
Lo stato di salute delle rifugiate somale in America. Alcuni studi recenti

di

Stefania Florian

In questo scritto riporto una breve analisi di otto articoli sul tema della salute delle rifugiate somale, sette¹ stilati recentemente, tra il 2004 e il 2009, e uno del 1995². Quest'ultimo delinea uno studio molto metodico sulle cure prenatali, ed è interessante per l'accuratezza e per i risultati ottenuti, sottolineati negli studi più recenti.

Le ricerche descritte negli articoli hanno scopi tra loro diversi, tra cui valutare l'esperienza del dolore; capire come le donne somale hanno vissuto gravidanza e parto; determinare cosa necessitano le donne somale in ambito di educazione sanitaria sulla nascita; individuare le modalità più efficaci per incrementare la frequenza alle visite prenatali; identificare l'approccio più appropriato all'educazione alla nascita per le coppie somale; esplorare le credenze, le esperienze e le considerazioni in merito alle cure prenatali delle rifugiate somale; esplorare i bisogni di cura relativi alla circoncisione delle rifugiate somale bantu stabilitesi negli Stati Uniti e scoprire gli interventi da loro accettati; comprendere il grado di soddisfazione relativo alle cure sanitarie ricevute. Tuttavia il fine ultimo di questi studi è stato quello di tracciare delle linee guida per il personale ospedaliero,

¹ (1) N. Herrel-L. Olevitch-D.K. DuBois-P. Terry-D. Thorp-E. Kind-A. Said, *Somali Refugee Women Speak Out About Their Needs for Care During Pregnancy and Delivery*, in "Journal of Midwifery & Women's Health", XLIX, 4, 2004, pp. 345-349; (2) C.C. Campbell, *Resource for Clinicians: Care of Women With Female Circumcision*, in "Journal of Midwifery & Women's Health", XLIX, 4, 2004, pp. 364-365; (3) C.L. Robertson-L. Halcon-K. Savik-D. Johnson-M. Spring-J. Butcher-J. Westermeyer-J. Jaranson, *Somali and Oromo Refugee Women: Trauma and Associated Factors*. *Issues and Innovations in Nursing Practice*, in "Journal of Advanced Nursing", XLIX, 6, 2006, pp. 577-587; (4) J. Carroll-R. Epstein-K. Fiscella-T. Gipson-E. Volpe-P. Jean-Pierre P., *Caring for Somali Women: Implications for Clinician-Patient Communication*, in "Patient Education and Counseling", LXVI, 3, 2007, pp. 337-345; (5) K. Adams-N. Assefi, *Primary Care Refugee Medicine: General Principles in the Postimmigration Care of Somali Women*, in "Primary Care Update for OB/GYNs", IX, 6, 2002, pp. 210-217; (6) M.J. Upvall-K. Mohammed-P.D. Dodge, *Perspectives of Somali Bantu Refugee Women Living with Circumcision in the United States: A Focus Group Approach*, in "International Journal of Nursing Studies", ILVI, 3, 2009, pp. 360-368; (7) S.M. Ness, *Pain Expression in the Perioperative Period: Insights from a Focus Group of Somali Women*, in "Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses", X, 2, 2009, pp. 65-75.

² K. Beine-J. Fullerton-L. Palinkas-B. Anders, *Conceptions of Prenatal Care among Somali Women in San Diego*, in "Journal of Nurse-Midwifery", XL, 4, 1995, pp. 376-381.

spesso impreparato nella relazione con le pazienti somale, al fine di elargire cure più efficaci e soddisfacenti per le pazienti.

Lo stato di salute dei rifugiati è molto precario, in particolare per le donne che oltre a problemi legati a traumi di guerra, malnutrizione e malattie infettive vivono malesseri legati alle violenze subite. Indicatori del cattivo stato di salute delle rifugiate somale sono i tassi di fertilità e mortalità infantile, stimati come i più alti tra tutti i rifugiati nel mondo. Infine, non è da sottovalutare il problema della circoncisione femminile e delle conseguenze fisiche che essa comporta. È proprio in considerazione di questo che le donne somale hanno bisogno di cure specialmente durante la gravidanza ed il parto³. Occorre considerare che le rifugiate somale nel paese ospitante incontrano poi una serie di difficoltà, comuni a tutti gli immigrati, relative all'accesso al sistema sanitario e alla garanzia di ottenere una piena ed efficace assistenza. Si tratta di difficoltà che si traducono in disuguaglianze, che implicano un minore accesso ai servizi sanitari e un peggiore esito delle cure.

Il contesto

Per fuggire alla guerra civile in Somalia (1991) e al conseguente crollo del Governo (1995) decine di migliaia di rifugiati somali sono immigrati negli Stati Uniti, in particolare nelle grandi città di Los Angeles, New York, San Diego, Washington, dando vita al più grande gruppo di rifugiati africani in questo paese. Prima di allora le migrazioni di somali in America erano quasi assenti⁴. Nel 2004 si stimava che più della metà dei rifugiati somali negli Stati Uniti vivevano in Minnesota e recenti stime mostrano che il numero di immigrati somali continua a crescere⁵.

Allo scoppio della guerra civile molti somali hanno trovato accoglienza nei campi per rifugiati in un'isolata regione del Kenya ai confini con la Somalia, costruiti su iniziativa del governo keniano. In questi campi proliferavano casi di diarrea, morbillo, infezioni acute al tratto respiratorio, malaria, colera, tifo e tubercolosi⁶, inoltre abituali erano le violenze soprattutto sulle donne.

Dai campi del Kenya molti somali sono immigrati negli Stati Uniti assumendo lo status di rifugiati. Il diritto di rifugiato in questo paese è stato riconosciuto da una legge del 1980, che oltre a definire per la prima volta "rifugiato" ha stabilito i criteri e i processi per la selezione dei rifugiati. Secondo questa legge, i rifugiati con più di 15 anni di età erano obbligatoriamente sottoposti ad uno screening medico per verificare lo stato di salute, al fine di appurare la presenza di malattie infettive gravi. La legge identificava come situazioni inammissibili: la sifilide, la lebbra, l'HIV e l'abuso di droga⁷.

