

UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica
Presidio Sanitario Cottolengo di Torino

TESI DI LAUREA

La persona musulmana affetta da diabete durante il Ramadan:
una indagine qualitativa

Relatore

Chiar.ma Prof.ssa
Anna Maria Derossi

Correlatore

Chiar.mo Prof.
Ermis Segatti

Studente

Andrea VENTRELLA

Anno Accademico 2017/2018

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
MATERIALI E METODI.....	11
RISULTATI.....	15
DISCUSSIONE	31
CONCLUSIONI	45
BIBLIOGRAFIA	47
ALLEGATI	
Allegato 1. Glossario e abbreviazioni.....	55
Allegato 2. I diabetici musulmani tra i cittadini stranieri residenti a Torino: una stima	58
Allegato 3. Canovaccio intervista semistrutturata	59
Allegato 4. Dati registrazioni	60
Allegato 5. Interviste categorizzate	61
Allegato 6. Dati biografici e clinici persone intervistate	65
Allegato 7. Dati colloqui con sanitari e rappresentanti associazioni.....	66
Allegato 8. Richiesta di consenso informato all'intervista	67

INTRODUZIONE

Non è possibile, a oggi, stabilire con esattezza il numero delle persone di fede musulmana residenti a Torino affette da diabete mellito. Una indagine diretta in questo senso comporterebbe evidenti violazioni della privacy, e ci si può dunque limitare solo a delle stime ottenute aggregando dati statistici differenti. Il recente *focus* sull'argomento della Società Italiana di Diabetologia (SID), per esempio, ha stimato in 130.000 unità i fedeli musulmani affetti da diabete in Italia⁽¹⁾ basandosi sulla prevalenza del diabete nei Paesi di provenienza degli immigrati regolarmente residenti, di quelli irregolari e dei richiedenti asilo e sulle percentuali di adesione all'Islam in questi Paesi. Utilizzando un metodo analogo possiamo inferire che tra i 133.122 stranieri residenti regolarmente a Torino il 1° gennaio 2017 ci fossero circa 3125 musulmani diabetici^(2, 3, 4, 5), provenienti principalmente da Marocco, Egitto, Albania e Tunisia (*all. 2*).

I limiti di queste stime sono evidenti, in buona parte sottolineati dagli autori stessi del *focus* della SID. Intanto non vengono conteggiati i cittadini italiani di fede musulmana, che secondo le stime del Centro studi sulle nuove religioni (CESNUR) ammontano 302.090⁽⁶⁾. Questa cifra è in buona parte dovuta all'acquisizione della cittadinanza da parte di immigrati, sui quali si potrebbero in teoria proiettare le prevalenze del diabete dei rispettivi Paesi d'origine, e in parte minore a quegli italiani d'origine convertitisi all'Islam, e sui quali potrebbero essere proiettati invece i dati di prevalenza del diabete in Italia⁽⁴⁾. La quantificazione di questi ultimi, tra l'altro, è molto difficile, e varia considerevolmente a seconda delle fonti: dai 10.000 stimati dal CESNUR⁽⁷⁾, ai 70.000 stimati già nel 2013 dal Presidente dell'Unione delle Comunità Islamiche in Italia (UCOII)⁽⁸⁾. Inoltre la percentuale di adesione all'Islam nei Paesi d'origine non è sempre sovrapponibile a quella di chi arriva in Italia da quegli stessi Paesi⁽⁹⁾.

Infine, la semplice proiezione sulle differenti comunità migranti della prevalenza del diabete nei rispettivi Paesi d'origine è soggetta a due errori macroscopici: da un lato la popolazione migrante si caratterizza per un'alta incidenza di minori e una minima incidenza di ultrasessantacinquenni⁽²⁾, e chi parte è generalmente in buona salute per il cosiddetto "effetto migrante sano"⁽¹⁰⁾; per contro però, una volta entrati in Italia i migranti vengono esposti a molti fattori di rischio legati alle condizioni di vita precarie e vedono il proprio stato di salute peggiorare⁽¹⁰⁾, tanto che patologie croniche come il diabete e l'ipertensione finiscono per avere una prevalenza più alta nelle comunità migranti che nei rispettivi Paesi di origine⁽¹¹⁾. L'associazione tra diabete e svantaggio sociale, infatti, è un elemento comunemente individuato negli studi epidemiologici^(12, 13, 14) e tra i migranti il diabete insorge più precocemente: è stato calcolato che il rischio di diabete è del 55% più alto tra i migranti che tra gli italiani con caratteristiche sovrapponibili⁽¹⁵⁾.

Stimare in oltre tremila i musulmani diabetici a Torino, allora, potrebbe essere non troppo lontano dal vero, tenendo conto anche dei diabetici musulmani italiani e di quelli privi di permesso di soggiorno presenti in città, sui quali è difficile dare indicazioni quantitative. Rispetto a questi ultimi vale la pena segnalare come il recente studio curato dai volontari dall'associazione di assistenza socio-sanitaria "Naga" indichi proprio nel diabete mellito e nell'ipertensione le due patologie croniche dalle quali più frequentemente sono affetti i migranti irregolari che si rivolgono al loro ambulatorio nella vicina Milano⁽¹⁶⁾.

Nono del calendario islamico, il mese di Ramadan è quello durante il quale, secondo la tradizione, il Corano «*discese per intero nella Notte del Destino verso il cielo di questo mondo per essere poi rivelato come una "pioggia di stelle"*»⁽¹⁷⁾ durante gli anni di predicazione di Muhammad. Durante il Ramadan al musulmano è prescritto il digiuno (*sawm*) dal sorgere del sole (*suhoor*) fino al tramonto (*iftar*)⁽¹⁸⁾. Il *sawm* è il "quarto pilastro" dell'Islam - insieme alla professione di fede

(*shahada*), la preghiera (*salat*), l'elemosina legale (*zakat*) e il pellegrinaggio alla Mecca (*hajj*)⁽¹⁹⁾ -, ed è quindi un dovere individuale per tutti i credenti «*puberi, sani di mente e in condizioni fisiche che permettano di farlo senza danni per la loro integrità fisica*»⁽²⁰⁾ oltre che un momento di contemplazione spirituale e di ricerca di vicinanza con Dio⁽¹⁸⁾. Essendo quello islamico un calendario lunare, è importante notare come non ci sia una corrispondenza fissa tra mesi e stagioni e il Ramadan cada in un periodo sempre diverso dell'anno solare. Durante il Ramadan i credenti devono astenersi dal mangiare, dal bere e dall'attività sessuale dall'alba al tramonto, e il digiuno viene considerato valido solo se ci si astiene anche da menzogne, oscenità e collera⁽¹⁸⁾. Anche il fumare non è lecito, mentre esistono interpretazioni differenti sull'utilizzo di farmaci orali e terapie iniettive^(18, 21). Oltre all'astinenza di per sé, secondo la tradizione islamica la pratica del digiuno aiuta i musulmani a provare compassione per coloro che sono meno fortunati, purificare il corpo e l'anima sviluppando un maggiore senso di umiltà, spiritualità e coinvolgimento nella comunità dei credenti⁽²²⁾.

Anziani e malati, donne gravide, in allattamento o mestruate, possono essere dispensati dal *sawm*, così come chi si trova in viaggio: i giorni di digiuno persi devono però essere recuperati quando sarà possibile farlo (dopo il parto, alla guarigione, al termine del viaggio, ecc.), mentre nel caso fosse impossibile recuperare le giornate di digiuno, in virtù per esempio di una malattia cronica, i fedeli debbono compensarle con la *fidya*, una donazione di cibo o denaro ai poveri⁽¹⁸⁾. In genere, però, tra i fedeli musulmani che potrebbero esserne esentati vi è un intenso desiderio di partecipare comunque al digiuno⁽²¹⁾, in parte perché si ritiene che le ricompense spirituali per le buone azioni si moltiplichino durante il mese di Ramadan, in parte perché recuperare le giornate di digiuno quando gli altri membri della comunità mangiano può risultare difficile. Nel caso dei diabetici, uno studio pubblicato nel 2004 su un campione di 12.243 musulmani di 13 differenti

Paesi ha evidenziato come il 42,8% delle persone affette da diabete mellito di tipo 1 (DM1) e il 78,7% di quelle affette da diabete di tipo 2 (DM2) abbiano digiunato 15 giorni o più durante il mese di Ramadan⁽²³⁾; uno studio più recente ha confermato nella sostanza questi dati⁽²⁴⁾.

Nelle persone sane il *sawm* può determinare una positiva ricaduta di salute, con diminuzione del peso, della glicemia e del profilo lipidico⁽²⁵⁾. Al digiuno diurno, però, si associa un cambiamento notevole della distribuzione dei pasti, della loro quantità e qualità, e del ritmo sonno-veglia, con implicazioni fisiologiche⁽²²⁾ che possono invece risultare estremamente dannose per un diabetico.

La rottura del digiuno rappresenta un momento di convivialità e di festa durante il quale le differenti tradizioni alimentari trovano un punto comune nell'elevato consumo di alimenti ricchi di zuccheri (datteri, miele, dolci spesso fritti, bibite analcoliche dolci) a discapito di verdure, latte e latticini^(1, 26, 27). Il pasto ipercalorico al tramonto, spesso abbondante e vorace, cui frequentemente seguono spuntini notturni altrettanto ipercalorici, il consumo di cibi fritti e a elevato indice glicemico, la modifica dello stile di vita con riduzione dell'attività fisica e delle ore di sonno determinano scompensi glicemici e aumento di peso⁽¹⁾. Tra i diabetici che effettuano il *sawm* sono stati riscontrati tassi di iperglicemia severa cinque volte superiori alla norma^(22, 23) e un forte aumento dei ricoveri per chetoacidosi⁽²⁸⁾.

Inoltre dopo la cena molti fedeli rimangono svegli fino a tarda notte, in particolar modo per effettuare la lunga preghiera notturna propria del Ramadan chiamata *Tarawih*⁽¹⁷⁾, per poi andare a dormire e risvegliarsi per consumare l'ultimo pasto della notte e recitare la preghiera dell'alba (*Salat al-Fajr*)⁽²⁹⁾, magari per ritornare poi a riposare prima di alzarsi definitivamente. Questo generale sovvertimento del ritmo sonno-veglia determina un cambiamento nel ritmo circadiano del cortisolo⁽³⁰⁾ - responsabile probabilmente della sensazione di letargia avvertita da al-

cuni durante il Ramadan⁽²²⁾ -, l'aumento dell'insulino-resistenza tissutale, del livello ematico di acidi grassi non esterificati^(31, 32) e dell'intolleranza al glucosio⁽³³⁾. Infine, quando il Ramadan cade d'estate e nei Paesi a latitudini elevate, la durata quotidiana del digiuno può essere molto lunga⁽³⁴⁾, e l'abitudine di consumare lo *suhoor* con eccessivo anticipo la dilata ancora di più⁽¹⁾. Questo può essere causa di ipoglicemia^(1, 21) e determinare negli insulino-dipendenti glicogenolisi eccessiva, gluconeogenesi e chetogenesi, con conseguenti episodi di iperglicemia e chetoacidosi^(35, 36). Chi fa lavori pesanti, o ha uno scarso controllo glicemico, è a rischio disidratazione, condizione che può determinare, tra l'altro, uno stato di ipercoagulabilità potenzialmente pericoloso^(35, 37).

Il problema del diabete durante il digiuno Ramadan riscuote, da una decina di anni a questa parte, un interesse crescente in ambito scientifico. Le linee guida più recenti sull'argomento sono dell'aprile 2017, frutto di una *review* curata da ricercatori di 10 differenti Paesi per conto della *International Diabetes Federation* (IDF) e della *Diabetes and Ramadan alliance* (DAR)⁽³⁸⁾, quindi ci sono quelle pubblicate da *Diabetes UK* (DU) nel 2016⁽³⁹⁾ e l'*update 2015* delle raccomandazioni della *American Diabetes Association* (ADA)⁽²²⁾.

Le linee guida affermano che la scelta di digiunare è personale ma che chi la compie deve aver ricevuto adeguato consiglio sia dagli operatori sanitari che dalle guide spirituali⁽⁴⁰⁾, che debbono essere in grado di far comprendere come astenersi dal *sawm* a causa del diabete non rappresenti affatto una trascuratezza dei doveri di un buon musulmano⁽²¹⁾, un peccato⁽⁴¹⁾. A questo proposito è da citare, pur tenendo conto della storica varietà delle scuole giurisprudenziali islamiche⁽⁴²⁾ e della riconosciuta pluralità nell'interpretazione della *shari'a*⁽⁴³⁾, la recentissima *fatwa* con la quale il *Gran Mufti* d'Egitto Shawky Ibrahim Allam ha risposto al quesito postogli dalla DAR a proposito dell'obbligo del digiuno nel diabetico e sulla stratificazione del rischio proposta congiuntamente alla IDF⁽³⁸⁾. L'autorevole

giureconsulto sunnita ha sottolineato come, essendo il diabete una malattia cronica, le regole del *sawm* dipendano dalle condizioni di salute e dal trattamento impostato e quindi, in ultima analisi, dalla valutazione medica. Nel caso in cui il medico, però, desse il suo assenso alla effettuazione del digiuno, il diabetico sarebbe comunque libero di non digiunare se non se ne sentisse capace; al contrario, se il medico valutasse come sicuramente lesivo il *sawm* per la salute del fedele, sarebbe peccaminoso effettuarlo⁽²¹⁾.

Tutte le linee guida^(22, 38, 39) propongono di effettuare per tempo una valutazione del rischio (da parte del medico o del *diabetic nurse*⁽²²⁾), per poi fornire una educazione terapeutica personalizzata e ottimizzare la terapia a chi decide di digiunare. Per le persone a rischio più basso il *sawm* è possibile anche se con precise cautele; per quelle a rischio più alto invece è da sconsigliare; nelle fasce intermedie il non digiunare va posto come scelta preferenziale. Il rischio viene valutato in base al tipo di diabete, a quanto è controllato (dosaggio emoglobina glicata, complicanze, episodi recenti di ipoglicemia, chetoacidosi o iperglicemia), alle comorbidità, all'età, ma anche in base al tipo di lavoro svolto^(22, 38, 39). Le donne gravide con diabete (anche gestazionale) vengono considerate ad alto rischio^(38, 39). L'unica differenza sostanziale tra le tre linee guida è che, a differenza di quanto indicano ADA e DU^(22, 39), secondo l'IDF la persona con un DM1 ben controllato e senza comorbidità può digiunare, pur sotto stretta supervisione medica e con un fitto automonitoraggio glicemico⁽³⁸⁾.

I sanitari vengono invitati a rispettare la scelta di chi digiuna anche se a rischio, supportandolo affinché possa digiunare nella maniera più sicura possibile, elaborando un regime di trattamento ottimizzato per il Ramadan che tenga conto delle specificità del Paese in cui operano⁽³⁸⁾.

L'educazione terapeutica dovrebbe avere come punti essenziali: l'addestramento all'automonitoraggio glicemico secondo un piano adattato al Ramadan⁽²²⁾ e la conoscenza dei valori-limite che impongono l'interruzione del digiuno⁽³⁸⁾; saper identificare precocemente i sintomi di iperglicemia e ipoglicemia⁽²²⁾ e sapere farvi fronte^(22, 38); l'educazione alimentare e la pianificazione dei pasti^(22, 38); le indicazioni per una giusta idratazione⁽²²⁾; l'adattamento del tempo e dell'intensità dell'attività fisica, tenendo conto delle prosternazioni della *Tarawih*^(22, 38).

Uno studio britannico ha documentato come sessioni di educazione terapeutica multilingue diretta a piccoli gruppi di persone con DM2 condotte da dietisti (specializzati in cibi etnici) e da infermieri, seguite da incontri di pianificazione personalizzata, abbiano determinato una diminuzione di peso corporeo, ipoglicemie e dosaggio di emoglobina glicata⁽⁴⁴⁾. Un sostegno all'educazione alimentare può venire dal *Ramadan Nutrition Plan*, una *app* messa a punto dalla DAR⁽⁴⁵⁾ che aiuta giorno per giorno i diabetici che effettuano il *sawm* a scegliere correttamente cosa e quanto mangiare in base anche alla propria tradizione culinaria⁽³⁸⁾.

La pianificazione dell'autocontrollo glicemico deve essere adattata^(22, 38, 39) ed è importante che effettui l'autocontrollo quotidiano anche chi durante il resto dell'anno non lo fa^(39, 46): le persone considerate meno a rischio dovrebbero controllare la glicemia almeno dopo l'*iftar* e tutte le volte che manifestano sintomi di iper- o ipoglicemia⁽³⁸⁾. In ogni caso, le persone più a rischio dovrebbero potersi riferire a un *team* specialistico che le segua durante tutto il mese sacro⁽³⁸⁾ e interrompere il digiuno al primo manifestarsi di complicanze⁽²¹⁾ o di valori glicemici fuori controllo⁽³⁸⁾. Le linee guida raccomandano di contrastare^(38, 39) durante le iniziative educative⁽⁴⁷⁾ la convinzione diffusa tra alcuni fedeli che le iniezioni di insulina e il prelievo capillare rappresentino una interruzione del digiuno⁽⁴⁸⁾.

Per chi digiuna vengono proposti aggiustamenti terapeutici più o meno consistenti per la metformina^(22, 39), le sulfoniluree^(22, 38, 39), gli SGLT2-inibitori^(22, 38) e le insuline^(22, 38, 39).

In particolar modo nei Paesi dove i musulmani sono una minoranza è documentata una carente conoscenza del problema da parte degli operatori sanitari, e di conseguenza assistenza e trattamenti non vengono adattati durante il digiuno^(49, 50). L'ulteriore raccomandazione delle linee guida, dunque, è quella di garantire che gli operatori sanitari siano efficacemente formati e abbiano una adeguata competenza culturale⁽³⁸⁾.

