



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**“Il diabete nella popolazione Bengalese: il contributo dell’infermieristica
transculturale.”**

Relatore: Dr. Carta Antonello

Correlatrice: Dott.ssa Queresemin Laura

Laureando: Mohammad Mahim

Matricola N. 2083648

Anno Accademico 2024/2025

ABSTRACT

Introduzione

Negli ultimi anni, il diabete di tipo 2 è diventato un problema serio per le popolazioni migranti, specialmente per la comunità bengalese, che in crescita per numerosità nel nostro territorio. In Bangladesh, il diabete è molto comune e rappresenta una delle principali cause di morte, con sintomi che si manifestano più precocemente rispetto alla popolazione italiana. Ci sono vari fattori che influenzano la gestione di questa malattia e l'accesso ai servizi sanitari, come ad esempio la genetica, la cultura e la comunicazione. Per questo motivo, l'educazione sanitaria e l'infermieristica che tengono conto delle differenze culturali sono fondamentali per migliorare il modo in cui le persone seguono le terapie e la qualità dell'assistenza che ricevono.

Obiettivo

Gli obiettivi dello studio sono valutare perché la popolazione bengalese, ed in generale quella asiatica, siano più sensibili a livello genetico; definire le ragioni culturali per cui la popolazione bengalese è più incline a sviluppare la patologia; identificare strategie di educazione e di prevenzione contro il diabete con l'utilizzo dell'infermieristica transculturale.

Materiali e Metodi

È stata condotta una revisione di letteratura, su competenza culturale e diabete nella popolazione bangladese, basata su articoli scientifici e report istituzionali selezionati per rilevanza.

Risultati

Il diabete di tipo 2 è presente nella popolazione bengalese per fattori genetici, anatomia, abitudini alimentari e stili di vita, inclusi consumo di tabacco e attività fisica insufficiente (Mahmood et al., 2025a; Riaz et al., 2020; Wolf et al., 2021). L'infermieristica transculturale si conferma centrale nella promozione della salute, prevenzione delle complicanze e miglioramento degli esiti nella popolazione bengalese, inclusi migranti. Le strategie preventive devono integrare fattori genetici, comportamentali e socioculturali.

Discussione e Conclusioni

L'infermieristica transculturale è fondamentale per offrire cure personalizzate, rispettose della cultura e delle dinamiche familiari, migliorando comunicazione, autogestione e adesione terapeutica. Interventi educativi culturalmente adattati, con lingua madre, mediatori transculturali e coinvolgimento comunitario, migliorano autogestione, adesione terapeutica e comportamenti salutari (Islam et al., 2018; Piombo et al., 2020; Lagisetty et al., 2017).

Parole chiave Diabete di tipo 2, Popolazione del Bangladesh, Fattori culturali, Diabete mellito, Prevalenza del diabete, Sindrome metabolica, Predisposizione genetica, Credenze culturali, Credenze sulla salute, Assistenza infermieristica, Valutazione infermieristica, Assistenza culturalmente competente, Infermieristica transculturale, Educazione del paziente

Keywords

Type 2 Diabetes Mellitus, Bangladeshi population, Cultural factors, Diabetes mellitus, Diabetes prevalence, Metabolic syndrome, Genetic predisposition, Cultural beliefs, Health beliefs, Nursing care, Nursing assessment, Culturally competent care, Transcultural nursing, Patient education

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1 – DIABETE	3
1. Cos'è il Diabete?	3
1.1 Diagnosi	5
CAPITOLO 2 - MATERIALI E METODI	7
2.1 - Scopo dello studio	7
2.2 - Quesiti di ricerca	7
2.3 - Disegno dello studio:	7
2.4 - Limiti inseriti	9
2.5 - Criteri di inclusione	9
2.6 - Criteri di esclusione	9
CAPITOLO 3 – RISULTATI	11
3.1 Fattori predisponenti	11
3.2 Stili di vita	11
3.3 Il contributo dell'infermieristica transculturale	12
3.3.1 Gli strumenti	13
3.3.2 Effetti della formazione in infermieristica transculturale	15
3.3.3 Necessità di formare gli infermieri con competenze transculturali	15
3.3.4 Presa in carico efficace	17
3.3.5 Differenze culturali	17
3.4 Interventi	18
CAPITOLO 4 – DISCUSSIONE	21
CAPITOLO 5 – CONCLUSIONI	23
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	25
ALLEGATI	28

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, il tema delle malattie croniche nelle popolazioni migranti è diventato sempre più centrale, soprattutto in relazione al diabete mellito di tipo 2. Tra i gruppi maggiormente coinvolti emerge la popolazione bengalese, che presenta una particolare predisposizione a questa patologia e che, allo stesso tempo, sta crescendo rapidamente nel contesto italiano per numerosità. Secondo le stime dell'ONU, la popolazione in Bangladesh conta circa 175.700.000 persone, di cui oltre 113 milioni sono adulti tra i 20 e i 79 anni. Tra questi, circa 13.877.400 diagnosticate convivono con il diabete, prevalentemente nella forma di diabete mellito di tipo 2. Secondo uno studio dell'OMS il diabete è la quarta causa di morte in Bangladesh, la fascia di età che più colpita è quella over 50 quando in Italia è quella over 75 secondo il ministero della salute. (International Diabetes Federation, 2024).

Questa condizione assume un significato ancora più rilevante se osservata nel contesto migratorio. In Italia, la presenza di cittadini di origine bengalese è cresciuta rapidamente, passando da 27.356 persone nel 2004 a 192.678 nel 2019, con un incremento di circa il 400%. A ciò si aggiunge un tasso di natalità pari al 14%, nettamente superiore a quello della popolazione italiana (6,5%), elemento che suggerisce una crescita progressiva della comunità e delle seconde generazioni. (Natale, L. 2021).

Questi dati trovano una concreta espressione anche a livello locale. Secondo il Rapporto ISTAT 2023 sull'immigrazione straniera in Veneto, basato sui dati ufficiali al 1° gennaio 2023, in Veneto risiedono circa 19.890 cittadini di cittadinanza bengalese, rendendo questa comunità una delle principali tra le popolazioni straniere presenti nella Regione. (Osservatorio Regionale Immigrazione. 2024).

Nel Comune di Venezia, la comunità bengalese risulta particolarmente significativa all'interno della popolazione straniera, corrispondendo a circa 9423 persone. Questa distribuzione evidenzia come il territorio veneziano sia un contesto particolarmente adatto per comprendere i bisogni di salute e le criticità legate alle patologie croniche di questa comunità. (Istat, 2025).

Il diabete mellito rappresenta perciò una delle problematiche di maggiore impatto. La popolazione bengalese, e più in generale quelle provenienti dal Sud-Est asiatico, mostra una maggiore

suscettibilità allo sviluppo del diabete, legata a fattori genetici e metabolici. Spesso la malattia si manifesta in età più giovane e con quadri clinici complessi rispetto alla popolazione italiana. A ciò si sommano fattori culturali, sociali e comunicativi che possono influenzare il modo in cui la malattia viene percepita, accettata e gestita, con possibili ricadute sull'aderenza terapeutica e sull'accesso ai servizi sanitari. (Ali, O. 2024).

CAPITOLO 1 – DIABETE

1. Cos'è il Diabete?

Il diabete mellito è oggi una delle malattie croniche più diffuse al mondo e rappresenta una sfida crescente per i sistemi sanitari e per la vita quotidiana di milioni di persone. È una condizione caratterizzata da livelli elevati di glucosio nel sangue, chiamati iperglicemia, che si verifica quando il pancreas non riesce più a produrre una quantità sufficiente di insulina o quando l'organismo non è in grado di utilizzarla in modo efficace. L'insulina, prodotta dal pancreas, svolge un ruolo essenziale: permette al glucosio derivante dagli alimenti di entrare nelle cellule per fornire energia. Quando questo meccanismo si altera, il glucosio rimane nel sangue e, nel tempo, può causare danni progressivi a organi e tessuti, compromettendo seriamente lo stato di salute generale. Nel 2024 si stima che circa 9,2 milioni di persone convivessero con il diabete a livello globale, di cui circa 1,8 milioni di bambini e adolescenti sotto i 20 anni. Questi numeri mostrano chiaramente come il diabete non sia una malattia che riguarda esclusivamente l'età adulta, ma una condizione che può colpire in diverse fasi della vita. Inoltre, non si presenta in un'unica forma, ma comprende diverse tipologie cliniche, tra cui le più rilevanti sono il diabete di tipo 1, il diabete di tipo 2 e il diabete gestazionale. (International Diabetes Federation. 2024).

