

# **SALUTE, MALATTIA, MORTE**

## **UN ANALISI TRANSCULTURALE**

**A cura di Pasquale la Torre**

# **INDICE**

Introduzione

Analisi sociale ed epidemiologica.

Riferimenti legislativi.

Salute, malattia,morte:religioni a confronto.

Aspetti deontologici e professionali dell' infermiere.

Conclusioni

Bibliografia

*"..... siamo la stessa pianta e non si toccano le nostre radici.  
"*

*Neruda )*

*( Pablo*

## **INTRODUZIONE**

In Italia, tra i diversi fenomeni che riguardano il panorama socio-sanitario, due risultano di particolare interesse: l' invecchiamento della popolazione e l' inserimento strutturale di immigrati provenienti dalle diverse regioni del mondo.

Sotto il profilo sanitario, si possono dedurre alcune considerazioni, tra queste:

- incremento delle patologie cronico-degenerative;
- utenza multi-etnica presso le strutture del SSN;
- aumento della richiesta di un servizio sempre più centrato sui bisogni, i diritti e la dignità della persona;
- inizio della seconda generazione di immigrati con problematiche di tipo internistico e oncologico.

Da quanto descritto, si evidenzia un graduale mutamento dell' utenza afferente ai nostri ospedali, e di un modo diverso di orientarsi da parte degli operatori della sanità rispetto a una serie di esigenze sempre più complesse ed articolate.

I professionisti che operano nel campo delle cure palliative e in tutte quelle strutture che hanno in carico malati con patologie cronico-degenerative, al fine di ottimizzare un' assistenza che riguarda le fasi più delicate dell' integrità psico-fisica e dei rapporti con la famiglia, devono possedere le capacità tecniche, relazionali, etiche e gestionali, non solo riferite al proprio contesto culturale, ma anche a tutte quelle culture o etnie che con sempre maggiore frequenza richiedono le prestazioni sanitarie.

Lo scopo di questo elaborato, redatto al termine del master di I° livello in cure palliative, è quello di offrire a me e alle persone che si interessano di questo ambito, l' occasione di conoscere i concetti fondamentali riguardanti la salute, la malattia e la morte secondo una prospettiva transculturale. Al fine di semplificare l' argomento rispetto ad un contesto antropologico che raggruppa innumerevoli etnie con tradizioni differenti, ho preso in esame i concetti secondo l' interpretazione religiosa che in tema di malattia e morte, richiama in modo più omogeneo le abitudini, i riti e le tradizioni di

macroaree geografiche che coincidono con la provenienza degli immigrati nel nostro paese.

L' argomentazione, che viene implementata da dati demografici risalenti al periodo 2001- 2003, riferimenti legislativi e aspetti deontologici dell' infermiere, vuole costituire un primo passo verso un' indagine piu' approfondita e mirata riguardo a un certo tipo di problematiche emergenti nel contesto sociosanitario che interessa con sempre maggiore attualita' l' esercizio del lavoro quotidiano e la riflessione sul nostro agire professionale.

## **ASPETTI DEMOGRAFICI**

In Europa, l' Italia e' al 4° posto come paese interessato al fenomeno dell' immigrazione.

Gli stranieri con regolare permesso di soggiorno sono circa 1.360.000, che sommati a quelli che in media hanno richiesto il permesso risultano essere 1.600.000, pari al 2,8% della popolazione.

Negli ultimi anni e' aumentato l' afflusso dai paesi dell' est europeo, infatti su 10 immigrati 4 sono europei, 3 africani, 2 asiatici e 1 americano.

Al 2001 la presenza di immigrati in Italia e' cosi' distribuita:

Marocco	158.000
Albania	144.000
Romania	75.000
Filippine	64.000
Cina	56.000
Tunisia	46.000
USA	43.000
ExJugoslavia	36.000
Germania	35.000
Senegal	34.000
Sri Lanka	34.000
Polonia	30.000
India	29.000

Il 59% degli stranieri regolari sono in Italia per lavoro, il 19% per ricongiungimento familiare.

Il 50% e' di religione cristiana, il 32,4% musulmana, il 17,4% altre religioni come l' induismo, il buddismo, le religioni tradizionali e l'ebraismo.

A livello locale, quindi Parma e provincia, si conosce la popolazione straniera distribuita secondo questo ordine di presenze:

Tunisia  
Albania  
Marocco  
Senegal  
Filippine  
India  
Ghana.

Un dato che non va omesso e' legato all'immigrazione clandestina che obbliga a leggere le statistiche demografiche con una stima in eccesso.

## **RIFERIMENTI LEGISLATIVI.**

Il diritto alla salute in Italia, come stabilisce l' art 32 della costituzione, e' rivolto a tutti gli individui, senza distinzione di nessun tipo.