Pur dirette principalmente a medici diabetologi e dietologi, queste linee guida sono di grande interesse infermieristico. Sia per i ruoli esplicitamente previsti per gli infermieri - nell'educazione terapeutica⁽⁴⁴⁾ ma anche nella valutazione iniziale per la stratificazione del rischio⁽²²⁾ - sia perché la natura stessa del problema costringe i sanitari a focalizzare il proprio sguardo non solo sul dato organico e biologico del diabete (*disease*) e sull'aspetto farmacologico del trattamento, ma anche sulla percezione che ne hanno le persone affette (*illness*) e su come le differenti rappresentazioni di questa patologia generino aspettative sociali (*sickness*)^(51, 52, 53) con le quali è inevitabile interagire. Per forza di cose, quindi, il "paziente" viene visto non solo nella sua dimensione fisica o, al limite, psicologica, ma anche nella sua dimensione spirituale e relazionale, e in particolar modo nel suo posizionarsi all'interno della cultura di appartenenza⁽⁵⁴⁾ e nel suo rapporto con Dio: il "paziente" ritorna a essere una persona, in tutta la sua complessità, e il *focus* dell'infermieristica è proprio «*la persona intera e la risposta umana [alla salute e alla malattia], piuttosto che un particolare aspetto della persona o una particolare condizione patologica*»⁽⁵⁵⁾. «*Ogni situazione di cura*», scriveva Marie-Françoise Collière, «*è una situazione antropologica, ovvero che riguarda l'uomo inserito nel suo ambiente, intessuto da ogni tipo di legame simbolico*»⁽⁵⁶⁾.

Nello specifico dell'infermiere che si forma e lavora in Paesi occidentali, le raccomandazioni contenute nelle linee guida si traducono nell'impegno a erogare una «*assistenza infermieristica culturalmente congruente*»⁽⁵⁷⁾ a diabetici musulmani in massima parte giunti da Paesi diversi, con tradizioni anche molto differenti e spesso costretti in situazioni di marginalità sociale. Dal *sunrise model* di Madeleine Leininger⁽⁵⁷⁾ in poi, nella letteratura infermieristica sono molti i modelli pensati per orientare in questo senso l'assistenza^(58, 59), a volte anche attenti a come i fattori sociali, politici ed economici interagiscano con cultura e bisogni di salute, fino a proporre paradigmi teorici nei quali «*la realtà della cura si esplora a partire dalle ineguaglianze sociali ed economiche vissute dalle popolazioni del Sud*»⁽⁶⁰⁾. Antropologia e infermieristica possono essere, insomma, «*two worlds to blend*»⁽⁶¹⁾, e il tema della gestione del diabete durante il Ramadan può esserne uno dei tanti banchi di prova, all'interno delle attività di «*educazione all'autogestione del diabete*»⁽⁴⁶⁾ che le principali associazioni di diabetologia italiane raccomandano con forza e che assegnano anche agli infermieri.

L'interesse dei medici e degli infermieri italiani verso il problema della gestione del diabete durante il Ramadan è testimoniato principalmente dal già citato *focus* della SID⁽¹⁾ e da una revisione della letteratura apparsa sull'organo ufficiale dell'IPASVI⁽⁶²⁾. Pochi sono gli interventi ulteriori^(26, 63, 64, 65), e si tratta in ogni caso di lavori compilativi, finalizzati principalmente a portare all'attenzione del mondo sanitario italiano la discussione in corso a livello internazionale. Non sappiamo dunque quanto le raccomandazioni siano state recepite nella pratica, cioè se le persone diabetiche intenzionate ad affrontare il *sawm* in Italia vengano effettivamente valutate per tempo per permettere la stratificazione del rischio, l'aggiustamento della terapia e l'educazione terapeutica. E non sappiamo neanche come queste persone affrontino concretamente il proprio Ramadan: non sappiamo cioè

quanto le raccomandazioni internazionali rispondano a un problema anche italiano e quanto di conseguenza sia importante e urgente applicarle.

Obiettivi: descrivere la relazione tra religione, cultura e osservanza del *sawm* in un gruppo di persone musulmane affette da diabete; evidenziare la necessità di aderenza, da parte degli infermieri, alle indicazioni presenti in letteratura.

MATERIALI E METODI

Ricerca bibliografica

La ricerca è stata effettuata sulle banche dati PubMed (con la stringa di ricerca: "Diabetes Mellitus"[Mesh] AND "Fasting"[Mesh] AND "Ramadan"[All Fields]), Ci-nahl (con la stringa di ricerca: "Boolean/Phrase: diabetes mellitus AND ramadan fasting AND nurse") e sui siti web di IDF, DAR, SID, CESNUR, Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), Fondazione Iniziative e Studi sulla Multietnicità (ISMU), Mi-nistero della Sanità e di associazioni di volontariato. Sono state consultate riviste e monografie, sia di ambito infermieristico che etnografico, sociologico e di storia delle religioni.

Disegno di studio

È stato scelto un approccio di tipo qualitativo fenomenologico⁽⁶⁶⁾, ritenuto il più adeguato a rispondere a un quesito di ricerca che si focalizza su come senti-mento religioso e contesto culturale influenzino la percezione individuale della malattia. È vero che ci si è proposti anche di descrivere comportamenti concreti e pratiche di cura all'interno di una specifica comunità (obiettivo cui risponde-rebbe forse meglio l'approccio dell'*ethnonursing* e quindi dell'etnografia focaliz-zata⁽⁶⁶⁾) ma, ritenendo che comportamenti e pratiche siano comunque determi-nati dalla percezione della malattia, l'indagine è stata costruita secondo un mo-dello fenomenologico descrittivo⁽⁶⁶⁾.

Strumenti di raccolta dati

La procedura di raccolta dati è stata articolata in due parti. Durante la prima sono stati contattati rappresentanti delle principali associazioni musulmane attive a To-rino e di alcune strutture sanitarie (pubbliche o promosse da volontari) attive sul

territorio del quartiere Aurora* per documentare quale sia la percezione del problema da parte delle realtà islamiche organizzate e dei sanitari che si occupano di diabete. Nella seconda è stata somministrata una intervista a 14 persone diabetiche di origine marocchina che vivono a Torino.

Strumenti di raccolta dati: intervista semi-strutturata e diario di ricerca.

Il canovaccio dell'intervista (*all. 3*), redatto sulla base dei nodi problematici tratti dalla bibliografia, è stato suddiviso in cinque macro-aree:

1. informazioni anagrafiche e cliniche;
2. contesto migratorio e scelta di digiunare;
3. consapevolezza dei rischi;
4. alimentazione e l'esercizio fisico durante il Ramadan;
5. gestione della terapia, riconoscimento complicanze, bisogni informativi.

Nel diario di ricerca sono state annotate le informazioni raccolte nei colloqui con i rappresentanti delle associazioni islamiche e delle strutture sanitarie e sono stati descritti i contesti nei quali si sono svolte le interviste. Nel diario inoltre sono stati annotati avvenimenti significativi occorsi durante lo svolgimento della ricerca.

Le interviste

Gli incontri si sono svolti presso l'abitazione degli intervistati, presso gli ambulatori dell'associazione "Camminare Insieme" e del Servizio Missionario Giovani

* Costituito dai rioni di Borgo Dora, Valdocco, Porta Palazzo, Aurora e Rossini, è stato sede della prima industrializzazione della città, caratterizzandosi subito come quartiere popolare. Durante il Novecento è stato meta delle migrazioni dal Meridione italiano e attualmente è il primo punto d'approdo a Torino delle reti migratorie da Africa e Asia.

(SERMIG)*, in bar adiacenti al mercato di Porta Palazzo o in uno dei giardini del quartiere.

Le interviste sono state effettuate in italiano, francese o arabo maghrebino. Quando è stato necessario, per la traduzione ci si è avvalsi della collaborazione di amici e parenti degli intervistati o di mediatori culturali.

Sono state registrate previo consenso degli intervistati, in caso contrario sono stati presi appunti. La durata media delle registrazioni è di 13 minuti circa, e in una occasione l'incontro è stato interrotto prima del termine per altro impegno dell'intervistato (*all. 4*).

Durante gli incontri sono stati annotati quegli aspetti di comunicazione paraverbale e non verbale non rilevabili dalle registrazioni, appunti poi inseriti nelle trascrizioni.

Il materiale audio è stato trascritto nei giorni successivi a ogni intervista e revisionato interamente in un secondo momento. I dubbi sorti durante il lavoro di trascrizione sono stati sciolti con la consulenza di persone di origine marocchina.

Partecipanti allo studio

Le persone intervistate sono state reclutate presso gli ambulatori dell'associazione "Camminare Insieme" e del SERMIG, e tramite reti informali nel territorio del quartiere Aurora. Si è preferito selezionare un gruppo omogeneo dal punto di vista della cultura di provenienza, e si è scelta la comunità marocchina in quanto, tra le comunità a prevalenza musulmana di Torino, risulta essere la più numerosa.

* Situati ai due estremi del rione Borgo Dora, entrambi gli ambulatori erogano gratuitamente assistenza sanitaria, di base e specialistica, a chi non ha accesso al Servizio Sanitario Nazionale, in particolar modo a stranieri.

Metodo di analisi dei dati

Seguendo il metodo proposto da Amedeo Giorgi⁽⁶⁷⁾, le trascrizioni delle interviste sono state rilette individuando una serie di aree tematiche ricorrenti e sono state quindi scelte quelle aree più rilevanti ai fini del quesito di ricerca. I dati raccolti, quindi, sono stati organizzati in una tabella, suddivisi in base alle aree tematiche selezionate (*all. 5*). In una tabella a parte sono stati trattati i dati anagrafici, sociali e clinici del gruppo degli intervistati (*all. 6*).

I dati significativi emersi nei colloqui con i sanitari e rappresentanti delle associazioni islamiche, sono stati estratti dal diario di ricerca e organizzati in una apposita tabella in base all'argomento (*all. 7*).

Periodo di indagine

Da novembre 2017 a luglio 2018.

Considerazioni etiche

Gli intervistati sono stati informati circa la finalità della ricerca e il metodo di trattamento dei dati ed è stato fatto firmare un modulo di consenso (*all. 8*). Inoltre, è stato fornito loro un numero telefonico al quale poter richiedere la cancellazione dei propri dati, della registrazione dell'intervista e l'esclusione dallo studio.

RISULTATI

Dalle interviste e dal diario di ricerca sono stati estratti i dati per disegnare il profilo biografico, sociale e clinico del gruppo degli intervistati. Il resto del materiale raccolto con le interviste è stato suddiviso in quattro aree tematiche:

- a) cultura, religione e conoscenza della propria patologia;
- b) cultura, religione e *sawm*;
- c) comportamento durante il Ramadan;
- d) relazione con gli infermieri.

I dati emersi dai colloqui con i sanitari e i rappresentanti delle associazioni religiose sono stati suddivisi in due argomenti:

- a) *sawm* e malattia;
- b) conoscenza delle linee guida.

Profilo biografico, sociale e clinico dei partecipanti

<table border="1"><thead><tr><th>Genere</th><th>n.</th></tr></thead><tbody><tr><td>M</td><td>10</td></tr><tr><td>F</td><td>4</td></tr></tbody></table>	Genere	n.	M	10	F	4	<table border="1"><thead><tr><th>Anno di arrivo in Italia</th><th>n.</th></tr></thead><tbody><tr><td>1980-1989</td><td>2</td></tr><tr><td>1990-1999</td><td>1</td></tr><tr><td>2000-2009</td><td>9</td></tr><tr><td>2010-2018</td><td>2</td></tr></tbody></table>	Anno di arrivo in Italia	n.	1980-1989	2	1990-1999	1	2000-2009	9	2010-2018	2	<table border="1"><thead><tr><th>Scolarizzazione</th><th>n.</th></tr></thead><tbody><tr><td>Nessuna</td><td>4</td></tr><tr><td>Lic. elementare</td><td>2</td></tr><tr><td>Lic. media</td><td>4</td></tr><tr><td>Lic. Superiore</td><td>2</td></tr><tr><td><i>Non rilevata</i></td><td>2</td></tr></tbody></table>	Scolarizzazione	n.	Nessuna	4	Lic. elementare	2	Lic. media	4	Lic. Superiore	2	<i>Non rilevata</i>	2
Genere	n.																													
M	10																													
F	4																													
Anno di arrivo in Italia	n.																													
1980-1989	2																													
1990-1999	1																													
2000-2009	9																													
2010-2018	2																													
Scolarizzazione	n.																													
Nessuna	4																													
Lic. elementare	2																													
Lic. media	4																													
Lic. Superiore	2																													
<i>Non rilevata</i>	2																													
<table border="1"><thead><tr><th>Età</th><th>n.</th></tr></thead><tbody><tr><td>40-49</td><td>4</td></tr><tr><td>50-59</td><td>3</td></tr><tr><td>60-70</td><td>7</td></tr></tbody></table>	Età	n.	40-49	4	50-59	3	60-70	7																						
Età	n.																													
40-49	4																													
50-59	3																													
60-70	7																													

Due dei partecipanti sono attualmente disoccupati e tre sono casalinghe, mentre gli altri hanno dichiarato occupazioni differenti: ristoratore, carrozziere, ambulante, decoratore, magazziniere, autista, badante e donna delle pulizie. Uno è l'imam di una moschea cittadina e uno, ex-operaio, vive con la pensione di invalidità totale. Le occupazioni dichiarate sono in alcuni casi precarie o saltuarie, una

delle donne affianca l'occupazione di casalinga all'occasionale vendita di *msem-men* e *bat-bot* in strada e alcuni integrano o integravano lo stipendio con l'attività di recupero di oggetti usati da rivendere al *Balôn**. Tre dei partecipanti allo studio vivono in abitazioni precarie in seguito a sfratti esecutivi, un altro ha affrontato più di uno sfratto in passato e patisce ancora pesanti problemi economici, mentre uno non ha potuto rinnovare il permesso di soggiorno in seguito alla perdita del lavoro ed è quindi nella condizione di "clandestinità".

Tutti gli intervistati sono affetti da Diabete Mellito di tipo 2, la metà di loro soffre (o sospetta di soffrire ed è in attesa di riscontri diagnostici) di complicanze del diabete: vasculopatia e neuropatia periferica, retinopatia, nefropatia. In un caso il passaggio dalla terapia con ipoglicemizzanti orali a quella insulinica è avvenuto in seguito a un aborto spontaneo nel primo trimestre di gravidanza.

Tabella 2: Dati clinici					
Età alla diagnosi		n.	Paese dove è stata effettuata la diagnosi		n.
30-34		2	Italia		11
40-49		5	Marocco		3
50-59		5			
60-69		2			
Anni trascorsi dalla diagnosi		n.	Terapia prescritta		
<1		3	Metformina		8
1-5		5	Repaglinide		1
6-10		1	Insulina		3
11-15		3	Insulina + SGLT2-inibitore		1
>15		1	Insulina + Metformina		1

* Grande "mercato delle pulci" che si svolge ogni sabato mattina nel rione di Borgo Dora. Accanto a bancarelle di antiquariato o di oggettistica *vintage*, molte altre offrono capi di abbigliamento, mobili, oggetti per la casa, scarpe ed elettrodomestici usati recuperati svuotando cantine o, spesso, rovistando tra i rifiuti.

In sei sono stati presi in carico dagli ambulatori diabetologici dell’Azienda Sanitaria Locale (ASL) presenti sul territorio, uno dall’ambulatorio per il piede diabetico del Centro Traumatologico Ortopedico (CTO). Gli altri si rivolgono al Medico di medicina generale, affiancando a questo, in un caso, il diabetologo presente nel poliambulatorio dell’Associazione “Camminare Insieme”. Una persona intervistata, sprovvista di permesso di soggiorno, ha perso l’accesso al medico di base e si rivolge per tutti i propri bisogni di salute ai poliambulatori del SERMIG e di “Camminare Insieme”.

Oltre a essere affetti dal diabete, quattro degli intervistati sono ipertesi. Altre patologie o condizioni dichiarate sono depressione, lombosciatalgia e problemi articolari, gonartrosi, insonnia, esiti di poliomielite, ipotiroidismo, emiplegia post-ictus e sospetta cardiopatia.

Aree tematiche

a) Cultura, religione e conoscenza della propria patologia

Alla domanda sul tipo di diabete dal quale sono affetti (diabete mellito di tipo 1, di tipo 2 o diabete insipido), in sei non sanno rispondere e indicano piuttosto la terapia prescritta. Anche questo però con difficoltà: tre faticano a ricordare il nome del farmaco che assumono, ricordando piuttosto “milligrammi”, o “grammi” o il fatto che sia “mutuabile”.

Due degli intervistati sostengono che chi assume soltanto la terapia orale abbia un diabete non «*pericoloso*», mentre doversi iniettare l’insulina sia segno di «*qualche cosa che è grave*». Solo uno, in effetti, appare visibilmente preoccupato per la patologia, che gli è stata diagnosticata da poche settimane e per la quale è in cura con l’insulina.

Nessuno degli intervistati sa cosa vogliono dire i termini “crisi ipoglicemica” e “crisi iperglicemica”. Se viene spiegato che sono condizioni acute legate alla

quantità anomala di zucchero nel sangue, queste vengono descritte come situazioni di estrema stanchezza, o nelle quali si hanno capogiri o si «*cade per terra*», ci si sente arrabbiati, si sente caldo, non si sente il proprio corpo come «*normale*» o si può avere un «*infarto al cuore*», che sono crisi che si «*sentono*» dentro al petto. La descrizione più dettagliata delle crisi, e l'unica che descriva separatamente ipo e iperglicemia, è la seguente:

D. *“Lei sa riconoscere una crisi ipoglicemica e iperglicemica?”*

R. *“Come?”*

D. *“Le crisi ipoglicemiche, cioè quando c'è poco zucchero, oppure la crisi iperglicemica quando ce n'è tanto... Come le riconosce? O come le hanno spiegato che funzionano...”*

R. *“No! Le sento, perché mi è arrivato... qualche volta arrivo a trentasette ipo..”*

D. *“Ipoglicemia...”*

R. *“Sì, sento una debolezza e comincio a tremare, e con gli occhi non vedo più, ho un... un... come si dice? Una rotonda bianca, che sento subito che devo mangiare qualcosa...”*

D. *“E iperglicemica non le è mai successo? Il momento in cui la glicemia è troppo alta... Come la riconosce?”*

R. *“La riconosco che sono nervoso, e la mia testa è più lorda e voglio solo dormire, ho questo sonno che è più forte...”*

Quattro persone esprimono l'idea che esista una correlazione tra l'insorgenza del diabete, o una sua riacutizzazione, e lo stress:

“Se non ho dei problemi, il diabete non viene. Se sono calmo il diabete è lì [fa un segno abbassando le mani con i palmi verso il basso come a dire “sta buono”].”

Vengono sottolineate, tra le cause di stress, la mancanza di lavoro, di una casa, i litigi in famiglia e in generale le problematiche legate a una immigrazione recente. Solo in un caso, viene proposta – sempre accanto alle difficoltà legate alle condizioni di vita – una spiegazione di ambito religioso della malattia:

“È Dio che dà me il diabete!”

