



immidem

*Demenza nei migranti
che vivono in Italia:
sviluppo e implementazione
di modelli clinici
e assistenziali sensibili
alle diversità*

**RAZIONALE, METODOLOGIA E RISULTATI
DEL PROGETTO IMMIDEM**

(ANNI 2018-2026)

REPORT FINALE



immidem

*Demenza nei migranti che vivono in Italia:
sviluppo e implementazione di modelli clinici
e assistenziali sensibili alle diversità*

**RAZIONALE, METODOLOGIA E RISULTATI
DEL PROGETTO IMMIDEM
(ANNI 2018-2026)**

REPORT FINALE

© Istituto Superiore di Sanità
Prima edizione: marzo 2026
Il Pensiero Scientifico Editore
Via San Giovanni Valdarno 8, 00138 Roma
Telefono (+39) 06 862821 – Fax (+39) 06 86282250

Progetto grafico e impaginazione: Doppiosegno S.n.c., Roma
Coordinamento editoriale: Benedetta Ferrucci
Stampato da Lion Brand S.r.l., Roma
ISBN: 978-88-490-0847-0

**Progetto finanziato dal Ministero della Salute
nell'ambito della Ricerca Finalizzata 2016 (GR-2016-02364975)
e nell'ambito della Ricerca Finalizzata 2021 (GR-2021-12372081)**

AUTORI

IMMIDEM STUDY GROUP

Istituto Superiore di Sanità, Roma, Italia

- Antonio Ancidoni
- Ilaria Bacigalupo
- Guido Bellomo
- Marco Canevelli
- Benedetta Contoli
- Anna Chiara Di Nolfi
- Angela Giusti
- Eleonora Lacorte
- Ilaria Palazzesi
- Paola Piscopo
- Mariacristina Porrello
- Emanuela Salvi
- Francesco Sciancalepore
- Nicola Vanacore
- Francesca Zambri

Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio, Roma, Italia

- Anna Acampora
- Nera Agabiti
- Laura Angelici
- Anna Maria Bargagli
- Laura Cacciani
- Silvia Cascini
- Marina Davoli

Istituti Clinici Scientifici Maugeri, Pavia, Italia

- Simone Pomati

Ospedale Universitario Luigi Sacco, Milano, Italia

- Ilaria Cova
- Arianna Forgione
- Giorgia Maestri
- Alessia Nicotra
- Leonardo Pantoni

AUSL di Modena, Modena, Italia

- Valentina Guerzoni
- Rossella Tozzi

Sapienza Università di Roma, Roma, Italia

- Giuseppe Bruno
- Giulia Sarti

Università Milano-Bicocca, Milano, Italia

- Giulia Remoli

Karolinska Institutet and Stockholm University, Stockholm, Sweden

- Martina Valletta

INDICE

SINTESI	VII
1. La transizione demografica e culturale	1
L'invecchiamento della popolazione migrante: nuovi bisogni di salute	1
Demenza e barriere culturali	3
2. L'identità del progetto Immidem	9
Costruire un contesto di cura "culturalmente sensibile" e garantire equità di accesso ai servizi	9
L'Immidem Study Group	10
Collaborazioni internazionali	11
3. Il quadro epidemiologico: le dimensioni del fenomeno in Italia	13
La survey nazionale sui Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze	13
Demenza nei migranti residenti nella Regione Lazio: analisi di prevalenza e mortalità basata sui Sistemi Informativi Sanitari	18
4. Valutazione cognitiva cross-culturale	23
Oltre le barriere linguistiche: limiti dei test standardizzati e necessità di strumenti cross-culturali validati	23
Il toolkit diagnostico Immidem	25
Validazione e selezione finale dei test	27
Traduzione e validazione italiana della RUDAS e del CNTB	28
Il setting di cura	29
5. Formazione, informazione e lotta allo stigma	33
Formare gli operatori: i corsi residenziali ISS	33
Le edizioni del corso "Demenza e migranti": risultati e partecipazione	34
Il sito web come hub di risorse	34
6. Uscire dal servizio per incontrare le persone	39
L'esperienza del Centro Disturbi Cognitivi e Demenze di Modena nell'ambito del progetto Immidem	39
La formazione interna come leva di cambiamento	39
La formazione specifica dei mediatori culturali	40
La progettazione degli incontri territoriali	41
I numeri come indicatori di processo	42
Cosa ha imparato il servizio	42
7. Conclusioni e raccomandazioni di policy	45