Con l' aumento dell' immigrazione, si sono sviluppati problemi di ordine giuridico, burocratico e amministrativo nell' esercizio delle attivita' in ambito sanitario. Si pensi all' erogazione di prestazioni agli stranieri senza permesso di soggiorno o con problemi legati alla giustizia.

Per far fronte a questa situazione i legislatori italiani , in linea con il dettato costituzionale, hanno formulato alcuni provvedimenti legislativi che tutelano l' individuo e la collettivita', rendendo prioritario il diritto alla salute rispetto a quelli di ordine amministrativo.

Questi sono i piu' significativi:

DL 489 1995: (diritto di assistenza anche ai cittadini extracomunitari);

Legge 40 1998: ( legge sull' immigrazione che fornisce gli strumenti normativi per favorire l' accesso al SSN );

D.leg 286/98 e DPR 394/99: ( decreti attuativi della legge 40 )  
" disposizioni in materia sanitaria, assistenza per gli stranieri iscritti e non iscritti al SSN, ingresso di soggiorno e cure mediche";

Legge regionale n° 5 del 24-03.2004 " norme per l' integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati. Modifiche delle L:R 14 del 21-02-90 e n° 2 del 12-03-2003"



Decreto 739/94 ( profilo dell' infermiere ) art 2: " l' Assistenza infermieristica preventiva, curativa , palliativa e riabilitativa e' di natura tecnica, relazionale educativa..."

Decalogo dell' assistenza agli stranieri : 10 regole nell' assistenza sanitaria per gli stranieri e per gli operatori sanitari, emanate dal Ministero della Sanita'.

I cenni legislativi citati, si rendono indispensabili per rendere chiaro il campo di applicazione della professione, e per eliminare ogni dubbio sulla legittimita' dell' assistenza e le cure in genere a tutte le persone in modo assolutamente paritario.

## **SALUTE, MALATTIA, MORTE: RELIGIONI A CONFRONTO.**

Il termine *salute* deriva dal latino *salus* "salvo", che rimanda a *salvere* "stare bene" e "stare sano".

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha esteso notevolmente il concetto di salute, definendola nel 1946 come << uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale >>. Questa definizione vede la salute più come uno stato ideale a cui tendere che qualcosa di presente e reale, infatti viene riadattata nella "Carta di Ottawa" del 1986 in questi termini << la misura della capacità di un individuo o di un gruppo, da una parte, di realizzare le proprie aspirazioni e di soddisfare i propri bisogni e dall'altra, di mutare o di adattarsi all'ambiente >>.

Le diverse opinioni sul concetto salute-malattia, hanno portato alla formulazione di sei modelli.

*Il modello magico-religioso*: tipico delle culture antiche, lo sciamano, il sacerdote, lo stregone, sono coloro che diagnosticano la malattia, comunicano con il mondo spirituale e guariscono il malato.

*Il modello biomedico*: si basa sul pensiero filosofico che vede l'uomo in una prospettiva dualistica. La malattia colpisce l'uomo dall'esterno e la salute non è che l'assenza di malattia.

*Il modello psicosomatico*: sviluppato negli anni trenta, interpreta la malattia come il risultato di una continua relazione tra mente e corpo.

*Il modello esistenziale*: si sviluppa intorno agli anni quaranta e sottolinea la soggettività dell'individuo; supera la visione dualistica e si considera la persona in fenomenologico e si può entrare nel suo mondo attraverso l'empatia, l'ascolto l'intuizione ecc.

*Il modello umanistico*: si è sviluppato intorno agli anni cinquanta e considera la persona in senso olistico ed è capace di assumersi le responsabilità nei confronti della salute.

*Il modello transpersonale*: è un'ulteriore sviluppo dei due modelli precedenti con l'integrazione di teorie e conoscenze orientali. La persona è in salute quando acquista la consapevolezza del dualismo perché è lo sperimentare questa scissione che provoca sofferenza e malattia.

## **ISLAMISMO**

L' islamismo non fa distinzione tra culto e vita civile. Islam significa " sottomesso a Dio ", il Corano e' la parola di Dio attraverso il profeta Maometto.

Dio e' la causa del benessere, colui che guarisce il malato, fa vivere e morire le persone.

La salute e' la piu' grande benedizione di Dio dopo la fede, e la malattia ha importanti funzioni spirituali sia come purificazione dal peccato che come ricompensa, quindi questa deve essere vista comunque come una benedizione.

L' atteggiamento del malato musulmano puo' essere contraddistinto da una rassegnata accettazione oppure da paura e angoscia. La morte viene vista come trasformazione e una separazione dello spirito dal corpo per un ritorno a Dio.

Quando un musulmano muore si deve cercare di spostare il letto in modo che la testa sia rivolta verso la Mecca. Di solito i parenti prima di morire lo esortano a pronunciare la " professione di fede " o soltanto a nominare il nome di Dio.

