica

Temi	Sotto-temi
CONFRONTO DEI SISTEMI SANITARI TRA PAESE D'ORIGINE E PAESE OSPITANTE - ESPERIENZE, ASPETTATIVE E BARRIERE	Considerare il background culturale della donna nel prestare assistenza sanitaria nel paese ospitante
	Riconoscimento della qualità del sistema sanitario nel paese ospitante rispetto a quello d'origine
VALORI CULTURALI, CREDENZE, PRATICHE E TRADIZIONI	La vita familiare conserva la sua forma tradizionale
	Gli eventi della vita sono parte importante del patrimonio culturale
	L'impatto della religione nella vita di tutti i giorni
	Pratiche relative alla salute
RELAZIONI E RUOLI DI GENERE	Status sociale delle donne
	(Dis)eguaglianza di genere
	Autonomia della donna e diritto alla libertà riproduttiva
INTEGRAZIONE SOCIALE NEL PAESE DI ACCOGLIENZA	Preservare un senso di appartenenza culturale nel rispetto delle tradizioni del paese ospitante
	Rete di supporto sociale
	Ostacoli all'integrazione nel paese ospitante
	Condizioni sociali nel paese ospitante
PROCESSO DI MIGRAZIONE - NUOVE OPPORTUNITÀ	Ricerca di nuove opportunità per una vita migliore
	Nuovi modelli di migrazione
	Impatto della migrazione sullo stato di salute e sul benessere

La Fig. 5 illustra il numero di codici/riferimenti relativi a ciascun tema identificato.

Fig. 5 - Comparazione (temi principali) per numero of di riferimenti codificati (in lingua inglese)



3.2.1 Un confronto tra i sistemi sanitari del paese d'origine e del paese ospitante: esperienze, aspettative e ostacoli

Il tema rappresenta la visione, da parte delle donne migranti, del sistema di assistenza sanitaria nel paese di origine e in quello di accoglienza e, nella maggior parte dei casi, mostra l'esistenza di disparità sanitarie nel paese di origine. Ciò è particolarmente correlato alla scarsa qualità dei servizi di sanità pubblica e alle limitazioni di carattere economico delle persone che cercano di accedere al settore privato per un'assistenza di migliore qualità. Nel caso della Slovenia, sembra che gli operatori sanitari stiano cercando di fornire assistenza culturalmente competente; tuttavia, la barriera linguistica, come sottolineato da quasi tutte le donne, è uno dei principali ostacoli nell'accesso alle cure. Le esperienze con i servizi di assistenza sanitaria riproduttiva in Slovenia, sono positive rispetto al paese di origine. Alcune intervistate hanno descritto l'assistenza riproduttiva nel proprio paese come obsoleta o addirittura "non esistente" e, laddove esiste, la qualità dei servizi è stata comunque messa in discussione. Inoltre, le donne intervistate, ad eccezione di una (commento negativo da parte di un ginecologo), non hanno riferito esperienze negative riguardanti pregiudizi e discriminazioni da parte di operatori sanitari.