Il diabete di tipo 1 è una malattia cronica di origine autoimmune, nella quale il sistema immunitario, per cause non ancora del tutto chiarite, attacca le cellule del pancreas responsabili della produzione di insulina. Chi ne è affetto si trova improvvisamente a dover convivere con una condizione che richiede attenzione costante, poiché l'organismo non è più in grado di produrre insulina autonomamente. Sebbene esista una lieve predisposizione genetica, spesso il diabete di tipo 1 insorge in modo inaspettato, talvolta in seguito a infezioni virali che possono innescare la risposta autoimmune. I sintomi, come sete intensa, minzione frequente, perdita di peso improvvisa, stanchezza e visione offuscata, possono comparire rapidamente e, soprattutto nei bambini, manifestarsi anche attraverso episodi di enuresi notturna. La diagnosi non è sempre immediata e può richiedere ulteriori approfondimenti clinici. (International Diabetes Federation. 2026).

Il diabete di tipo 2 rappresenta invece la forma più diffusa, comprendendo oltre il 90% dei casi. In questa condizione l'organismo continua a produrre insulina, ma non riesce a utilizzarla in modo efficace. Nelle fasi iniziali il pancreas tenta di compensare aumentando la produzione insulinica, ma con il passare del tempo questo meccanismo può esaurirsi, portando a un peggioramento

progressivo dell'iperglicemia. Il diabete di tipo 2 è fortemente legato allo stile di vita, in particolare a un'alimentazione poco equilibrata, alla sedentarietà e all'aumento del peso corporeo. Sebbene in passato fosse considerato una malattia tipica dell'età avanzata, oggi è sempre più frequente anche tra giovani adulti, adolescenti e bambini, in relazione ai profondi cambiamenti sociali e ambientali degli ultimi decenni. Uno degli aspetti più critici è che i sintomi possono essere lievi o addirittura assenti per molti anni. Sete eccessiva, stanchezza, minzione frequente, visione offuscata o ferite che guariscono lentamente vengono spesso sottovalutate, permettendo alla malattia di progredire silenziosamente. I fattori di rischio comprendono la familiarità, il sovrappeso, l'inattività fisica, l'età, l'ipertensione, l'appartenenza a determinati gruppi etnici e una storia di diabete gestazionale, elementi che rendono alcune persone particolarmente vulnerabili. (International Diabetes Federation. 2026).

Un'ulteriore forma di diabete è il diabete gestazionale, che si sviluppa durante la gravidanza a causa dell'aumento della resistenza all'insulina indotta dagli ormoni placentari. Nella maggior parte dei casi la condizione si risolve dopo il parto, ma non per questo deve essere considerata priva di conseguenze. Nel 2024 si stima che circa 23,3 milioni di nati vivi, pari al 15,6%, siano stati esposti a livelli elevati di glucosio durante la gravidanza, soprattutto nei Paesi con minore accesso alle cure materne. Il diabete gestazionale può aumentare il rischio di complicanze come ipertensione gravidica, parto difficile e nascita di neonati sovrappeso. Inoltre, rappresenta un importante segnale di rischio futuro: le donne che ne sono state affette hanno una probabilità significativamente maggiore di sviluppare il diabete di tipo 2 negli anni successivi, mentre i figli possono presentare un rischio aumentato di obesità e diabete in età adulta. Nel suo insieme, il diabete non è soltanto una diagnosi clinica, ma una condizione che influisce profondamente sulla vita delle persone, sulle loro abitudini quotidiane e sul loro benessere fisico e psicologico. Affrontarlo richiede un approccio integrato che unisca prevenzione, diagnosi precoce, educazione sanitaria e una gestione continua e personalizzata. Comprendere i meccanismi della malattia, i fattori di rischio e le diverse forme di diabete significa non solo migliorare gli interventi sanitari, ma anche contribuire a una migliore qualità di vita per chi convive ogni giorno con questa patologia cronica. (International Diabetes Federation. 2026).

1.1 Diagnosi

La diagnosi del diabete mellito si basa su criteri biochimici ben definiti che includono la misurazione della glicemia plasmatica e dell'emoglobina glicata (A1C), secondo le linee guida internazionali dell'American Diabetes Association (ADA) e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). In particolare, il diabete può essere diagnosticato attraverso quattro modalità principali: il valore della glicemia plasmatica a digiuno (Fasting Plasma Glucose, FPG), il valore della glicemia plasmatica a 2 ore (PG a 2 ore) durante un test di tolleranza orale al glucosio da 75 g (Oral Glucose Tolerance Test, OGTT), il valore dell'A1C oppure la misurazione casuale della glicemia plasmatica in presenza di sintomi clinici tipici di iperglicemia o di crisi iperglicemica. (American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes, 2026).

Secondo i criteri diagnostici, il diabete è definito da una glicemia plasmatica a digiuno ≥ 126 mg/dL (7,0 mmol/L), con digiuno inteso come assenza di apporto calorico per almeno otto ore, oppure da una glicemia plasmatica a 2 ore ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L) durante un OGTT eseguito secondo le raccomandazioni dell'OMS, utilizzando un carico di 75 g di glucosio anidro disciolto in acqua. Un ulteriore criterio diagnostico è rappresentato da un valore di A1C $\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol), misurato esclusivamente mediante metodi di laboratorio certificati dal National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP) e standardizzati rispetto al Diabetes Control and Complications Trial (DCCT). Infine, in presenza di sintomi classici di iperglicemia, come poliuria, polidipsia e perdita di peso non intenzionale, una glicemia plasmatica casuale ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L) è sufficiente per porre diagnosi di diabete. In assenza di iperglicemia inequivocabile, la diagnosi richiede la conferma di due risultati anomali, ottenuti sullo stesso campione o su campioni differenti. (Karnchanasorn, R. et al., 2016).

I test FPG, PG a 2 ore durante OGTT e A1C sono considerati complessivamente appropriati sia per lo screening sia per la diagnosi del diabete; tuttavia, la concordanza tra tali test non è perfetta. In particolare, il valore della glicemia a 2 ore durante OGTT tende a identificare un numero maggiore di soggetti con diabete o prediabete rispetto ai valori soglia di FPG e A1C. In caso di discordanza tra i valori di A1C e quelli di glicemia plasmatica, i test basati sul glucosio (FPG e PG a 2 ore) risultano più accurati. È inoltre importante sottolineare che gli interventi di prevenzione primaria del diabete di tipo 2 hanno dimostrato maggiore efficacia nei soggetti con ridotta tolleranza al

glucosio (IGT), con o senza glicemia a digiuno elevata, piuttosto che in individui con glicemia a digiuno alterata isolata o con prediabete definito esclusivamente dai criteri A1C. (Tucker, L. 2020).

L'utilizzo dell'A1C come strumento diagnostico presenta diversi vantaggi, tra cui la maggiore praticità, l'assenza della necessità di digiuno, una migliore stabilità preanalitica e una minore variabilità legata a stress acuto, malattie intercorrenti o variazioni alimentari. Tuttavia, l'A1C mostra una sensibilità inferiore rispetto ai test basati sulla glicemia e una correlazione non sempre ottimale con la glicemia media in alcuni individui. Studi epidemiologici, come il National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), hanno evidenziato che una soglia di A1C $\geq 6,5\%$ identifica solo circa il 30% dei casi di diabete diagnosticabili complessivamente mediante A1C, FPG o PG a 2 ore. Nonostante tali limitazioni, nel 2009 l'A1C è stato incluso nei criteri diagnostici ufficiali con l'obiettivo di ampliare le opportunità di screening. È fondamentale considerare che l'A1C rappresenta una misura indiretta della glicemia media e che il suo valore può essere influenzato da condizioni che alterano il rapporto tra glicazione dell'emoglobina e livelli di glucosio plasmatico. Tra queste rientrano le emoglobinopatie, l'anemia falciforme, la gravidanza (in particolare nel secondo e terzo trimestre e nel periodo postpartum), il deficit di glucosio-6-fosfato deidrogenasi, l'infezione da HIV, l'emodialisi, recenti perdite ematiche o trasfusioni e la terapia con eritropoietina. In tali condizioni, la diagnosi di diabete deve basarsi esclusivamente sui criteri della glicemia plasmatica. Inoltre, per garantire l'accuratezza dell'OGTT, è necessario assicurare un adeguato apporto di carboidrati, pari ad almeno 150 g al giorno, nei tre giorni precedenti l'esecuzione del test. (Karnchanasorn, R. et al., 2016).

