



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina Scuola di
Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica

Le difficoltà degli infermieri e degli operatori
sanitari nell'assistenza ai pazienti musulmani:
sfide culturali, religiose e comunicative.

Relatrice: Prof Elena Pinton

Laureanda: Boutair Kaoutar

(matricola n. 2048936)

Anno accademico 2024- 2025

Indice

1. Abstract.....	3
2. Introduzione.....	4
2.1 Concetti di salute, guarigione e medicina nella cultura islamica:.....	4
2.1.1 Definizione di salute nell'Islam.....	4
2.1.2 Flessibilità e necessità medica: il concetto di <i>darūra</i>	5
2.1.3 Prevenzione, cura e guarigione: prospettive religiose e culturali.....	6
2.1.4 Purezza rituale e preghiera come dimensione della salute.	7
2.1.5 Ramadan: principio religioso e tutela della salute.	8
2.1.6 L'importanza della famiglia e la dimensione collettiva della cura.....	9
2.1.7 Fine vita e bioetica: il concetto di <i>Ajal</i>	10
3. Scopo e quesito della ricerca	11
4. Materiali e metodi.....	14
4.1 Disegno dello studio.	14
4.2 Strategia di Ricerca Bibliografica.	14
4.3 Stringa di ricerca.	14
4.4 Criteri di Inclusione ed Esclusione.....	15
5. Risultati della ricerca.....	16
5.1 Riassunto degli studi.	17
5.2 Soluzioni trovate negli studi.....	20
5.2.1 La figura del mediatore culturale nell'applicazione del <i>Crescent of Care</i>	21
6. Conclusioni.....	23
6.1 Limiti della letteratura.	24
6.2 Contesto geografico.	24
7. Bibliografia.....	25

1. Abstract

Titolo

Le difficoltà degli infermieri e degli operatori sanitari nell'assistenza ai pazienti musulmani: sfide culturali, religiose e comunicative.

Introduzione

Questo lavoro nasce da esperienze vissute in prima persona durante la pratica clinica, che hanno messo in luce un limite importante: la mancanza di una preparazione specifica del personale sanitario nell'assistenza al paziente musulmano. Queste situazioni hanno dimostrato che i dubbi e i pregiudizi più comuni- come quelli legati alla scelta del medico in base al genere- non sono casi isolati. Al contrario, sono il segnale di una carenza formativa che può compromettere il rapporto di fiducia tra infermieri e pazienti, rischiando di non rispettare pienamente la dignità di chi riceve le cure. Lo studio prende le mosse da un dato fondamentale, ovvero la trasformazione multiculturale del Paese: i dati della Fondazione ISMU (2024) stimano che i musulmani residenti in Italia siano circa 1,7 milioni, cifra che sale a 2,28 milioni se si includono anche i cittadini italiani di fede islamica. Questa realtà demografica comporta un aumento degli accessi ai servizi sanitari da parte di utenti con bisogni culturali e spirituali specifici, rendendo la competenza interculturale una necessità per la sicurezza e l'efficacia del sistema sanitario.

Obiettivo

Partendo dalle situazioni osservate sul campo, lo studio analizza come le barriere culturali e religiose influenzino il lavoro degli infermieri. L'obiettivo è dimostrare che la formazione attuale non è sufficiente se riguarda solo il singolo operatore, e che è necessario un cambiamento che coinvolga l'intera organizzazione sanitaria, trasformando le difficoltà dei singoli professionisti in una strategia di assistenza che sappia accogliere tutti i pazienti.

Metodo

La ricerca si basa su una revisione di studi e articoli scientifici cercati su database come PubMed, CINAHL e Google Scholar. Per approfondire il punto di vista del paziente musulmano, l'analisi è stata integrata con lo studio di testi della tradizione islamica, come le Sure del Corano e i libri di hadith. Questo confronto serve a definire i concetti di salute e medicina secondo la cultura islamica, rispondendo ai dubbi emersi nella pratica clinica.

Conclusione

L'analisi conferma che la mancanza di competenze interculturali crea insicurezza nei professionisti e rende l'assistenza meno efficace. Solo attraverso una formazione specifica, che riconosca i limiti attuali, è possibile garantire una cura empirica e rispettosa. In un contesto sanitario sempre più multiculturale, conoscere la cultura del paziente è fondamentale per la costruzione di un rapporto di cura efficace.

2. Introduzione

2.1 Concetti di salute, guarigione e medicina nella cultura islamica:

2.1.1 Definizione di salute nell'Islam.

Nell'Islam, la salute è concepita come un dono (*ni'ma*) di Allah; una visione supportata sia dal testo coranico che dalla tradizione della Sunna del Profeta Muhammad (*Corano; Al-Bukhari, 810-870*). Questa prospettiva non rende il credente passivo: al contrario, egli ha la responsabilità etica di cercare cure e rimedi medici, unendo la fede alla pratica clinica. In quest'ottica, la guarigione non dipende solo dall'atto del medico, ma è legata anche alla sfera spirituale.

Pratiche come la preghiera (*du'ā'*), la recitazione di versetti coranici a scopo terapeutico (*ruqya*), l'elemosina e il rispetto delle regole su ciò che è lecito (*halal*) o vietato (*haram*) sono parte integrante del percorso di cura. Esiste, inoltre, un forte dovere verso la comunità: visitare chi sta male è un obbligo religioso, specialmente verso chi affronta malattie gravi, i quali devono essere confortati con parole e atti gentili (*Ibn Mājah, 824-887*). Il principio della sovranità divina è riassunto nel versetto: "E quando io sono malato, è Lui che mi guarisce" (*Corano 26:80*).