3.2.2 Valori, credenze, pratiche e tradizioni culturali

Il tema rappresenta una descrizione completa della cultura e della tradizione, che influenza direttamente e indirettamente la salute, le pratiche relative alla salute e la vita delle donne in famiglia e in generale. Il tema è strettamente connesso con altri temi individuati; tuttavia, al fine di una maggiore chiarezza, in questa fase lo si è considerato come tema separato. Gli eventi della vita, siano essi matrimoni, feste religiose o feste nazionali, sono eventi molto importanti dell'identità culturale e strettamente correlati ai problemi di salute. Soprattutto le donne dell'area balcanica hanno descritto abitudini alimentari correlate a quegli eventi come abitudini che non si possono considerare salutari. Anche il matrimonio è stato molto citato e per la maggior parte delle intervistate non è possibile convivere con un uomo al di fuori del vincolo matrimoniale. Nonostante questo, nessuna donna intervistata ha descritto il suo come un matrimonio forzato e ha negato l'esistenza di tale pratica. In alcuni casi, tuttavia, è stato rivelato, indirettamente, che i matrimoni combinati potrebbero ancora esistere (Kosovo). Le tradizioni riguardanti questi eventi della vita sono cambiate, quando le donne sono emigrate in Slovenia, per adattarsi un poco alla situazione del paese ospitante. Da questo punto di vista, la religione svolge ancora un ruolo fondamentale nella vita della maggioranza delle intervistate, e influenza le pratiche di salute e la percezione della salute e della malattia; condiziona i ruoli familiari delle donne, la loro posizione sociale e la loro autonomia. Nel paese d'origine, il patriarcato è ancora molto presente e la violenza familiare è stata menzionata più volte. Alcune donne hanno accennato all'uguaglianza di genere, ma - come poi rivelato nel seguito delle interviste - il sistema patriarcale in realtà ancora esiste, anche se le nuove generazioni che vivono nel paese d'origine se ne stanno lentamente allontanando. La migrazione sembra avere un effetto positivo verso un ruolo più liberatorio delle donne, anche dal punto di vista dei diritti e delle scelte collegate alla salute riproduttiva.

3.2.3 I rapporti e i ruoli di genere

L'esistenza, già precedentemente menzionata, di un modello patriarcale che permea la vita quotidiana delle donne è molto evidente nelle relazioni di genere. Nonostante alcune donne non abbiano voluto ammettere l'esistenza di differenze di genere, dai loro racconti si è potuto evincere che tali disuguaglianze sono invece presenti. Ciò influisce inevitabilmente, attraverso lo status socio-economico della donna, sul loro stato di salute. La maggior parte ha confessato che i ruoli di genere continuano a imporre che le donne siano "responsabili della vita familiare" e che il

loro principale compito è e rimane la cura dei bambini e di altri membri della famiglia. Questa definizione dei ruoli di genere è ancora molto presente nei loro paesi d'origine, il che si avverte anche dal continuo confronto con i ruoli di genere in Slovenia. Ciò si nota anche nella descrizione dello status sociale delle donne riguardo ai diritti come coniuge, divorziata, ecc. Nella narrazione è menzionato anche il mutamento dello status sociale delle donne nella società patriarcale del paese d'origine. Ciò può essere un segno positivo di cambiamento sociale ed è inoltre strettamente correlato alla libertà di scelta in ogni aspetto della vita delle donne, compresa la contraccezione. La maggioranza ritiene che la decisione di usarla o non usarla debba essere presa assieme al partner. Questo problema rimane tuttavia dibattuto, poiché l'accento è posto sulla "contraccezione della donna". La contraccezione e il suo utilizzo nel paese d'origine sono influenzati da numerosi fattori sociali, tra cui la religione e la persistenza dei valori tradizionali (influenze evidenti anche dopo la migrazione).

3.2.4 L'integrazione sociale nel paese ospitante

Tutte le donne intervistate stanno cercando di preservare la loro appartenenza culturale, ad es. l'identità, nel paese ospitante, tranne una. Quest'ultima ha affermato che tutti i migranti dovrebbero mettere da parte la propria cultura quando si stabiliscono in un altro paese. Preservare l'identità culturale implica anche preservare le credenze e le pratiche culturali legate alla salute, che possono essere viste come positive o negative. In questo contesto, alcune abitudini malsane legate allo stile di vita sano (alimentazione, attività ricreative, ecc.) sono mantenute anche nel paese ospitante. Le intervistate cercano anche di integrare le tradizioni culturali del paese ospitante nelle loro credenze culturali, il che può essere considerato un fatto positivo se consideriamo le attività di promozione della salute (e l'idea di salute nelle società occidentali). Le loro descrizioni includono spesso la ricerca di differenze e somiglianze tra le due culture. Sebbene la religione giochi ancora un ruolo importante nella vita delle donne, con la migrazione è diventata meno influente in alcuni aspetti della loro vita. Questo è per le donne che sono in Slovenia da un periodo più lungo, mentre quelle che sono arrivate da poco vedono nella religione un significativo sistema di sostegno.