Tutti gli intervistati dichiarano di seguire le indicazioni farmacologiche, fuorché uno che non assume gli ipoglicemizzanti prescritti, perché le medicine «*erano troppe*», e un altro invece che assume, senza dirlo al medico, metà della dose prevista perché la dose intera lo fa “sentire male”.

Chi è in cura con l'insulina sembra effettuare regolarmente l'automonitoraggio glicemico. Tra chi assume ipoglicemizzanti orali, invece, l'automonitoraggio viene effettuato con modalità differenti: da una persona a ogni pasto, da un altro ogni dieci-quindici giorni e dagli altri o mai o in maniera del tutto estemporanea. Va notato come una persona insista molto per sapere come ottenere «*la macchinetta*» per poterlo fare, e un'altra sottolinei il costo proibitivo delle strisce. Unico il caso di un intervistato che va a farsi controllare la glicemia dopo aver assunto caffè zuccherato appositamente per verificare se è davvero ammalato.

Almeno tre persone non osservano strettamente le indicazioni dietetiche di base per i diabetici: c'è chi pasteggia occasionalmente a *coca-cola* e chi non sa bene cosa deve mangiare e cosa no. Un partecipante, invece, preferisce alle indicazioni fornite dai medici quelle reperite nel *web*:

“Da noi c'è l'harira, con il pomodoro, e il pomodoro è meglio per il sangue, e allora anche se beviamo una grande tazza di harira è meglio per il sangue, per diminuire lo zucchero. [...] Quando mangio un pasto come la pasta – integrale, sempre – dopo 15 minuti bevo un po' di limone e basta – per il sangue! -, il limone quello naturale, e anche il mango [...] lo ho cercato su internet sul diabete, da tutte le parti, arabi e non, e ho trovato

tanta roba che diminuisce lo zucchero nel sangue: tutta roba che serve, come spinaci, meglio, come avocado, meglio, come limone, meglio. Tante cose che adesso ho nella mia testa, e che uso sempre nella cucina e sono tranquillo. Mangio, sempre controllo, e sono a posto.”

Un altro ancora, prima di iniziare l'intervista in un bar, prende un caffè zuccherato e una brioche e quindi spiega:

“Io ho cominciato a togliere, di più di più!, sale... io non metto sale dentro il mangiare... lo ho cominciato a togliere il pane, perché c'è il lievito, poi ho cominciato a togliere anche le banane, tutte le cose che c'è di più zucchero le ho tolte.”

Quest'ultimo intervistato è l'unico che cita l'esercizio fisico come attività importante per contenere il diabete.

b) Cultura, religione e *sawm*

Al momento dell'intervista, tre partecipanti sono di diagnosi talmente recente che non possono raccontare di Ramadan vissuti da diabetici ma solo esprimersi su come intendono comportarsi durante il mese sacro successivo. Il primo, a cui la patologia è stata diagnosticata da poche settimane ed è in cura con l'insulina, spiega che i suoi compaesani diabetici non effettuano il *sawm* e che ha sentito anzi di una diabetica che digiunava che è «*caduta per terra*». Conclude dunque che chiederà consiglio al medico, non a guide spirituali:

“Per la religione, noi, se tu sei malato puoi non farlo. [...] Adesso io chiedo al dottore cosa devo fare, farlo o non farlo: non posso rischiare la mia vita, non va bene.”

Il secondo, cui meno di un anno prima è stata prescritta invece la metformina (che non assume), afferma l'esatto contrario, spiegando che il *sawm* è «*obbliga-*

torio» e che gli amici diabetici con cui ha parlato digiunano: quindi digiunerà anche lui. La terza intervistata, una signora in cura con la metformina da qualche settimana, dice che non sa ancora cosa farà e afferma che chiederà al medico di famiglia.

Delle undici persone con una esperienza più lunga di malattia, cinque effettuano abitualmente il *sawm* e 4 no. Le altre due lo effettuano almeno per alcuni giorni, pronte a riprendere a mangiare in caso di malori.

Le motivazioni e le modalità di scelta di chi digiuna sono abbastanza variegate. Due hanno deciso di digiunare contro l'esplicita indicazione del proprio medico: il primo per tutto il mese sacro, e la seconda fino a quando non sta troppo male per proseguire. Ecco la testimonianza di quest'ultima:

R. *“Il medico mi ha detto di non fare più il Ramadan perché qualche volta svenivo... e poi anche se il medico mi aveva detto di no io digiunavo lo stesso per forza... Dieci, quindici giorni, quello che riuscivo a fare lo facevo lo stesso... Il periodo di Ramadan è un mese, io facevo un paio di giorni...”*

D. *“Quindi lei inizia a fare il Ramadan, prova a farlo, e poi smette se sta male?”*

R. *“Sì, digiuno, poi quando mi sento, non so il bisogno, sto per svenire allora smetto il digiuno...”*

[...]

D. *“Come lo ha deciso il fatto di farlo: perché si sentiva bene, lo ha deciso lei, ne ha parlato con qualcuno, fanno tutti così...”*

R. *“Lo ho deciso io, anche se i miei figli non sono d'accordo, mi chiedono sempre di non fare il Ramadan, io lo faccio lo stesso...non lo faccio ogni giorno, dieci giorni così...”*

Un altro intervistato, che ha sempre digiunato senza chiedere indicazioni al medico fintantoché assumeva la metformina, ora che è in cura con l'insulina afferma che chiederà consiglio al dottore, ma manifesta nello stesso tempo l'intenzione di provare comunque a digiunare alcuni giorni per vedere come va. È interessante come nell'intervista sottolinei che, quando assumeva solo la metformina non vedeva buone ragioni per non digiunare, mentre adesso il problema si pone in altri termini:

“Eh, prima... io ho preso solo pastiglia, e non c'è qualche cosa che è grave. Adesso quando fare l'insulina è un'altra cosa!”

Altri invece non si sono rivolti al medico prima di decidere di digiunare. Uno spiega questa scelta formulando un discorso di tipo religioso:

D. *“Perché digiuna?”*

R. *“[Con una espressione del volto che denota stupore] Non sono stanco, sono musulmano... Perché Dio mi dona la forza contro il diabete, è questa la ragione...”*

D. *“Va bene. E ha discusso di questa decisione di digiunare con qualcuno: l'imam, il suo medico, qualcun'altro... o l'ha deciso da solo?”*

R. *“Con il consiglio di Dio, non del dottore...”*

Un'altra persona spiega che ha sempre digiunato senza chiedere il consiglio del medico perché da un lato non si è mai sentita male durante il *sawm* e dall'altro perché pensa che sia solo chi si inietta l'insulina a dover essere esentato dal digiuno. Sottolinea anche come nelle moschee venga spiegato che chi è malato, o chi non si sente bene, non deve digiunare. Anche un altro intervistato racconta che lui digiuna perché non si è mai sentito male, e che se si sentisse male non digiunerebbe: è per questo che non ha sentito il bisogno di chiedere consiglio a nessuno.

Differente è il racconto di un altro testimone, che spiega che sono state principalmente le informazioni che ha raccolto in rete a farlo arrivare alla conclusione che, per il diabetico non insulino-dipendente, il *sawm* «*non è una cosa difficile*» e che, anzi, è utile se «*il diabete è alto*», sempre che si evitino i cibi sbagliati.

Anche tra chi ha scelto di non digiunare, il riferimento al medico non è sempre presente: una ragazza si è rivolta alla madre, anche lei diabetica, per decidere di non digiunare più dopo che, in seguito a un aborto spontaneo, le è stata modificata la terapia dall'ipoglicemizzante orale all'insulina. Un'altra ha deciso da sola, dopo aver constatato, con l'automonitoraggio glicemico, di avere i valori fuori controllo.

Solo una persona cita il consiglio del medico come determinante nella decisione di non digiunare. Nessuno, invece, cita guide spirituali, né tra chi digiuna né tra chi non digiuna. Il discorso più articolato, però, su come scegliere se effettuare o meno il *sawm*, arriva proprio da un imam malato di diabete:

D. *“Lei mi diceva che durante il Ramadan non digiuna. Perché ha scelto di non digiunare?”*

R. *“Perché, credo 5 anni fa, o 6 anni, ho provato di digiunare e ho trovato difficoltà. Perché durante tutta la giornata... c'è questa paura e ogni volta, ogni tre ore devo fare la misura [e mostra il dito, dove ci si punge abitualmente per misurare la glicemia], e mi sento questo - come si dice? - disturbo... Ho visto, che la religione non vuole che noi facciamo Ramadan con disturbo [...]”*

D. *“E ne ha parlato con qualcuno, ha chiesto consiglio al medico, piuttosto che ad altri in moschea...”*

R. *“No, no... sono l'imam, conosco le regole! [...] Perché il digiuno è fatto per la salute, per la spiritualità e anche per la salute... ma se la salute*

non c'è più, la priorità è alla salute, la priorità all'anima, come dice il Corano, come dice le regole. Il problema è che la gente non conoscono queste regole, credono 'se non faccio Ramadan, la mia ricompensa, la mia spiritualità, la mia adorazione diminuisce'... No! È il contrario! Perché la religione cosa vuole dire? La religione vuol dire abbandonarsi alla volontà di Dio: allora, la volontà di Dio ha detto: 'se siete malati, non fate il Ramadan!'. Deve, un musulmano vero, rispondere a questa volontà!"

D. *"Molti mi hanno detto: faccio il digiuno perché ho la forza di farlo, anche se non mi sento bene..."*

R. *"No! La forza..."*

D. *"...perché Dio mi dà la forza, mi hanno detto. Le dico quello che mi hanno riferito..."*

R. *"Sì, sì... c'è questo: la forza è il dottore che lo sa, non è io! Potrebbe... sto danneggiando qualche elementi che, come si dice... la... il problema verrà dopo anni... Allora i sapienti dicono: devi andare da un dottore, come si dice, di fiducia."*

Interessante, per documentare il contesto culturale nel quale le persone diabetiche scelgono se digiunare o meno, è questa affermazione della parente cardiopatica di uno dei partecipanti, che ha preso parte all'intervista in qualità di traduttrice:

"Anche io non dovrei fare il digiuno del Ramadan, ma lo faccio lo stesso. Durante il Ramadan, Dio mi dà la forza e sto meglio di come sto durante gli altri mesi..."

Il digiuno diurno e i conseguenti pasti notturni comportano cambiamenti nella assunzione della terapia che sono stati discussi o comunicati al medico da quattro persone. Una persona ha invece chiesto consiglio a compaesani e parenti; altre tre hanno invece deciso in autonomia senza confrontarsi con nessuno.

Alla domanda sulla conoscenza delle complicanze del diabete correlate al *sawm* tre non sanno rispondere, due sanno che il digiuno può determinare nel diabetico capogiri e tremori, uno risponde che si rischia di morire e un'altra che si alzi la pressione, uno afferma che il rischio è quello di mangiare troppo di notte e quindi di «*creare del diabete*», uno ricorda come l'infermiere gli abbia consigliato di portarsi sempre dietro una bustina di zucchero e dell'acqua. Altri non rispondono con chiarezza, preferendo sottolineare piuttosto che loro sono stati sempre bene: uno, in particolare, sottolinea che con il "suo diabete" non può succedere niente. Va detto come, tra le persone che sostengono di essere sempre state bene quando hanno digiunato durante il mese sacro, due poi raccontino una situazione di marcata astenia. Questa è la descrizione dei pomeriggi di Ramadan che fa uno di loro:

"Io dalle 4, così, sono molto stanco, perché sono diabetico. Allora dormo, ascolto il Corano, sai il Corano? Ascolto il Corano alla televisione, sto tranquillo, non esco..."

c) Comportamento durante il Ramadan

Sei degli intervistati che effettuano abitualmente, o che hanno effettuato, il *sawm* riferiscono di fare poi i tre pasti previsti dalla tradizione durante la notte: rottura del digiuno all'*iftar*, il tramonto, cena dopo la preghiera e colazione al *suhoor*, l'aurora. Essendo regolati in base al sorgere e al calare del sole gli orari di questi pasti cambiano di giorno in giorno e in base alla stagione nella quale cade il mese sacro ogni anno. Durante il Ramadan precedente alle interviste, per esempio, la rottura del digiuno avveniva intorno alle 20,30-21,00, la cena intorno alle 23,00-24,00 e la colazione già intorno alle 3,30-4,00 di notte.

Gli alimenti che questi intervistati hanno dichiarato di consumare sono quelli tradizionali: datteri, latte e *harira* per rompere il digiuno, e poi *tajine* (di pollo, carne

rossa, pesce o verdure), uova sode, formaggini, yogurt, frutta (soprattutto anguria), accompagnati con pane, *msemmen* o *bat-bot*. Poi i dolci di mandorle, sesamo e miele, oppure lo *sfouf*. Oltre al latte hanno dichiarato di aver bevuto the (che in Marocco è sempre molto zuccherato), caffè e *laben*.

Di questi sei, uno ha ammesso di aver mangiato durante il Ramadan precedente all'intervista tutto quel che mangiavano i familiari, dolci e farinacei compresi. Tre invece hanno raccontato di mangiare tutto, ma in quantità moderate e due invece di essersi astenuti da pane e alimenti zuccherati o dolci. Va anche precisato che due di questi sei hanno riferito di mangiare poco a colazione (uno yogurt e una mela uno, un bicchiere di latte e dei datteri l'altro), prima delle lunghe ore di astinenza, mentre di uno non è chiaro se a colazione mangi molto poco o non mangi del tutto.

Si discostano molto dalla tradizione invece le altre testimonianze, per gli orari o per il cibo assunto. Un intervistato ha raccontato di cenare verso mezzanotte, con *harira*, un po' di pane integrale, spinaci, avocado, caffè e latte scremato e di fare colazione con yogurt e brioche senza zucchero o integrale, seguendo indicazioni reperite navigando in internet. Un altro si ripromette, per il Ramadan a venire, di bere solo caffè senza zucchero, di non mangiare dolci e di nutrirsi soprattutto di una zuppa leggera, di semola con grano e olio. Una signora riferisce di mangiare una sola volta per notte, con caffè o the, *harira*, un po' di pane e niente zuccheri. Solo due testimoni fanno notare come si debba bere molto di notte, per poter resistere alla sete durante il giorno.

La grande maggioranza degli intervistati che digiunano di giorno assumono la terapia ai pasti notturni, con lo stesso dosaggio rispetto al resto dell'anno. Anche il testimone che vuole provare a digiunare nonostante ora sia in cura con l'insulina spiega che il modo giusto di procedere è invertire giorno e notte con la terapia come si fa con il cibo, senza modificare le dosi.

Solo due casi particolari: una intervistata assume una dose di metformina al pasto serale e l'altra all'alba ma fuori pasto visto che non fa colazione; un altro assume l'ipoglicemizzante orale all'*iftar*, ma solo se non si sente troppo stanco, altrimenti salta la terapia.

Degli intervistati che digiunano, nessuno modifica la frequenza dell'autocontrollo glicemico durante il Ramadan. Solo un intervistato che ha smesso di digiunare da molti anni racconta che quando ancora effettuava il *sawm* controllava la glicemia molto frequentemente.

Tre persone riferiscono di effettuare meno attività fisica durante il Ramadan che nel resto dell'anno. Quattro di partecipare alla *Tarawih* seduti sulla sedia senza effettuare le *Rak'ah*, o per la stanchezza determinata dal digiuno o per altri problemi fisici (piede diabetico, esiti di poliomielite, gonartrosi).

Tre, nonostante il digiuno, partecipano sempre alla *Tarawih*, con tutte le *Rak'ah*, e uno di loro sottolinea come la preghiera faccia bene alla mente e anche alla salute, come se fosse uno sport.

Uno dice che vorrebbe partecipare alle preghiere, ma che non lo fa per colpa del lavoro, e uno che vi partecipa saltuariamente.

d) Relazione con gli infermieri

La domanda «*cosa chiederebbe a un infermiere a proposito della gestione del diabete durante il Ramadan?*» ha trovato ben poche risposte. Due persone non sono riuscite a comprenderne il significato mentre altre cinque non hanno niente da chiedere. Altri invece chiederebbero informazioni non strettamente pertinenti al Ramadan, ma relative al diabete in generale: come interpretare i valori della glicemia, cosa mangiare e cosa no, consigli sulla terapia, come ottenere un glucometro, da cosa è causato il diabete.

Solo una persona vorrebbe chiedere quali sono i rischi per un diabetico nel digiunare durante il Ramadan.

La domanda, però, è uno spunto per due persone per esprimersi sul rapporto con i sanitari. Un intervistato ne approfitta per lamentarsi dei medici che, secondo lui, trasmettono paura ai diabetici (soprattutto quelli in cura con la metformina e quindi “non gravi”) con indicazioni dietetiche troppo strette e sconsigliando alcuni cibi, come il limone e il mango, che in rete vengono proposti come ipoglicemizanti. L’altro, invece, che esercita come imam in una moschea cittadina dice:

R. *“Sì, voglio che gli infermieri hanno la cultura per sapere come pensa un musulmano, così per poter capirlo, perché per un musulmano la fede è indispensabile, importante per lui, può morire per la sua fede... se mi dice: "la glicemia ti fa morire" o tu perdi la fede lì, scegli di morire ma non perdi la fede... questa è una cosa molto importante da sapere e così l'infermiere gioca su questo... parla, non lo so, è un po' difficile, parla col paziente da un punto di vista religioso. Io ho visto qualche dottore di famiglia, che portano dei testi sacri per convincere il suo paziente...”*

D. *“Ha conosciuto degli infermieri così, che si sono informati...”*

R. *“Sì, si sono informati! Dicono: la vostra religione dice... il versetto così... che non deve... così almeno il paziente, e soprattutto i pazienti che non sono cresciuti qua, che sono venuti dal Marocco, almeno avranno una fiducia... dicono che questa persona ha un po' avvicinato...”*

Per concludere, suggerisce di coinvolgere autorità spirituali musulmane perché aiutino i sanitari quando indicazioni mediche e sentimenti religiosi dei fedeli sembrano non andare d'accordo.

Operatori sanitari e rappresentanti associazioni religiose

a) Sawm e malattia

Tutti i rappresentanti di associazioni islamiche interpellati ribadiscono che i malati possono essere dispensati dal *sawm*, e in due specificano che il digiuno è *vietato* a chi è ammalato e che chi lo attua è “fuori dalla legge”. I malati che digiunano, affermano alcuni di loro, lo fanno “per ignoranza religiosa” e in contrasto con le indicazioni delle guide spirituali. Si tratterebbe, concludono, di un comportamento riscontrabile soprattutto tra i fedeli più anziani, che hanno un modo di vivere la religione più legato alla “cultura popolare”, al “folklore”. Viene sottolineata la priorità di tutelare la vita e la salute dell’uomo, essere creato da Dio.