Il malato puo' richiedere la presenza dell' Iman che puo' presenziare alla morte bisbigliando la preghiera all' orecchio.

Il corpo viene lavato dalla famiglia per la completa purezza, viene lasciato supino con le braccia lungo il corpo, non va vestito, ma avvolto in un lenzuolo bianco lasciando il viso scoperto.

In attesa di esequie deve essere lasciato in un ambiente nudo, privo di statue e quadri.

## **INDUISMO**

Secondo questa religione, la malattia e' classificata come punizione senza valore salvifico, mentre la sofferenza innalza la coscienza verso un fine superiore attraverso cui l' uomo arriva a Dio.

L' uomo e' egli stesso agente del suo male nella vita attuale o in quella precedente e per raggiungere la salvezza deve assumere rinunce, procurarsi autosofferenza e ascetismo rigoroso.

I concetti su cui si basa questa fede sono la rinascita del corpo vegetale, animale o uomo.

La medicina indiana Ayurveda ( conoscenza ), si occupa non solo di malattia, ma anche di esistenza, e la cura di un disturbo consiste nel trovare armonia con se stessi e il proprio ambiente.

Non e' quindi una terapia, ne un' indagine del corpo, ma solo una forma di medicina.

La morte segna per gli induisti il passaggio da una ad altre forme di vita.

Il morto viene purificato, avvolto in una veste nuova, ornato di fiori e portato al crematorio dove viene di nuovo purificato. Le ceneri vengono raccolte e quando possibile disperse nelle acque di un fiume sacro.

## **BUDDISMO**

Per il Buddha l' anima non e' un' entita' spirituale, ma un composto variabile di aggregati in decomponibili ( naturali, spirituali e morali ) che non si annullano dopo la morte, ma danno base alla vita di nuovi individui.

La meditazione, punto fermo della tradizione buddista, ha lo scopo di portare la mente allo stato di tranquillita' necessario per affrontare con equilibrio i problemi dell' esistenza.

La vera causa di ogni malattia risiede nei sentimenti negativi come l' odio, l' ignoranza e l' attaccamento, quindi proviene dall' interno, inoltre secondo il Karma, la qualita' della vita e' determinata da quella precedente.

Secondo la medicina tibetana, nel corpo ci sono tre energie chiamate umori che in una persona sono bilanciati, ma quando prevale uno su gli altri, si genera il malessere che sfocia in malattia.

Le cerimonie funebri sono diverse a seconda delle tradizioni.

Quando un buddista sta per morire puo' chiedere la presenza di un monaco. Il corpo non va manipolato almeno per un ora perche' si devono recitare le orazioni, inoltre deve essere toccato il meno possibile per il rischio che le manipolazioni lascino scappare la coscienza attraverso gli orifizi naturali. La salma viene vestita con un lenzuolo bianco perche' e' il colore simbolo della morte, le braccia devono essere lasciate lungo il corpo con i palmi delle mani rivolti verso il basso perche' e' segno di abbandono delle cose materiali.

Per i buddisti e' molto importante che il contesto esteriore non sia rumoroso e molto illuminato.

La cerimonia funebre, puo' essere molto importante in quanto considerato l' estremo tentativo di reincarnazione favorevole.

## **EBRAISMO**

Per gli ebrei la malattia e' sotto il controllo di Dio, quindi tutto cio' che circonda questa dimensione e' conseguenza del peccato che viene mandato da Dio per punire e correggere. La preghiera e' confessione di colpa e di guarigione.

L'ebraismo e' caratterizzato dal senso religioso di solidarieta' umana, e considera la visita del malato come una delle massime esperienze di vera carita'. E' un dovere che spetta a tutti e soprattutto a parenti e amici, infatti esistono molte associazioni locali per la visita dei malati.

Nella religione ebraica quando una persona sta per morire, i suoi famigliari possono richiedere la presenza del capo della loro comunita'. Il corpo deve essere preparato il piu' presto possibile perche' non sta piu' bene nel "mondo dei vivi". All'infermiere e' concesso di compiere tutte quelle procedure necessarie per la conservazione e l'onore del defunto tranne che incrociare le braccia. Le braccia infatti vanno poste lungo il corpo con il palmo delle mani verso il basso e le dita aperte, che sta a significare che la persona se ne va lasciando tutto quello che possiede.

La salma viene vestita con una camicia facile da togliere e avvolto da un drappo, compreso il viso e disposta con i piedi rivolti verso la porta.

La tradizione ebraica prevede la veglia funebre continuativa anche di notte, quindi e' importante facilitare l'accesso alla famiglia per la lettura dei salmi e durante questa lettura puo' essere richiesto dalla famiglia la presenza di 10 persone di sesso maschile.

La cremazione e' vietata dall'ebraismo ortodosso.