³ C.C. Campbell, *op. cit.*, pp. 364-365.

⁴ C.L. Robertson-L. Halcon-K. Savik-D. Johnson-M. Spring-J. Butcher-J. Westermeyer-J. Jaranson, *op. cit.*, pp. 577-587.

⁵ S.M. Ness, *op. cit.*, pp. 65-75.

⁶ K. Adams-N. Assefi, *op. cit.*, pp. 210-217.

⁷ K. Adams-N. Assefi, *op. cit.*, pp. 210-217.

Negli ultimi anni negli Stati Uniti, a seguito dell'incremento della popolazione somala immigrata, sono stati condotti diversi studi che hanno trattato il tema della salute delle rifugiate somale. Questi studi si sono focalizzati su diversi aspetti della salute tra cui la relazione medico-paziente, le cure primarie, le cure prenatali, la circoncisione e il dolore.

Gravidanza e parto

La gravidanza e il parto, le conoscenze, esperienze, credenze e aspettative delle donne somale rispetto a questi temi sono affrontati limitatamente in letteratura. È stato pubblicato qualche studio in diversi paesi dove la popolazione somala è consistente, inclusi Stati Uniti, Svezia, Australia e Regno Unito. In queste analisi sono emersi dei punti comuni, quali: il cambiamento del ruolo degli uomini somali dinanzi alla nascita; l'isolamento sociale delle donne somale; l'apprensione verso procedure mediche come l'anestesia epidurale, il taglio cesareo e l'episiotomia.

L'esperienza della maternità e del parto in Somalia si differenzia molto da quella negli USA. In Somalia solo il 2% dei parti ha luogo in strutture salubri e sono seguiti da personale qualificato. Il tasso di mortalità materna è di 16 su 1000 nascite e il rischio complessivo di morte legata a complicazioni collegate alla gravidanza o al parto nell'arco di vita di una donna è di 1 su 7. Nella società somala i figli sono un valore e dare alla luce molti figli valorizza lo status della donna; la nascita media per donna è infatti molto elevata, il tasso è di 7.3 figli; tuttavia anche la mortalità infantile è frequente, si stima 125 casi di morte su 1000 nascite⁸.

L'articolo *Somali Refugee Women Speak Out About Their Needs for Care During Pregnancy and Delivery* del 2004⁹, presenta le informazioni tratte da discussioni all'interno di due focus groups, a cui hanno partecipato 14 rifugiate somale, 7 in ciascun focus group. Al momento dell'intervista le partecipanti vivevano a Minneapolis e tutte avevano partorito un solo figlio negli USA. La scelta di non includere donne che avevano partorito più figli negli USA è motivata dal fatto che quest'ultime sarebbero state molto più informate sul sistema di cura americano.

Lo studio presentato nell'articolo appena citato nasce dalle richieste del Park Nicollet Health Services (PNHS), in Minnesota, che aspirava a migliorare le cure durante la gravidanza e il parto per le pazienti somale. I focus groups, quindi, erano finalizzati alla raccolta di informazioni utili per produrre materiale informativo ed educativo sulla sanità che tenesse conto della cultura delle destinatarie ed, inoltre, i dati erano necessari per la formazione del personale ospedaliero. Precisamente la ricerca è stata condotta per capire come le donne somale hanno vissuto la gravidanza e il parto in Minnesota; determinare cosa necessitano le donne somale in ambito di educazione sanitaria sulla nascita; individuare le modalità più efficaci per incrementare la frequenza alle visite prenatali; identificare l'approccio più

⁸ N. Herrel-L. Olevitch-D. K. DuBois-P. Terry-D. Thorp-E. Kind-A. Said, *op. cit.*, pp. 345-349.

⁹ *Ibidem*.

appropriato all'educazione alla nascita per le coppie somale; formare il personale medico del PNHS.

I risultati raggiunti sono stati riprodotti dai ricercatori in un video intitolato *Healthy Moms, Healthy Babies* lasciato a disposizione del personale ospedaliero e delle donne somale che hanno partecipato ai focus groups.

Dalla discussione nei focus groups è emerso che, complessivamente, le donne consideravano positiva la loro esperienza di parto ed erano soddisfatte del supporto ricevuto dal personale medico. Tuttavia ci sono stati anche pareri negativi. Tra questi la scarsa competenza (anche in termini di conoscenze sulla cultura somala) dello staff medico coinvolto nel parto e nelle cure post-natali; in particolare pareri negativi erano rivolti alle infermiere che, a detta delle pazienti, discriminavano le pazienti somale sulla base della razza ed erano meno sensibili ai loro bisogni.

Altri dati rilevati sono che le partecipanti mostravano preoccupazione verso il parto cesareo, che è praticato molto frequentemente in USA rispetto alla Somalia (l'episiotomia è invece molto più comune in Somalia); poi è emerso che esiste una diversità nell'affrontare il dolore delle doglie: negli Stati Uniti viene posta attenzione alla respirazione mentre in Somalia si preferisce lasciare che la partoriente preghi.

È stato scoperto anche che le donne somale volevano più informazioni riguardo alle esperienze in sala parto, alle cure per il dolore, alle visite prenatali, all'uso degli interpreti e ai ruoli del personale operante nell'ospedale. Gli strumenti più richiesti per ricevere queste informazioni sono stati videocassette, audiocassette, materiale stampato e visite al reparto di maternità.

Per la maggioranza delle partecipanti le fonti d'informazione sono state il medico di base, la clinica e familiari e amici con precedente esperienza.

Altra interessante informazione è che, diversamente da quanto pensasse lo staff medico, le decisioni relative al parto sono state prese dalle donne e non dai mariti. Alcune partecipanti hanno distinto diversi tipi di decisioni (decisioni sul taglio cesareo, sull'anestesia, ecc.) che spettavano alla donna o al marito. Certe ritenevano che la decisione sulla presenza dell'interprete in sala parto dovesse essere presa dalla paziente.