Tra i sanitari interpellati, sia il medico diabetologo che presta il suo servizio presso l’ambulatorio dell’associazione “Camminare insieme” sia le infermiere dell’ambulatorio diabetologico dell’ASL di zona confermano che esiste, nei rispettivi servizi, il problema dei diabetici che effettuano il *sawm*. Viene data l’indicazione di non digiunare, ma molti assistiti digiunano lo stesso, a volte negando di fronte ai sanitari. Viene anche segnalato il fatto che molte donne musulmane effettuano il *sawm* in gravidanza. Il responsabile del Centro Informazione Salute Immigrati (ISI)* afferma che i medici operanti in quella struttura non gli hanno mai riferito particolari criticità nella gestione del diabete durante il Ramadan: da un lato non si sa se i pazienti musulmani seguano o meno l’indicazione di non digiunare, ma dall’altro non si è mai avuta notizia di episodi critici legati al *sawm* (es: ricoveri per chetoacidosi di loro assistiti).

Il mediatore culturale marocchino che lavora presso l’ambulatorio del SERMIG osserva che, in base alla sua esperienza, il numero di musulmani diabetici che effettuano il digiuno del Ramadan è in calo rispetto agli anni passati.

* Struttura dell’ASL che fornisce un accesso temporaneo al Servizio Sanitario Nazionale (attraverso prestazioni dirette di medicina generale e la possibilità di prenotare prestazioni specialistiche) per gli “Stranieri temporaneamente presenti” sul territorio cittadino.

b) Conoscenza delle linee guida

Le linee guida internazionali su diabete e Ramadan non sono conosciute da nessuno degli interpellati. Uno dei rappresentanti di associazioni islamiche, però, consiglierebbe ai sanitari che hanno in carico diabetici musulmani di contattare le guide spirituali dei propri assistiti per mediare con i pazienti, mentre un altro sottolinea l'importanza di un approccio multiculturale nell'assistenza delle persone. I sanitari, da parte loro, sottolineano l'importanza dell'educazione terapeutica nel diabete e le difficoltà nel metterla in campo con persone assistite straniere. Le infermiere dell'ambulatorio di diabetologia dell'ASL lamentano l'assenza di mediatori culturali nel loro servizio e sottolineano la grande utilità che ha avuto la presenza di una loro collega di origini rumene per relazionarsi con gli assistiti di quella nazionalità: sarebbe utile, dicono, anche una infermiera di origini arabe.

DISCUSSIONE

Descrivere la conoscenza della propria patologia che hanno i partecipanti non fa parte degli obiettivi di questo studio e non ci sono, nel canovaccio dell'intervista, domande che esplorino questo ambito. Pur con dati frammentari, però, questa area tematica è emersa dalla rilettura delle trascrizioni ed è stata mantenuta perché disegnare in che modo cultura e religione influenzino il modo di vivere il diabete nel quotidiano è la "cornice" più naturale all'interno della quale descrivere cosa determini le scelte effettuate durante il mese di Ramadan, che è il primo degli obiettivi di questa tesi.

I dati sul comportamento tenuto durante il *sawm* sono stati invece raccolti sistematicamente grazie ad apposite domande ed organizzati in area tematica perché descrivono quanto i partecipanti che digiunano lo facciano in sicurezza e, di conseguenza, quanto una eventuale applicazione delle linee guida possa essere effettivamente importante per la loro salute - che è il secondo obiettivo di questo studio. Ci si è concentrati particolarmente sulla pianificazione dei pasti, sull'idratazione, sull'autocontrollo glicemico e sulla capacità di riconoscere le complicanze perché sono i contenuti essenziali delle attività di educazione terapeutica^(22, 38) proposte dalle linee guida, attività che potrebbero avere come protagonisti gli infermieri.

Anche i dati dell'area tematica "relazione con gli infermieri" sono stati raccolti sistematicamente, pur con una sola domanda, per documentare le aspettative dei partecipanti verso questa categoria di professionisti sanitari e quanto i bisogni informativi degli intervistati siano consapevoli. Anche questa area tematica, dunque, è stata mantenuta per rispondere al secondo obiettivo di ricerca.

Infine, i dati raccolti nel profilo biografico, sociale e clinico dei partecipanti e quelli ottenuti grazie alle testimonianze dei sanitari e dei rappresentanti religiosi sono

stati utilizzati come “sfondo” nella discussione di entrambi i quesiti di questo studio.

Cultura, religione e conoscenza della propria patologia

Vanno intanto fatte alcune riflessioni preliminari sul problema della competenza linguistica dei partecipanti allo studio. Come si evince dai dati biografici raccolti, nessuno è nato in Italia e tutti sono giunti nel nostro Paese in età adulta: nessuno prima dei 24 anni, uno addirittura a 61. Per tutti l'italiano, dunque, è una lingua seconda⁽⁶⁸⁾. Il loro livello di conoscenza della nostra lingua è influenzato anche dalla grossa concentrazione di immigrati marocchini nel quartiere Aurora, entro i cui confini si è svolta la ricerca, con i numerosi luoghi di culto ed attività commerciali e con il ruolo peculiare che questa comunità gioca nel tessuto socio-economico locale, dando vita alla cosiddetta *economia di bazar*⁽⁶⁹⁾ che mette insieme economia formale e informale sulla base di rapporti familiari e di regioni di provenienza: in questo contesto la conoscenza dell'arabo maghrebino basta ad intessere quelle relazioni sociali ed economiche che garantiscono la sopravvivenza, e una discreta conoscenza dell'italiano non da tutti è vissuta come essenziale. In effetti più della metà dei partecipanti non sono in grado di affrontare l'intervista nella nostra lingua (*all. 4*), anche se alcuni vivono in Italia da 30 o più anni. La lettura delle trascrizioni fa emergere, poi, come chi abbia una competenza linguistica migliore e una più alta scolarizzazione ha comunque a disposizione un vocabolario ridotto, nel quale l'uso di francesismi, per esempio, serve a vicariare l'assenza di termini di base: «*lorda*» per “pesante” (*lourde*), «*mi è arrivato*» per “mi è successo” (*il m'est arrivé*), “quattro tempi” (*quatre temps*) per “quattro volte”, per fare alcuni esempi (*all. 5*).

Dai dati raccolti sappiamo anche che la stragrande maggioranza degli intervistati hanno ricevuto la comunicazione della diagnosi, e quindi le prime indicazioni su

di una corretta gestione del diabete, in Italia. Questo vuol dire che gli elementi di base della conoscenza della patologia sono stati comunicati loro in una lingua della quale avevano scarsa o nulla padronanza, tenendo conto anche dell'assenza di mediatori culturali lamentata dagli operatori dell'ambulatorio di diabetologia dell'ASL del quartiere.

Prima ancora di informazioni per una corretta gestione della malattia, dunque, sembra che manchino *le parole che la descrivono*. La metà degli intervistati non sa dire di essere affetta da "Diabete Mellito di tipo 2" e nessuno sa dire che, quando si «cade per terra», si ha una "crisi ipoglicemica". Comune è anche l'involontaria metonimia nel quale il termine "diabete" sostituisce il termine "glicemia": avere il «*diabete alto*» invece di avere una glicemia elevata, oppure la locuzione «*creare del diabete*» per dire alzare la glicemia. A testimonianza della scarsa conoscenza del termine "glicemia", va notato anche come questo venga usato in maniera spontanea solo una volta in tutte le registrazioni.

Il fatto invece che tre intervistati ricordino, anziché il nome del farmaco assunto, il suo dosaggio, l'unità di misura o il fatto che sia "mutuabile" non è chiaro se sia da riferire a difficoltà prettamente linguistiche, ad una scarsa abitudine all'auto-gestione della patologia o una più generica difficoltà a ricordare un termine inusuale come quello di un principio attivo farmacologico.

Sembra invece indicativa di un basso livello di conoscenza della patologia l'incapacità diffusa di descrivere i sintomi di ipo- e iperglicemia, oppure l'estrema genericità nella loro descrizione. Anche tra le cinque persone che assumono l'insulina, e per le quali dunque la necessità di saper riconoscere precocemente una crisi ipoglicemica è pressante, soltanto una riesce a fornire una descrizione che vada oltre il solo «*cadere per terra*», o «*la testa che gira*», o il «*sentirsi arrabbiato*». Persona che possiede la migliore competenza linguistica in italiano e la più alta scolarizzazione in Marocco di tutto il gruppo degli intervistati.

Entrambe le persone che si dichiarano insicure sul regime dietetico da seguire nella quotidianità hanno scoperto di essere diabetici poche settimane prima dell'intervista. Non si sa dunque se le indicazioni alimentari non fossero state ancora date da parte dei sanitari oppure se non fossero state comprese.

Le inosservanze al regime alimentare rilevate in un altro intervistato sembrano occasionali, e non dovute ad una mancanza di conoscenza: quando racconterà dettagliatamente i suoi pasti del Ramadan, apparirà ben conscio di quali cibi siano sconsigliati ad un diabetico.

Interessante invece il comportamento alimentare del partecipante che assume pomodori, limone e mango come ipoglicemizzanti, a dimostrazione di quanto l'uso del web influenzi la conoscenza e i modelli di autogestione della malattia anche all'interno della comunità studiata.

Solo un partecipante appare invece sicuramente disinformato e confuso: mangia tranquillamente brioche e caffè dolce durante l'intervista pur affermando di evitare gli alimenti più zuccherati, in più afferma che per tenere sotto controllo il diabete vadano evitati anche il sale e il lievito. È però la stessa persona che non ha mai assunto l'ipoglicemizzante orale che gli è stato prescritto e che assume caffè zuccherato apposta per poi vederne l'effetto sulla glicemia e verificare così se è proprio vero che ha il diabete. Alla scarsa conoscenza della patologia, dunque, si aggiunge per lo meno la sfiducia verso i sanitari che gliel'hanno diagnosticata. Anche il caso della signora che ha riscontrato che la dose prescrittata di metformina la faceva "stare male" e ne ha ridotto la dose autonomamente è indicativo di un problema di alleanza terapeutica con i sanitari, tenendo anche conto che il diabete le è stato diagnosticato in Italia nel 2005 e sono dunque tredici anni che si sottopone ai *follow-up* nascondendo al medico questa variazione.

La frequenza dell'automonitoraggio glicemico di chi assume l'insulina sembra regolare, mentre non è possibile valutare quella dichiarata da chi è in trattamento

con ipoglicemizzanti orali perché non si hanno a disposizione i piani proposti a ciascuno dai medici⁽⁴⁶⁾.

Pur non essendo state poste domande sulla eziologia del diabete è significativo il fatto che quattro degli intervistati trovino l'occasione di dichiarare che la propria malattia è correlata con dei fattori di stress, specialmente quelli legati alla condizione di marginalizzazione sociale determinata dalla migrazione. I partecipanti, dunque, confermano da un punto di vista soggettivo il dato dimostrato in letteratura sui legami tra diabete, svantaggio sociale^(12, 13, 14) e migrazione^(15, 16), e quello emerso dal quadro delle loro età alla diagnosi, che appaiono complessivamente più basse rispetto alla media italiana⁽¹⁵⁾. L'interpretazione che attribuisce una qualche importanza ad un intervento divino nell'insorgenza del diabete trova invece uno spazio trascurabile: a parte l'esclamazione isolata «è Dio che dà me il diabete!», non ci sono infatti in tutto il materiale raccolto passaggi che lascino trapelare una spiegazione dell'evento malattia^(53, 70) come "prova da affrontare" o anche "punizione" da parte di Dio. A questo proposito va detto che nella tradizione islamica Dio affida ad ogni uomo un corpo originariamente sano nel quale custodire il suo "soffio spirituale", corpo che è dovere dell'uomo preservare⁽⁷¹⁾. Rispetto alla percezione della serietà della patologia è interessante come l'unico elemento che emerga per discriminare un diabete moderato da uno grave sia il passaggio dall'ipoglicemizzante orale alla terapia iniettiva, mentre in nessun conto vengono tenute le complicanze in atto, che sono frutto di un diabete mal controllato⁽⁴⁶⁾. Indicativa, in questo senso, la testimonianza di quell'intervistato che da un lato sostiene di avere un diabete non «pericoloso», dall'altro è in carico presso l'ambulatorio per il piede diabetico, fa fatica a camminare e lamenta spesso episodi di marcata astenia^(30, 22).

Nel loro complesso, i partecipanti non sembrano avere una conoscenza soddisfacente del diabete; particolarmente carenti sono le conoscenze utili a individuare le crisi iper- e ipoglicemiche. La percezione della patologia appare influenzata più da questa mancanza di conoscenze che da concezioni di tipo religioso. Anche l'alleanza terapeutica con i curanti non appare sempre solida. A determinare questa situazione sembrano essere le difficoltà linguistiche, il livello di scolarizzazione e in generale le problematiche sociali riferibili al contesto migratorio, unitamente mancanza di mediatori culturali nelle strutture che si occupano di questa patologia.

Cultura, religione e sawm

L'esiguità del gruppo degli intervistati e il taglio di questo lavoro impedisce qualsiasi raffronto quantitativo, ma il materiale raccolto conferma nella sostanza quanto si trova in bibliografia: una quota importante di persone affette da DM2 praticano il *sawm* anche se potrebbero esserne dispensati^(23, 24). Non si ha alcun dato, invece, sul comportamento degli affetti da DM1⁽²⁴⁾.

Solo uno degli intervistati che digiunano, però, riferisce seccamente che il *sawm* «è *obbligatorio*». Va detto però che questo partecipante è l'unico tra chi fa il *sawm* a non partecipare mai alla *Tarawih*, non accenna alla religione in alcun altro passaggio dell'intervista e non include nel resoconto dei suoi pasti del Ramadan gli alimenti che simbolicamente rimandano all'esempio del Profeta, come i datteri per rompere il digiuno all'*iftar*⁽⁶⁹⁾: da quel che emerge, dunque, non è un fedele particolarmente osservante e probabilmente vive il *sawm* come una tradizione svuotata dai suoi significati religiosi.

Per tutti gli altri intervistati le motivazioni dell'adesione al *sawm* si concentrano su elementi che non si riferiscono al dogma e non sembra quindi emergere per loro un problema di interpretazione radicalmente dissonante dei precetti sacri, di

«*ignoranza religiosa*», come ipotizzato invece da una delle guide spirituali interpellate. Nessuno sembra contrapporre coscientemente l'osservanza di un precetto sacro al mantenimento della propria «*integrità fisica*»⁽²⁰⁾, e infatti nessuno riferisce di aver sentito il bisogno di consultarsi con un imam per decidere se digiunare o meno.

I ragionamenti messi in campo da chi digiuna ruotano su questi quattro elementi, spesso intrecciati l'uno con l'altro:

1) La percezione della gravità del proprio diabete, vale a dire quanto ciascuno si "sente malato". Come è stato già evidenziato, il fattore considerato comunemente indice di "malattia grave" è l'uso della terapia iniettiva e quindi troviamo chi si è posto il problema di smettere di digiunare quando gli è stata prescritta l'insulina e chi digiuna tranquillo proprio perché prende la terapia orale e non quella iniettiva.

2) L'identificazione dello stato di malattia con l'insorgere di sintomi più o meno acuti e dello stato di salute con la loro assenza. Troviamo quindi i testimoni che digiunano perché sono "stati sempre bene" durante il *sawm* o la signora che si astiene dai pasti diurni fino a che si "sente bene", vale a dire fino a quando non si accorge di stare per svenire. Altri invece dichiarano di "stare bene" durante il *sawm* e poi raccontano condizioni di marcata astenia, astenia che evidentemente non è considerata un campanello d'allarme abbastanza forte dell'insorgere di uno stato di malattia.

3) La valutazione della "forza" che si ritiene di avere per affrontare il *sawm* senza stare male.

4) L'idea che il digiuno del Ramadan possa avere ricadute positive sulla salute del diabetico.

Tra tutti, solo il ragionamento sulla "forza" apre le porte ad un discorso di tipo religioso, perché è Dio che «*dona la forza*» contro la malattia. È vero però che

chi lo propone dice anche che la forza proveniente da Dio fa sì che chi digiuna non sia stanco o che si senta addirittura meglio rispetto al resto dell'anno: nessuno dice che Dio doni la forza per affrontare le sofferenze determinate dal digiuno e quindi gli eventuali danni per la salute. Non si può escludere che dietro a questo ragionamento si nasconda per qualcuno l'idea che gli eventuali danni alla salute siano comunque meno importanti rispetto alle ricompense spirituali guadagnate con la pratica del *sawm*, idea considerata "folklorica" da una delle guide spirituali interpellate. E non si può escludere neanche che si nasconda la difficoltà ad affrontare il giudizio della comunità verso chi non digiuna pur non manifestando segni visibili di malattia. Se nel materiale raccolto non ci sono elementi per escludere queste due possibilità, però, non ci sono neanche elementi per avvalorarle.

Dai racconti degli intervistati e dai colloqui con i sanitari non emergono episodi di acuzie riferibili a un *sawm* malgestito, come ricoveri per iperglicemia e chetoacidosi^(22, 23, 28, 35, 36), ma solo, come si è detto, episodi di ipoglicemia che non hanno mai portato alla ospedalizzazione. Le modalità utilizzate per decidere se digiunare, però, vanno comunque raffrontate con le indicazioni della letteratura per capire se siano potenzialmente pericolose per la salute.