CAPITOLO 2 - MATERIALI E METODI

2.1 - Scopo dello studio

La finalità di questo lavoro di ricerca è esaminare i fattori che incidono sull'alta prevalenza del Diabete mellito di tipo 2 tra la popolazione bengalese, concentrandosi in particolare sulle predisposizioni genetiche e biologiche, sulle influenze culturali e sulle abitudini di vita tipiche di questa comunità, e sul come il contributo dell'infermieristica transculturale fornisca degli strumenti alla figura dell'infermiere per migliorare il rapporto, la comunicazione e la educazione di questi pazienti.

2.2 - Quesiti di ricerca

I quesiti di ricerca sono stati:

- Quali specifici fattori genetici e predisposizioni biologiche contribuiscono a rendere la popolazione bengalese, e più in generale le popolazioni asiatiche, maggiormente suscettibili allo sviluppo del diabete mellito di tipo 2?
- In che modo pratiche culturali, abitudini alimentari, stili di vita e credenze tradizionali della popolazione bengalese influenzano l'aumento del rischio di sviluppare il diabete mellito di tipo 2?
- Quali interventi educativi e preventivi, basati sui principi dell'infermieristica transculturale, risultano più efficaci nel migliorare la consapevolezza, l'aderenza ai comportamenti salutari e la prevenzione del diabete nella comunità bengalese?

2.3 - Disegno dello studio:

È stata condotta una revisione della letteratura, utilizzando la metodologia PIO come di seguito riportato:

Quesito 1: Quali specifici fattori genetici e predisposizioni biologiche contribuiscono a rendere la popolazione bengalese, e più in generale le popolazioni asiatiche, maggiormente suscettibili allo sviluppo del diabete mellito di tipo 2?

Popolazione	Popolazione Bengalese adulta
Intervento	Presenza del polimorfismo TCF7L2 rs12255372

Outcome	Aumento della suscettibilità genetica al diabete tipo 2; alterata secrezione insulinica
---------	---

Quesito 2: In che modo pratiche culturali, abitudini alimentari, stili di vita e credenze tradizionali della popolazione bengalese influenzano l'aumento del rischio di sviluppare il diabete mellito di tipo 2?

Popolazione	Popolazione Bengalese adulta
Intervento	Dieta tradizionale ricca di carboidrati raffinati (riso bianco), zuccheri e grassi + bassa attività fisica
Outcome	Aumento obesità, iperglicemia e rischio diabetico

Quesito 3: Quali interventi educativi e preventivi, basati sui principi dell'infermieristica transculturale, risultano più efficaci nel migliorare la consapevolezza, l'aderenza ai comportamenti salutari e la prevenzione del diabete nella comunità bengalese?

Popolazione	Popolazioni Bengalese adulta
Intervento	Strategie educative culturalmente mirate (lingua, credenze, dieta)
Outcome	Miglioramento comportamenti salutari e prevenzione complicanze

La ricerca è stata effettuata consultando la banca dati internazionale PubMed, ISTAT, International Diabetes Federation, MDPI, e report istituzionali utilizzando le stringhe di ricerca per selezionare articoli pubblicati in lingua italiana e inglese con disponibilità in full text. (All. 1).

Le parole chiave utilizzate per la ricerca bibliografica, combinate mediante gli operatori booleani "AND" e "OR" e appartenenti alla terminologia MeSH, sono: Type 2 Diabetes Mellitus Bangladeshi population, Cultural factors, Diabetes mellitus, Diabetes prevalence, Metabolic syndrome, Genetic predisposition, Cultural beliefs, Health beliefs, Nursing care, Nursing assessment, Culturally competent care, Transcultural nursing, Patient education ; da queste sono state elaborate diverse stringhe di ricerca attraverso la loro combinazione.

La selezione degli studi è stata attuata e strutturata in 4 fasi, secondo il metodo PRISMA:

1. Identificazione degli studi tramite ricerca in banche dati;
2. Screening dei titoli e degli abstract degli articoli inclusi;
3. Valutazione dei full text per l'eleggibilità;
4. Lettura del full text degli articoli inclusi.

2.4 - Limiti inseriti

Sono stati applicati i seguenti limiti alla ricerca: articoli pubblicati in lingua inglese e italiana, disponibilità del testo completo (full text), studi pubblicati in un arco temporale recente (10 anni) e pertinenti alla popolazione adulta, con riferimento alle popolazioni migranti, in particolare sud asiatiche e soprattutto bangladesi.

2.5 - Criteri di inclusione

Sono stati inclusi nella revisione studi originali e revisioni sistematiche pertinenti al tema del diabete mellito di tipo 2, con particolare riferimento ai fattori genetici (come i polimorfismi dei geni TCF7L2 e ADIPOQ). Sono stati inoltre inclusi studi riguardanti interventi di assistenza sanitaria culturalmente competente, con focus su popolazioni migranti, in particolare sud asiatiche e Bengalesi.

2.6 - Criteri di esclusione

- Studi che non sono inerenti al quesito di ricerca.
- Articoli non disponibili in lingua inglese o italiana.
- Articoli non disponibili in versione full text.

CAPITOLO 3 – RISULTATI

3.1 Fattori predisponenti

Il diabete mellito di tipo 2 (T2DM) è caratterizzato da iperglicemia dovuta a alterazioni nella secrezione e nell'azione dell'insulina (Mahmood et al., 2025a). La predisposizione genetica gioca un ruolo determinante, specialmente nelle popolazioni bengalesi, dove la prevalenza della malattia è in aumento (Mahmood et al., 2025b; Haque et al., 2025).

L'interazione tra varianti genetiche espone i bengalesi a un rischio elevato di diabete mellito, anche in assenza di altri fattori ambientali. La conoscenza dei polimorfismi permette interventi personalizzati, dal monitoraggio dei livelli di adiponectina a scelte terapeutiche mirate, oltre a screening genetici preventivi per ridurre complicanze a lungo termine (Mahmood et al., 2025a; Haque et al., 2025).

La popolazione dell'Asia meridionale, incluso il Bangladesh, presenta un rischio elevato di diabete mellito di tipo 2 e altre patologie cardiometaboliche rispetto ad altre popolazioni (Wolf et al., 2021). I pazienti sviluppano alterazioni metaboliche e diabete a valori di indice di massa corporea inferiori, probabilmente per caratteristiche della composizione corporea come maggiore tessuto adiposo viscerale e tendenza all'insulino-resistenza (Wolf et al., 2021).

3.2 Stili di vita

Oltre ai fattori biologici, gli stili di vita e i comportamenti quotidiani influenzano significativamente il rischio di malattie croniche. Una survey nazionale del 2018 ha evidenziato diffusi fattori di rischio in Bangladesh, tra cui abitudini alimentari inadeguate, consumo di tabacco e attività fisica insufficiente (Riaz et al., 2020). Il basso consumo di frutta e verdura riduce l'apporto di fibre e micronutrienti essenziali, mentre l'elevato consumo di sale e tabacco aumenta il rischio cardiometabolico. La coesistenza di più fattori comportamentali amplifica ulteriormente il rischio complessivo (Riaz et al., 2020).

Il livello di attività fisica insufficiente contribuisce a sovrappeso, obesità e altre condizioni associate al rischio cardiometabolico, riflettendo anche cambiamenti sociali ed economici recenti, come

urbanizzazione e trasformazioni dello stile di vita (Riaz et al., 2020). Inoltre, i processi migratori possono modificare abitudini alimentari, attività fisica e condizioni socioeconomiche, influenzando il rischio di sindrome metabolica e diabete nelle popolazioni sudasiatiche all'estero (Rosenthal et al., 2022).

In sintesi, il rischio elevato di T2DM nella popolazione bengalese deriva dall'interazione tra predisposizione biologica e fattori legati allo stile di vita. Abitudini alimentari, consumo di tabacco, livelli di attività fisica e cambiamenti nello stile di vita rappresentano elementi chiave da considerare per strategie preventive e di promozione della salute culturalmente appropriate (Wolf et al., 2021; Riaz et al., 2020; Rosenthal et al., 2022).