I risultati mostrano inoltre che secondo molte donne le visite prenatali sono importanti e le motivazioni sono: evitare complicanze, conoscere il dottore prima del parto, monitorare la pressione sanguigna e il peso, assumere vitamine, assicurarsi che il dottore abbia i dati personali del paziente al momento del parto.

Nella discussione di gruppo le partecipanti hanno espresso il loro parere sulle modalità per aumentare la partecipazione alle visite prenatali; hanno consigliato di fare telefonate alle pazienti come promemoria, creare servizi di trasporto adeguati e fornire assistenza agli altri figli.

Infine è emerso che le partecipanti credevano che il ruolo familiare degli uomini somali, loro compagni, potesse cambiare adattandosi alla cultura del nuovo paese, precisamente diventando più collaborativi nei compiti di cura dei membri della famiglia e nei lavori domestici.

In considerazione dei risultati dello studio i ricercatori hanno espresso delle raccomandazioni per il personale ospedaliero, in particolare hanno invitato a una maggiore attenzione alla cultura dei pazienti ed a informarsi su essa; di essere

consapevoli della preoccupazione che suscita il parto cesareo per le donne somale e dell'importanza di spiegare alle partorienti perché si ricorre ad esso; di incrementare le visite prenatali attraverso sistemi di promemoria telefonico degli appuntamenti, di trasporto alle visite e di assistenza agli altri figli. Hanno consigliato di inserire nel materiale informativo temi dell'esperienza in sala parto, dell'attenuazione del dolore, le ragioni dell'utilità delle visite prenatali, informazioni sugli interpreti e i servizi che possono aspettarsi dal sistema ospedaliero. Il materiale informativo dovrebbe essere distribuito sottoforma di videocassette, audiocassette e materiale stampato. Infine propongono di dare alle donne un resoconto dell'esperienza del loro parto.

Il tema delle cure prenatali, emerso in questa ricerca, è stato trattato in modo approfondito da uno studio del 1995, descritto nell'articolo *Conceptions of Prenatal Care among Somali Women in San Diego*¹⁰, che aveva lo scopo di esplorare le credenze, le conoscenze, le esperienze e le aspettative verso le cure prenatali tra le donne somale che vivevano, al momento dell'indagine, a San Diego. Per raccogliere i dati è stato utilizzato anche in questo caso il focus group, cui hanno partecipato 14 donne somale di età compresa tra i 20 e i 42 anni, con scolarizzazione diversa, tutte di religione musulmana. Delle 14 partecipanti 10 avevano partorito, o stavano per partorire un figlio a San Diego e le rimanenti 4, invece, avevano partorito in Somalia e in Kenya. La presenza di queste ultime non era utile per la comprensione delle cure ricevute a San Diego ma per approfondire la conoscenza della cultura somala.

I risultati della ricerca illustrano che la comunità somala a San Diego era caratterizzata da una forte rete sociale di supporto, coincidente con una classe sociale medio-bassa.

Le visite di monitoraggio della gravidanza erano familiari alle donne somale perché le cure erano simili tra Somalia e Stati Uniti. In Somalia però non esistevano né la determinazione del sesso del feto per mezzo degli ultrasuoni, né la diffusione dei metodi contraccettivi. Rispetto alle pratiche di contraccezione le donne somale mostravano infatti preoccupazione e non accettavano consigli; tuttavia tolleravano la procedura ad ultrasuoni anche se non credevano molto nella validità e veridicità della predeterminazione del sesso del nascituro.

Le donne del focus group erano molto informate sull'importanza di una buona dieta durante la gravidanza; inoltre, secondo la religione musulmana, il digiuno previsto durante il mese di Ramadan può non essere rispettato se la donna è in gravidanza. Le donne somale erano pienamente concordi nel non assumere droghe, alcool e fumare durante la gravidanza.

Le partecipanti al focus group dicevano di essere favorevoli alla somministrazione di vitamine anche se mostravano un po' di preoccupazione e alcune volte accadeva che non ne facessero uso, trovandosi al momento del parto senza energie.

Dalla discussione di gruppo risultava che le partecipanti erano molto informate sulle pratiche prenatali e disponibili a seguirle. Dimostravano apprezzamento per le

¹⁰ K. Beine-J. Fullerton-L. Palinkas-B. Anders, *op. cit.*, pp. 376-381.

cure ricevute a San Diego; esprimevano la preferenza per medici di genere femminile e ribadivano l'importanza che il personale medico fosse informato sulla circoncisione femminile e favorevole al taglio cesareo.

La preferenza per medici di sesso femminile e informati sulla pratica della circoncisione è stata espressa anche in altri studi analizzati. Ad esempio quello del 2009, *Perspectives of Somali Bantu Refugee Women Living with Circumcision in the United States: A Focus Group Approach*¹¹ a cui verrà dedicato un approfondimento nel paragrafo seguente.

La circoncisione femminile

Il termine “*female circumcision*” (circoncisione femminile) è usato in quegli studi che ritengono stigmatizzante per le donne somale “*female genital mutilation*” (mutilazione genitale femminile).

La circoncisione è una pratica culturale non specifica di una particolare zona geografica. È uno di quei riti di passaggio che regolano i mutamenti di status o di età delle persone, scandendo le varie fasi del ciclo di vita, trasformandole in un percorso dotato di senso che ne soddisfa i bisogni di identità e di riconoscimento. In particolare è un rito di passaggio attraverso il quale nelle società tradizionali si diventa “donna”. In queste società donna non si nasce, nel senso che la connotazione biologica non riesce ad essere di per sé un fattore sufficiente di individuazione dell'essere donna.

In tutto il mondo circa 130 milioni di donne sono circonciuse. La pratica è principalmente diffusa nell'Africa sub-sahariana, in particolare in Sudan e Somalia, e nell'Africa dell'ovest¹².