SINTESI

L'invecchiamento della popolazione migrante rappresenta una trasformazione strutturale per il nostro Paese. Il numero di migranti over 60 che vivono in Italia è quasi quadruplicato negli ultimi trent'anni. Come risultato, un numero crescente di persone con storia di migrazione convive con patologie croniche età-correlate, tra cui disturbi cognitivi e demenze, con rilevanti implicazioni per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La demenza nei migranti pone delle complessità aggiuntive a livello clinico e assistenziale, e numerose barriere possono ostacolare un accesso equo, tempestivo e appropriato alle risorse sanitarie. Immidem rappresenta il primo progetto finanziato da un Ministero della Salute in Europa finalizzato a caratterizzare questo fenomeno e a sviluppare strategie mirate. I risultati del progetto sono chiari:

- **La demenza nei migranti è un fenomeno in aumento.** Si stima che circa 45.000 persone di origine straniera in Italia soffrano di disturbi cognitivi. Non si tratta di un'emergenza passeggera, ma di una sfida strutturale per il nostro SSN.
- **I servizi per le demenze sono ancora impreparati a fornire cura e assistenza sensibili alle diversità culturali.** Il mancato impiego di strumenti di valutazione cognitiva cross-culturale, le difficoltà a ricorrere a figure professionali chiave come interpreti e mediatori culturali, la scarsa preparazione specifica dei professionisti sanitari possono influenzare negativamente la qualità dell'iter diagnostico e della presa in carico.
- **I migranti con demenza hanno un ridotto accesso alla diagnosi e alla terapia, e sono più difficilmente "intercettati" dai sistemi informativi sanitari.** Questa interpretazione potrebbe spiegare perché i migranti risultino avere una ridotta prevalenza di demenza e un più basso rischio di mortalità rispetto ai nativi.
- **Il significato attribuito alla demenza, l'accesso alle risorse del SSN, il prestare cura a un familiare con disturbi cognitivi sono profondamente influenzati da aspetti culturali e dalla storia di migrazione.** I migranti con demenza e i loro caregiver possono sperimentare delle sfide ulteriori durante la storia di malattia.

Le evidenze generate dal progetto Immidem tracciano una rotta operativa, incentrata sui seguenti pilastri:

- Integrazione della demenza nei migranti nelle politiche nazionali e locali
- Adozione di nuovi approcci diagnostici e di strumenti di valutazione cross-culturali
- Formazione degli operatori sanitari
- Informazione e sensibilizzazione culturalmente situate

La demenza nei migranti è il banco di prova per l'implementazione di modelli di cura sensibili alle diversità, che sappiano vedere l'individuo oltre la sua etichetta diagnostica o il suo passaporto. Investire oggi in tali competenze significa preparare il SSN alle sfide del prossimo futuro. I risultati del progetto Immidem offrono ai decisori una base scientifica solida e strumenti già validati: il passaggio dalla fase di ricerca a politiche sanitarie strutturate e mirate è ora il passo necessario e non più rinviabile per garantire una risposta di sanità pubblica alla demenza realmente inclusiva.

1. LA TRANSIZIONE DEMOGRAFICA E CULTURALE

L'invecchiamento della popolazione migrante: nuovi bisogni di salute

Le migrazioni internazionali sono uno dei fenomeni più caratteristici dei nostri tempi. Il numero di migranti internazionali (definiti come persone che vivono in un Paese ma sono nate all'estero) è aumentato notevolmente negli ultimi 30 anni, raggiungendo i 304 milioni nel 2024 al livello globale¹. I migranti rappresentano attualmente il 3,7% della popolazione mondiale¹.

Negli ultimi anni, si è assistito a un graduale cambiamento nella struttura delle popolazioni migranti. A causa del progressivo invecchiamento della popolazione, la percentuale di migranti anziani è in rapido aumento¹. Come risultato, le nostre società sono sempre più composte da persone anziane con storia di migrazione e caratterizzate da una marcata diversità culturale.

In Italia, il numero di migranti anziani ≥ 60 anni è quasi quadruplicato nelle ultime 3 decadi. Secondo i dati ISTAT, solo negli ultimi 7 anni, la popolazione straniera anziana residente in Italia è passata da 404.095 a 591.591 abitanti². L'invecchiamento della popolazione migrante sta interessando entrambi i sessi (**figura 1.1**) e tutte le classi di età (**figura 1.2**).