2.1.2 Flessibilità e necessità medica: il concetto di *darūra*.

Uno degli elementi fondamentali nel comportamento del paziente musulmano è la modestia (*haya*), un concetto che va oltre la semplice timidezza e rimanda al senso del pudore e della riservatezza. Nell'ambito dell'assistenza sanitaria, questo valore si manifesta nella preferenza di essere seguiti da operatori dello stesso sesso, in particolare durante le manovre assistenziali che richiedono l'esposizione del corpo o il contatto fisico diretto. Tale richiesta non è un capriccio culturale, ma il tentativo del paziente di preservare la propria dignità e integrità in un momento di vulnerabilità come la malattia (*Padela, 2018*).

Sotto questo profilo, è possibile tracciare un parallelo tra l'etica islamica e i principi cardine della bioetica della cura. Entrambi i sistemi pongono la dignità della persona come valore supremo. Se in Italia la Legge 219/2017 e la Carta dei diritti fondamentali dell'UE (*articoli 1 e 3*) tutelano la riservatezza come espressione di autodeterminazione laica, nella fede islamica questa stessa necessità assume una connotazione religiosa e spirituale più profonda. Tuttavia, pur partendo da presupposti diversi - uno giuridico-civile e l'altro teologico - tali modelli rendono la competenza interculturale un ponte necessario affinché l'infermiere possa integrare la dimensione spirituale del paziente con i principi etici della professione. Questo approccio trova conferma nel Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche (2019), nel quale si impone di stabilire una relazione di cura improntata al rispetto dei valori e della riservatezza della persona, garantendo un'assistenza centrata sull'assistito e sulle sue necessità specifiche.

A fronte di ciò, il sistema etico islamico è fortemente realista e mette la salvaguardia della vita umana (*hifz al-nafs*) al di sopra di ogni altra norma. Per risolvere eventuali conflitti tra fede e cure urgenti, la giurisprudenza islamica applica il principio della necessità (*darūra*), il quale si fonda sul principio giuridico secondo cui "*le necessità rendono lecito ciò che è proibito*" (*Majalla, art. 21; Padela, 2018*). In situazioni di rischio per la salute o la vita, le norme ordinarie sulla separazione dei sessi possono essere temporaneamente sospese per non ostacolare il soccorso.

Come spiegato dal giurista Ibn Qudama (1147-1223), qualora non vi siano alternative disponibili, come la presenza di un operatore dello stesso sesso, e ci si

trovi di fronte a patologie gravi o emergenze, è pienamente lecito ricevere assistenza da personale di sesso opposto o accettare trattamenti che in condizioni normali sarebbero evitati. Per il professionista sanitario, comprendere questo equilibrio tra il valore del pudore e l'eccezione per necessità è fondamentale: ciò significa, infatti, poter prestare assistenza al paziente con rispetto, riducendone lo stress e garantendo, allo stesso tempo, un intervento clinico tempestivo ed efficace.

2.1.3 Prevenzione, cura e guarigione: prospettive religiose e culturali.

Nella visione islamica, il corpo non è di proprietà dell'individuo, ma è considerato un "deposito" (*amāna*) affidato da Allah. Da questo concetto deriva l'obbligo morale per il credente di custodirlo e preservarlo con cura, promuovendo un equilibrio costante tra benessere fisico, mentale e spirituale. La medicina islamica non si limita, infatti, al solo intervento curativo, ma si articola su tre pilastri fondamentali che guidano lo stile di vita del fedele:

La moderazione: rappresenta la ricerca dell'equilibrio in ogni aspetto della vita quotidiana. Questo principio impone l'astensione da eccessi e sostanze ritenute nocive per l'integrità dell'organismo, come l'alcol, gli stupefacenti e la carne suina (*Corano 5:90*). Storicamente, questo approccio ha favorito l'integrazione tra la spiritualità islamica e la medicina classica, sostenendo l'idea che la salute dipenda da una corretta armonia tra alimentazione, attività fisica e ambiente circostante (*Pormann & Savage-Smith, 2007*).

La prevenzione: viene considerata un vero e proprio stile di vita. Invece di intervenire solo nel momento in cui la malattia è già presente, l'Islam incoraggia pratiche preventive. Tra queste spiccano il rigoroso rispetto dell'igiene personale, l'attività fisica e la pratica del digiuno, inteso come esercizio spirituale ma anche come strumento di purificazione e riposo per il corpo. Questa visione si ricollega alle "sei cose non naturali" di Galeno,¹ la cui regolazione di questi sei elementi quali:

- Aria e ambiente;

¹ La regolazione delle sei cose non naturali mira al mantenimento dell'equilibrio tra le quattro qualità primarie ovvero: caldo, freddo, secco e umido, come afferma lo studio di Andreas-Holger Maehle del 2002.

- Cibo e bevande;
- Movimento e riposo;
- Sonno e veglia;
- Replezione e deplezione;
- Moti dell'animo.

Permettono di agire sul corpo e sugli umori garantendo la salute.