In Somalia una donna non circonciusa viene ridicolizzata e rischia di essere espulsa dalla comunità; per lei inoltre è quasi nulla la possibilità di trovare marito, anche se è vergine. Nella maggior parte dei casi la circoncisione avviene tra i 6-9 anni, tuttavia ci sono stati casi di circoncisione di bambine che non avevano ancora compiuto un anno, ciò era accaduto perché dovevano immigrare negli Stati Uniti dove tale pratica è illegale.

In letteratura troviamo descritti 4 tipi di circoncisione femminile che variano dall'escissione del prepuzio clitorideo (I tipo), l'asportazione del prepuzio e della clitoride totalmente o parzialmente (II tipo), l'escissione del prepuzio e della clitoride e l'escissione parziale o totale delle piccole labbra (III tipo), l'asportazione del clitoride, piccole labbra e parte delle grandi labbra e riduzione dell'orifizio vaginale (IV tipo). Questo quarto tipo è la più severa forma di circoncisione ed è classificata come infibulazione o circoncisione faraonica. È il tipo di circoncisione femminile più comune per le donne somale. Precisamente consiste nell'asportazione del clitoride, delle piccole labbra, e almeno dei due terzi anteriori delle grandi labbra; i due lati della vulva vengono poi cuciti con fili di seta o con piccole spine. L'accesso vaginale è ridotto a una piccola apertura (ottenuta

¹¹ M.J. Upvall-K. Mohammed-P.D. Dodge, *op. cit.*, pp. 360-368.

¹² K. Adams-N. Assefi, *op. cit.*, pp. 210-217.

inserendo sottili pezzetti di legno o una cannuccia di bambù) che permette il passaggio dell'urina e del sangue mestruale¹³.

Il tipo di mutilazione praticata, l'età e il modo in cui essa viene fatta dipende da diversi fattori quali il gruppo etnico di appartenenza, l'estrazione socio-economica, etc.

La pratica della circoncisione porta con sé implicazioni religiose, culturali ed ideologiche. Ci sono quattro ragioni alla base della pratica della circoncisione femminile. La prima ragione è quella religiosa, è una pratica accettata dall'Islam anche se non si trova nei testi religiosi del Corano. La seconda ragione è psicosessuale, fa diminuire il desiderio sessuale della donna e garantisce la verginità fino al matrimonio, aumentando il desiderio sessuale maschile. La terza, da una prospettiva sociologica, è la porta d'accesso alla propria comunità, che costituisce un punto di non ritorno che separa chi è dentro da chi sta fuori; è un modo per essere idonee al matrimonio e conservare la tradizione. Può essere considerata una forma di pressione della società. La quarta ed ultima ragione è igienica: si rimuove l'impurità, lo sporco genitale e si impedisce la crescita delle labbra.

La mutilazione genitale femminile, così com'è praticata può portare in casi estremi alla morte. A lungo termine la circoncisione può avere effetti fisici che includono problemi quali infezioni urinarie e pelviche, forti dolori mestruali, complicazioni ostetriche per madre e figlio, problemi nei rapporti sessuali e nel parto naturale. Alcune volte, a causa della circoncisione, nel parto vaginale è necessario ricorrere alla defibulazione, ossia l'apertura dell'orifizio (questa comporta un'incisione nella cicatrice dell'infibulazione, creando un'apertura, con la rimarginazione delle rimanenti grandi labbra) ed inoltre risultano complicate le visite ginecologiche al collo dell'utero.

Gli articoli analizzati affrontano il tema della circoncisione femminile, più o meno in profondità.

L'articolo citato *Perspectives of Somali Bantu Refugee Women Living with Circumcision in the United States: A Focus Group Approach*¹⁴ descrive un recente studio che aveva come scopo esplorare i bisogni di cura relativi alla circoncisione delle rifugiate somale bantu stabilitesi negli Stati Uniti e scoprire gli interventi da loro accettati culturalmente e basati sull'autoidentificazione dei loro bisogni di cura.

I bantu sono un gruppo minoritario e marginale in Somalia, uno tra i più sfortunati e perseguitati. Dagli anni '90 hanno cercato asilo in Tanzania, Mozambico e infine negli Stati Uniti. Il loro status continuava ad essere marginale anche quando sono giunti prima in Kenya e poi, a partire dal 2003, negli Stati Uniti. In uno studio è emerso che i somali bantu, a confronto di altri somali, sono stati per un periodo più lungo nei campi per rifugiati¹⁵, e ciò non è certo da sottovalutare poiché, come detto, la vita nei campi ha ripercussioni considerevoli sullo stato di salute di chi vi permane.

¹³ M.J. Upvall-K. Mohammed-P.D. Dodge, *op. cit.*, pp. 360-368.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ K. Adams-N. Assefi, *op. cit.*, pp. 210-217.

Il metodo utilizzato per la raccolta dei dati è stato il focus group a cui parteciparono 23 donne somale bantu circoncise, di età compresa tra i 19 e i 43 anni, sposate ma non tutte con prole. Al momento dell'intervista le partecipanti vivevano negli Stati Uniti da un periodo che andava dagli 11 ai 27 mesi. Precisamente sono stati condotti 4 focus groups composti da 5-6 persone. Le dimensioni più piccole consentivano al facilitatore di andare in profondità nelle risposte dei partecipanti.

Le informazioni raccolte dalle interviste sono state diverse: prima di tutto che la circoncisione è vissuta come normale pratica, comune tra le partecipanti, che credevano che tutte le donne fossero circoncise. È evidente che vivere come normale la circoncisione preclude il bisogno di parlare con le altre donne e figlie e, per questo, prima di allora le partecipanti non si erano mai confrontate con altre donne su questo argomento.

Per le donne somale è molto importante che i medici in Nord America sappiano che in Somalia le donne vengono circoncise, al fine di non rimanere stupiti durante le visite e suscitare imbarazzo nella paziente marcando la diversità con altre donne.