3.3 Il contributo dell'infermieristica transculturale

L'infermieristica transculturale è una branca dell'assistenza infermieristica che si concentra sul riconoscere, comprendere e rispettare le differenze culturali dei pazienti. Non si tratta solo di seguire protocolli clinici standard, ma di fornire cure che siano davvero culturalmente congruenti, cioè in armonia con i valori, le credenze e le pratiche di vita delle persone assistite. Questo approccio è fondamentale per promuovere la salute e il benessere, ma anche per aiutare le persone ad affrontare malattie, sofferenze o la morte in modi che abbiano senso per la loro cultura. Un infermiere transculturale considera l'intera esperienza del paziente, inclusi fattori come la lingua, la religione, le abitudini alimentari, le credenze sul corpo e sulla malattia, il ruolo della famiglia e le pratiche tradizionali di cura. Alcune comunità potrebbero preferire che le decisioni mediche vengano prese insieme alla famiglia piuttosto che solo dal paziente, oppure avere rituali specifici legati alla guarigione o al fine vita. Rispettare la cultura di origine non solo migliora la qualità dell'assistenza, ma costruisce fiducia e sicurezza tra paziente e professionista sanitario. La disciplina si basa sul lavoro pionieristico di Madeleine Leininger, condotto a partire dagli anni '50, che ha evidenziato come la comprensione delle differenze culturali sia un elemento essenziale della pratica infermieristica efficace e umana. In un mondo sempre più multiculturale, l'infermieristica transculturale diventa quindi uno strumento indispensabile per garantire che ogni persona riceva cure rispettose, comprensive e realmente mirate ai propri bisogni, indipendentemente dalla propria cultura di origine (Murphy, 2006). Questo approccio permette di costruire una relazione di cura più efficace, basata sull'ascolto, sul rispetto delle differenze culturali e su una comunicazione realmente comprensibile per la persona assistita attraverso una presa in carico sensibile e personalizzata,

L'infermieristica transculturale contribuisce a migliorare la comprensione della patologia, a rafforzare l'aderenza ai percorsi terapeutici e a rendere visibile una criticità spesso sottovalutata: la maggiore predisposizione al diabete nella popolazione del Sud-Est asiatico, che richiede competenze specifiche e interventi mirati sia a livello sanitario sia sociale. (Nikitara, M. et al., 2025). La disciplina si è sviluppata come campo scientifico e accademico, con studi comparativi sulle pratiche di cura e la definizione di modelli teorici e strumenti pratici per gli infermieri. Come sottolinea Murphy (2006), il Transcultural Nursing guida la pratica clinica in ogni contesto sanitario, aiutando gli infermieri a fornire assistenza culturalmente congruente, rispettosa delle differenze culturali e in grado di costruire fiducia e collaborazione tra paziente e professionista.

Il campo di applicazione è ampio e gli elementi che vengono valutati ed utilizzati sono vari:

- comunicazione con pazienti di lingue diverse;
- gestione di credenze religiose o spirituali legate alla salute;
- decisioni familiari condivise in contesti collettivi.

L'infermieristica transculturale influenza anche la formazione, la ricerca clinica e la progettazione di linee guida, dimostrando come la cultura non sia un dettaglio, ma un elemento essenziale per rendere l'assistenza più sicura, umana ed efficace (Murphy, 2006).

In particolare, l'infermieristica transculturale utilizza i principi sviluppati da Madeleine Leininger, secondo cui l'assistenza infermieristica deve essere modellata sui bisogni culturali specifici del paziente, riconoscendo sia le differenze sia le somiglianze culturali che influenzano la percezione della salute, la risposta alla malattia e le pratiche di cura.

3.3.1 Gli strumenti

Il modello di valutazione transculturale sviluppato da Giger e Davidhizar (2006) rappresenta uno dei principali strumenti teorici utilizzati nell'infermieristica transculturale per analizzare l'influenza della cultura sulla salute e sull'assistenza. Questo modello identifica sei dimensioni culturali che guidano l'assessment infermieristico del paziente:

- comunicazione: comprende sia gli aspetti verbali sia quelli non verbali attraverso cui il paziente esprime bisogni, valori e significati legati alla salute; differenze linguistiche, gesti,

tono di voce e modalità di interazione possono influenzare la comprensione reciproca tra paziente e professionista sanitario;

- spazio: Lo spazio riguarda la percezione della distanza interpersonale e del contatto fisico durante le interazioni, elementi che possono variare tra le culture e incidere sul comfort del paziente durante le procedure assistenziali;
- organizzazione sociale: fa riferimento alle strutture familiari, ai ruoli sociali, alle credenze religiose e ai sistemi di supporto che influenzano il processo decisionale riguardo alla salute e alle cure;
- tempo: riguarda l'orientamento culturale verso passato, presente o futuro e può influenzare il modo in cui il paziente percepisce la malattia, la prevenzione e l'aderenza ai trattamenti;
- controllo ambientale: si riferisce alle credenze relative alla capacità dell'individuo di controllare gli eventi che influenzano la salute, includendo la fiducia nei sistemi sanitari, nelle pratiche tradizionali o nelle spiegazioni spirituali della malattia;
- variazioni biologiche: le differenze genetiche e fisiologiche tra gruppi culturali che possono influenzare la predisposizione a determinate patologie, le caratteristiche fisiche o la risposta ai trattamenti.

L'analisi integrata di queste sei dimensioni consente agli infermieri di comprendere meglio i bisogni culturali del paziente e di pianificare interventi assistenziali culturalmente appropriati e individualizzati (Giger & Davidhizar, 2002; Lesińska-Sawicka & Roszak, 2025).

L'approccio al paziente in contesti multiculturali richiede agli infermieri di applicare strategie pratiche e mirate per promuovere la compliance e l'aderenza alle cure. Il modello di Giger e Davidhizar (2002) fornisce un framework operativo utile: ad esempio, nella dimensione comunicazione, gli infermieri devono osservare attentamente sia i segnali verbali sia quelli non verbali, chiedere conferma di comprensione e adattare il linguaggio tecnico al livello culturale e linguistico del paziente. La dimensione spaziale indica che il rispetto della distanza interpersonale e delle preferenze sul contatto fisico aumenta la fiducia del paziente, mentre l'attenzione all'organizzazione sociale consente di identificare chi prende decisioni sanitarie nella famiglia o nella comunità, permettendo all'infermiere di coinvolgere le figure chiave per favorire la compliance.

3.3.2 Effetti della formazione in infermieristica transculturale

La presa di coscienza nelle società contemporanee rende sempre più necessario che gli infermieri possiedano competenze adeguate a comprendere i bisogni dei pazienti provenienti da contesti culturali differenti. In questo contesto, lo studio condotto da Lesińska-Sawicka e Roszak ha analizzato il livello di conoscenza culturale degli infermieri prima di ricevere una formazione specifica in infermieristica transculturale, utilizzando come quadro teorico il modello di valutazione culturale di Giger e Davidhizar. L'obiettivo della ricerca era quello di comprendere come gli infermieri interpretino e descrivano i fattori culturali rilevanti per l'assistenza sanitaria e di identificare eventuali lacune nella loro preparazione. Lo studio ha adottato un approccio di triangolazione metodologica, combinando analisi qualitative e quantitative dei dati raccolti da 36 infermieri iscritti a un corso di laurea magistrale. I partecipanti sono stati invitati a formulare affermazioni relative alla diversità culturale nella pratica infermieristica, generando complessivamente 353 enunciati che sono stati successivamente classificati secondo le sei dimensioni del modello di Giger e Davidhizar definiti in precedenza. L'analisi dei risultati ha mostrato che la maggior parte delle affermazioni riguardava il controllo ambientale, la comunicazione e l'organizzazione sociale, indicando che gli infermieri tendevano a riconoscere soprattutto aspetti legati alle credenze, ai valori e alle relazioni sociali dei pazienti. Al contrario, le dimensioni relative allo spazio, alle variazioni biologiche e ad alcuni aspetti della comunicazione, in particolare quella non verbale, risultavano meno considerate o descritte in modo semplificato. Gli autori interpretano questi risultati come indicativi di una conoscenza culturale ancora parziale e frammentaria prima della formazione specifica in infermieristica transculturale. Di conseguenza, lo studio sottolinea l'importanza di sviluppare programmi educativi strutturati che permettano agli infermieri di comprendere in modo più approfondito le diverse dimensioni culturali che influenzano la percezione della salute, la comunicazione con il paziente e l'organizzazione dell'assistenza (Lesińska-Sawicka & Roszak, 2025).