Rimedi naturali e medicina profetica: il sistema di cura promuove l'utilizzo di cure naturali e terapie che traggono ispirazione diretta dagli insegnamenti del profeta Muhammad. Queste pratiche – che includono l'uso di sostanze naturali ampiamente citate nella Sunna, come il miele o diverse erbe medicinali – non sono da considerare in contrasto con la scienza moderna. Al contrario, questi rimedi vengono considerati dal credente come un supporto parallelo alla terapia clinica. In questo ambito, la medicina islamica ha preservato la tradizione di *Galeno*, applicando ai rimedi naturali le qualità greche di caldo, freddo, secco e umido. Nella sensibilità del malato, l'efficacia di tali rimedi è strettamente legata alla *baraka* (benedizione) di Allah e alla predisposizione spirituale con cui la persona accoglie il proprio percorso di guarigione.

2.1.4 Purezza rituale e preghiera come dimensione della salute.

Nella cura islamica, la salute del corpo è strettamente collegata alla purezza rituale (*tahara*), che rappresenta una condizione necessaria per poter svolgere la preghiera quotidiana (*salat*). Per il paziente, l'igiene personale non è quindi soltanto una pratica sanitaria per prevenire malattie, ma diventa un vero e proprio atto di devozione. In quest'ottica, l'abluzione (*wudu*) è considerata la "chiave" che permette al credente di entrare in dialogo con Allah (*Al-Ghazali, 1058-1111*). Tuttavia, il sistema religioso islamico manifesta una grande flessibilità (*rukhsa*) di fronte alle difficoltà della malattia. Qualora le condizioni cliniche del paziente (come la presenza di ferite chirurgiche, gessi o una grave debolezza) rendano l'uso dell'acqua rischioso o impossibile, la legge islamica prevede una purificazione simbolica chiamata *tayammum*, che si effettua toccando una superficie pulita, come una pietra o della terra (*Padela, 2018*). Per il personale infermieristico, comprendere l'importanza di questi rituali è essenziale. Permettere al paziente di poter praticare

l'abluzione significa sostenere l'integrità psicologica del malato, ridurre il senso di isolamento spirituale e favorire un benessere profondo che influisce positivamente sulla risposta alle cure (Padela,2018)

2.1.5 Ramadan: principio religioso e tutela della salute.

Il mese di Ramadan è uno dei momenti principali di rilevanza spirituale per i fedeli musulmani, dedicato alla preghiera, alla riflessione e alla pratica del digiuno (Sawm) dall'alba al tramonto. Quest'ultimo consiste nell'astensione non solo dal cibo, ma bensì anche dall'assunzione di liquidi e dall'adesione alle terapie farmacologiche. Vi sono però dei farmaci che non vanno a interferire nel digiuno:

Abolaban and Al-Moujahed: Caring for Muslim patients in Ramadan

Table 1: Treatments and procedures that invalidate or do not invalidate fasting according to the Islamic Fiqh Council and the Standing Committee for Academic Research and Issuing Fatwas^[24-29,33-35]	
Treatments and procedures that do not invalidate fasting*	Notes
Islamic Fiqh Council <ul style="list-style-type: none"> • Eye drops • Ear drops • Ear syringing • Nasal sprays • Nasal drops • Sublingual tablets or lozenges (for angina pectoris) • Drilling of teeth (prior to filling) • Extraction or polishing of teeth • Using a toothbrush or miswak • Rinsing, gargling or applying topical treatment in the mouth 	As long as the fasting patient does not feel the taste in the throat or swallow any residue
<ul style="list-style-type: none"> • Injections (subcutaneous, intramuscular and intravenous) • Vaginal pessaries • Douching • Use of speculum • Pelvic exam • Placing Intra Uterine Devices (IUDs) • Urine catheters • Dye injection for diagnostic imaging • Oxygen • Creams, lotions and patches • Nicotine patches that are used for quitting smoking • Endoscopy without an administration of solutions or other substances 	If the treatment or procedure is not urgently needed, it would be recommended to take/schedule it before or after fasting hours
The Standing Committee for Academic Research and Issuing Fatwas <ul style="list-style-type: none"> • Involuntary vomiting including morning sickness due to pregnancy • Involuntary nose bleeding • Insulin injections*** • Puffers and oxygen used for asthma treatment**** • Vaccinations (intramuscular route) 	
Treatments and procedures that invalidate fasting **	
Islamic Fiqh Council <ul style="list-style-type: none"> • Oral medication during fasting hours • Parenteral nutrition 	
The Standing Committee for Academic Research and Issuing Fatwas <ul style="list-style-type: none"> • Deliberate vomiting • Kidney dialysis 	
<small>*The following things do not invalidate fasting according to some Muslim scholars, not committees: blood tests, rectal suppositories, enema, and bleeding from hemorrhoids.^[31,32,36,37]</small>	
<small>**The following things invalidate fasting according to some Muslim scholars, not committees: donating blood, blood transfusion, and cupping.^[34] ***There is a common misconception among both Muslim patients and PCPs that insulin injections and monitoring blood glucose would invalidate fasting.^[13,25,38] ****Vaporizers and capsules that are used for asthma treatment invalidate fasting and the patient should make up that day after Ramadan.^[34]</small>	

Figura 1. Trattamenti e procedure che vanno e non annullano il digiuno.

Tuttavia, è fondamentale evidenziare che la giurisprudenza islamica pone in primo piano la salvaguardia della vita e della salute. Come riportato nella letteratura, la dottrina concede l'esonero dal digiuno a tutti coloro che si trovano in stato di malattia o in condizioni di incapacità fisica e mentale (*Al-Arouj et al., 2010*), consentendo di sospenderlo, posticiparlo o sostituirlo con atti di carità verso i bisognosi (*Fidyah*). È importante, quindi, comprendere che, in presenza di una necessità clinica o di una fragilità debilitante, saltare il digiuno non è considerata una violazione dei doveri religiosi, bensì è una concessione prevista per preservare l'integrità fisica della persona.