La rete di supporto sociale è per la maggioranza vista nella famiglia, tanto nel paese d'origine quanto nel paese ospitante. Alcune trovano sostegno sociale in altri migranti che vivono in Slovenia, anche se le donne hanno confessato che trovare veri amici non è facile, il che può portare all'isolamento sociale. I problemi con le reti sociali richiedono ulteriori chiarimenti e approfondimenti in quanto ciò rappresenta un fattore molto importante anche nell'accesso ai servizi sanitari nel paese ospitante. Alcune donne hanno inoltre sottolineato che i cittadini del paese ospitante non sono molto informati sulle altre culture e sulle loro tradizioni, il che può avere potenzialmente come conseguenza conflitti culturali, discriminazioni e nazionalismo. È inoltre possibile osservare che le donne migranti non sono adeguatamente sostenute né sufficientemente motivate ad apprendere la lingua del paese ospitante, il che le allontana ulteriormente dalla comunità. Le condizioni sociali e di vita sono molto importanti quando si parla di qualità della vita, tanto in generale, quanto dal punto di vista della salute o della malattia. La sicurezza sociale, vista dalle donne come indipendenza economica, ha un ruolo particolarmente importante in questa percezione, sebbene le donne, anche quelle con un'elevata istruzione, trovino molto difficile trovare un lavoro. Per alcune, al contrario, questa non è una possibilità, soprattutto se il motivo della migrazione è ricongiungersi a un coniuge che lavora in Slovenia.

3.2.5 Il processo di migrazione: nuove opportunità

I motivi della migrazione sono diversi (si veda l'analisi del questionario). La Slovenia è stata la prima scelta per nove donne. La Slovenia è percepita come un paese con strutture sociali ben svi-

luppate, dal sistema sociale e sanitario, al sistema educativo, ecc. Per chi proviene dalla regione balcanica, la Slovenia è anche percepita come un Paese dove vivono molti compatrioti, il che dà un senso di più facile integrazione e, grazie alla storia comune, anche una migliore comprensione. La migrazione in sé ha contribuito a migliorare la salute, ad es. il benessere percepito. Nove donne hanno segnalato un tale cambiamento, una donna, invece, nessun cambiamento. Il benessere in questo senso è legato all'aspetto fisico e psicologico. Le ragioni principali sono viste in un ambiente pulito e un'assistenza sanitaria ben strutturata. Nelle loro narrative, le nuove tendenze migratorie sono evidenti. Le donne provenienti dai paesi con livelli di migrazione più elevati (Kosovo, Bosnia ed Erzegovina, Serbia) riferiscono che gli obiettivi della generazione più giovane sono quelli di migrare. Una delle donne ha così descritto la situazione in Serbia: gli uomini raramente terminano l'istruzione secondaria inferiore, o essa non è nemmeno obbligatoria, perché si prevede che se ne andranno non appena si presenterà la possibilità; al contrario, le donne sono incoraggiate a proseguire la loro formazione - e anzi ci si attende che lo facciano - poiché non ci si aspetta che partiranno contemporaneamente agli uomini.

4. Conclusioni

Le donne migrano per numerosi motivi. Storicamente, la ragione principale della migrazione tanto a livello internazionale quanto interno è stata rappresentata dal matrimonio o dal ricongiungimento familiare (Fleury, 2016). In effetti, lo studio ha dimostrato che anche al giorno d'oggi, nella maggior parte dei casi, il motivo principale della migrazione è il ricongiungimento con la famiglia (con il partner) che lavora/vive in Slovenia. Tuttavia, è emerso anche che alcune donne sono emigrate per avere migliori opportunità di lavoro e istruzione. Fleury (2016) ad esempio riferisce come siano sempre di più le donne che migrano per migliorare le proprie condizioni economiche tramite il lavoro o l'istruzione. Questa tendenza è comunemente indicata come "femminilizzazione della migrazione".