3.3.3 Necessità di formare gli infermieri con competenze transculturali

Lo studio di Papadopoulos et al. (2016) affronta l'importanza di sviluppare strumenti educativi volti a rafforzare la capacità degli infermieri e degli altri professionisti sanitari di fornire un'assistenza che sia al tempo stesso culturalmente competente e compassionevole. Gli autori evidenziano che, sebbene la compassione sia un concetto centrale nell'assistenza sanitaria, la preparazione formativa

di infermieri e operatori sanitari spesso non li dota adeguatamente delle competenze necessarie per praticare in modo culturalmente sensibile, tenendo conto di valori, credenze culturali e bisogni individuali dei pazienti. Per affrontare questa lacuna, il progetto europeo Intercultural Education of Nurses in Europe 3 (IENE 3) ha coinvolto sei paesi nella creazione di diciotto strumenti di apprendimento focalizzati su tre aree principali: compassione culturalmente competente, coraggio culturalmente competente e comunicazione interculturale. I principi metodologici alla base dello sviluppo di questi strumenti si ispirano al modello di transcultural nursing e competenza culturale di Papadopoulos, Tilki e Taylor, nonché ai progetti formativi precedenti IENE1 e IENE2. Gli strumenti, somministrati prevalentemente a studenti infermieri per valutarne la fattibilità, hanno integrato componenti sia teoriche sia pratiche, inclusi metodi di apprendimento innovativi e casi di studio. Dai feedback raccolti, gli studenti hanno riportato un'esperienza di apprendimento positiva, stimolante e collaborativa, sottolineando la flessibilità dei materiali e la loro capacità di promuovere riflessione critica sulla pratica culturale e compassionevole. Gli autori concludono che tali strumenti possono migliorare la sensibilità culturale e promuovere un'assistenza più efficace in contesti sanitari multiculturali, pur riconoscendo la necessità di ulteriori implementazioni e valutazioni a lungo termine (Papadopoulos et al., 2016).

Secondo Papadopoulos et al. (2016), lo sviluppo di abilità come la compassione culturalmente competente, il coraggio e la comunicazione interculturale è fondamentale perché gli infermieri operano sempre più in contesti caratterizzati da diversità culturale e sociale. Gli autori evidenziano che, sebbene la compassione sia considerata un elemento centrale dell'assistenza sanitaria, molti professionisti non possiedono strumenti adeguati ad integrarla con la consapevolezza culturale, rischiando di fornire cure meno efficaci o non pienamente sensibili ai bisogni individuali dei pazienti. Le abilità sviluppate attraverso gli strumenti formativi del progetto IENE 3 permettono agli studenti e agli operatori sanitari di riflettere criticamente sulle differenze culturali, riconoscere le proprie assunzioni e pregiudizi, e adattare il proprio approccio alle caratteristiche e ai valori di ciascun paziente. In particolare, la capacità di comunicare in modo interculturale e di esercitare coraggio nel sostenere decisioni eticamente corrette e culturalmente rispettose consente agli infermieri di gestire situazioni complesse in cui le differenze culturali possono influenzare le aspettative di cura, la comprensione delle informazioni e la partecipazione del paziente al proprio percorso terapeutico. Gli autori concludono che lo sviluppo sistematico di queste competenze non

solo migliora l'efficacia dell'assistenza, ma contribuisce anche a promuovere un ambiente sanitario inclusivo e rispettoso delle diversità culturali (Papadopoulos et al., 2016).

3.3.4 Presa in carico efficace

Lesińska-Sawicka e Roszak (2025) evidenziano che gli infermieri spesso riconoscono le dimensioni legate alla comunicazione, al controllo ambientale e all'organizzazione sociale, ma trascurano la comunicazione non verbale e le differenze biologiche; per questo, tecniche come l'uso di supporti visivi, il monitoraggio di reazioni fisiologiche e la verifica continua della comprensione del paziente sono strumenti pratici per colmare queste lacune. Papadopoulos et al. (2016) mostrano che lo sviluppo di competenze emotive e relazionali, come compassione e coraggio culturalmente competente, permette agli infermieri di instaurare un rapporto di fiducia, di affrontare conversazioni difficili su trattamenti complessi e di incoraggiare il paziente a seguire le indicazioni terapeutiche. Infine, Murphy (2006) sottolinea che la letteratura evidenzia come la formazione transculturale e l'uso di strumenti standardizzati di assessment consentano agli infermieri di adattare sistematicamente il loro approccio, integrando conoscenze multidisciplinari e osservazioni dirette del paziente per ottimizzare l'aderenza alle cure. In sintesi, combinando l'assessment strutturato, l'osservazione attiva, la comunicazione adattata e la compassione culturalmente competente, gli infermieri possono modulare l'assistenza in modo da aumentare la compliance del paziente e garantire cure più efficaci e sicure (Giger & Davidhizar, 2002; Murphy, 2006; Lesińska-Sawicka & Roszak, 2025; Papadopoulos et al., 2016).

3.3.5 Differenze culturali

Uno studio qualitativo condotto in un ospedale pubblico di Dhaka, in Bangladesh, evidenzia come la comunicazione di informazioni mediche gravi ai pazienti sia fortemente influenzata dai desideri e dalle preferenze della famiglia. In molti casi, i professionisti sanitari preferiscono non rivelare prognosi terminali per proteggere i pazienti da un eccessivo stress emotivo e per garantire i migliori esiti di cura (Siraj, Hens & Ali, 2024).

Nel contesto culturale bengalese, la famiglia rappresenta l'unità centrale della società e le decisioni sanitarie vengono spesso prese collettivamente. Questo approccio riflette norme culturali

consolidate, valori etici religiosi e tradizioni familiari, in cui l'importanza di prendere decisioni come unità familiare è fortemente radicata (Siraj, Hens & Ali, 2024).

Questa realtà sottolinea quanto sia cruciale un'assistenza sanitaria culturalmente sensibile e un approccio di infermieristica transculturale, in grado di comprendere e rispettare le dinamiche familiari, i valori culturali e le percezioni dei pazienti, della famiglia e dei professionisti sanitari riguardo alla comunicazione delle informazioni mediche. Un tale approccio permette di fornire cure più umane, efficaci e adeguate al contesto socio-culturale del paziente (Siraj, Hens & Ali, 2024).

3.4 Interventi

Il diabete mellito di tipo 2 rappresenta una patologia cronica diffusa a livello globale e colpisce in modo rilevante le popolazioni migranti. I gruppi etnici sudasiatici, inclusa la comunità bengalese, presentano un rischio più elevato rispetto alla popolazione generale, dovuto all'interazione tra fattori genetici, ambientali, comportamentali e determinanti sociali della salute, come svantaggi socioeconomici e barriere culturali e linguistiche. Ciò rende necessari interventi educativi adattati culturalmente, nei quali l'infermieristica transculturale gioca un ruolo centrale nella promozione della salute e nella gestione della malattia (Lagisetty et al., 2017).

Interventi comunitari culturalmente adattati si sono dimostrati efficaci. Lo studio di Islam et al. (2018) ha coinvolto pazienti bengalesi con diabete mellito tramite community health workers con la medesima appartenenza culturale. Sessioni educative in lingua madre e con esempi quotidiani hanno migliorato la conoscenza della malattia, la gestione della glicemia, l'attività fisica e la fiducia nell'autogestione. L'alimentazione, influenzata da tradizioni culturali, rappresenta un fattore chiave: nella popolazione bengalese il consumo elevato di carboidrati, soprattutto riso, persiste anche dopo la migrazione, aumentando il rischio diabetico. Interventi nutrizionali adattati culturalmente, come quelli studiati da Piombo et al. (2020), hanno migliorato l'aderenza alle raccomandazioni dietetiche e la varietà degli alimenti consumati, grazie anche al supporto di mediatori transculturali che facilitano comunicazione e comprensione. La letteratura concorda sul fatto che gli interventi di prevenzione risultano più efficaci quando includono strategie educative culturalmente sensibili, utilizzo della lingua madre, adattamento dei materiali e coinvolgimento della comunità (Lagisetty et al., 2017).

L'infermieristica transculturale permette di integrare queste dimensioni nel processo di cura, migliorando l'autogestione, la prevenzione delle complicanze e l'aderenza ai comportamenti salutari. In sintesi, l'adozione di approcci educativi e preventivi culturalmente adattati, con il coinvolgimento di figure di riferimento della comunità e mediatori transculturali, rappresenta una strategia efficace per migliorare la gestione del diabete e gli esiti di salute nella popolazione bengalese migrante (Islam et al., 2018; Piombo et al., 2020; Lagisetty et al., 2017).

CAPITOLO 4 – DISCUSSIONE

L'analisi dei dati mostra che il diabete mellito di tipo 2 è un problema di salute molto complesso e in aumento anche tra la popolazione bengalese, sia paese di origine che in quelli in cui risiedono, come l'Italia. Gli studi esaminati dimostrano che ci sono molti fattori che influenzano questo problema, quali la biologia, il comportamento, la società e la cultura, che interagiscono tra loro e aumentano il rischio di ammalarsi e rendendo più difficile curare la malattia.