2.1.6 L'importanza della famiglia e la dimensione collettiva della cura.

Un aspetto che l'infermiere deve necessariamente considerare è che, nella cultura islamica, il processo di cura non riguarda solo il singolo paziente, ma coinvolge attivamente tutta la sua famiglia. Il concetto di individualismo, tipico della medicina occidentale, lascia il posto a una visione collettiva e solidale caratteristica della cultura islamica. La famiglia, infatti, rappresenta la principale fonte di supporto psicologico, sociale e spirituale per il malato (*Rassool, 2015*).

Per il credente, prendersi cura di un parente malato è considerato un dovere religioso e un atto di fede. Questo si traduce spesso in una presenza costante dei familiari al letto del paziente, nel desiderio di partecipare attivamente alle decisioni terapeutiche e nella volontà di assistere il proprio caro nelle necessità quotidiane, come ad esempio nell'alimentazione o nell'igiene. Di conseguenza, l'inclusione non deve essere vista come un intralcio all'organizzazione del reparto, ma come una risorsa assistenziale in grado di facilitare il rapporto di alleanza terapeutica. Come evidenziato da Attum et al. (2024), il coinvolgimento della famiglia è essenziale per garantire la *compliance* del paziente, in quanto la famiglia fa da garante culturale e

religioso, facilitando la comunicazione dei bisogni e riducendo lo stress legato all'ospedalizzazione².

2.1.7 Fine vita e bioetica: il concetto di *Ajal*.

Un punto fondamentale per capire come il paziente musulmano viva la fase finale della vita è il concetto di *Ajal*: la durata della vita, secondo l'Islam, è stabilita esclusivamente da Allah e il momento della morte non può essere né anticipato né ritardato (*Corano 3:145*). Questa convinzione aiuta il malato e la famiglia ad affrontare la morte non come una fine assoluta, ma come un passaggio naturale verso un'altra forma di esistenza.

Nonostante la vita sia considerata un dono sacro da proteggere, la religione islamica è realista: essa distingue chiaramente tra le cure necessarie e quello che chiamiamo accanimento terapeutico. Quando i medici confermano che la morte è ormai inevitabile, e che le macchine o le medicine non portano alcun beneficio reale alla salute del paziente, la legge islamica permette di sospendere i trattamenti straordinari (*Rassool, 2015*). In parole semplici: non è permesso causare la morte, ma è permesso lasciare che la natura faccia il suo corso quando non c'è più speranza di guarigione. È fondamentale che il paziente possa morire con dignità, senza sofferenze inutili e circondato dall'affetto dei propri cari. Questa sensibilità religiosa trova un riscontro pratico nel contesto bioetico italiano: la distinzione tra cure proporzionate ed accanimento, introdotta con i principi della Legge 219/2017 (*Legge DAT*) che va a tutelare la dignità e l'autodeterminazione del paziente nel rifiutare trattamenti sproporzionati. Allo stesso modo, l'attenzione che viene data da parte dei familiari al paziente in fin di vita si armonizza con l'obiettivo delle cure palliative, volto ad alleviare il dolore totale a livello fisico, psicologico e spirituale.

² Lo studio di Attum et al. Del 2024 inoltre sottolinea come l'esclusione della famiglia nelle culture collettiviste può portare ad una rottura del rapporto di fiducia verso il personale sanitario e ad una comunicazione inefficace dei sintomi.

3. Scopo e quesito della ricerca

Con il presente capitolo si andrà a chiarire lo scopo e il quesito clinico, ovvero l'importanza del ruolo dell'equipe sanitaria nel garantire un'assistenza personalizzata e culturalmente competente ai pazienti di fede islamica. Il valore di tale approfondimento è supportato dal significativo aumento della popolazione di fede islamica nel nostro Paese: i dati della Fondazione ISMU ETS del 2024 stimano che i musulmani residenti in Italia abbiano raggiunto la soglia di 1,7 milioni, costituendo oltre il 30% della popolazione straniera. Se estende l'analisi comprendendo anche i cittadini italiani di fede islamica, lo studio demografico fatto da Ciocca nel 2024, pubblicato nella rivista MDPI Religions, fa salire la stima totale a circa 2,28 milioni di individui, pari al 3,9% della popolazione italiana.

L'attuale crescita demografica comporta un aumento degli accessi ai servizi sanitari da parte di pazienti che necessitano, oltre alle cure per la patologia fisica, di un'attenzione ai bisogni spirituali e culturali - un principio valido per ogni assistito, a prescindere dalla propria fede. Il seguente lavoro si focalizza sui pazienti di fede islamica con l'obiettivo di analizzare come le conoscenze culturali e il rispetto delle tradizioni possano facilitare la gestione assistenziale. Il gruppo sanitario, oltre a focalizzarsi sulla malattia, deve prendere in considerazione anche i seguenti aspetti:

- Gestione della nutrizione: necessità di garantire una dieta in linea con i principi religiosi (*halal*) e fare attenzione alle restrizioni alimentari.
- Rispetto dell'intimità e del pudore: implementazione di protocolli che rispettino la modestia (*haya*) durante le manovre di igiene e gli esami obiettivi, fornendo la possibilità di essere assistiti da operatori sanitari dello stesso sesso.
- Mediazione culturale nel fine vita: gestione delle dinamiche familiari, dei processi decisionali e dei riti legati al concetto di *Ajal*.
- Adattamento delle cure durante il Ramadan: monitoraggio delle terapie e dell'alimentazione per i pazienti che scelgono di praticare il digiuno.