Secondo le partecipanti, la circoncisione è un modo per rimanere pulite e pensano che le labbra, se non recise, continuino a crescere, non rendendole desiderabili dagli uomini. Alcune donne hanno espresso il desiderio che la pratica della circoncisione continui con le loro figlie; non comprendono il motivo dell'illegalità dell'azione negli Stati Uniti e non condividono il comportamento di quelle donne somale che crescono le figlie in Nord America senza circonciderle. Molte ritenevano che una ragazza non circoncisa non si sposterà mai e non volevano che i loro figli sposassero donne non circoncise. Altre donne invece sostenevano che se le loro figlie finiscono la scuola, prendono la patente e trovano un lavoro, non avranno bisogno di un marito che le voglia circoncise.

Dallo studio sono emerse anche altre informazioni riferite alle barriere all'interno dei servizi sanitari per ottenere cure efficienti e rispettose della personalità e cultura delle rifugiate somale bantu. Di questi dati scriverò in seguito.

Il tema della circoncisione è stato trattato anche da altri articoli, quali *Care of Women with Female Circumcision*¹⁶ e *Primary Care Refugee Medicine: General Principles in the Postimmigration Care of Somali Women*¹⁷. Nel primo articolo viene sottolineato che durante la gravidanza le donne circoncise oltre al counseling devono ricevere altri tipi di supporto, quali informazioni sulla gravidanza e il parto, confronti sulle loro esigenze di cura in merito ad interventi medici¹⁸.

L'articolo *Primary Care Refugee Medicine: General Principles in the Postimmigration Care of Somali Women* fornisce linee guida per la cura di donne somale rifugiate data la scarsa conoscenza che i medici in occidente hanno dei problemi generali di salute dei rifugiati. In merito alla circoncisione il contributo sottolinea che il medico dovrebbe affrontare gradualmente temi delicati ed intimi come questo. Inoltre si ribadisce l'importanza di acquisire conoscenza sulla storia e tradizioni delle rifugiate somale e anche l'importanza del rispetto della volontà

¹⁶ C.C. Campbell, *op. cit.*, pp. 364-365.

¹⁷ K. Adams-N. Assefi, *op. cit.*, pp. 210-217.

¹⁸ C.C. Campbell, *op. cit.*, pp. 364-365.

delle pazienti di non avere medici maschi o traduttori di genere maschile soprattutto durante le visite ginecologiche¹⁹.

L'espressione del dolore

Non sono molti gli studi che trattano l'espressione del dolore in diverse popolazioni. Nell'articolo citato *Primary Care Refugee Medicine: General Principles in the Post-Immigration Care of Somali Women*²⁰ troviamo anche la descrizione di uno studio che ha come scopo l'acquisizione di maggior conoscenza circa il dolore delle donne somale che hanno subito interventi chirurgici.

Questo studio, guidato dalla teoria di Margaret Newman che intende la salute come espansione della coscienza (*Health Expanding Consciousness*)²¹, usa il focus group come strumento per valutare l'espressione del dolore nella popolazione somala.

Fondamentale per il successo di questa ricerca è stata la partecipazione del mediatore culturale, una donna somala. La sua presenza è stata indispensabile in particolare per quanto concerne la terminologia da utilizzare negli opuscoli informativi, per il reclutamento delle partecipanti al focus group, per il consiglio di condurre il focus group in una abitazione privata anziché in un luogo troppo formale (un setting più informale era più confortevole e favoriva la creazione di fiducia) e per il rispetto del tempo per la preghiera per le donne di religione musulmana. Le partecipanti al focus group erano 4 donne somale, con più di 18 anni di età, che avevano subito un intervento chirurgico nel precedente anno e conoscevano bene la lingua inglese.

I risultati mostrano che l'espressione del dolore delle donne somale include espressioni verbali e non verbali; alcuni tipi di espressione del dolore sono tipici della cultura somala, altri universali. Forme di espressione del dolore comprendono: urlo, lamento, sospiro, movimenti facciali, movimenti oculari, toccarsi il punto dolente, movimenti della testa in avanti ed indietro. Aspetto peculiare di queste partecipanti era una forte credenza in un potere supremo (Dio, Allah). A tale proposito evidenzio che nel primo articolo analizzato, *Somali Refugee Women Speak Out About Their Needs for Care During Pregnancy and Deliver*²², era emerso che le donne somale per affrontare il forte dolore delle doglie preferivano pregare anziché seguire la respirazione indicata dal personale medico.

¹⁹ K. Adams-N. Assefi, *op. cit.*, pp. 210-217.

²⁰ S.M. Ness, *op. cit.*, pp. 65-75.

²¹ La teoria di Margaret Newman sulla salute come espansione della coscienza descrive il ruolo degli infermieri nell'assistenza e nel riconoscere il potere del paziente nel processo di guarigione. La teoria considera la salute come stato in continua evoluzione che riguarda spirito e corpo. Le interazioni tra le persone e le condizioni sociali e fisiche sono fondamentali nella comprensione della teoria. L'applicazione infermieristica della teoria individua tre elementi: schemi di ricognizione, costruzione di relazioni autentiche e la ricerca come prassi, utile per integrare teoria e pratica. Il metodo della Newman prevede l'uso di domande aperte per facilitare la comprensione di esperienze individuali e confronta parole con l'espressione del dolore attraverso schemi di ricognizione. La Newman considera gli infermieri come aventi una posizione di prestigio.

²² N. Herrel-L. Olevitch-D.K. DuBois-P. Terry- D. Thorp- E. Kind-A. Said, *op. cit.*, pp. 345-349.

Le partecipanti hanno comunicato l'importanza di esprimersi nel linguaggio nativo. Per questo la conoscenza di vocaboli in lingua somala, da parte del personale medico ed infermieristico, può essere d'aiuto nel capire quando e come prendersi cura delle donne somale.