Nella stratificazione proposta dall'IDF-DAR e accolta dalla SID^(1, 38), chi soffre di DM2 ed è in cura con la terapia insulinica multiiniezione è inserito nella categoria a rischio elevato e quindi non dovrebbe digiunare, mentre chi assume la metformina è considerato a rischio moderato/basso. Questa indicazione coincide con quanto pensano molti degli intervistati, ma non vale però quando la persona presenta un diabete cronicamente scompensato, fa un lavoro pesante, è anziana o presenta comorbidità rilevanti e complicanze macrovascolari, solo per fare alcuni esempi. In questi casi anche chi assume la metformina viene considerato a rischio

elevato. In più, la dicotomia terapia iniettiva/terapia orale non è così priva di sfumature come viene percepita: chi si inietta solo l'insulina basale è considerato a basso rischio, mentre non lo è chi assume il repaglinide via os^(1, 38) come uno degli intervistati, perché si tratta di un farmaco che può determinare ipoglicemia. L'idea del digiuno che può proseguire fintanto che se ne ha "la forza" e ci si sente bene trova riscontro nelle linee guida, nei limiti in cui però si hanno gli strumenti per capire quando "si sta male": oltre allo strumento indispensabile dell'automonitoraggio glicemico del quale si tratterà più avanti, le persone debbono essere in grado di riconoscere i sintomi di ipo- e iperglicemia^(1, 38). Come abbiamo visto gli intervistati hanno conoscenze molto parziali in proposito e anche la domanda sulle possibili complicanze del diabete correlate al *sawm* ha ottenuto risposte estremamente generiche. È interessante ritornare sulla spiegazione che dà della propria scelta di non digiunare l'imam intervistato, e sulla sua critica al discorso sulla "forza" che formulano alcuni suoi correligionari: dopo aver aggiunto un fondamento teologico in più all'essenziale, facendo riferimento all'*ayat* che recita «*Allah vi vuole facilitare e non vuole procurarvi disagio*»⁽²⁰⁾ con il digiuno, spiega che anche se ci si "sente bene" durante il *sawm* si possono poi determinare problemi di salute che emergeranno solo in seguito, concludendo che è il medico a poter valutare chi ha "la forza" per digiunare e chi no. Questo ragionamento unisce la competenza religiosa con una preparazione culturale e scientifica che appare maggiore di quella degli altri intervistati: tra tutti, è quello che ha avuto una carriera scolastica più lunga, con due anni di Università nella facoltà di biologia. Infine, l'idea che il digiuno del Ramadan possa avere ricadute positive sulla salute del diabetico trova in effetti riscontro in letteratura⁽²⁵⁾. Questi effetti positivi, però, sono ovviamente condizionati dal profilo di rischio di ciascuno, oltre che da accorgimenti importanti rispetto al regime dietetico, allo schema orario dei farmaci e alla frequenza dell'automonitoraggio glicemico^(1, 38).

Tutte le linee guida^(22, 38, 39), poi, suggeriscono una valutazione da parte di un medico 1 o 2 mesi prima dell'inizio del mese sacro, mentre nella realtà osservata in pochissimi hanno consultato il medico o hanno tenuto conto delle sue indicazioni. All'interno del campione studiato, il medico risulta essere un punto di riferimento solo per chi pensa di avere una forma di diabete grave, consapevolezza che come abbiamo visto è collegata alla prescrizione della terapia iniettiva. Punto di riferimento non unanime neanche tra questi, comunque, tenendo conto della ragazza che ha smesso di fare il *sawm*, dopo un aborto e il cambiamento di terapia, consultandosi solo con la madre. Tutti quelli che percepiscono il proprio diabete come non grave non si sono rivolti al medico o non hanno seguito i suoi consigli; si sono confrontati, al limite, con paesani e parenti o si sono documentati sul web. I problemi, evidenti, della solidità dell'alleanza terapeutica tra assistito e sanitario e della percezione individuale della malattia sembrano dunque essere strettamente collegati tra di loro.

Complessivamente, le modalità con le quali viene scelto se digiunare o meno sono distanti dalle indicazioni della letteratura e quindi dalla probabilità di fare scelte il più possibile sicure per la salute. I ragionamenti espressi dai partecipanti attengono al campo della percezione individuale della malattia e della capacità di autogestirla: anche nel momento di decidere se aderire o meno al *sawm*, la dimensione dell'*illness*^(51, 52, 53) sembra determinata più dalle competenze linguistiche e culturali degli intervistati, dalla loro condizione sociale e dai rapporti con i curanti che da fattori religiosi. I comportamenti a rischio, dunque, non paiono determinati da un certo "modo di vivere la religione" né dalla pratica religiosa di per sé, anche se possono essere favoriti dalla scarsa conoscenza delle norme coraniche di chi vive il *sawm* come il rispetto di una tradizione popolare più che di un precetto religioso.

Comportamento durante il Ramadan

La maggioranza degli intervistati che affrontano il *sawm* effettua i tre pasti notturni della tradizione marocchina⁽²⁷⁾. Qualcuno esclude alcuni alimenti, come i farinacei e i dolci, qualcun altro ne limita le quantità e c'è chi mangia invece come i propri familiari. Nessuno, dunque, osserva durante il Ramadan precauzioni differenti da quelle del resto dell'anno, e nessuno riferisce di adeguare la propria alimentazione alle necessità metaboliche di quel periodo^(22, 38, 29), neanche chi partecipa quotidianamente alla *Tarawih* effettuando tutte le prosternazioni.

Due persone riferiscono modelli alimentari differenti, ma senza accorgimenti legati specificatamente al Ramadan. Quello dei due che cita il web come fonte principale di informazione non utilizza l'applicazione online *Ramadan Nutrition Plan*⁽⁴⁵⁾, che permette di personalizzare le indicazioni nutrizionali tenendo conto degli alimenti tradizionalmente consumati durante il mese sacro.

Nessuno riferisce una particolare attenzione a come vengono ripartiti i macronutrienti tra i pasti serali e quello mattutino^(22, 38, 29), e tutte le colazioni descritte sembrano insufficienti a garantire il fabbisogno energetico durante le ore di digiuno. Una intervistata racconta addirittura di consumare solo il pasto serale. Nessuno riferisce di posticipare il più possibile il pasto del mattino^(1, 38), che viene invece effettuato prima dell'ultima preghiera notturna aumentando così le ore di digiuno e quindi i rischi di complicanze: durante il Ramadan precedente le interviste i partecipanti hanno digiunato per circa 17 ore consecutive quotidiane. Inoltre, solo due persone sottolineano l'importanza di una abbondante idratazione notturna^(1, 38) ma nessuno dichiara di evitare the e caffè, che sono sconsigliati a causa del loro effetto diuretico^(1, 38).

Oltre a determinare questi comportamenti alimentari potenzialmente pericolosi, l'assenza di una valutazione prima dell'inizio del mese sacro determina la diffor-

mità tra comportamenti e indicazioni di letteratura rispetto alle variazioni di posologia (nel caso per esempio del repaglinide) e di schema orario (nel caso della metformina) dei farmaci^(1, 38) assunti durante il Ramadan.

I comportamenti riguardanti l'attività fisica durante il mese sacro sono differenziati: a quanto appare, però, chi modera l'attività fisica giornaliera o non effettua le *Rak'ah* della *Tarawih* lo fa per la stanchezza determinata dal digiuno e/o per gli altri problemi di salute di cui soffre. Nessuno in base ad una pianificazione personalizzata studiata per prevenire complicanze, come invece raccomandato dalle linee guida⁽²²⁾.

Infine, durante il *sawm* nessuno aumenta la frequenza dell'automonitoraggio glicemico, che come è emerso viene effettuato in maniera assolutamente estemporanea da pressoché tutti gli intervistati che assumono la terapia orale. Le linee guida^(1, 38), al contrario, indicano il controllo quotidiano/biquotidiano della glicemia capillare tra le pratiche essenziali a garantire un digiuno sicuro alle persone considerate a basso/medio rischio. Da notare come una delle intervistate ha raccontato come sia stato proprio il riscontro di una glicemia fuori controllo e non l'insorgere di sintomi acuti a convincerla, in passato, ad interrompere il digiuno. Va detto anche che la possibilità di effettuare rilevazioni glicemiche più frequenti è strettamente collegata alla prescrizione medica delle strisce reattive e quindi alla possibilità di riceverle senza costi che sarebbero difficilmente sostenibili vista la situazione sociale di buona parte degli intervistati.

I partecipanti, dunque, attuano comportamenti che non garantiscono un digiuno sicuro e i sanitari che li hanno in carico, come è anche rilevato in letteratura^(49, 50), non adattano il trattamento e l'assistenza di chi digiuna. La diffusione e la applicazione delle linee guida appare dunque importante e urgente. Inoltre, un atteggiamento da parte dei sanitari che vada al di là della generica indicazione a non digiunare, che offra alternative a chi vuole effettuare il *sawm* comunque e

che dimostri una certa apertura e competenza culturale⁽³⁸⁾ potrebbe rafforzare l'alleanza terapeutica tra sanitari e persone malate, alleanza che abbiamo visto non essere sempre sufficientemente solida.

Relazione con gli infermieri

L'assenza quasi totale di risposte strettamente pertinenti alla domanda «*cosa chiederebbe ad un infermiere a proposito della gestione del diabete durante il Ramadan?*» suggerisce una situazione nella quale chi non digiuna ha fatto una scelta che pensa definitiva, e chi invece digiuna non si percepisce “abbastanza malato” da vivere il *sawm* come una situazione potenzialmente problematica per la salute. La possibilità di digiunare (pur sotto stretto controllo medico e con gli accorgimenti stringenti indicati da tutte le linee guida^(22, 29, 38)) che avrebbe chi attualmente non digiuna non è conosciuta e non può quindi generare domande, tanto quanto la possibilità di digiunare con modalità più sicure per chi attualmente fa il *sawm*. La mancanza di informazione sulla gestione del diabete durante il Ramadan, non essendo percepita, non può essere espressa.

Gli altri quesiti che gli intervistati porrebbero agli infermieri sono tutti su informazioni di base riguardanti la patologia e va notato che sono stati formulati, con una sola eccezione, da persone alle quali il diabete è stato appena diagnosticato e che si sentono dunque meno informate. Chi ha ricevuto la diagnosi da più tempo sembra non aver niente da chiedere anche se, come è emerso, le lacune di conoscenza riscontrate nel gruppo studiato sono molte.

La generale difficoltà a comprendere la domanda e il tono stesso delle risposte, inoltre, sembrano suggerire che per molti degli intervistati anche l'infermiere, come il medico, non sia una figura di riferimento centrale nell'affrontare la malattia. In un contesto come questo, l'applicazione delle indicazioni contenute in letteratura sull'educazione terapeutica finalizzata ad un *sawm* sicuro potrebbe far

recuperare agli infermieri un po' del "terreno perduto" nel rapporto con queste persone assistite: il cuore del problema "diabete e Ramadan" abbiamo visto essere la risposta alla malattia della persona, considerata in ogni sua dimensione, e questo è proprio il *focus* della scienza infermieristica⁽⁵⁵⁾.

Interessanti sono entrambi i discorsi emersi sul rapporto con i sanitari. I rimedi "alternativi" che propone il primo intervistato non sembrano rimandare a specifiche pratiche di cura maghrebine: non si tratta di un retaggio della cultura tradizionale che resiste alla migrazione, ma dell'effetto della contrapposizione tra "medicina occidentale" e "medicines alternative" veicolata e amplificata dal web, e che evidentemente coinvolge anche le comunità immigrate. Il tema è molto vasto ed è sicuramente di grande attualità, come dimostrano le recenti polemiche sull'obbligo vaccinale, ma esula dagli obiettivi di questa tesi.

Il secondo intervistato fa invece un appello, se non alla assistenza infermieristica culturalmente congruente⁽⁵⁷⁾ proposta da M. Leininger, per lo meno ad un modello di assistenza che prenda in considerazione la dimensione culturale e spirituale delle persone e che sappia quindi generare quella prossimità e fiducia indispensabili ad una solida alleanza terapeutica: suggerimento sostanzialmente in linea con ciò che propongono le linee guida⁽³⁸⁾ e che andrebbe accolto in quelle attività di «*educazione all'autogestione del diabete*»⁽⁴⁶⁾ che le principali associazioni di diabetologia italiane raccomandano e assegnano anche agli infermieri.

CONCLUSIONI

Nato a partire da un quesito focalizzato sul rapporto tra religione, cultura e malattia, questo studio ha fornito un risultato in parte inaspettato, valorizzando invece l'importanza delle difficoltà linguistiche, del livello di scolarizzazione e dello svantaggio sociale nella percezione della malattia che ha un determinato gruppo di malati. Risultato non generalizzabile viste l'esiguità del gruppo studiato e le peculiarità della ricerca: le modalità del reclutamento (avvenuto in ambulatori gratuiti o tramite reti informali di zona) e l'ambito urbano nella quale si è svolta (il quartiere Aurora di Torino) restringono la varietà delle condizioni socio-economiche possibili nei partecipanti. Se non la composizione sociale della comunità marocchina torinese nel suo insieme, il gruppo studiato può rappresentare discretamente, però, quella dalla sua maggioranza. I risultati, dunque, possono avere una loro utilità per gli operatori sanitari che si occupano di diabete a Torino, contando che in città le persone di origine marocchina con questa patologia possono essere stimate in oltre milletrecento (*all. 2*): oltre al momento del Ramadan, che è particolarmente critico, andrebbero affrontate, per quel che è di competenza di un sanitario, le difficoltà che impediscono a molte di queste persone assistite di affrontare quotidianamente la propria patologia nella maniera più corretta. Per quanto concerne gli infermieri, si tratta di mettere in pratica quanto dichiarato nell'articolo 4 del Codice Deontologico del 2009 e che li impegna ad erogare l'assistenza «*secondo principi di equità e giustizia*».

Dal punto di vista della ricerca infermieristica, sarebbe sicuramente interessante confrontare questi risultati con quelli ottenuti studiando le altre comunità migranti a presenza musulmana numericamente significative in città, come quella egiziana e quella albanese. Comunità con una differente storia migratoria, una dif-

ferente distribuzione sul territorio urbano e, in particolar modo per quella albanese⁽⁷³⁾, un differente livello di integrazione e un diverso rapporto con la dimensione religiosa.

Al di là del ruolo preciso giocato da condizioni sociali, contesto urbano e religione, il dato che emerge in maniera importante dalle interviste è che in una grande città italiana molti diabetici effettuano il *sawm*, elemento di per sé sufficiente a motivare la diffusione tra i sanitari che si occupano di questa patologia delle linee guida in materia. È di nuovo il Codice Deontologico del 2009 a spiegare perché gli infermieri debbano spingere per la loro applicazione, quando prende a nome dei professionisti l'impegno etico a riconoscere «*la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività*» (art. 6) e a prestare assistenza «*tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali*» (art. 4) della persona.

Bibliografia

1. Bossi AC, Khazrai YM, Delfonso M, Falluca S, Trevisan R, Marchesini G, Bruttomesso D, Pozzilli P. Gestione del diabete nel periodo di Ramadan. Società italiana di diabetologia. In: <http://www.siditalia.it/clinica/linee-guida-societari/send/80-linee-guida-documenti-societari/3265-2017-focus-on-sid-gestione-del-diabete-nel-periodo-di-ramadan> (ultimo accesso settembre 2017).
2. Istat. Stranieri residenti al 1° gennaio. In http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_POPSTRRES1 (ultimo accesso settembre 2017).
3. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 7th edn. Brussels : International Diabetes Federation, 2017.
4. Menonna A. La presenza musulmana in Italia, Factsheet. Fondazione Ismu : Milano, 2016.
5. Kettani H. World Muslim Population: 1950-2020. IJESD 2010 June; 1(2): 143-153.
6. Introvigne M, Zoccatelli P (a cura di). Il pluralismo religioso italiano nel contesto postmoderno. In: <http://www.cesnur.com/il-pluralismo-religioso-italiano-nel-contesto-postmoderno-2/> (ultimo accesso settembre 2017).
7. Introvigne M, Zoccatelli P (a cura di). L'Islam sunnita: un'introduzione. In: <http://www.cesnur.com/lislam-e-i-movimenti-di-matrice-islamica-in-italia/lislam-sunnita-unintroduzione/> (ultimo accesso settembre 2017).
8. Convertiti d'Italia. In: http://www.repubblica.it/la-repubblica-delle-idee/societa/2013/06/26/news/convertiti_d_italia-61874148/ (ultimo accesso settembre 2017).
9. Cingolani P. L'imprevedibile familiarità della città: luoghi e percorsi significativi dei migranti nigeriani a Torino. In: Decimo F, Sciortino R (a cura di). Stranieri in Italia : Reti migranti. Bologna : il Mulino, 2006.

10. Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità. Migranti e salute. In: <http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/migranti.asp> (ultimo accesso maggio 2018).
11. Montesi L, Turchese Caletti M, Marchesini G. Diabetes in migrants and ethnic minorities in a changing world. *World J Diabetes* 2016 Feb 10;7(3):34-44.
12. Istat. Statistiche Report. Il diabete in Italia. Anni 2000-2016. In: https://www.istat.it/it/files//2017/07/REPORT_DIABETE.pdf (ultimo accesso maggio 2018).
13. Brown AF, Ettner SL, Piette J, Weinberger M, Gregg E, Shapiro MF, Karter AJ, Safford M, Waitzfelder B, Prata PA, Beckles GL. Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus: a conceptual framework and review of the literature. *Epidemiologic review* 2004;26:63-77.
14. Espelt A, Borrell C, Roskam AJ, Rodríguez-Sanz M, Stirbu I, Dalmau-Bueno A, Regidor E, Bopp M, Martikainen P, Leinsalu M, Artnik B, Rychtarikova J, Kalediene R, Dzurova D, Mackenbach J, Kunst AE. Socioeconomic inequalities in diabetes mellitus across Europe at the beginning of the 21st century. *Diabetologia* 2008;51:1971-9.
15. Bianchi C, Rossi E, Miccoli R. Epidemiologia del diabete. In: Bonora E, Sesti G (a cura di). *Il diabete in Italia*. Bologna : Bononia University Press, 2016.
16. Naga (a cura di). *Disagio cronico. La patologia cronica nel paziente irregolare. Uno studio qualitativo*. In: http://www.naga.it/tl_files/naga/comunicati/Studio_DisagioCronico.pdf (ultimo accesso maggio 2018).
17. Addas C. Ramadan. In: Amir-Moezzi MA (a cura di). *Dizionario del Corano*. Milano : Arnoldo Mondadori Editore, 2007.
18. Urvoy MT. Digiuno. In: Amir-Moezzi MA (a cura di). *Dizionario del Corano*. Milano : Arnoldo Mondadori Editore, 2007.
19. Ballanfat P. Pilastrini dell'Islam. In: Amir-Moezzi MA (a cura di). *Dizionario del Corano*. Milano : Arnoldo Mondadori Editore, 2007.
20. Piccardo HR (a cura di). *Il Corano*. Roma : Newton Compton, 1996.