L'integrazione dopo la migrazione è percepita e vissuta diversamente da uomini e donne. La migrazione, come risulta evidente dallo studio, ha effetti positivi su queste ultime, che percepiscono un maggiore *empowerment*, discostandosi dalle norme tradizionali e dai modelli di patriarcato o ruoli di genere. Tuttavia, sembra che per alcune questo processo sia molto lento, soprattutto per le nuove arrivate, a causa della mancanza di adeguato sostegno sociale, che approfondisce ulteriormente il loro isolamento sociale. Di conseguenza, la qualità della vita è influenzata a tutti i possibili livelli. Uno degli ostacoli più importanti che contribuiscono all'isolamento sociale è proprio la barriera linguistica. Questo è anche il principale ostacolo all'accesso ai servizi di assistenza sanitaria, come è stato rilevato anche in altri studi (Schmidt *et al.*, 2018), dove si è anche appurato che la situazione delle donne migranti in un nuovo paese è molto legata alla scarsa o inadeguata comunicazione e connessione sociale con gli altri (Balaam *et al.*, 2013). Assicurare un'assistenza sanitaria culturalmente competente, insieme a un adeguato sostegno sociale, è dunque fondamentale per garantire la salute delle donne. I servizi sanitari devono essere adattati alle aspettative delle migranti in merito al sostegno e alle differenze culturali (Balaam *et al.*, 2013; Prosen, 2018). Sebbene la maggior parte delle donne abbia dichiarato una salute migliore dopo l'arrivo nel paese ospitante, in futuro sarà necessario affrontare alcune questioni, soprattutto quelle relative alla necessità di offrire assistenza culturalmente competente e di impegnarsi per migliorare la salute delle donne migranti. Molti di questi problemi sono direttamente correlati con i determinanti sociali della salute (World Health Organization, 2018), e anzi la migrazione in sé costituisce un determinante sociale di salute, in connessione con molti altri determinanti sociali, in particolare lo status socioeconomico, le condizioni di vita e di lavoro, le politiche pubbliche che influenzano le loro vite e il loro status giuridico (World Health Organization, 2017).

4.1 Implicazioni per la pratica clinica

La prima fase del progetto ha rivelato alcune questioni molto importanti che saranno affrontate dal progetto INTEGRA, ma si sono anche evidenziate alcune lacune di conoscenza che devono essere ulteriormente approfondite in futuro, in particolare quelle connesse con gli operatori sanitari. Sulla base dei risultati della ricerca, le implicazioni per la pratica clinica nel fornire assistenza alle donne migranti confermano le azioni già stabilite nell'ambito del progetto INTEGRA. Inoltre, sono emerse alcune altre implicazioni, che potrebbero essere classificate come a breve e a lungo termine, e che hanno a che fare con questioni sistemiche come istruzione, assistenza sanitaria e assistenza sociale.