## **Aspetti professionali e deontologici dell' infermiere.**

L' esercizio della professione infermieristica dal punto di vista etico, e' disciplinato dal codice deontologico.

Se consideriamo il malato straniero, inserito in un contesto di cure palliative, 3 articoli di questo Codice definiscono la centralita' dell' infermiere nella gestione di un' assistenza molto articolata e complessa e nella tutela dell' integrita' e la dignita' della persona.

Art 2.4 " l' infermiere agisce tenendo conto dei valori religiosi, ideologici ed etici, nonche' della cultura, etnia e sesso dell' individuo";

art 4.3 " l' infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall' assistito, ne facilita i rapporti con la comunita' e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di cura ";

art 4.12 " l' infermiere si impegna a promuovere la tutela della persona in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l' espressione di se, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni ".

Per favorire l' applicazione di questo preciso dettato etico, l' infermiere dovra' approfondire il suo impegno verso discipline come l' antropologia, le lingue straniere e il nursing transculturale.

La M.Leininger ( infermiera antropologa statunitense ),ha formulato la teoria " diversita' e universalita' dell' assistenza transculturale ", rappresentata attraverso il modello del *sole nascente*, precisando che universalita' indica i punti in comune e diversita' come differenza.

L' importanza di conoscere i valori e le tradizioni di altre culture e' cruciale nelle fasi principali della presa in carico del malato.

Si pensi alla comunicazione e la simbologia verbale e non verbale che la caratterizza, al bisogno di sicurezza in termini di burocrazia, terapia farmacologica, contesto sociale ecc.

Il rapporto con il malato affetto da una grave malattia e' sicuramente molto delicato, se aggiungiamo che il malato e' uno straniero di cultura molto diversa dalla nostra, si deduce che il grado di complessita' risultera' piu' elevato.

Allo scopo di orientare l' assistenza in linea con i valori e le tradizioni dell' individuo, si rende necessaria oltre alle conoscenze teorico-pratiche, anche una matrice etica e una buona capacita' relazionale che sappia riconoscere la dimensione piu' idonea per favorire una fattiva collaborazione con il malato e la sua famiglia. Strumento essenziale risulta ancora una volta il processo di nursing, dove nella fase anamnestica intercetta precocemente i bisogni e i problemi e nelle altre fasi ne elabora le soluzioni.



## CONCLUSIONI

L'immigrazione è un fenomeno che investe da alcuni anni il nostro Paese, e quale conseguenza del processo di globalizzazione, si sta stabilizzando in modo strutturale nella società moderna.

La legge italiana, consentendo a tutti gli individui senza nessuna distinzione il diritto di cura, ha influito legittimamente sull'aumento di richieste dei servizi sociosanitari soprattutto nell'ambito ginecologico, pediatrico, preventivo e infortunistico.

L'inizio della seconda generazione di immigrati, comporta un tendenziale e graduale aumento dell'età media, oggi attestata sul range 14-44 anni, con il conseguente riscontro di problematiche cliniche a carattere internistico e oncologico.

L'infermiere che riveste un ruolo sempre più attivo nel governo clinico e nella presa in carico del malato, si trova davanti ad un quadro sociosanitario considerevolmente mutato.

Problemi di ordine comunicativo, culturale, assistenziale e burocratico, insieme ad una carenza cronica di personale, sono diventati motivi di frustrazione, ma anche di sfida se si considera la centralità della propria professione e le opportunità in ambito formativo e universitario.

Per affrontare adeguatamente questa complessa situazione, l'infermiere dovrà assumere una coscienza professionale più dinamica, capace di adeguarsi a un'utenza sempre più informata, attenta ai propri diritti e multietnica.

Strumenti infermieristici come il processo di nursing, la conoscenza di lingue ufficiali come l'inglese, l'approfondimento del nursing transculturale e una buona capacità relazionale (sia con l'utente, che con altre figure), si rendono indispensabili davanti allo scenario di cambiamento in atto.

Nello specifico delle cure palliative, gli infermieri in possesso di master, saranno quei protagonisti che dovranno saper coinvolgere i membri dello staff di cura, la famiglia e le istituzioni verso un approccio orientato a soddisfare i bisogni e le scelte del malato, nel totale rispetto dei propri valori e all'interno di un ambiente realizzato a misura di persona, della sua dignità in qualsiasi momento della propria vita.

## **BIBLIOGRAFIA**

Sonia Bacetti *La comunicazione interculturale in sanita'*  
Ed Centro scientifico editore.

Laura Aletto, Lorenzo Di leo *Nursing nella societa' multiculturale*  
Ed Carocci Faber.

**" L' infermiere e la societa' multiculturale " Convegno 8 maggio 2004  
del collegio IPASVI di Parma.**

*Il codice deontologico* 1999 Federazione Nazionale IPASVI.

Sito internet consultato: *www.tolerance.it*