Un ulteriore elemento a sostegno di questa ricerca consiste nella sicurezza delle cure; infatti, una mancata comprensione delle pratiche religiose può comportare rischi clinici o una scarsa aderenza terapeutica.

Il principale quesito di questo elaborato, proposto in formato PIO/PAO, è il seguente:

PAO: “Quali sono le principali problematiche riscontrate da infermieri, medici e operatori sanitari durante l’assistenza a pazienti musulmani, e quali strategie vengono adottate per superare le barriere culturali, linguistiche e la gestione dei riti religiosi?”

Tabella 1 Schema PAO

P (Population)	Infermieri, operatori sanitari e medici.
A (Action)	Erogazione dell'assistenza sanitaria a pazienti di fede islamica
O (Out come)	Identificazione delle problematiche riscontrate (competenze culturali, gestione dei riti, barriere linguistiche) e delle strategie adottate per superarle.

4. Materiali e metodi

4.1 Disegno dello studio.

Lo studio in questione è una revisione della letteratura con lo scopo di indagare le criticità che riscontrano infermieri, medici e operatori socio-sanitari (OSS) durante il percorso di cura del paziente di fede islamica. Questa ricerca si articola su due livelli: una parte di approfondimento in ambito religioso, attraverso lo studio di testi sacri (*Corano*) e delle tradizioni profetiche (*Hadith*), e una parte scientifica, basata sulla revisione di studi che prendono in considerazione le problematiche riscontrate in ambito ospedaliero, quali la gestione del paziente nel periodo del Ramadan o la necessità di garantire operatori dello stesso sesso.

4.2 Strategia di Ricerca Bibliografica.

La ricerca bibliografica è stata condotta utilizzando le principali banche dati biomediche internazionali.

Le banche dati consultate sono le seguenti:

PubMed / MEDLINE (1956 – febbraio 2026)

CINAHL – *cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (1937 – febbraio 2026)

Google Scholar

Il metodo di ricerca è stato sviluppato sulla base del modello PAO (*Population, Action, Outcome*):

Population: infermieri, medici ed OSS.

Action: erogazione dell'assistenza a pazienti di fede islamica.

Outcome: Identificazione delle problematiche insorte e delle strategie adottate per migliorare il servizio.

Le parole chiave sono state combinate tramite gli operatori booleani AND e OR

4.3 Stringa di ricerca.

(Muslim patients OR Islamic faith)

AND

(Nursing care OR Healthcare providers)

AND

(Ramadan OR modesty OR cultural barriers)

4.4 Criteri di Inclusione ed Esclusione.

Criteri di inclusione:

- Popolazione: professionisti sanitari e pazienti di fede islamica;
- Intervento: gestione dell'assistenza sanitaria in contesti ospedalieri;
- Esiti: identificazione delle barriere culturali, gestione del Ramadan, pratica della preghiera, richieste di personale dello stesso sesso e aderenza terapeutica;
- Periodi di pubblicazione degli articoli per l'analisi delle problematiche assistenziali: tra il 2015 e il 2024 per quanto riguarda applicazione clinica;
- Eccezioni: è stato incluso un articolo di *Sandra Lovering* (2012) che introduce il modello teorico *Crescent of Care*, fondamentale per l'inquadramento teorico della tesi. Per l'inquadramento teologico, sono state utilizzate anche fonti precedenti al 2015, poiché i concetti religiosi e culturali dell'Islam sono stabili nel tempo;
- Lingua italiano e inglese.

Criteri di esclusione:

- Studi che non trattano l'aspetto religioso come variabile principale dell'assistenza;
- Studi di sola opinione senza base empirica o senza revisione della letteratura;
- Studi focalizzati esclusivamente su aspetti teologici senza risvolti clinici/assistenziali;
- Studi non verificati.

5. Risultati della ricerca

Tabella II Riassunto degli studi

Autore	Titolo	Anno	Tipo di studio
Attum et al.	<i>Cultural Competence in the Care of Muslim Patients and their families</i>	2024	<i>Review</i>
Abolaban & Al-Moujahed	<i>Muslim Patients in Ramadan: A Review for Primary Care</i>	2017	<i>Review</i>
G Hussein Rassool	<i>Cultural Competence in Nursing Muslim Patients</i>	2015	<i>Review</i>
Hillier et al.	<i>Healthcare professionals' knowledge, attitude, practices, and perspectives providing care to Muslims in Western countries who fast during Ramadan: a scoping review</i>	2023	<i>Scoping Review</i>
Zagloul et al.	<i>Review of Muslim Patient Needs and Its Implications on Healthcare Delivery</i>	2024	<i>Scoping Review</i>
Zainab A. Alfar	<i>Hospital Nurses' Experiences of Providing Care for Muslim Patients in the United States</i>	2023	<i>Qualitative</i>
Lovering Sandra	<i>The Crescent of Care: a nursing model to guide the care of Arab Muslim patients</i>	2012	<i>Nursing model</i>

5.1 Riassunto degli studi.

L'aumento dell'afflusso di pazienti con culture differenti all'interno delle strutture sanitarie occidentali ha evidenziato come sia necessario lo sviluppo di competenze culturali specifiche nella pratica infermieristica. Il presente lavoro si focalizza, in particolare, sulla cura del paziente musulmano, le cui specifiche esigenze religiose e culturali possono influenzare l'aderenza terapeutica e l'esperienza di cura complessiva (*Attum et al., 2024; Alfar, 2023*).