- Le istituzioni sanitarie dovrebbero affrontare con maggiore attenzione il problema della barriera linguistica (rivedere le attuali pratiche di cura; tradurre determinati materiali di promozione della salute e di educazione sanitaria in diverse lingue; utilizzare pittogrammi, introdurre l'anamnesi sociale/culturale come parte della tradizionale anamnesi orientata biomedicalmente; ricorrere, quando possibile, a interpreti/traduttori; organizzare l'educazione prenatale come consulenza individuale o di gruppo per adattarla alle diverse popolazioni di migranti; assicurare la continuità delle cure).
- Le istituzioni sanitarie devono lavorare a più stretto contatto con le infermiere domiciliari a livello primario e con gli assistenti sociali per assistere le donne migranti a casa loro e aiutarle a integrarsi nella comunità locale (anche motivandole a imparare le basi della lingua parlata nel paese ospitante).
- Il ruolo delle infermiere domiciliari dovrebbe acquisire importanza al fine di includere le donne migranti nei programmi di educazione sanitaria e di screening nel paese ospitante (screening del cancro del collo dell'utero o della mammella, ecc.) e aumentare la loro consapevolezza riguardo ai problemi di salute, sui comportamenti ad essa collegati e sulle modalità di accesso al sistema sanitario.
- Le istituzioni educative che formano i professionisti della salute a tutti i livelli dovrebbero includere contenuti relativi all'assistenza sanitaria interculturale nei curricula formali.
- L'apprendimento permanente degli operatori sanitari dovrebbe includere l'educazione interculturale come forma permanente di educazione informale. In via prioritaria, anche lo staff di supporto che lavora in un istituto sanitario dovrebbe ricevere questo tipo di istruzione, poiché anch'essi lavorano a contatto diretto con le donne migranti.

Riferimenti bibliografici⁵

- Adanu RMK and Johnson TRB. (2009) Migration and women's health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 106: 179-181.
- Balaam MC, Akerjordet K, Lyberg A, et al. (2013) A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *J Adv Nurs* 69: 1919-1930.
- British Sociological Association. (2002) Statement of Ethical Practice for the British Sociological Association. British Sociological Association.
- Fleury A. (2016) *Understanding Women and Migration: A Literature Review*. Disponibile in: <http://atina.org.rs/sites/default/files/KNOMAD%20Understaning%20Women%20and%20Migration.pdf>.
- Flick U. (2002) *An introduction to qualitative research*, London: Sage.
- Gibson WJ and Brown A. (2009) *Working with Qualitative Data*, London: Sage.
- Jayaweera H. (2018) Access to healthcare for vulnerable migrant women in England: A human security approach. *Current Sociology* 66: 273-285.

⁵ L'analisi della letteratura è stata effettuata con il software EndNote X8, il cui acquisto è stato co-finanziato dal progetto INTEGRA.

- 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.
- Prosen M. (2015a) Introducing Transcultural Nursing Education: Implementation of Transcultural Nursing in the Postgraduate Nursing Curriculum. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 174: 149–155.
- Prosen M. (2015b) Preventing health disparities among migrant children and youth: Delivering culturally competent health care. In: Gornik B, Lenarčič B, Medarić Z, et al. (eds) *Programme and abstracts: International Conference Children and Young People on the Move: Towards a More Precise Definition of Their Best Interests, Portorož (Slovenia), November 19–20, 2015*. Portorož: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, 28–29.
- 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.
- Riessman CK. (2008) *Narrative methods for the human sciences*, Los Angeles: Sage.
- Ruppenthal L, Tuck J and Gagnon AJ. (2005) Enhancing Research With Migrant Women Through Focus Groups. *Western Journal of Nursing Research* 27: 735-754.
- Sandelowski M. (2000) Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health* 23: 334-340.
- Schmidt NC, Fagnoli V, Epiney M, et al. (2018) Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva: a qualitative study. *Reproductive Health* 15: 43.
- Smith AC, LeVoy M, Mahmood T, et al. (2016) *Migrant women's health issues: Addressing barriers to access to health care for migrant women with irregular status*. Disponible in: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/330092/6-Migrant-womens-health-issues-irregular-status.pdf?ua=1.
- Smythe E. (2012) Discerning which qualitative approach fits best. *New Zealand College of Midwives Journal* 46: 5-12.
- The Lancet Public H. (2018) Protecting migrant women. *The Lancet Public Health* 3: e1.
- World Health Organization. (2017) *Women on the move: Migration, care work and health*, Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018) *Social determinants of health*. Disponible in: http://www.who.int/social_determinants/en/.
- 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.