Uno degli aspetti più importanti che è emerso è che le persone della regione sudasiatica hanno una maggiore tendenza a sviluppare il diabete di tipo 2 a causa della predisposizione genetica e metabolica. Questo accade anche quando l'indice di massa corporea è più basso rispetto ad altre popolazioni. Ciò significa che i metodi tradizionali per valutare il rischio di sviluppare il diabete potrebbero non essere sufficienti se non vengono adattati alle specifiche esigenze di ogni gruppo etnico. Oltre a questo fattore biologico, ci sono anche altri elementi legati allo stile di vita che aumentano il rischio, come ad esempio una dieta ricca di carboidrati, poca attività fisica e altri comportamenti. Questi fattori contribuiscono a far aumentare il numero di persone che sviluppano il diabete.

Il fenomeno migratorio aggiunge altri aspetti complessi alla questione: quando le persone dal Bangladesh si trasferiscono in Italia, il loro modo di vivere e le loro abitudini cambiano quotidianamente. Anche l'accesso ai servizi sanitari è diverso e questo può avere un grande impatto sulla loro salute. Ci sono molti ostacoli che possono rendere difficile come utilizzare i servizi in maniera corretta per loro capire le loro patologie e seguire le cure necessarie. Ad esempio, possono esserci barriere linguistiche, differenze culturali e livelli di istruzione diversi che possono creare ostacoli. Perciò, il diabete non può essere visto solo come una malattia, ma come un problema che è legato al contesto sociale e culturale in cui le persone vivono.

La diagnosi del diabete si basa su criteri ben definiti e condivisi in tutto il mondo, ma ci sono alcuni problemi da considerare. I test utilizzati per diagnosticare il diabete possono dare risultati diversi e possono essere interpretati in modi differenti a seconda del contesto clinico. Per questo motivo, è utile utilizzare insieme la misurazione della glicemia plasmatica e dell'emoglobina glicata per avere una visione più completa. È fondamentale valutare con attenzione le condizioni individuali di ogni paziente, poiché ognuno ha bisogno di un approccio personalizzato: il medico deve considerare tutti i dati clinici e le caratteristiche specifiche della persona per poter prendere decisioni appropriate. Il diabete è una malattia che richiede una presa in carico personalizzata, che tiene conto delle esigenze e delle condizioni individuali di ogni paziente.

CAPITOLO 5 – CONCLUSIONI

Nel contesto di riferimento, l'infermieristica che considera le diverse culture diventa molto importante per migliorare la qualità dell'assistenza ai pazienti. I modelli teorici esaminati, come quello di Giger e Davidhizar, forniscono una struttura per capire come la cultura influenza, la salute e il comportamento del paziente. La comunicazione, la vita in società, le convinzioni religiose e la percezione della malattia sono aspetti fondamentali da considerare quando si pianificano le cure. Questo approccio aiuta a fornire un'assistenza più personalizzata e rispettosa delle differenze culturali dei pazienti.

La letteratura mostra che gli infermieri senza una formazione specifica si concentrano di più su alcuni aspetti culturali trascurandone altri, come la comunicazione non verbale o le differenze biologiche. Ciò significa che è fondamentale creare percorsi formativi strutturati per aiutare gli operatori sanitari a sviluppare competenze culturali.

Gli infermieri possono così acquisire una maggiore consapevolezza delle esigenze dei pazienti provenienti da culture diverse, migliorando la qualità dell'assistenza sanitaria. La formazione e l'uso di strumenti educativi innovativi sono quindi essenziali per offrire un'assistenza sanitaria culturalmente competente e compassionevole.

Nella cultura bengalese, la famiglia gioca un ruolo importante: quando si tratta di prendere decisioni sulla salute, spesso sono prese insieme, come una famiglia. Questo può essere sia un aiuto sia un problema. Da un lato la famiglia aiuta il malato, ma dall'altro può influenzare la comunicazione tra il medico e il paziente e la capacità di partecipare attivamente alle proprie cure. L'infermiere deve essere in grado di trovare un equilibrio tra le esigenze mediche e i valori della cultura bengalese, rispettando la cultura e garantendo buone cure.

Gli interventi educativi che tengono conto della cultura del posto sono tra i metodi più efficaci per aiutare le persone bengalesi a gestire il diabete. Quando si utilizza la lingua che le persone parlano a casa, si coinvolgono persone che conoscono bene la cultura locale e si usano esempi pratici che fanno parte della vita di tutti i giorni, allora le persone capiscono meglio la malattia, sanno cosa le mette a rischio e sono in grado di prendersi cura di se stesse. Inoltre, quando la comunità locale è coinvolta, è più facile che le persone cambino comportamento in modo duraturo e sostenibile.

In sintesi, il diabete di tipo 2 nella comunità bengalese che si è trasferita in un altro paese è un problema di salute molto serio. Per affrontarlo, non basta solo curare il paziente, ma è fondamentale

considerare anche la sua cultura, la sua storia e le sue abitudini quotidiane. Gli infermieri che conoscono bene le diverse culture possono aiutare molto in questo senso, perché sono in grado di fornire un'assistenza personalizzata, che tenga conto delle esigenze specifiche di ciascun paziente. In questo modo, è possibile aiutare le persone con diabete a seguire meglio le indicazioni dei medici e a migliorare la loro salute in generale. È fondamentale che si promuovano programmi educativi mirati per aiutare le persone a capire meglio il diabete mellito di tipo 2. Inoltre, i professionisti sanitari devono sviluppare competenze transculturali per poter aiutare al meglio le persone di diverse culture, come ad esempio la comunità bengalese. Il coinvolgimento della comunità bengalese nei percorsi di prevenzione e cura è molto importante. Solo lavorando insieme e considerando le esigenze culturali di ogni persona, possiamo rispondere efficacemente ai bisogni di una popolazione in crescita e ridurre l'impatto del diabete mellito di tipo 2, sia a livello individuale che collettivo.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Ali, O. (2024). Genetic basis of early onset and progression of type 2 diabetes in South Asians. Nature Medicine. <https://www.nature.com/articles/s41591-024-03317-8>
- African and Bangladeshi diabetic patients in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8932. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238932>
- American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. (2026). Diagnosis and classification of diabetes: Standards of care in diabetes—2026. *Diabetes Care*, 49(Supplement_1), S27–S49. <https://doi.org/10.2337/dc26-S002>
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2002). The Giger and Davidhizar transcultural assessment model. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 185–188. <https://doi.org/10.1177/10459602013003004>
- Haque, M. A., Sawrav, M. S. S., Gupta, S. D., Das, S. C., Barman, D. N., Islam, M. M., & Hossain, M. M. (2025). Genetic insights into type 2 diabetes mellitus susceptibility: A case-control study of the ADIPOQ rs1501299 polymorphism in the population of Noakhali region of Bangladesh. *Genetics Research*, 2025, 8818420. <https://doi.org/10.1155/genr/8818420>
- International Diabetes Federation. (2024). Bangladesh – International Diabetes Federation. <https://idf.org/our-network/regions-and-members/south-east-asia/members/bangladesh/>
- Islam, N. S., Wyatt, L. C., Taher, M. D., Riley, L., Tandon, S. D., Tanner, M., Mukherji, B. R., & Trinh-Shevrin, C. (2018). A culturally tailored community health worker intervention leads to improvement in patient-centered outcomes for immigrant patients with type 2 diabetes. *Clinical Diabetes : A Publication of the American Diabetes Association*, 36(2), 100–111. <https://doi.org/10.2337/cd17-0068>
- Karnchanasorn, R., Huang, J., Ou, H.-Y., Feng, W., Chuang, L.-M., Chiu, K. C., & Samoa, R. (2016). *Comparison of the current diagnostic criterion of HbA1c with fasting and 2-hour plasma glucose concentration*. *Journal of Diabetes Research*, 2016, Article 6195494. <https://doi.org/10.1155/2016/6195494>
- Lesińska-Sawicka, M., & Roszak, A. (2025). Understanding diversity: The cultural knowledge profile of nurses prior to transcultural education in light of a triangulated study based on the Giger and Davidhizar model. *Healthcare*, 13(15), 1907. <https://doi.org/10.3390/healthcare13151907>