21. International Diabetes Federation, Diabetes and Ramadan International Alliance. Diabetes and Ramadan: Practical Guidelines. Brussels : International Diabetes Federation, 2016.
22. Ibrahim M, Abu Al Magd M, Annabi FA, Assaad-Khalil S, Ba-Essa EM, Fahdil I, Karadeniz S, Meriden T, Misha'l AA, Pozzilli P, Shera S, Thomas A, Bahijri S, Tuomilehto J, Yilmaz T, Umpierrez GE on behalf of the International Group for Diabetes and Ramadan (IGDR). Recommendations for management of diabetes during Ramadan: update 2015. *BMJ Open Diabetes Res Care* 2015;3(1).
23. Salti I, Bénard E, Detournay B, Bianchi-Biscay M, Le Brigand C, Voinet C, Jabbar A. A population-based study of diabetes and its characteristics during the fasting month of Ramadan in 13 countries: results of the epidemiology of diabetes and Ramadan 1422/2001 (EPIDIAR) study. *Diabetes Care* 2004;27:2306-11.
24. Babineaux, Toaima D, Boye KS, Zagar A, Tahbaz A, Jabbar A, Hassanein M. Multi-country retrospective observational study of the management and outcomes of patients with Type 2 diabetes during Ramadan in 2010 (CREED). *Diabet Med* 2015;32:819-28.
25. Kul S, Savaş E, Öztürk ZA, Karadağ G. Does Ramadan fasting alter body weight and blood lipids and fasting blood glucose in a healthy population? A meta-analysis. *J Relig Health* 2014;53:929-42.
26. Visalli N, Casucci S, Cipolloni L, Ciotola M, Lai A, Careddu G, Fatati G, Fontana L, Altomare M, Abbruzzese S, Carletti S, Leotta S. Diabetes and Ramadan: need for a cultural action. *Clinical management* 2014;8.
27. Sebbani M, El Ansari N, El Mghari G, Amine M. Apports alimentaires durant le mois de Ramadan chez le patient diabétique de type 2 marocain. *East Mediterr Health J* 2013 Mar;19(3):276-81.
28. Abdelgadir EIE, Hafidh K, Basheir AMK, Afandi BO, Alawadi F, Rashid F, Majd L, Roubi S, Hassanein MM. Comparison of incidences, hospital stay

- and precipitating factors of diabetic ketoacidosis in Ramadan and the following month in three major hospitals in United Arab Emirates. A prospective observational study. *J Diabetes Metab* 2015;6:514.
29. Gril D. Preghiera canonica. In: Amir-Moezzi MA (a cura di). *Dizionario del Corano*. Milano : Arnoldo Mondadori Editore, 2007.
 30. Haouari M, Haouari-Oukerro F, Sfaxi A, Ben Rayana MC, Kâabachi N, Mbazâa A. How Ramadan fasting affects caloric consumption, body weight, and circadian evolution of cortisol serum levels in young, healthy male volunteers. *Horm Metab Res* 2008;40:575-7.
 31. Rao MN, Neylan TC, Grunfeld C, Mulligan K, Schambelan M, Schwarz JM. Subchronic sleep restriction causes tissue-specific insulin resistance. *J Clin Endocrinol Metab* 2015;100:1664-71.
 32. Upala S, Sanguankeo A, Congrete S, Romphothong K. Sleep duration and insulin resistance in individuals without diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract* 2015;109. e11-2.
 33. Spiegel K, Leproult R, Van Cauter E. Impact of sleep debt on metabolic and endocrine function. *Lancet* 1999;354: 1435–9.
 34. Ghouri N, Gatrad R, Sattar N, Dhami S, Sheikh A. Summer-winter switching of the Ramadan fasts in people with diabetes living in temperate regions. *Diabet Med* 2012 Jun;29(6):696-7.
 35. Karamat MA, Syed A, Hanif W. Review of diabetes management and guidelines during Ramadan. *J R Soc Med* 2010;103:139–47.
 36. Al-Arouj M, Bouguerra R, Buse J, Hafez S, Hassanein M, Ibrahim MA, Ismail-Beigi F, El-Kebbi I, Khatib O, Kishawi S, Al-Madani A, Mishal AA, Al-Maskari M, Nakhi AB, Al-Rubean K. Recommendations for management of diabetes during Ramadan. *Diabetes Care* 2005; 28:2305–11.
 37. Alghadyan AA. Retinal vein occlusion in Saudi Arabia: possible role of dehydration. *Ann Ophthalmol* 1993; 25:394-398.

38. Hassanein M, Al-Arouj M, Hamdy O, Bebakar WMW, Jabbar A, Al-Madani A, Hanif W, Lessan N, Basit A, Tayeb K, Omar M, Abdallah K, Al Twaim A, Buyukbese MA, El-Sayed AA, Ben-Nakhi A. Diabetes and Ramadan: Practical guidelines. *Diabetes Res Clin Pract* 2017 Apr;126:303-316.
39. Ali S, Davies MJ, Brady EM, Gray LJ, Khunti K, Beshyah SA, Hanif W. Guidelines for managing diabetes in Ramadan. *Diabet Med* 2016 Oct;33(10):1315-29.
40. Al-Arouj M, Assaad-Khalil S, Buse J, Fahdil I, Fahmy M, Hafez S, Hassanein M, Ibrahim MA, Kendall D, Kishawi S, Al-Madani A, Nakhi AB, Tayeb K, Thomas A. Recommendations for management of diabetes during Ramadan: update 2010. *Diabetes Care* 2010 Aug;33(8):1895-902.
41. Gril D. Peccato. In: Amir-Moezzi MA (a cura di). *Dizionario del Corano*. Milano : Arnoldo Mondadori Editore, 2007.
42. Ventura A. L'Islam sunnita nel periodo classico (VII-XVI secolo). In: Filoramo G (a cura di). *Islam*. Bari : Laterza, 2007.
43. Chaumont E. Shari'a. In: In: Amir-Moezzi MA (a cura di). *Dizionario del Corano*. Milano : Arnoldo Mondadori Editore, 2007.
44. Bravis V, Hui E, Salih S, Mehart S, Hassanein M, Devendra D. Ramadan Education and Awareness in Diabetes (READ) programme for Muslims with Type 2 diabetes who fast during Ramadan. *Diabet Med* 2010;27:327-31.
45. Diabetes and Ramadan International Alliance. Ramadan Nutrition Plan (RNP). In: <http://www.daralliance.org/daralliance/en/pat/index.html> (ultimo accesso maggio 2018).
46. Associazione Medici Diabetologi, Società Italiana di Diabetologia. Standard italiani per la cura del diabete mellito 2016. In: http://www.standarditaliani.it/skin/www.standarditaliani.it/pdf/STANDARD_2016_June20.pdf (ultimo accesso maggio 2018).

47. Muslim Spiritual Care Division in the NHS. Ramadan Health Factsheet 2016. In: <http://www.mcb.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/Ramadan-Health-Fact-Sheet-2016-FINAL.pdf> (ultimo accesso maggio 2018).
48. Masood SN, Sheikh MA, Masood Y, Hakeem R, Shera AS. Beliefs of people with diabetes about skin prick during Ramadan fasting. *Diabetes Care* 2014 Apr;37(4):e68-9.
49. Ali M, Adams A, Hossain MA, Sutin D, Hyun Han B. Primary care providers' knowledge and practices of diabetes management during Ramadan. *J Prim Care Community Health* 2016;7:33-7.
50. Gaborit B, Dutour O, Ronsin O, Atlan C, Darmon P, Gharsalli R, Pradel V, Dadoun F, Dutour A. Ramadan fasting with diabetes: an interview study of inpatients' and general practitioners' attitudes in the South of France. *Diabetes Metab* 2011;37:395-402.
51. Giarelli G, Venneri E. *Sociologia della salute e della medicina*. Milano : FrancoAngeli, 2009.
52. Hofmann B. On the triad disease, illness and sickness. *J Med Philos* 2002 Dec;27(6):651-73.
53. Meyer F. Malattia. In: Bonte P, Izard M. *Dizionario di antropologia e etnologia*. Torino : Einaudi, 2009.
54. Cozzi D, Nigris D. *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*. Paderno Dugnano : CoLibri, 2003.
55. Royal College of Nursing. *Defining nursing 2014*. In: <https://www.rcn.org.uk/-/media/royal-college-of-nursing/documents/publications/2014/december/pub-004768.pdf> (ultimo accesso maggio 2018).
56. Collière MF. *Aiutare a vivere. Dal sapere delle donne all'assistenza infermieristica*. Edizioni Sorbona : Milano, 1992.
57. Leininger M, McFarland M. *Infermieristica transculturale. Concetti, teorie, ricerca e pratica*. Milano : Casa Editrice Ambrosiana, 2004.

58. Bressan V, Stevanin S. La competenza culturale: modelli, standard e strumenti per l'infermiere italiano. *L'Infermiere* 2014;2.
59. Stievano A. L'approccio infermieristico transculturale e interculturale. In: Tortolici CB, Stievano A. *Antropologia e nursing*. Roma : Carocci Faber, 2006.
60. Racine L. Les potentialités de l'approche théorique post-coloniale en recherche infirmière culturelle sur l'adaptation du soin infirmier aux populations non occidentales. *Revue Recherche en Soins Infirmiers* 2003;75: 7-14.
61. Leininger M. *Nursing and anthropology: two worlds to blend*. New York : Wiley, 1970.
62. Milan I, Becciu G, Balestreri E. Il Ramadan: quali indicazioni per la persona diabetica. *L'Infermiere* 2016;3.
63. Fatati G, Casucci S, Cipolloni L, Ciotola M, Lai A, Careddu G, Parillo M, Pipicelli G, Visalli N, Fontana L, Altomare M, Abbruzzese S, Carletti S, Leotta S. Diabete e Ramadan: una realtà da gestire. *ADI* 2015;7:9-16.
64. Visalli N, Ciotola M, Lai A, Casucci S, Cipolloni L, Careddu G, Fatati G, Fontana L, Altomare M, Abbruzzese S, Carletti S, Marelli G, Leotta S. La persona con diabete incontra il digiuno del Ramadan: approccio a una terapia personalizzata nell'ottica multiculturale. *G It Diabetol Metab* 2015;35:136-143.
65. Berardinelli D. La gestione del diabete durante il Ramadan. In: <https://www.nurse24.it/dossier/diabete/gestione-durante-ramadan.html> (ultimo accesso maggio 2018).
66. Ghirrotto L. I metodi della ricerca qualitativa. In: Sasso L, Bagnasco A, Ghirrotto L. *La ricerca qualitativa*. Milano : Edra, 2015.
67. Giorgi A. Introduzione al metodo fenomenologico descrittivo: l'uso in campo psicologico. *Encyclopaideia* 2010;27:23-32.
68. Balboni PE. Glottodidattica: apprendimento e insegnamento di L1, L2, LS e LC. In: Arduini S, Damiani M (a cura di). *Linguistica applicata*. Padova : liberauniversitaria.it edizioni, 2016.

69. Semi G. Il ritorno dell'economia di bazar. Attività commerciali marocchine a Porta Palazzo. In: Decimo F, Sciortino R (a cura di). Stranieri in Italia : Reti migranti. Bologna : il Mulino, 2006.
70. Réal I. Eziologie tradizionali e psicologie/psicoterapie occidentali nel trattamento dei pazienti e delle famiglie migranti. In: Dal Verme S, Facchetti B (a cura di). Quaderno di formazione alla Cinica Transculturale. Milano : Cooperativa sociale Crinali onlus, 2006.
71. Regione Lombardia, Insieme per prenderci cura. Salute e identità religiose. Per un approccio multiculturale nell'assistenza alla persona. In: http://www.prendercicura.it/ipc-wp/wp-content/uploads/2017/06/Salute_e_identita_religiose.epub (ultimo accesso settembre 2018).
72. Hasan A (a cura di). Sunan Abu Dawud. New Delhi : Kitab Bhavan, 1990.
73. Devole R (a cura di). Gli albanesi in Italia : conseguenze economiche e sociali dell'immigrazione. Roma : Idos, 2008

ALLEGATO 1

Glossario

Ayat	Versetto del Corano.
Bat-bot	Pane tipico berbero e marocchino, cotto in padella, di semola e farina.
Fatwa	Risposta pronunciata da un <i>faqih</i> , esperto in legge coranica, a un quesito giuridico che gli viene posto, comunemente a proposito della liceità di un determinato comportamento.
Fidya	Donazione di cibo o denaro ai poveri, effettuata per compensare ogni giornata di digiuno dalla quale si è esentati in maniera legittima e permanente.
Hajj	Pellegrinaggio alla Mecca, obbligatorio almeno una volta nella vita, uno dei cinque pilastri dell'Islam.
Harira	Zuppa tipica marocchina, con legumi, carne o pesce e spezie.
Iftar	Il momento della rottura del digiuno, al tramonto.
Laben	Latte fresco fermentato, tipico della cucina marocchina e di altre cucine del Mediterraneo.
Msemmen	Pane sfogliato, tipico marocchino, di semola e molto ricco di olio di semi.
Mufti	Giurisperito specializzato in legge coranica.
Rak'ah	Unità costitutiva della preghiera islamica, costituita ciascuna dalla recita di invocazioni ma anche da un inchino dalla posizione eretta, una prosternazione con la fronte a terra, un accosciamento in cui ci si siede sui talloni, un'altra prosternazione e un altro accosciamento, recuperando poi la stazione eretta. Ogni preghiera ha un numero di Rak'ah prestabilito, nella Tarawih, per esempio, le Rak'ah prescritte dalle principali scuole sono 20.

Salat	Orazione rituale, preghiera. Le preghiere obbligatorie sono uno dei cinque pilastri dell'Islam.
Salat al-Fajr	Preghiera dell'Alba, una delle cinque preghiere obbligatorie durante tutto l'anno.
Sawm	Digiuno diurno del mese di Ramadan, uno dei cinque pilastri dell'Islam.
Sfouf	Torta alla curcuma libanese, a base di farina, zucchero, olio, pinoli e crema di sesamo.
Shahada	Professione di fede in Allah, uno dei cinque pilastri dell'Islam.
Shari'a	Legge coranica. Insieme delle prescrizioni, dei comandi e dei divieti divini rivolti ai credenti.
Suhoor	Aurora, durante la quale è consentito consumare l'ultimo pasto prima dell'alba e della ripresa del digiuno.
Tajine	Pentola per la cottura in umido tipica della cucina berbera e marocchina. Per estensione si indicano con tajine le pietanze che con questa vengono preparate: tajine di pollo, di pesce, di agnello eccetera.
Tarawih	Preghiera notturna che si effettua durante il mese di Ramadan, un'ora e mezza dopo il tramonto, e che si aggiunge alle altre cinque, obbligatorie tutto l'anno. Determina un grosso consumo energetico a causa delle tante Rak'ah prescritte, e quindi delle ripetute prosternazioni.
Zakat	Obbligo dell'elemosina, uno dei cinque pilastri dell'Islam

Abbreviazioni

ADA	American Diabetes Association.
ASL	Azienda Sanitaria Locale
CESNUR	Centro Studi sulle Nuove Religioni

COREIS	Comunità Religiosa Islamica Italiana
CTO	Centro Traumatologico Ortopedico
DAR	Diabetes and Ramadan alliance
DM1	Diabete mellito di tipo 1
DM2	Diabete mellito di tipo 2
DU	Diabetes UK
IDF	International Diabetes Federation
ISI	Centri Informazione Salute Immigrati
ISMU	Fondazione Iniziative e Studi sulla Multietnicità
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
SID	Società Italiana di Diabetologia
SERMIG	Servizio Missionario Giovani
UCOII	Unione delle Comunità e Organizzazioni Islamiche d'Italia

ALLEGATO 2

I diabetici musulmani tra i cittadini stranieri residenti a Torino: una stima*

Paese di provenienza	N. residenti a Torino al 1° gennaio 2017	Adesione all'Islam nel Paese d'origine (%)	Prevalenza diabete nel Paese d'origine (%)	Totale parziale
Romania	52988	0,31	10,6	17
Marocco	17253	99,07	7,7	1316
Albania	5410	79,59	12	517
Nigeria	4938	44,56	1,9	42
Egitto	4726	94,12	14,9	663
Senegal	1609	93,8	1,8	28
Bangladesh	1446	89,58	7,4	96
Tunisia	1239	99	9,5	117
Iran	857	99,43	8,5	72
Pakistan	822	97	6,9	55
Somalia	821	99,99	4,4	36
Turchia	747	99,17	12,5	93
Costa d'avorio	554	36,67	1,9	4
India	410	13,43	8,7	5
Ghana	406	15,89	1,9	1
Bosnia erzegovina	396	43,8	12,3	21
Mali	315	92,13	1,8	5
Algeria	224	99	6,8	15
Afghanistan	223	99,77	6,6	15
Macedonia	158	33,33	12	6
Burkina faso	46	60,53	1,8	1
Cittadini stranieri di fede islamica affetti da diabete residenti a Torino				3125

* Sulla base di dati Istat⁽²⁾, Idf⁽³⁾, International Journal of Environment and Sustainable Development⁽⁴⁾

ALLEGATO 3

Canovaccio intervista semistrutturata

1. Informazioni anagrafiche e cliniche:

- a. Sesso, età, titolo di studio, da quanto è presente in Italia, occupazione.
- b. Mi può dire da che tipo di diabete è affetto e con quali farmaci si cura?
- c. A che età le è stato diagnosticato il diabete? Era già residente in Italia? Da quale struttura è seguito per il diabete a Torino?

2. Il contesto migratorio e la scelta di digiunare

- a. Effettua il digiuno durante il mese di Ramadan quando lo trascorre a Torino? Perché ha fatto questa scelta?
- b. Ha discusso con qualcuno questa scelta (medici, guida spirituale, parenti)? Cosa le è stato suggerito?

3. La consapevolezza:

- a. Mi sa dire quali complicanze negative per la sua salute potrebbero insorgere durante il digiuno del Ramadan in relazione al suo diabete?
- b. Si è mai sentito male, durante il mese di Ramadan, a causa del diabete? Come ha affrontato questo avvenimento? Come lo affronterebbe se avvenisse in futuro?

4. L'alimentazione e l'esercizio fisico durante il Ramadan:

- a. Cosa mangia e cosa beve, e quanto, durante l'Iftar, lo Suhor e nel resto della notte? A che ore consuma lo Suhor?
- b. L'attività fisica che svolge durante il mese di Ramadan è simile a quella che svolge abitualmente? Partecipa regolarmente alla Tarawih?
- c. Se non partecipa al digiuno: partecipa comunque all'Iftar e allo Suhor e come adegua di conseguenza i pasti diurni?