Uno dei temi centrali emersi dalla letteratura riguarda il periodo del digiuno durante il Ramadan, nel quale i pazienti sospendono volontariamente l'assunzione di cibo, bevande e farmaci dall'alba al tramonto. Questa astensione ha impatti clinici rilevanti su pazienti con patologie croniche, rendendo necessario un aggiustamento nella somministrazione dei farmaci e nella pianificazione dei pasti (*Abolaban & Al-Moujahed, 2017*). Studi più recenti confermano questi risultati, sottolineando come molti operatori sanitari occidentali non dispongano di conoscenze adeguate sul Ramadan, con il conseguente aumento del rischio di interventi terapeutici inadeguati (*Hillier et al., 2023*). Inoltre, l'esperienza diretta degli infermieri mostra come, in assenza di una formazione adeguata, sia complesso integrare le esigenze religiose dei pazienti con la sicurezza clinica, evidenziando la necessità di strumenti formativi e linee guida operative (*Alfar, 2023*).

Parallelamente, vengono evidenziati come ulteriori fattori culturali quali la modestia e la privacy vengono definiti come elementi chiave per garantire un'assistenza rispettosa. Il rispetto, dove possibile, della preferenza per operatori dello stesso sesso riduce ansia e disagio, migliorando la collaborazione e l'efficacia del trattamento (*Attum et al., 2024; Zagloul et al., 2024*). Inoltre, le esperienze riportate dagli infermieri confermano che, quando adeguatamente formati, i professionisti riescono a gestire meglio il paziente e instaurare una relazione di fiducia (*Alfar, 2023*).

Un aspetto considerato cardine riguarda la dimensione spirituale e il coinvolgimento della famiglia. Offrire spazi e tempi adeguati alla preghiera, così come considerare l'importanza del ruolo della famiglia nelle decisioni sanitarie, favorisce la fiducia tra

pazienti ed operatori (*Rassool, 2015/2021; Attum et al., 2024*). Studi recenti evidenziano che la consapevolezza di questi fattori promuove una comunicazione più efficace e un'aderenza terapeutica migliore: l'integrazione della dimensione spirituale migliora la collaborazione del paziente (*Attum et al., 2024*), mentre infermieri con formazione culturale rispondono meglio ai bisogni del paziente (*Alfar, 2023*). Analogamente, gli studi di Hillier et al. condotti tra il 2023 e il 2024, e quello di Zagloul et al. condotto nel 2024 evidenziano come il coinvolgimento familiare e il supporto spirituale abbiano effetti positivi sul benessere psicologico del paziente.

Infine, dall'analisi degli studi sono emersi ostacoli a livello organizzativo e strutturale. La scarsa disponibilità di spazi per la preghiera e l'accesso limitato a pasti *halal* possono compromettere l'aderenza e la soddisfazione del paziente (*Zagloul et al., 2024*). Questi problemi evidenziano come molte strutture sanitarie non possiedano ancora protocolli o linee guida specifiche per rispondere ai bisogni culturali e religiosi dei pazienti musulmani, ostacolando l'erogazione di un'assistenza adeguata senza compromettere la sicurezza clinica. In questo contesto, la formazione del personale sanitario risulta cruciale, in quanto consente di affrontare le barriere culturali e religiose attraverso l'utilizzo di strategie concrete, migliorando la qualità dell'assistenza (*Attum et al., 2024; Alfar, 2023*). In sintesi, l'analisi evidenzia una serie di ostacoli ricorrenti che condizionano l'esperienza di cura del paziente musulmano, le cui evidenze principali sono riassunte nella tabella III.

Tabella III, riassunto delle problematiche principali emerse.

Aree	Descrizione criticità
Gestione clinica	Difficoltà nella gestione dei pazienti durante il periodo di Ramadan (aderenza terapeutica, modifica del tempo dei pasti).
Competenze culturali	Carenze di conoscenze specifiche tra il personale sanitario per quanto riguarda i dogmi e le pratiche religiose.
Privacy e modestia	Disagio legato alla presenza di operatori di sesso opposto durante le manovre assistenziali.
Spiritualità	Difficoltà nel reperire spazi e tempi adatti alla preghiera quotidiana in reparto.
Dinamiche familiari	Complessità nel gestire l'ampio coinvolgimento della famiglia nei processi decisionali.
Organizzazione	Carenza di regimi dietetici Halal e assenza di protocolli clinici per quanto riguarda la multiculturalità.

5.2 Soluzioni trovate negli studi.

Un modello teorico adeguato alle esigenze elencate è il modello “*Crescent of Care*” proposto da Sandra Lovering nel 2012, il quale offre un quadro teorico ed operativo per guidare gli operatori durante l’assistenza ai pazienti musulmani, integrando valori culturali, religiosi e professionali. Lovering propone un approccio olistico che pone al centro del focus l’assistenza al paziente, includendo le esigenze spirituali, culturali, psicosociali ed interpersonali dell’assistito e della famiglia.