- Lesińska-Sawicka, M., & Roszak, A. (2025). Understanding diversity: The cultural knowledge profile of nurses prior to transcultural education in light of a triangulated study based on the Giger and Davidhizar model. *Healthcare*, 13(15), 1907. <https://doi.org/10.3390/healthcare13151907>
- Lagisetty, P. A., Priyadarshini, S., Terrell, S., Hamati, M., Landgraf, J., Chopra, V., & Heisler, M. (2017). Culturally targeted strategies for diabetes prevention in minority populations. *The Diabetes Educator*, 43(1), 54–77. <https://doi.org/10.1177/0145721716683811>
- Murphy, S. C. (2006). Mapping the literature of transcultural nursing. *Journal of the Medical Library Association*, 94(2 Suppl), E143–E151. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16710461/>
- Mahmood, S. A., Uddin, M. F., Mustari, M., Mahjabeen, S., Das, S., Azad, M. K., Rahim, C. M., Moyeen, S., & Selim, S. (2025). TCF7L2 rs12255372 gene polymorphism and susceptibility to obesity: Experience from a tertiary level hospital in Bangladesh. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 29(3), 313–318. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40688614/>
- Mahmood, S. A., Fariduddin, M., Banu, L. A., Hossain, S., Masum, M. M., Moyeen, S., & Selim, S. (2025). A genetic clue to T2DM in Bangladesh: The TCF7L2 rs12255372 (G/T) variant. *Oman Medical Journal*, 40(1), e713. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40761474/>
- Murphy, S. C. (2006). Mapping the literature of transcultural nursing. *Journal of the Medical Library Association*, 94(2 Suppl), E143–E151. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16710461/>
- Natale, L. (2021). The residential settlement of Bangladeshis in Italy: The case of Rome (Post-print). *Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale*. <https://iris.unicas.it/handle/11580/83943>
- Nikitara, M., Mba, A. E., Latzourakis, E., & Constantinou, C. S. (2025). Healthcare professionals' cultural competence in diabetes care: A systematic review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 13(22), 2910. <https://doi.org/10.3390/healthcare13222910>
- Osservatorio Regionale Immigrazione. (2024). Immigrazione straniera in Veneto: Rapporto 2023. Regione del Veneto. https://www.cestim.it/sezioni/dati_statistici/italia/veneto/2024-04_Rapporto_immigrazione_2023.pdf
- Papadopoulos, I., Shea, S., Taylor, G., Pezzella, A., & Foley, L. (2016). Developing tools to promote culturally competent compassion, courage and intercultural communication in

healthcare. *Journal of Compassionate Health Care*, 3(2).
<https://doi.org/10.1186/s40639-016-0019-6>

- Piombo, L., Nicoletta, G., Barbarossa, G., Tubili, C., Pandolfo, M. M., Castaldo, M., Costanzo, G., Mirisola, C., & Cavani, A. (2020). Outcomes of Culturally Tailored Dietary Intervention in the North African and Bangladeshi Diabetic Patients in Italy. *International journal of environmental research and public health*, 17(23), 8932. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238932>
- Riaz, B. K., Islam, M. Z., Islam, A. N. M. S., Zaman, M. M., Hossain, M. A., Rahman, M. M., Khanam, F., Amin, K. M. B., & Noor, I. N. (2020). Risk factors for non-communicable diseases in Bangladesh: Findings of the population-based cross-sectional national survey 2018. *BMJ Open*, 10(11), e041334. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33247026/>
- Rosenthal, T., Touyz, R. M., & Oparil, S. (2022). Migrating Populations and Health: Risk Factors for Cardiovascular Disease and Metabolic Syndrome. *Current hypertension reports*, 24(9), 325–340. <https://doi.org/10.1007/s11906-022-01194-5>
- Siraj, S., Hens, K., & Ali, Y. (2024). Disclosure of true medical information: The case of Bangladesh. *BMC Medical Ethics*, 25(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01115-y>
- Wolf, R. M., Nagpal, M., & Magge, S. N. (2021). Diabetes and cardiometabolic risk in South Asian youth: A review. *Pediatric Diabetes*, 22(1), 52–66. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32666595/>

● **ALLEGATI 1: Descrizione degli studi inclusi del quesito N. 1**

Autore/i, titoli e anno di pubblicazione	Disegno, setting e campione	Obiettivo /i	Risultati
<p>TCF7L2 rs12255372 Polimorfismo genico e suscettibilità all'obesità: esperienza in un ospedale di livello terziario in Bangladesh</p> <p>(Mahmood, S. A.; Uddin, M. F.; Mustari, M.; Mahjabeen, S.; Das, S.; Azad, M. K.; Rahim, C. M.; Moyeen, S.; Selim, S.) (2025)</p>	<p>Disegno: studio osservazionale (probabilmente caso-controllo)</p> <p>Setting: ospedale di livello terziario in Bangladesh</p> <p>Campione: pazienti con obesità e soggetti di controllo (numero non specificato nel riferimento)</p>	<p>Valutare l'associazione tra il polimorfismo genetico TCF7L2 rs12255372 e la suscettibilità all'obesità.</p>	<p>È stata osservata un'associazione significativa tra il polimorfismo rs12255372 e l'obesità. Alcuni genotipi (in particolare l'allele di rischio) risultano più frequenti nei soggetti obesi rispetto ai controlli. Il gene TCF7L2 potrebbe contribuire alla predisposizione genetica all'obesità nella popolazione studiata.</p>
<p>Un indizio genetico sul T2DM in Bangladesh: la variante TCF7L2 rs12255372 (G/T)</p> <p>(Mahmood, S. A.; Fariduddin, M.; Banu, L. A.; Hossain, S.; Masum, M. M.; Moyeen, S.; Selim, S.) (2025)</p>	<p>Disegno: studio genetico osservazionale (caso-controllo)</p> <p>Setting: Bangladesh</p> <p>Campione: pazienti con diabete mellito di tipo 2 (T2DM) e controlli sani</p>	<p>Analizzare il ruolo del polimorfismo TCF7L2 rs12255372 (G/T) come fattore genetico di rischio per il T2DM.</p>	<p>L'allele T è associato a un aumento del rischio di sviluppare T2DM. I soggetti portatori del genotipo a rischio mostrano una maggiore suscettibilità alla malattia. Il TCF7L2 emerge come importante marcatore genetico per il T2DM nella popolazione del Bangladesh.</p>

<p>Approfondimenti genetici sulla suscettibilità al diabete mellito di tipo 2: uno studio casi-controllo del polimorfismo ADIPOQ rs1501299 nella popolazione della regione di Noakhali in Bangladesh</p> <p>(Haque, M. A.; Sawrav, M. S. S.; Gupta, S. D.; Das, S. C.; Barman, D. N.; Islam, M. M.; Hossain, M. M.) (2025)</p>	<p>Disegno: studio caso-controllo</p> <p>Setting: regione di Noakhali, Bangladesh</p> <p>Campione: pazienti con T2DM e soggetti di controllo</p>	<p>Studiare l'associazione tra il polimorfismo ADIPOQ rs1501299 e la suscettibilità al diabete mellito di tipo 2.</p>	<p>È stata identificata un'associazione significativa tra il polimorfismo rs1501299 e il rischio di T2DM.</p> <p>Alcuni genotipi risultano correlati a un aumento del rischio di malattia.</p> <p>Il gene ADIPOQ può avere un ruolo importante nella patogenesi del T2DM nella popolazione studiata.</p>
<p>Confronto tra il criterio diagnostico attuale dell'HbA1c e la concentrazione di glucosio plasmico a digiuno e 2 ore</p>	<p>Disegno: Studio osservazionale</p> <p>Setting: Smbito ambulatoriale</p> <p>Campione: 818 adulti senza diagnosi.</p>	<p>Valutare concordanza e affidabilità di HbA1c, glicemia a digiuno e OGTT.</p>	<p>HbA1c mostra bassa sensibilità rispetto all'OGTT, con molti casi di diabete non identificati; emerge una forte discrepanza tra i test, con HbA1c che tende a sottostimare la prevalenza, mentre</p>

			l'OGTT risulta il metodo più sensibile.
--	--	--	---

ALLEGATO 2: Descrizione degli studi inclusi del quesito N. 2

Autore/i, titoli e anno di pubblicazione	Campione, disegno e setting	Obiettivo /i	Risultati
<p>Fattori di rischio per le malattie non trasmissibili in Bangladesh: risultati dell'indagine nazionale trasversale basata sulla popolazione 2018.</p> <p>(Riaz, B. K.; Islam, M. Z.; Islam, A. N. M. S.; Zaman, M. M.; Hossain, M. A.; Rahman, M. M.; Khanam, F.; Amin, K. M. B.; Noor, I. N.) (2020)</p>	<p>Disegno: studio trasversale (cross-sectional) nazionale basato sulla popolazione</p> <p>Setting: Bangladesh (indagine nazionale STEPS 2018)</p> <p>Campione: circa 9900 adulti (18–69 anni), con oltre 8000 partecipanti completi</p>	<p>Determinare la prevalenza nazionale dei fattori di rischio per le malattie non trasmissibili</p>	<p>Alta prevalenza di fattori di rischio comportamentali e metabolici (uso di tabacco, dieta inadeguata, inattività fisica).</p> <p>Il 70,9% presenta 1–2 fattori di rischio e il 26,2% ≥ 3 fattori.</p> <p>Maggior rischio nelle aree urbane per obesità, ipertensione e diabete.</p> <p>Necessità di interventi di sanità pubblica mirati su gruppi ad alto rischio.</p>
<p>Popolazioni migranti e salute: fattori di rischio per malattie cardiovascolari e sindrome metabolica</p>	<p>Disegno: revisione narrativa della letteratura</p> <p>Campione: non applicabile (analisi di studi precedenti)</p>	<p>Analizzare i principali fattori di rischio per: malattie cardiovascolari. sindrome metabolica</p> <p>Valutare l'impatto della migrazione sulla</p>	<p>Le popolazioni migranti hanno maggiore rischio di malattie cardiovascolari e sindrome metabolica</p>