L'espressione del dolore è individuale e quindi varia da persona a persona, tuttavia esistono significati del dolore diversi a seconda del gruppo culturale. L'espressione del dolore è quindi inseparabile dalle percezioni personali e dall'influenza sociale.

I risultati mostrano anche che l'espressione del dolore è associata al tempo: prima, durante, dopo l'intervento.

Altro dato emerso è che le partecipanti hanno espresso la grande difficoltà di rimanere lontane dalla famiglia, soprattutto perché non possono adempiere le loro attività quotidiane di cura dei figli e del marito e dei lavori domestici.

Ulteriore informazione è che generalmente i somali, quando subiscono un intervento chirurgico, hanno molta paura di morire poiché in Somalia è molto frequente la morte a seguito di un intervento chirurgico e ciò a causa della mancanza di cure adeguate nel periodo post operatorio. Questa paura è stata espressa anche dalle partecipanti.

Infine i dati mostrano che le donne si sono sentite confortate a parlare con il personale medico e non hanno espresso alcuna preoccupazione nel parlare di questo tema con le altre persone.

I risultati di questo studio, nonostante i limiti (campione piccolo, risultati non generalizzabili, tempi differenti trascorsi dall'intervento) sono utili per lo sviluppo di strumenti che possono essere utilizzati in altri lavori sull'espressione del dolore delle donne somale e, in generale, per migliorare le cure infermieristiche seguendo un approccio transculturale.

Cure sanitarie gradite alle rifugiate somale

Gli studi analizzati sottolineano più volte quali sono le modalità di cura accettabili per le rifugiate somale, i loro bisogni e necessità nella relazione medico-paziente.

L'articolo *Caring for Somali Women: Implications for Clinician-Patient Communication*²³ descrive uno studio condotto nel 2007 che aveva come obiettivo identificare quali caratteristiche le rifugiate somale stabilite negli Stati Uniti associavano ad un trattamento positivo nei servizi sanitari di cura e prevenzione. Come metodo di ricerca è stata usata l'intervista in profondità: sono state intervistate 34 donne somale (non è stata fatta una distinzione tra bantu e non) che vivevano a Rochester (terza città dello Stato di New York) da un minimo di 2 mesi a 4 anni. L'età delle partecipanti andava dai 18 ai 53 anni, con una media di 27 anni. A seguito delle singole interviste è stato condotto un focus group al fine di integrare i dati raccolti.

I risultati dello studio mostrano che secondo le partecipanti un sistema di cura è efficiente quando sono presenti adeguati mezzi di trasporto, facilità d'accesso ai

²³ J. Carroll-R. Epstein-K. Fiscella-T. Gipson-E. Volpe-P. Jean-Pierre, *op. cit.*, pp. 337-345.

servizi di cura e si investe in programmi finalizzati al miglioramento dell'alfabetizzazione delle pazienti. Inoltre emerge l'importanza della comunicazione verbale e non verbale, l'empatia nel rapporto medico-paziente, la capacità di comprensione e il rispetto del paziente, il servirsi di personale medico e interpreti di genere femminile, il rispetto della privacy soprattutto nelle visite ginecologiche in considerazione anche della circoncisione, che suscita loro preoccupazione.

Le partecipanti hanno espresso l'utilità di sistemi di promemoria delle visite (nota su foglio, telefonate) al fine di garantire la continuità, ed anche il bisogno di essere informate, da parte del personale medico, sulle procedure mediche e sugli esami da fare. Anche i risultati dello studio presentato nell'articolo *Somali Refugee Women Speak Out About Their Needs for Care During Pregnancy and Delivery* sottolineano l'utilità di sistemi di promemoria delle visite²⁴.

Le conclusioni dello studio presentato nell'articolo *Primary Care Refugee Medicine: General Principles in the Post-Immigration Care of Somali Women* mostrano che in molti casi le donne somale non erano favorevoli alla presenza di mediatori di sesso maschile e neppure a mediatrici somale appartenenti a clan in conflitto con il loro. Inoltre è molto importante per le pazienti che il medico chiarisca lo scopo e spieghi l'utilità di visite e programmi di screening, e quindi spieghi i concetti di screening e diagnosi precoce non conosciuti in Somalia²⁵.

Barriere all'accesso ai servizi sanitari

Tutti gli studi analizzati riportano alcuni ostacoli che le rifugiate somale incontrano nell'ottenere cure sanitarie.

Nell'articolo *Perspectives of Somali Bantu Refugee Women Living with Circumcision in the United States: A Focus Group Approach*, in parte descritto precedentemente, si riporta che dal focus group con le donne somale sono emersi, quali limiti all'accesso alle cure, la mancata conoscenza dei servizi di cura esistenti nel paese ospitante. Si tratta spesso di servizi e percorsi di cura rari o addirittura inesistenti in Somalia e nei campi per rifugiati in Kenya. In Somalia, ospedali su modello occidentale erano presenti, prima della guerra civile, solo nelle aree urbane ed erano tuttavia preferiti sistemi di cura tradizionali²⁶. Inoltre per le donne bantu, sia in Somalia che in Kenya, l'accesso alle cure era reso ancora più difficile poiché erano discriminate e allontanate dalle altre comunità. I rifugiati somali guardavano alle cliniche degli Stati Uniti, e anche del Kenya, con diffidenza e sospetto, avevano paura di subire violenze o azioni discriminanti che potevano nuocere la loro salute. Inoltre le visite ginecologiche erano viste con sospetto e lo stesso la figura dell'ostetrica, che in Somalia e in Kenya non esisteva.

Altre barriere che le partecipanti del focus group hanno esposto sono: i lunghi tempi d'attesa nelle cliniche, la standardizzazione delle cure, l'incapacità di comunicare perché non conoscevano la lingua, che rendeva difficile prendere

²⁴ N. Herrel-L. Olevitch-D.K. DuBois-P. Terry-D. Thorp-E. Kind-A. Said, *op. cit.*, pp. 345-349.