Il modello si articola in cinque componenti principali, collegabili ai concetti religiosi già esaminati:

- Assistenza spirituale: prende in considerazione il rispetto e il supporto dei bisogni spirituali del paziente e della famiglia, includendo le pratiche di abluzione (*wudu o tayammum*), la garanzia di spazi e tempi per la preghiera quotidiana (*salat*) e l’adeguamento dell’assistenza alle esigenze religiose durante la malattia (*Lovering, 2012*)
- Assistenza culturale: tiene conto dei valori e delle norme culturali come la modestia (*haya*), preferenza per operatori dello stesso sesso, la gestione del Ramada e le restrizioni alimentari, adattando i protocolli clinici secondo un approccio più culturalmente sensibile (*Lovering, 2012*)
- Assistenza psicosociale: sottolinea il supporto emotivo e sociale, individuando nella famiglia una risorsa assistenziale fondamentale per ridurre l’ansia del paziente e facilitare la collaborazione. (*Lovering, 2012*)
- Assistenza relazionale: valorizza le competenze comunicative e relazionali tra operatore e paziente, enfatizzando fiducia, empatia e la gestione dei conflitti tra fede e cure cliniche (*Lovering, 2012*)
- Assistenza clinica: integra l’assistenza clinica tradizionale con le considerazioni culturali e religiose, come l’adattamento dei protocolli durante il periodo di Ramadan, bilanciando esigenze cliniche e spirituali (*Lovering, 2012*)

In sintesi, il modello *Crescent of Care* traduce i concetti religiosi e culturali in azioni infermieristiche concrete, ponendosi come ponte tra la teoria e la pratica. Ciò

garantisce un'assistenza olistica, sicura e rispettosa, capace di affrontare le barriere culturali e religiose senza compromettere la qualità clinica (Lovering, 2012).

5.2.1 La figura del mediatore culturale nell'applicazione del *Crescent of Care*.

L'applicazione pratica del modello *Crescent of Care* nel contesto assistenziale occidentale trova un alleato fondamentale nella figura del mediatore culturale. Nonostante negli studi analizzati (Alfar, 2023; Attum et al., 2024) vengano identificati come ostacoli primari le barriere linguistiche e la scarsa conoscenza della fede islamica, la letteratura internazionale indica il mediatore culturale come professionista in grado di eliminare quest'ultime.

Come evidenziato dal rapporto della World Health Organization (Verrept, 2019) il mediatore non agisce come un semplice traduttore, ma come un "arbitro culturale", facilitando la comunicazione tra il sistema medico e il sistema dei valori del paziente.

Nel quadro del *Crescent of Care* il suo ruolo si articola in tre elementi principali:

- *Mediazione dei valori spirituali*: supporta l'infermiere nella comprensione dei concetti complessi come la *ḍarūra* e il pudore (*haya*), garantendo che le manovre assistenziali non vengano percepite come violazioni della dignità del paziente.
- *Supporto alla "Relational Care"*: facilita il dialogo con la famiglia, la quale rappresenta la cellula decisionale primaria, evitando così conflitti organizzativi in reparto.
- *Sicurezza clinica e aderenza*: agisce da ponte durante il periodo di Ramadan, aiutando il paziente a comprendere come le terapie farmacologiche non debbano essere percepite come un'infrazione del precetto religioso, diminuendo così il rischio di interruzione volontaria del trattamento.

In sintesi, l'integrazione del mediatore permette di colmare il divario di conoscenze evidenziato da Hillier et al. (2023), rendendo il modello di Lovering non solo una teoria di riferimento, ma una pratica assistenziale sicura ed efficace.



Figura 2. The Crescent of Care nursing model (Lovering Sandra, 2012)

6. Conclusioni

La religione e la cultura sono elementi fondamentali nell'assistenza ai pazienti musulmani: pratiche come il digiuno durante il Ramadan, il rispetto della modestia (quando possibile), la preghiera e il coinvolgimento della famiglia influenzano significativamente l'aderenza alle cure, la sicurezza clinica e l'esperienza complessiva dell'assistenza.

I risultati della revisione della letteratura hanno evidenziato la necessità di sviluppare strategie concrete che permettano agli operatori sanitari di gestire in modo adeguato determinate esigenze all'interno della pratica clinica quotidiana. Come riportato nello studio di *Zainab A. Alfar*, sono gli infermieri stessi ad evidenziare come una conoscenza adeguata delle esigenze culturali e religiose permetta di fornire un'assistenza sicura, efficace e rispettosa.

Sulla base di quanto emerso, il presente lavoro propone lo sviluppo di strumenti pratici volti a supportare il personale sanitario nella gestione di tali necessità. Tra gli strumenti suggeriti ci sono:

- Corsi di aggiornamento ed attività di simulazione: discussione di casi clinici per sviluppare competenze interculturali e migliorare la capacità di affrontare situazioni assistenziali complesse.
- Creazione di opuscoli o linee guida pratiche: strumenti rivolti sia agli operatori sanitari che ai pazienti per facilitare la comprensione reciproca, favorire una comunicazione più chiara e standardizzare le pratiche assistenziali, riducendo così i potenziali rischi clinici.
- Interventi organizzativi: la creazione di spazi dedicati alla preghiera e l'erogazione di pasti conformi alle norme *halal* favorirebbero un ambiente sanitario più inclusivo e rispettoso.
- Formazione universitaria: risulta fondamentale l'introduzione di moduli dedicati alla dimensione religiosa e culturale della cura nei percorsi di studio, preparando gli studenti a gestire, con una consapevolezza maggiore, le problematiche assistenziali che si possono incontrare nella pratica clinica.