5. Terapia, riconoscimento complicanze, bisogni:

- a. Durante il mese del Ramadan assume in maniera differente la sua terapia? Le eventuali modifiche sono state concordate con il suo medico?
- b. Durante il mese del Ramadan ogni quanto controlla la sua glicemia?
- c. Come riconosce una crisi ipoglicemica o una crisi iperglicemica?
- d. Cosa chiederebbe ad un infermiere a proposito alla gestione del diabete durante il mese di Ramadan?

ALLEGATO 4

Dati registrazioni

ID	Data	Durata	Luogo	Lingua	Traduttore
1	28/02/18	12'20"	Domicilio intervistato	Francese	no
2	10/03/18	3'51"	Bar del mercato	Italiano	no
3	21/03/18	Non registrata	Camminare insieme	Arabo marocchino	sì, mediatore
4	22/03/18	14'34"	Domicilio amico intervistato	Arabo marocchino, francese	sì, amico
5	26/03/18	15'31"	Giardini pubblici	Italiano	no
6	28/03/18	Non registrata, parziale per altro impegno dell'intervistata	Sermig	Arabo marocchino	sì, mediatore
7	29/03/18	9'54"	Bar del mercato	Italiano, francese	no
8	02/04/18	8'28"	Domicilio intervistata	Italiano, arabo marocchino	sì, nipotina
9	02/04/18	18'40"	Domicilio intervistato	Italiano	no
10	04/04/18	12'42"	Sermig	Arabo marocchino	sì, mediatore
11	06/04/18	7'39"	Bar del mercato	Arabo marocchino, italiano	sì, amico
12	25/05/18	Non registrata	Camminare insieme	Italiano	no
13	28/05/18	15'51"	Moschea	Italiano	no
14	26/07/18	10'08"	Sermig	Arabo marocchino, italiano	sì, parente

ALLEGATO 5

Interviste categorizzate

ID	Conoscenza e consapevolezza della propria malattia	Cultura e religione nella gestione del diabete durante il Ramadan	Comportamento durante il Ramadan	La relazione con gli infermieri
1	<p>Sa dire il tipo di diabete da cui è affetto, specifica «non quello pericoloso». Non conosce il nome del farmaco che assume, ricorda solo "milligrammi".</p> <p>«Se non ho dei problemi, il diabete non viene. Se sono calmo il diabete è lì [fa un segno abbassando le mani con le palme verso il basso come a dire "sta buono"]».</p> <p>Non effettua mai l'automonitoraggio glicemico. Non conosce i termini "crisi ipoglicemica" e "crisi iperglicemica", ma quando gli viene spiegato che sono condizioni collegate alla quantità anomala di zucchero nel sangue descrive una condizione di estrema stanchezza.</p> <p>Occasionalmente beve coca-cola e non osserva strettamente la dieta indicata dal medico.</p>	<p>Il dottore gli ha detto di non effettuare il <i>sawm</i>, ma lui digiuna lo stesso, senza consultarsi con altri: racconta che il dottore si è messo le mani nei capelli quando l'ha saputo. Ha avvertito il medico del cambiamento negli orari della terapia. Sostiene di essere sempre stato in salute durante il Ramadan ma intanto racconta dei suoi pomeriggi durante il mese sacro: «io dalle 4, così, sono molto stanco, perché sono diabetico. Allora dormo, ascolto il Corano, sai il Corano? Ascolto il Corano alla televisione, sto seduto, perché al <i>Tarawih</i> ci sono molte [e fa il segno di <i>inchinarsi</i>]».</p>	<p>La notte consuma i tre pasti agli orari tradizionali. Mangia datteri, <i>Laber</i> e <i>harira alliflar</i>, pollo e carne macinata a cena. Non mangia pane né dolci. Assume la metformina ai pasti notturni. Fa meno attività fisica durante il Ramadan perché è molto stanco, e racconta di partecipare alla <i>Tarawih</i> «solo un po', perché ho i piedi malati. Rimango in moschea, sulla sedia, perché al <i>Tarawih</i> ci sono molte [e fa il segno di <i>inchinarsi</i>]».</p>	<p>Non capisce la domanda.</p>
2	<p>Sa dire il tipo di diabete da cui è affetto, conosce il nome dei farmaci che assume. Sa che una gestione errata della patologia può far «cadere per terra».</p> <p>È molto preoccupato per la malattia, appena diagnosticata. Effettua regolarmente l'automonitoraggio glicemico.</p>	<p>Il diabete gli è stato appena diagnosticato. Alla domanda su cosa pensa di fare per il prossimo Ramadan spiega che i suoi compaesani con questa malattia non digiunano e che ha sentito di una diabetica che digiunava che è «caduta per terra».</p> <p>«Per la religione, noi, se tu sei malato puoi non farlo. Proprio che il tuo medico che ti dice... Adesso lo chiedo al dottore cosa devo fare: farlo o non farlo: non posso rischiare la mia vita, non va bene.»</p> <p>Specifica che chiederà solo al medico, non all'imam.</p>	<p>Non ha ancora vissuto un Ramadan da diabetico.</p>	<p>Vorrebbe sapere come interpretare i dati delle rilevazioni della glicemia e cosa mangiare nella quotidianità.</p>
3	<p>Sa dire il tipo di diabete da cui è affetta, conosce il nome del farmaco che assume.</p> <p>Non conosce i termini "crisi ipoglicemica" e "crisi iperglicemica".</p> <p>Effettua regolarmente l'automonitoraggio glicemico.</p> <p>Il passaggio dalla terapia con ipoglicemizzanti orali a quella insulinica è avvenuto in seguito ad un aborto spontaneo nel primo trimestre.</p>	<p>Prima dell'aborto ha sempre rispettato il digiuno del Ramadan perché si sentiva bene e non aveva problemi, senza discutere con nessuno di questa scelta. Le modifiche negli orari della terapia le aveva decise con il parere della madre, diabetica, e dei compaesani. Ora, con l'insulina, non digiunerà più: ne ha parlato con la madre. Non conosce i rischi del <i>sawm</i> <i>Laber</i>, latte, poco pane e miele, <i>sibuf</i> a colazione. Non usa lo zucchero e i dolci li assaggiava appena. Assumeva la metformina ai pasti notturni. Quando digiunava non misurava mai la glicemia. Partecipava alla <i>Tarawih</i> una volta alla settimana in moschea, ma di solito pregava a casa. Prega da seduta, senza fare le <i>Rak'ah</i>.</p>	<p>Quando faceva il <i>sawm</i>, la notte consumava i tre pasti agli orari tradizionali. Un dattero con il latte, <i>harira</i> e poca <i>msememem alliflar</i>. <i>Tajine</i> di pollo, di carne, di pesce o con le verdure a cena. Un po' di pane, frutta, soprattutto anguria.</p> <p>Quando digiunava non misurava mai la glicemia. Partecipava alla <i>Tarawih</i> una volta alla settimana in moschea, ma di solito pregava a casa. Prega da seduta, senza fare le <i>Rak'ah</i>.</p>	<p>Vorrebbe sapere cosa può succedere a chi digiuna. Perché viene il diabete.</p>
4	<p>Alla domanda su che tipo di diabete abbia, invece di rispondere tira fuori la confezione della metformina.</p> <p>Non conosce i termini "crisi ipoglicemica" e "crisi iperglicemica", e quando gli viene spiegato che sono condizioni acute collegate alla quantità anomala di zucchero nel sangue non sa cosa rispondere.</p>	<p>«D. Perché digiuna? R. [Con una espressione del volto che denota stupore] Non sono stanco, sono musulmano... Perché Dio mi dona la forza contro il diabete, è questa la ragione... D. Va bene. E ha discusso di questa decisione di digiunare con qualcuno? R. Il suo medico, qualcun'altro... o l'ha deciso da solo? R. Con il consiglio di Dio, non del dottore...»</p> <p>Ha parlato con il medico in Marocco di come gestire la terapia. Non sa di complicanze del diabete correlate al <i>sawm</i>, è sempre stato bene.</p>	<p>La notte consuma i tre pasti agli orari tradizionali. Alla rottura del digiuno mangia zuppa, uova, un formaggio, pollo, pesce, fave. Dopo due ore, mangia pesce, carne di vitello, il pollo, e poi frutta. A colazione mangia uno yogurt e una mela. Non mangia pane né i dolci con il miele. Assume la metformina ai pasti notturni. Partecipa sempre alla <i>Tarawih</i> e fa le <i>Rak'ah</i>.</p>	<p>Non capisce la domanda.</p>

<p>5</p> <p>Sa dire il tipo di diabete da cui è affetto: «tipo 2, quello normale» Conosce il nome del farmaco che assume. Non conosce i termini "crisi ipoglicemiche" e "crisi iperglicemiche", ma quando gli viene spiegato che sono condizioni collegate alla quantità anomala di zucchero nel sangue racconta di un diabetico italiano che ha visto chiedere una bustina di zucchero al bar e poi è «caduto per terra». «Da noi c'è l'harira, con il pomodoro, e il pomodoro è meglio per il sangue, e allora anche se beviamo una grande tazza di harira è meglio per il sangue, per diminuire lo zucchero» «Quando mangio un pasto come la pasta - integrale, sempre - dopo 15 minuti bevo un po' di limone e basta - per il sangue - il limone quello naturale, e anche il mango... È meglio per me, ho già provato tante volte e ho visto che il risultato è molto buono. [...] lo ho cercato su internet sul diabete, da tutte le parti, arabi e non, e ho trovato tanta roba che diminuisce lo zucchero nel sangue: tutta roba che serve, come spinaci, meglio, come avogadro, meglio, come limone, meglio. Tante cose che adesso ho nella mia testa, e che uso sempre nella cucina e sono tranquillo. Mangio, sempre controllo, e sono a posto.» Effettua l'automonitoraggio glicemico dopo ogni pasto, anche se non assume insulina.</p>	<p>Riferisce che il <i>sawm</i> «non è una cosa difficile» e che se il diabetico «è alto» digiunare è utile, sempre che si evitino i cibi sbagliati. Non ne ha parlato con il medico o con l'imam, ma con compaesanti e soprattutto ha cercato informazioni in rete, dove ha trovato indicazioni su cosa mangiare e cosa no. Ha parlato con il medico dei cambiamenti negli orari della terapia. Sostiene che con il "suo diabete" non ci sono rischi a digiunare e che è sempre stato bene.</p>	<p>La notte consuma una cena con avocado, <i>harira</i>, un po' di pane integrale, spinaci, un caffè e latte scremato. A colazione ha yogurt, brioche senza zucchero o integrale. Assume la metformina ai pasti notturni. Partecipa alla <i>Tarawh</i>, con tutte le <i>Rak'ah</i>, e sottolinea come la preghiera faccia bene alla salute, come uno sport, oltre che alla mente.</p>	<p>Non risponde alla domanda, ma ne approfitta per raccontare che il secondo lui, i dottori trasmettono paura ai propri assistiti diabetici, soprattutto quelli in cura con la metformina e quindi non gravi, con indicazioni dietetiche troppo strette. Inoltre sconsigliano alcuni cibi, come il limone e il mango, che in rete vengono proposti come ipoglicemizzanti.</p>
<p>6</p> <p>Sa dire il tipo di diabete da cui è affetta, conosce il nome del farmaco che assume. Non conosce i termini "crisi ipoglicemiche" e "crisi iperglicemiche", e quando le viene spiegato che sono condizioni acute collegate alla quantità anomala di zucchero nel sangue non sa cosa rispondere.</p>	<p>Nei primi 2 anni dopo la diagnosi faceva il digiuno del Ramadan, e si sentiva bene. Il terzo anno, invece, durante il Ramadan lavorava in un ristorante e aveva tempo di mangiare solo una volta a notte. Anche se si sentiva bene, ha provato a misurarsi la glicemia e l'ha trovata molto alterata. Da allora si è spaventata e ha smesso di digiunare. Non conosce le complicanze del diabete correlate al <i>sawm</i> e quando digiunava si è sempre sentita bene.</p>	<p>Non digiuna.</p>	<p>[Dato non rilevato]</p>
<p>7</p> <p>Non sa dire il tipo di diabete da cui è affetto. Non assume gli ipoglicemizzanti prescritti, perché le medicine "erano troppe". Non conosce i termini "crisi ipoglicemiche" e "crisi iperglicemiche", ma quando gli viene spiegato che sono condizioni collegate alla quantità anomala di zucchero nel sangue risponde che «c'è gente che gli gira la testa, che gli viene un infarto al cuore, è quello... cade alla strada...» Prima dell'intervista ha preso caffè, zuccherato e brioche al bar. Afferma però che: «Io ho cominciato a togliere, di più di più, sale... io non metto sale dentro il mangiare... lo ho cominciato a togliere il pane, perché c'è il lievito, poi ho cominciato a togliere anche le banane, tutte le cose che c'è di più zucchero le ho tolte [...]» Ritiene molto importante il movimento e lo sport. Sottolinea il legame tra diabete e sofferenza, tristezza, nervosismo, Talvolta va a farsi misurare la glicemia dopo aver assunto apposta caffè zuccherato, per controllare se "c'è il diabete".</p>	<p>Il diabete gli è stato diagnosticato da meno di un anno. Alla domanda su cosa pensa di fare per il prossimo Ramadan risponde: «R. Sì, è obbligatorio questo! D. [...] Ne hai parlato con qualcuno? Amici, il dottore tuo... R. Sì, ne ho parlato con amici, ma loro fai! Anche col diabete, loro fai il Ramadan!» Sostiene che durante il Ramadan il diabetico rischia di mangiare troppo la notte e quindi di «creare del diabete», ma che di per sé il digiuno di Ramadan fa bene alla salute.</p>	<p>Non ha ancora vissuto un Ramadan da diabetico, ma per il prossimo si ripromette di bere solo caffè senza zucchero, di non mangiare croissant o marmellata ma soprattutto una zuppa di semola, con grano ed olio. Fa notare anche che la prima dell'alba bisogna bere molto. Dice che vorrebbe partecipare alla <i>Tarawh</i> ma che non lo fa a causa del lavoro e perché sarebbe un sacrificio.</p>	<p>Dopo una iniziale difficoltà a capire la domanda, dice che non ha nessuna domanda da fare.</p>

8	<p>Non sa dire il tipo di diabete da cui è affetta, e della terapia prescritta ricorda solo "due grammi" e "mutuabile". Non sa cosa deve mangiare e cosa no.</p> <p>Non conosce i termini "crisi ipoglicemiche" e "crisi iperglicemiche", e quando gli viene spiegato che sono condizioni acute collegate alla quantità anomala di zucchero nel sangue non sa cosa rispondere.</p> <p>Sostiene che il diabete le è venuto per i tanti problemi vissuti nella vita, la mancanza di lavoro, il fatto che è sempre arrabbiata, perché c'è "casino". In un'altra parte della conversazione, non diretta all'intervistatore, esclama: «è Dio che dà me il diabete!»</p> <p>Non conosce i termini "crisi ipoglicemiche" e "crisi iperglicemiche".</p> <p>Non effettua regolarmente l'automonitoraggio glicemico, ma desidererebbe molto possedere "la macchina" per poterlo fare.</p>	<p>Il diabete le è stato appena diagnosticato. Alla domanda su cosa pensa di fare per il prossimo Ramadan dice che non lo sa e che lo chiederà al medico di famiglia. Sostiene che una complicanza del diabete è quella di un aumento della pressione.</p>	<p>Non ha ancora vissuto un Ramadan da diabetico.</p>	<p>Vorrebbe sapere come ottenere un glucometro.</p>
9	<p>Sa dire il tipo di diabete da cui è affetto, conosce il nome dei farmaci che assume.</p> <p>Non conosce i termini "crisi ipoglicemiche" e "crisi iperglicemiche", ma quando gli viene spiegato che sono condizioni collegate alla quantità anomala di zucchero nel sangue risponde «non lo so: arrabbiato, tuo corpo non è normale» e che le si «sent» nel petto.</p> <p>Conosce bene le indicazioni dietetiche, e le segue regolarmente da quando assume l'insulina. «Eh, prima... io ho preso solo pastiglia, e non c'è qualche cosa che è grave. Adesso quando fare l'insulina è un'altra cosa!»</p> <p>Adesso quando fare l'insulina è un'altra cosa!»</p> <p>Effettua regolarmente l'automonitoraggio glicemico.</p>	<p>Prima che gli venisse prescritta l'insulina ha deciso, da solo, di digiunare, non trovando buone ragioni per non farlo ed ha deciso da solo di cambiamenti negli orari della terapia. Ora, invece, chiederà al medico.</p> <p>Afferma:</p> <p>«Eh, prima... io ho preso solo pastiglia, e non c'è qualche cosa che è grave. Adesso quando fare l'insulina è un'altra cosa!»</p> <p>Intende comunque provare a digiunare qualche giorno il prossimo Ramadan per vedere come va.</p> <p>Sostiene di conoscere «più o meno» i rischi del digiuno per un diabetico e ricorda che l'infermiere gli ha consigliato di portarsi sempre dietro una bustina di zucchero con dell'acqua.</p>	<p>L'anno scorso, quando era ancora in cura con la metformina, ha mangiato i tre pasti tradizionali, mangiando tutti i cibi della domanda, dice che non ha nessuna tradizione, anche quelli che sapeva che non avrebbe dovuto mangiare: tre datteri, dolci al miele e <i>hairra</i> per rompere il digiuno. <i>Tajirne</i> di carne e verdura accompagnata con il pane per cena, oppure pasta. Solo datteri con un bicchiere di latte a colazione. Ora che è in cura con l'insulina, dice che mangerà diversamente. Assumeva la metformina ai pasti notturni, e spiega che se uno assume l'insulina può fare la stessa cosa con quella, invertendo il giorno con la notte.</p> <p>Quando era in cura con la metformina non effettuava l'autocontrollo glicemico, neanche durante il digiuno. Partecipa alla <i>Tarawih</i>, ma seduto sulla sedia e senza <i>Rak'ah</i>.</p>	<p>Dopo una iniziale difficoltà a capire la domanda, dice che non ha nessuna domanda da fare.</p>
10	<p>Non sa dire il tipo di diabete da cui è affetta, conosce il nome dei farmaci che assume.</p> <p>Non conosce i termini "crisi ipoglicemiche" e "crisi iperglicemiche", e quando le viene spiegato che sono condizioni acute collegate alla quantità anomala di zucchero nel sangue non sa cosa rispondere.</p> <p>Assume metà della dose prescritta di metformina perché con la dose prescritta dal medico dopo la diagnosi si "sentiva male". Non ha mai comunicato al medico questa decisione.</p> <p>Non effettua l'automonitoraggio glicemico regolarmente quanto vorrebbe perché le strisce costano troppo.</p>	<p>«R... Il medico mi ha detto di non fare più il Ramadan perché qualche volta s'veniva... e poi anche se il medico mi aveva detto di no lo digiunavo lo stesso per forza... Dieci, quindici giorni, quello che riuscivo a fare lo facevo lo stesso... il periodo di Ramadan è un mese, lo facevo un paio di giorni...»</p> <p>D. Quindi lei inizia a fare il Ramadan, prova a farlo, e poi smette se sia male?</p> <p>R. Sì, digiuno, poi quando mi sento, non so il bisogno, sto per svenire allora smetto il digiuno [...]</p> <p>D. [...] come lo ha deciso il fatto di farlo; perché si sentiva bene, lo ha deciso lei, ne ha parlato con qualcuno, fanno tutti così...»</p> <p>R. Lo ho deciso io, anche se i miei figli, non sono d'accordo, mi chiedono sempre di non fare il Ramadan, io lo faccio lo stesso...non lo faccio ogni giorno, dieci giorni così...»</p> <p>Le modifiche agli orari della terapia le ha decise autonomamente. A parte i capogiri e i tremori, che ha sperimentato personalmente, non conosce altre complicanze del diabete durante il <i>sawm</i>.</p> <p>Ha smesso di fare il <i>sawm</i> al momento della diagnosi, su consiglio medico.</p>	<p>Mangia soltanto dopo il tramonto, caffè o the, zuppa marocchina e un po' di pane, niente zuccheri. Assume la metformina a dose pari al periodo normale, una al pasto serale e l'altra all'alba, anche se all'alba non mangia. Partecipa alla <i>Tarawih</i>.</p>	<p>Vorrebbe consigli sulla variazione che ha deciso di fare alla propria terapia.</p>
11	<p>Non sa dire il tipo di diabete da cui è affetto, conosce solo alcuni dei nomi dei farmaci che assume.</p> <p>Non conosce i termini "crisi ipoglicemiche" e "crisi iperglicemiche", ma quando gli viene spiegato che sono condizioni collegate alla quantità anomala di zucchero nel sangue risponde «la testa che gira».</p>	<p>Non digiuna.</p>	<p>Non ha niente da chiedere.</p>	