²⁵ K. Adams-N. Assefi, *op. cit.*, pp. 210-217.

²⁶ J. Carroll-R. Epstein-K. Fiscella-T. Gipson-E. Volpe-P. Jean-Pierre, *op. cit.*, pp. 337-345.

appuntamenti e rivolgersi allo sportello per le cure lievi. Per questi motivi le donne somale bantu hanno continuato ad usare pratiche di cura tradizionali tra cui lacerare e bruciare parti del corpo per scacciare gli spiriti cattivi²⁷.

Anche nell'articolo *Caring for Somali Women: Implications for Clinician-Patient Communication* vengono individuati come limiti all'accesso alle cure i lunghi tempi d'attesa, la collocazione territoriale dei servizi e la difficoltà nel raggiungere le sedi preposte alla cura²⁸.

Relazione terapeutica

Nella relazione terapeutica le difficoltà che si incontrano sono molteplici. Tutti gli studi hanno marcato i limiti presenti nella relazione. La consapevolezza di questi limiti è fondamentale per il personale medico poiché può attivarsi per abbattere le barriere esistenti.

L'articolo *Perspectives of Somali Bantu Refugee Women Living with Circumcision in the United States: A Focus Group Approach*, riporta che la comunicazione è l'ostacolo più grande nel prendersi cura delle donne somale bantu, in particolare quando si affrontano temi correlati alla circoncisione, e ciò soprattutto per difficoltà linguistiche: i traduttori sono pochi e per questo molte si affidano a familiari e a membri della comunità che fanno da intermediari. Le donne del focus group dello studio descritto nell'articolo esprimono il desiderio di parlare direttamente con il medico, senza intermediari perché spesso è imbarazzante parlare di alcuni temi ed, inoltre, perché non traducono mai perfettamente, sia per errore ma anche volontariamente, quanto detto poiché il marito o un membro della comunità ritengono che certe cose non vadano dette²⁹.

Anche i risultati dello studio descritto nell'articolo *Caring for Somali women: Implications for Clinician-Patient Communication* individua nella relazione medico-paziente barriere linguistiche. Inoltre vengono sottolineati i pregiudizi dei medici verso le minoranze, l'incertezza dei medici nell'interazione con persone appartenenti a gruppi minoritari e gli stereotipi circa il comportamento dei pazienti di cultura diversa³⁰.

Anche nell'articolo *Somali Refugee Women Speak Out About Their Needs for Care During Pregnancy and Delivery*, descritto inizialmente, alcune donne partecipanti ai focus groups della ricerca hanno raccontato che gli infermieri discriminavano le pazienti somale sulla base della razza ed erano inoltre meno sensibili ai loro bisogni³¹.

In riferimento al rapporto medico-paziente, come scritto in precedenza, le donne somale partecipanti ad uno studio esprimono l'importanza di una comunicazione

²⁷ M.J. Upvall-K. Mohammed-P.D. Dodge, *op. cit.*, pp. 360-368.

²⁸ J. Carroll-R. Epstein-K. Fiscella-T. Gipson-E. Volpe-P. Jean-Pierre, *op. cit.*, pp. 337-345.

²⁹ M.J. Upvall-K. Mohammed-P.D. Dodge, *op. cit.*, pp. 360-368.

³⁰ J. Carroll-R. Epstein-K. Fiscella-T. Gipson-E. Volpe-P. Jean-Pierre, *op. cit.*, pp. 337-345.

³¹ N. Herrel-L. Olevitch-D. K. DuBois-P. Terry-D. Thorp-E. Kind-A. Said, *op. cit.*, pp. 345-349.

empatica e del rispetto verso il paziente; inoltre viene sottolineata la garanzia del rispetto della privacy³².

Linee guida per gli operatori sanitari

I ricercatori, che hanno condotto i diversi studi analizzati, dopo la conclusione delle rispettive ricerche hanno fornito delle linee guida al personale medico e paramedico (infermieri) circa la cura delle rifugiate somale, naturalmente basandosi su quanto emerso nei focus groups.

In sintesi, i punti principali che il personale sanitario deve seguire attentamente nell'esercizio della professione sono i seguenti:

Dovrebbe essere consapevole che le donne somale in Nord America subiscono cure prima sconosciute (parto cesareo, visite ginecologiche, procedura ad ultrasuoni per predire il sesso del neonato, ecc.) e la diversità in cui viene impostata la cura può confondere e spaventare le pazienti. È per questo che il personale medico dovrebbe far comprendere gli interventi, le motivazioni e le modalità.

Dovrebbe essere informato su alcuni aspetti della cultura somala, in particolare sulla pratica della mutilazione genitale femminile. Dovrebbe essere consapevole che è una pratica comune in Somalia, e non ignorare ciò né guardare alle donne somale solo come circoncise, considerando prevalentemente quell'aspetto nel rapporto di cura.

Dovrebbe essere al corrente della storia e delle ragioni delle loro migrazioni. Ciò può essere utile per le cure mediche, per comprendere ad esempio la causa di disturbi psichici e del comportamento che possono essere la conseguenza di esperienze di perdita e sofferenze traumatiche vissute, incluse torture, violenze, abusi, stupri. Ma anche la conseguenza di condizioni di vita difficili: povertà, afflizione, assenza di educazione, analfabetismo, non conoscenza della lingua parlata nel paese ospitante, ecc³³.

Inoltre gli operatori sanitari dovrebbero cercare di sviluppare maggior comprensione delle esperienze delle donne immigrate e dei loro bisogni post-immigrazione; in particolare verso le donne più anziane e con maggior responsabilità familiari perché, secondo i risultati di uno studio, *Issues and innovations in nursing practices: Somali and Oromo refugee women: trauma and associated factors*, sono maggiormente esposte a traumi e torture³⁴.

³² J. Carroll-R. Epstein-K. Fiscella-T. Gipson-E. Volpe-P. Jean-Pierre, *op. cit.*, pp. 337-345.