<p>Theodore Rosenthal; Rhian M. Touyz; Suzanne Oparil (2022)</p>	<p>Setting: popolazioni migranti a livello globale (soprattutto Europa e Nord America)</p>	<p>salute cardiometabolica. Identificare determinanti sociali, ambientali e biologici del rischio</p>	<p>Il rischio aumenta per dieta occidentale e sedentarietà Stress e fattori socioeconomici peggiorano la salute cardiometabolica Barriere di accesso ai servizi sanitari contribuiscono a diagnosi e gestione peggiori Differenze etniche e genetiche influenzano la suscettibilità</p>
<p>Diabete e rischio cardiometabolico nei giovani sudasiatici: una recensione Rebecca M. Wolf; Megha Nagpal; Sheela N. Magge (2021)</p>	<p>Disegno: revisione narrativa della letteratura Campione: non applicabile Setting: popolazioni pediatriche sudasiatiche (globale, inclusi migranti)</p>	<p>Analizzare il rischio di: diabete (soprattutto tipo 2), malattie cardiometaboliche nei giovani sudasiatici. Identificare fattori di rischio specifici di questa popolazione</p>	<p>I giovani sudasiatici sviluppano diabete e rischio cardiometabolico più precocemente Maggiore adiposità viscerale anche con BMI normale Presenza di insulino-resistenza elevata Ruolo combinato di fattori genetici e ambientali (dieta, sedentarietà)</p>

			Maggior rischio rispetto ad altre popolazioni
--	--	--	---

ALLEGATO 3: Descrizione degli studi inclusi del quesito N.3

Autore/i, titoli e anno di pubblicazione	Campione, disegno e setting	Obiettivo /i	Risultati
Un intervento culturalmente personalizzato da un operatore sanitario comunitario porta a un miglioramento degli esiti centrati sul paziente per i pazienti immigrati con diabete di tipo 2 (Nadia S. Islam; Wyatt, L. C.; Taher, M. D.; Riley, L.; Tandon, S. D.; Tanner, M.; Mukherji, B. R.; Trinh-Shevrin, C.) (2018)	Disegno: studio interventistico (community-based) Setting: comunità di immigrati negli Stati Uniti Campione: pazienti immigrati con diabete tipo 2	Valutare l'efficacia di un intervento con community health workers culturalmente adattato. Migliorare gli outcome centrati sul paziente nel T2DM	Miglioramento di autogestione del diabete Aumento dell'aderenza terapeutica Miglioramento della qualità della vita e degli outcome percepiti.
Strategie culturalmente mirate per la prevenzione del diabete nelle popolazioni minoritarie: una revisione sistematica	Disegno: revisione della letteratura Setting: popolazioni minoritarie (principalmente USA) Campione: non applicabile	Analizzare strategie culturalmente adattate per la prevenzione del diabete	Interventi culturalmente mirati migliorano: Dieta, attività fisica, controllo glicemico.

<p>e un quadro di riferimento</p> <p>(Pooja A. Lagisetty; Priyadarshini, S.; Terrell, S.; Hamati, M.; Landgraf, J.; Chopra, V.; Heisler, M.) (2017)</p>			<p>Maggiore efficacia rispetto agli interventi standard</p> <p>Importanza del coinvolgimento della comunità.</p>
<p>Divulgazione di informazioni mediche vere: il caso del Bangladesh (Siraj, S.; Hens, K.; Ali, Y.) (2024)</p>	<p>Disegno: studio qualitativo</p> <p>Setting: contesto sanitario in Bangladesh</p> <p>Campione: professionisti sanitari, pazienti e familiari</p>	<p>Analizzare le modalità di comunicazione delle informazioni mediche nel contesto culturale bangladese</p>	<p>La comunicazione è influenzata da fattori culturali e familiari; spesso le informazioni vengono filtrate dalla famiglia, con implicazioni sull'autonomia del paziente</p>
<p>Mappatura della letteratura dell'infermieristica transculturale</p> <p>(Murphy, S. C.) (2006)</p>	<p>Disegno: revisione della letteratura</p> <p>Setting: contesto accademico e scientifico internazionale</p> <p>Campione: articoli scientifici</p>	<p>Analizzare e mappare la letteratura sull'infermieristica transculturale</p>	<p>Emerge la crescente importanza della competenza culturale e la necessità di integrarla nella pratica infermieristica.</p>

	sull'infermieristica transculturale		
<p>Comprendere la diversità: il profilo culturale delle conoscenze degli infermieri prima dell'educazione transculturale alla luce di uno studio triangolato basato sul modello Giger e Davidhizar</p> <p>(Lesińska-Sawicka, M.; Roszak, A.) (2025)</p>	<p>Disegno: studio triangolato (metodologia mista)</p> <p>Setting: contesto formativo e clinico infermieristico</p> <p>Campione: infermieri</p>	<p>Valutare il livello di conoscenza culturale degli infermieri prima di un'educazione transculturale</p>	<p>Livello di competenza culturale variabile e spesso insufficiente; emerge il bisogno di formazione specifica</p>
<p>Competenza culturale dei professionisti sanitari nella cura del diabete: una revisione sistematica</p> <p>(Nikitara, M.; Mba, A. E.; Latzourakis, E.; Constantinou, C. S.) (2025)</p>	<p>Disegno: revisione sistematica</p> <p>Setting: contesti sanitari internazionali</p> <p>Campione: studi su professionisti sanitari coinvolti nella cura del diabete</p>	<p>Analizzare la competenza culturale degli operatori sanitari nella cura del diabete</p>	<p>Emergono carenze nella competenza culturale; necessità di formazione per migliorare la qualità dell'assistenza.</p>
<p>Il Modello di Valutazione</p>	<p>Disegno: Articolo teorico/descrittivo.</p>	<p>Presentare il modello di valutazione</p>	<p>Il modello individua sei fenomeni culturali</p>

<p>Transculturale Giger e Davidhizar</p> <p>(Giger, J. N.; Davidhizar, R.) (2002)</p>	<p>Setting: contesto infermieristico generale.</p> <p>Campione: Non applicabile (modello teorico).</p>	<p>transculturale per supportare gli infermieri nella cura di pazienti culturalmente diversi</p>	<p>(comunicazione, tempo, spazio, organizzazione sociale, controllo ambientale, variazioni biologiche) che guidano la valutazione del paziente e la progettazione di cure culturalmente sensibili</p>
<p>Il modello individuali sei fenomeni culturali (comunicazione, tempo, spazio, organizzazione sociale, controllo ambientale, variazioni biologiche) che guidano la valutazione del paziente e la progettazione di cure culturalmente sensibili</p>	<p>Disegno: Ricerca partecipativa</p> <p>Setting: Contesto formativo in sei paesi europei</p> <p>Campione: Studenti infermieri</p>	<p>Sviluppare strumenti per promuovere compassione e comunicazione interculturale</p>	<p>Strumenti teorici e pratici, stimolano apprendimento riflessivo e comprensione interculturale.</p>
<p>Comprendere la diversità: il profilo culturale delle conoscenze degli</p>	<p>Disegno: Studio triangolato</p> <p>Setting: Formazione infermieristica in Polonia</p>	<p>Analizzare conoscenza culturale degli infermieri prima della formazione</p>	<p>Gap in comunicazione non verbale, variazioni biologiche e spazio culturale; tre</p>

<p>infermieri prima dell'educazione transculturale alla luce di uno studio triangolato basato sul modello Giger e Davidhizar</p> <p>(Lesińska-Sawicka, M.; Roszak, A.) (Lesińska-Sawicka, M.; Roszak, A.) (2025)</p>	<p>Campione: 36 infermieri</p>		<p>profili di conoscenza culturale identificati.</p>
---	--------------------------------	--	--