12	<p>Sa dire il tipo di diabete da cui è affetto, conosce il nome dei farmaci che assume.</p> <p>Non conosce i termini "crisi ipoglicemiche" e "crisi iperglicemiche", ma quando gli viene spiegato che sono condizioni collegate alla quantità anomala di zucchero nel sangue risponde che sa che può girare la testa o avere caldo.</p>	<p>Spiega che ha sempre digiunato senza chiedere il consiglio del medico perché da un lato non si è mai sentito male durante il <i>sawm</i> e dall'altro perché pensa che è solo chi si inietta l'insulina ad essere escluso. Sottolinea anche come nelle moschee venga spiegato che chi è malato, o chi non si sente bene, non deve digiunare. Le modifiche agli orari della terapia le ha decise autonomamente. Spiega che un effetto del <i>sawm</i> può essere il capogiro, segno del "diabete che va giù"; in quel caso bisogna mangiare subito.</p>	<p>La notte consuma i tre pasti agli orari tradizionali, mangiando tutto ciò che prevede la tradizione, anche i datteri e i dolci, ma in quantità moderate. Prende la terapia all'<i>ftar</i>, a volte una pastiglia, a volte due, a seconda di come si sente. Se si sente stanco ne prende di meno. Durante il Ramadan fa meno attività fisica, e partecipa alle <i>Tarawih</i> saltuariamente.</p>	<p>Non ha niente da chiedere.</p>
13	<p>Sa dire il tipo di diabete da cui è affetto, conosce il nome dei farmaci che assume.</p> <p>Sottolinea come il diabete gli sia venuto in un periodo carico di problemi, poco dopo l'arrivo in Italia.</p> <p>«A. Lei sa riconoscere una crisi ipoglicemiche e iperglicemiche?»</p> <p>S. Come?</p> <p>A. Le crisi ipoglicemiche, cioè quando c'è poco zucchero, oppure la crisi iperglicemiche quando ce n'è tanto... Come le riconosce? O come le hanno spiegato che funzionano...»</p> <p>S. No! Le sento, perché mi è arrivato... qualche volta arrivo a trentasei ipo...»</p> <p>A. ipoglicemia...</p> <p>S. Sì, sento una debolezza e comincio a tremare, e con gli occhi non vedo più, ho un... un... come si dice? Una rotonda bianca, che sento subito che devo mangiare qualcosa...»</p> <p>A. E iperglicemiche non le è mai successo? Il momento in cui la glicemia è troppo alta... Come la riconosce?</p> <p>S. La riconosco che sono nervoso, e la mia testa è più lorda [lourde, pesante in francese]... e voglio solo dormire, ho questo sonno che è più forte...»</p> <p>Effettua regolarmente l'automonitoraggio glicemico e lo effettuava ai pasti anche quando non assumeva insulina.</p>	<p>«D. Lei mi diceva che durante il Ramadan non digiuna. Perché ha scelto di non digiunare?»</p> <p>R. Perché, credo 5 anni fa, o 6 anni, ho provato di digiunare e ho trovato difficoltà. Perché durante tutta la giornata... c'è questa paura e ogni volta, ogni tre ore devo fare la misura [e mostra il dito, dove ci si punge abitualmente per misurare la glicemia], e mi sento questo - come si dice? - disturbo... Ho visto, che la religione non vuole che noi facciamo il Ramadan con disturbo [...]</p> <p>D. E ne ha parlato con qualcuno, ha chiesto consiglio al medico, piuttosto che ad altri in moschea...»</p> <p>R. No, no... sono l'imam, conosco le regole [...] Perché il digiuno è fatto per la salute, per la spiritualità e anche per la salute... ma se la salute non c'è più, la priorità è alla salute, la priorità all'anima, come dice il Corano, come dice le regole. Il problema è che la gente non conoscono queste regole, credono "se non faccio Ramadan, la mia ricompensa, la mia spiritualità, la mia adorazione diminuisce"... Noi E' il contrari! Perché la religione cosa vuole dire? La religione vuol dire abbandonarsi alla volontà di Dio; allora, la volontà di Dio ha detto: "se siete malati, non fate il Ramadan!". Deve, un musulmano vero, rispondere a questa volontà</p> <p>D. Molti mi hanno detto: "faccio il digiuno perché ho la forza di farlo, anche se non mi sento bene...»</p> <p>R. No! La forza...»</p> <p>D. "...perché Dio mi dà la forza" mi hanno detto. Le dico quello che mi hanno riferito...»</p> <p>R. Sì, sì... c'è questo: la forza è il dottore che lo sa, non è lo Potrebbe... sto danneggiando qualche elementi che, come si dice... la... il problema verrà dopo anni... Allora i sapienti dicono: "devi andare da un dottore, come si dice, di fiducia".»</p>	<p>Non digiuna. Ribadisce che quando digiunava teneva costantemente sotto controllo la glicemia.</p>	<p>«R. Sì, voglio che gli infermieri hanno la cultura per sapere come pensa un musulmano, così per poter capirlo, perché per un musulmano la fede è indispensabile, importante per lui, può morire per la sua fede... se mi dice: "la glicemia ti fa morire" o tu perdi la fede lì, scegli di morire ma non perdi la fede... questa è una cosa molto importante da sapere e così l'infermiere gioca su questo... parla, non lo so, è un po' difficile, parla col paziente da un punto di vista religioso. Io ho visto qualche dottore di famiglia, che portano dei testi sacri per convincere il suo paziente...»</p> <p>D. Ha conosciuto degli infermieri così, che si sono informati...»</p> <p>R. Sì, si sono informati! Dicono: la vostra religione dice... il versetto così... che non deve... così almeno il paziente, e soprattutto i pazienti che non sono cresciuti qua, che sono venuti dal Marocco, almeno avranno una fiducia... dicono che questa persona ha un po' avvicinato...»</p> <p>Suggerisce anche di coinvolgere le autorità religiose perché aiutino i sanitari</p>
14	<p>Non sa dire il tipo di diabete da cui è affetto. Non conosce i termini "crisi ipoglicemiche" e "crisi iperglicemiche".</p> <p>Effettua l'automonitoraggio glicemico ogni dieci-quindici giorni.</p>	<p>Digiuna perché non si è mai sentito male, afferma che se si sentisse male non digiunerebbe. Non ne ha parlato con il medico, né con imam o con paesani. Ha parlato con il medico del Sermig di come assumere invece la terapia. Non conosce le complicanze del diabete correlate al <i>sawm</i> e riferisce di essere sempre stato bene.</p> <p>La parente che ci aiuta con la traduzione, che ha problemi cardiaci, afferma: «anche io non dovrei fare il digiuno del Ramadan, ma lo faccio lo stesso. Durante il Ramadan, Dio mi dà la forza e sto meglio di come sto durante gli altri mesi...»</p>	<p>Durante la notte consuma i tre pasti agli orari tradizionali, anche se non è chiaro se a colazione mangi poco o non mangi. Latte, o the, e datteri alla rottura del digiuno. Quindi <i>ftar</i> e carne. Mangia poco pane. Beve molto durante tutta la notte, in modo da poter non bere durante il giorno. Non è chiaro se al mattino non mangi o mangi poco. Assume la terapia ai pasti. Partecipa alla <i>Tarawih</i> da seduto, anche a causa della gonartrosi, non cambia il resto dell'attività fisica.</p>	<p>Non ha niente da chiedere.</p>

ALLEGATO 6

Dati biografici e clinici persone intervistate

ID	Sesso	Età	Scolarità	Occupazione	Problematiche sociali	Arrivo in Italia	Anno diagnosi	Tipo di diabete, complicanze	Età diag.	Paese diag.	Terapia	Preso in carico	Altre patologie
1	m	60	Lic. media	Ristoratore, ex ambulante Balòn	Problemi economici, ripetuti sfratti	2011	2009	DM2, Piede diab.	51	Marocco	Metformina	MMG, amb. piede diabetico CTO	Depressione
2	m	41	Lic. media	Carrozziere		2001	2018	DM2	41	Italia	Insulina	Amb. diabetologico ASL	
3	f	41	Lic. media	Casalunga		2005	2014	DM2	37	Italia	Insulina	Amb. diabetologico ASL	
4	m	63	[non rilevato]	Decoratore		2016	2014	DM2	59	Marocco	Metformina	MMG	
5	m	42	Lic. media, due anni di superiori	Magazziniere, autista		2006	2017	DM2, neuropatia	41	Italia	Metformina	Amb. diabetologico ASL	
6	f	47	Lic. elementare	Badante, donna delle pulizie (precaria)		2008	2004	DM2	33	Marocco	Metformina	MMG	
7	m	61	Lic. Superiore.	Magazziniere (precario), ambulante Balòn	Abitazione precaria dopo uno sfratto esecutivo	2001	2017	DM2	60	Italia	Metformina (non la assume)	MMG	Lombosciatalgia e problemi articolari
8	f	59	Lic. elementare, due anni di medie	Casalunga	Abitazione precaria dopo uno sfratto esecutivo	2009	2018	DM2	59	Italia	Metformina	MMG	Iperensione
9	m	57	[non rilevato]	Disoccupato	Abitazione precaria dopo uno sfratto esecutivo	2006	2016	DM2, sospetta retinopatia	55	Italia	Insulina, SGLT2-inibitore	Amb. diabetologico ASL	Esiti di poliomielite, gonartrosi, ipertensione, sospetta cardiopatia, insonnia
10	f	66	Quattro anni di elementari	Casalunga, occasionalmente vende focacce in strada		2005	2014	DM2	62	Italia	Metformina	MMG	Iperensione, ipotiroidismo
11	m	63	Nessuna scolarizzazione	Invalide civile, ex-operato		1982	1998	DM2, nefropatia	43	Italia	Insulina	Amb. Diabetologico ASL	Emiplegia post-ictus, ipertensione
12	m	61	Nessuna scolarizzazione	Ambulante		1998	2006	DM2, sospetta neuropatia	49	Italia	Repaglinide	MMG, diabetologo amb. "Camminare insieme"	
13	m	57	Lic. superiore, due anni di Università (biologia), due anni di teologia islamica	Imam		2004	2005	DM2	44	Italia	Insulina, metformina	Amb. diabetologico ASL	
14	m	61	Nessuna scolarizzazione	Disoccupato	Irregolare, non ha un medico di base	1988	2010	DM2, sospetta retinopatia	53	Italia	Metformina	Amb. Sermig e "Camminare insieme"	Gonartrosi

ALLEGATO 7

Dati colloqui con sanitari e rappresentanti associazioni

ID	Data colloquio	Tipologia colloquio	Ruolo Informatore	Sawm e malattia	Conoscenza delle linee guida
15	16/11/17	Telefonico	Responsabile piemontese COREIS	È prioritario tutelare l'essere creato da Dio, il malato che effettua il sawm lo fa per ignoranza religiosa.	
16	16/11/18	Telefonico	Responsabile UCOII	Chi è ammalato è esentato dal digiuno ed è quindi "fuori dalla legge": si tratta dunque più di cultura tradizionale, di "folklore", che di un problema religioso.	
17	23/11/17	Mail	Segreteria COREIS	«Nonostante la dottrina islamica sia molto esplicita nel dispensare dal digiuno durante il mese di Ramadan alcune categorie di persone (donne in gravidanza, malati, anziani, viaggiatori) siamo a conoscenza che molti musulmani non rinunciano a tale pratica.»	Non conosce l'argomento in particolare, ma la sua associazione ha partecipato ad un progetto di formazione ("Insieme per prenderci cura") finalizzato a favorire un approccio multiculturale nell'assistenza alla persona.
18	02/12/17	Incontro	Portavoce Ass. Islamica delle Alpi	Le Scritture sono chiare: i malati non debbono digiunare, hanno l'obbligo di non digiunare. Molti fedeli però, soprattutto anziani, digiunano lo stesso. È il loro modo di vivere la religione, anche in contrasto con le indicazioni delle guide religiose. È una questione di cultura popolare più che di dogma in quanto tale.	Riterrrebbe utile che i centri diabetologici torinesi contattassero, nel momento in cui devono dare indicazioni terapeutiche ad un diabetico musulmano, un imam per affrontare il problema del sawm, o meglio, quella guida spirituale cui la persona fa riferimento, giacché il mondo islamico non ha un magistero unitario.
19	07/03/18	Incontro	Mediatore culturale presso l'ambulatorio del SERMIG	Il problema dei diabetici che effettuano il sawm esiste a Torino, ma era più evidente fino a sette-otto anni fa, adesso è meno presente.	
20	08/03/18	Incontro	Medico presso l'ambulatorio dell'associazione "Camminare Insieme"	Il digiuno del Ramadan è un grande problema per i diabetici, in particolar modo per gli insulino-dipendenti. Sarebbe meglio non digiunare: in tanti, però, tra quelli passati per l'ambulatorio, digiunano lo stesso.	Non conosce le linee guida sull'argomento, ma sottolinea che per la gestione del diabete l'educazione terapeutica è centrale, e con gli stranieri è ancora più problematico che con gli italiani.
21	30/05/18	Incontro	Due infermiere e la coordinatrice infermieristica dell'ambulatorio diabetologico ASL di Lungodora Savona	Sono tanti i diabetici musulmani che afferiscono al loro servizio e fanno il sawm. Loro danno genericamente l'indicazione di non digiunare, ma si rendono conto che spesso i pazienti raccontano bro di non effettuare il sawm, quando in realtà lo fanno. Segnalano che esiste anche il problema di molte donne che digiunano durante il Ramadan nonostante siano gravide.	Non sanno che esistono linee guida sull'argomento e non avevano mai pensato a percorsi informativi specifici per i pazienti o a contattare guide spirituali. Sottolineano che nel loro servizio IASL non ha previsto la presenza di mediatori culturali per cui hanno spesso problemi di comunicazione e relazione con i pazienti stranieri. Una collega rumena li aiuta con i pazienti di quella nazionalità, e dicono che sarebbe molto utile avere una collega di origine marocchina. Dicono che sarebbe utile elaborare dei progetti educativi per i diabetici musulmani e mi chiedono di metterle in contatto con qualche imam, oltre che di indicar loro un po' di riferimenti bibliografici.
22	12/06/18	Incontro	Responsabile Centro ISI	I medici che lavorano nell'ambulatorio non hanno mai riferito particolari criticità nella gestione del diabete durante il Ramadan: in generale, ai malati viene data l'indicazione di non digiunare, ma non si sa se questi poi digiunino o meno. Non hanno notizia di loro pazienti che abbiano avuto particolari criticità di salute al riguardo (es: ricoveri per chetoacidosi).	Le linee guida sulla gestione del diabete durante il Ramadan non sono conosciute e non sono mai state attuate iniziative specifiche.

ALLEGATO 8

Richiesta di consenso informato all'intervista

Mi chiamo Andrea Ventrella e sono uno studente del Corso di Laurea in Infermieristica presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, con sede all'Ospedale Cottolengo di Torino.

Sto lavorando ad un progetto di ricerca, che costituirà la mia tesi di laurea, sulla conoscenza delle possibili complicanze del diabete mellito correlate al digiuno del Ramadan e sulle strategie messe in atto per prevenirle da parte delle persone che lo effettuano e sono affette da questa malattia.

A questo scopo, Le chiedo se può dedicarmi un po' del suo tempo per raccontarmi come vive la sua malattia durante il digiuno del Ramadan. Durante l'incontro, che durerà circa 30 minuti, le chiedo di poter usare un registratore per raccogliere in modo più completo il suo racconto.

Il suo nome non comparirà in nessuna parte dello studio e i suoi dati personali saranno custoditi secondo la legislazione vigente sui dati sensibili.

In qualsiasi momento potrà interrompere il colloquio, se lo vorrà.

Le informazioni che raccoglierò saranno studiate, insieme ad altre, per promuovere una assistenza infermieristica rispettosa della cultura e della fede delle persone diabetiche musulmane ed in generale una assistenza sanitaria attenta alle differenti culture degli abitanti della nostra città.

In ogni momento sarò disponibile a comunicare informazioni più dettagliate su questo studio, e i suoi risultati finali.

La ringrazio molto della sua preziosa collaborazione.

Torino, _____ 2018

L'intervistato
(nome, cognome, firma)

L'intervistatore
(nome, cognome, firma)