³³ K. Adams-N. Assefi, *op. cit.*, pp. 210-217; C.L. Robertson-L. Halcon-K. Savik-D. Johnson-M. Spring-J. Butcher-J. Westermeyer-J. Jaranson, *op. cit.*, pp. 577-587.

³⁴ C.L. Robertson-L. Halcon-K. Savik-D. Johnson-M. Spring-J. Butcher-J. Westermeyer-J. Jaranson, *op. cit.*, pp. 577-587.

Lo scopo di questo studio era identificare caratteristiche demografiche riferite a traumi e torture, ed associare le esperienze dei traumi a problemi di salute e sociali delle rifugiate somale ed oromo. L'indagine è stata realizzata incrociando le classi della popolazione secondo la divisione indicata nei piani sanitari, è stata condotta da luglio 1999 a settembre 2001, con 1134 rifugiati somali e oromo che vivono negli Stati Uniti d'America, ed è stato analizzato un sottocampione di donne chiaramente identificato con lo status di genitori. Le misure includono dati demografici, storia di traumi e torture, scale di problemi fisici, psichici e sociali ed un elenco di sintomi post-trauma.

Dovrebbe informarsi sulla storia “sanitaria” delle pazienti somale, sulle cure precedenti, sui sistemi di cura presenti nel paese natale.

Dovrebbe essere consapevole che le donne somale rifugiate preferiscono essere visitate da donne, specialmente nelle visite ginecologiche.

Dovrebbe tenere conto dell'utilità di mediatori culturali ed interpreti preparati e possibilmente di genere femminile. Le donne somale preferiscono la presenza di un'interprete non appartenente alla loro comunità o famiglia poiché può essere imbarazzante parlare di alcuni argomenti in presenza di familiari o amici ed inoltre perché con la traduzione c'è il rischio che le parole della paziente vengano modificate in base a quello che l'interprete ritiene culturalmente accettato.

Dovrebbe promuovere azioni per favorire l'accesso alle cure, incrementare le visite prenatali e preventive attraverso sistemi di promemoria telefonico degli appuntamenti, di trasporto alle visite e di assistenza agli altri figli.

Dovrebbe mettere a disposizione della comunità materiale informativo (materiale stampato, videocassette, audiocassette, visite guidate nei reparti) sui servizi presenti e sulle modalità d'accesso, sull'esperienza in sala parto, sulle visite prenatali, sugli interpreti.

Dovrebbe andare oltre il modello biomedico, lavorando con un approccio olistico al fine di promuovere le relazioni con la famiglia e la comunità.

Conclusioni

Tutti gli studi analizzati hanno utilizzato come metodo di ricerca il focus group. Ciò per molteplici ragioni, in primis perché è utile ai fini di raccogliere informazioni su un argomento di cui si ha scarsa conoscenza; infatti il vantaggio principale sta nella ricchezza di dati che fornisce. In secondo luogo, il focus group è stato scelto come metodo di ricerca anche perché crea atmosfere dinamiche permettendo ai partecipanti di esprimere ogni loro opinione. Inoltre il focus group, generalmente, ha successo se usato con diversi gruppi culturali. È lo strumento più adatto per la comprensione di esperienze e credenze, e la forte cultura orale della comunità somala facilita questo approccio. Infine, anche perché la limitata letteratura sul tema rendeva difficile realizzare inchieste scritte.

I risultati dei diversi studi, nonostante i punti comuni, non possono essere generalizzati all'intera comunità somala immigrata negli Stati Uniti.

A poter essere generalizzate sono, bensì, le linee guida per il personale ospedaliero indicate nei diversi articoli; alcune di queste, infatti, possono essere prese in considerazione anche con pazienti di cultura diversa da quella somala.

I risultati dello studio indicano la maggior esposizione a traumi e torture per le donne con età superiore, che non conoscono bene la lingua inglese, che hanno una famiglia più numerosa e maggiori responsabilità familiari.

Bibliografia

Adams K.-Assefi N., *Primary Care Refugee Medicine: General Principles in the Postimmigration Care of Somali Women*, in "Primary Care Update for OB/GYNS", IX, 6, 2002, pp. 210-217.

Beine K.-Fullerton J.-Palinkas L.-Anders, B., *Conceptions of Prenatal Care among Somali Women in San Diego*, in "Journal of Nurse-Midwifery", XL, 4, 1995, pp. 376-381.

Campbell C.C., *Resource for Clinicians: Care of Women with Female Circumcision*, in "Journal of Midwifery & Women's Health", XLIX, 4, 2004, pp. 364-365.

Carroll J.-Epstein R.-Fiscella K.-Gipson T.-Volpe E.-Jean-Pierre P., *Caring for Somali Women: Implications for Clinician-Patient Communication*, in "Patient Education and Counseling", LXVI, 3, 2007, pp. 337-345.

Herrel N.-Olevitch L.-DuBois D.K.-Terry P.-Thorp D.-Kind E.-Said A., *Somali Refugee Women Speak Out About Their Needs for Care During Pregnancy and Delivery*, in "Journal of Midwifery & Women's Health", XLIX, 4, 2004, pp. 345-349.

Ness S.M., *Pain Expression in the Perioperative Period: Insights from a Focus Group of Somali Women*, in "Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses", X, 2, 2009, pp. 65-75.

Robertson C.L.-Halcon L.-Savik K.-Johnson D.-Spring M.-Butcher J.-Westermeyer J.-Jaranson J., *Issues and Innovations in Nursing Practices: Somali and Oromo Refugee Women: Trauma and Associated Factors*, in "Journal of Advanced Nursing", XLIX, 6, 2006, pp. 577-587.

Upvall M.J.-Mohammed K.-Dodge P.D., *Perspectives of Somali Bantu Refugee Women Living with Circumcision in the United States: A Focus Group Approach*, in "International Journal of Nursing Studies", XLVI, 3, 2009, pp. 360-368.