Inoltre, la figura del mediatore culturale assume un ruolo fondamentale come facilitatore operativo. Il suo intervento non deve limitarsi al semplice superamento delle barriere linguistiche, ma deve essere considerato come un supporto strategico per l'infermiere nella negoziazione dei piani di cura e nella promozione dell'aderenza terapeutica in quanto non è una figura sempre presente.

6.1 Limiti della letteratura.

Durante la revisione degli studi emerge chiaramente come l'attenzione all'assistenza dei pazienti musulmani e le conoscenze su quest'ultimi siano ancora limitate. Molte ricerche si concentrano sulla competenza culturale in generale, trascurando le esigenze religiose specifiche, mentre altri studi si focalizzano su sottogruppi di pazienti escludendo il resto della popolazione. Questa frammentazione rende difficile, per chi desidera aggiornarsi, avere una visione completa delle esigenze e delle strategie necessarie per garantire un'assistenza adeguata.

6.2 Contesto geografico.

Un altro elemento che è emerso durante l'analisi della letteratura è il contesto geografico: gli studi presi in considerazione sono stati condotti principalmente in Paesi esteri, lontani dalla realtà italiana. Nonostante l'aumento della popolazione di fede musulmana in Italia, non sono disponibili evidenze o studi che tengano conto di questi cambiamenti rendendo difficile la creazione di soluzioni adeguate al nostro contesto.

7. Bibliografia

Abolaban, H., & Al-Moujahed, A. (2017). Muslim patients in Ramadan: A review for primary care physicians. *Avicenna journal of medicine*, 7(3), 81–87. https://doi.org/10.4103/ajm.AJM_76_17

Al-Arouj, M., Assaad-Khalil, S., Buse, J., Fahdil, I., Fahmy, M., Hafez, S., Hassanein, M., Ibrahim, M. A., Kendall, D., Kishawi, S., Al-Madani, A., Nakhi, A. B., Tayeb, K., & Thomas, A. (2010). Recommendations for management of diabetes during Ramadan: update 2010. *Diabetes care*, 33(8), 1895–1902. <https://doi.org/10.2337/dc10-0896>

Al-Bukhari M. Sahih al-Bukhari. Raccolta autentica di hadith.

<https://sunnah.com/bukhari>

Alfar Z. A. (2023). Hospital Nurses' Experiences of Providing Care for Muslim Patients in the United States. *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society*, 34(4), 279–287. <https://doi.org/10.1177/10436596231169784>

Attum B, Hafiz S, Shamooun Z. Cultural competence in the care of Muslim patients and their families. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499933/>

Corano. Traduzione italiana del significato del Sacro Corano.

<https://quran.com/it>

FNOPI. *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche*. Testo approvato dal Consiglio Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche nelle sedute del 12 e 13 aprile 2019.

Fondazione ISMU. Ventottesimo rapporto sulle migrazioni 2024. Milano: Fondazione ISMU; 2024.

<https://www.ismu.org/30-rapporto-sulle-migrazioni-2024/>

Hillier, K. A. W., Longworth, Z. L., & Vatanparast, H. (2024). Healthcare professionals' knowledge, attitude, practices, and perspectives providing care to

Muslims in Western countries who fast during Ramadan: a scoping review. *Applied physiology, nutrition, and metabolism = Physiologie appliquee, nutrition et metabolisme*, 49(4), 415–427. <https://doi.org/10.1139/apnm-2023-0462>

Italia. Legge 22 dicembre 2017, n. 219. *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*. In: Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 12 del 16 gennaio 2018.

Ibn Majah. Sunan Ibn Majah. Raccolta di hadith.

<https://sunnah.com/ibnmajah>

Lovering, Sandy & Dhsc, Rn. (2012). The Crescent of Care: a nursing model to guide the care of Arab Muslim patients. *Diversity and Equity in Health and Care*. 171-8.

Maehle, Andreas-Holger, *L'Età dei Lumi: le scienze della vita. Sistemi e metodi terapeutici*, in *Storia della Scienza*, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana, 2002. [L'età dei lumi: le scienze della vita. sistemi e metodi terapeutici - Enciclopedia - Treccani](#)

Padela, A. I., & Zaidi, D. (2018). The Islamic tradition and health inequities: A preliminary conceptual model based on a systematic literature review of Muslim health-care disparities. *Avicenna journal of medicine*, 8(1), 1–13. https://doi.org/10.4103/ajm.AJM_134_17

Pormann, Peter E.; Savage-Smith, Emilie: *Medieval Islamic Medicine*. Edinburgh, Edinburgh University Press, 2007. XIII, 223 p. (The new Edinburgh Islamic surveys).

Rassool G. H. (2015). Cultural competence in nursing Muslim patients. *Nursing times*, 111(14), 12–15.

Unione Europea. *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea*. In: Gazzetta ufficiale dell'Unione europea del 26 ottobre 2012 (2012/C 326/02).

Verrept, Hans (2019). What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European

Region? World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/327321>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Zagloul, M., Mohammed, B., Abufares, N., Sandozi, A., Farhan, S., Anwer, S., Tumusiime, S., & Bojang, M. (2024). Review of Muslim Patient Needs and Its Implications on Healthcare Delivery. *Journal of primary care & community health*, 15, 21501319241228740. <https://doi.org/10.1177/21501319241228740>