Figura 1.1. Popolazione straniera ≥ 60 residente in Italia, per sesso

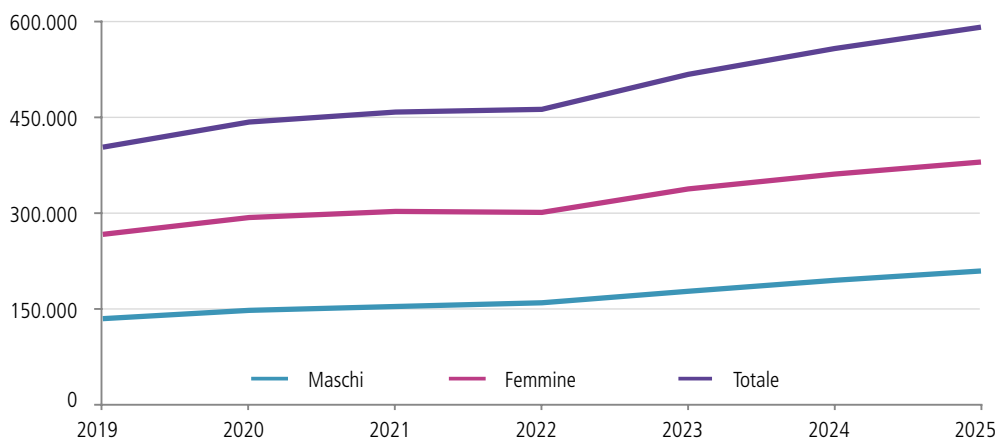
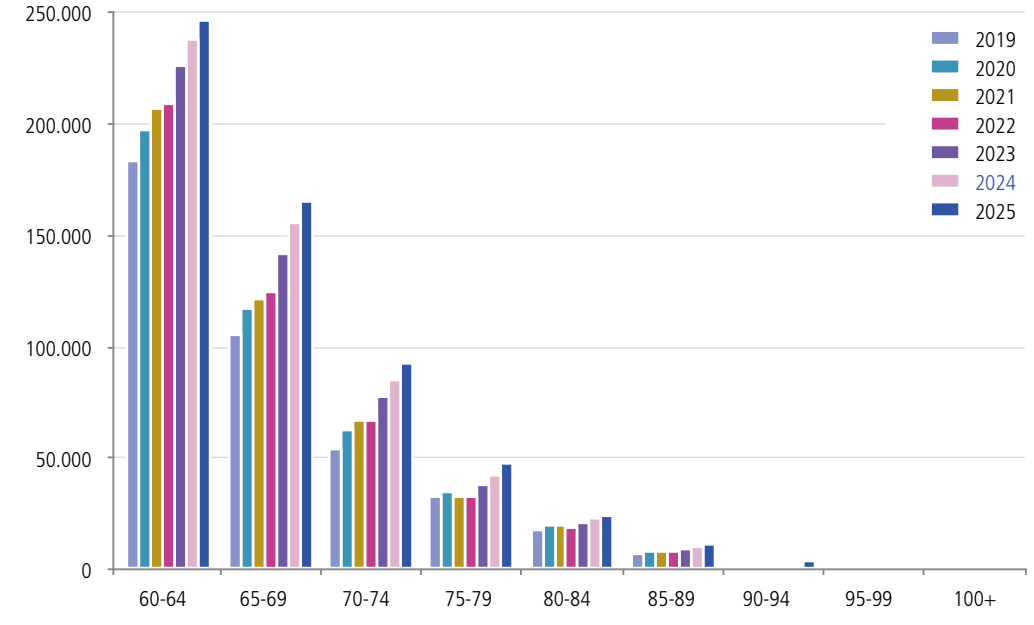


Figura 1.2. Popolazione straniera ≥ 60 residente in Italia, per classe d'età

Queste trasformazioni demografiche sono inevitabilmente accompagnate da un graduale cambiamento nei pattern di morbilità e nei bisogni sanitari dei migranti, sempre più esposti al peso delle malattie croniche legate all'età, come la demenza e i disturbi cognitivi.

Sulla base dei dati ISTAT aggiornati al 1° gennaio 2025 e dei tassi di prevalenza della demenza standardizzati per sesso e classe di età^{3,4}, è possibile stimare 13.255 casi di demenza a esordio tardivo (>65 anni) e 1.651 casi di demenza a esordio precoce (<65 anni) nella popolazione straniera residente in Italia (**tabelle 1.1 e 1.2**).

Tabella 1.1. Casi stimati di demenza ≥ 65 anni (late onset) nella popolazione straniera residente in Italia al 1° gennaio 2025

	Maschi			Femmine			Totale	
	Popolazione	Tassi x 100	Casi	Popolazione	Tassi x 100	Casi	Popolazione	Casi
65-69	56.138	0,9	505	109.017	1,1	1.199	165.155	1.704
70-74	30.782	2,1	646	61.349	2,2	1.350	92.131	1.996
75-79	16.691	4,6	768	30.696	5,6	1.719	47.387	2.487
80-84	8.763	9,0	789	15.407	13,3	2.049	24.170	2.838
85-89	4.052	13,9	563	7.319	26,4	1.932	11.371	2.495
>90	1.623	31,2	506	3.158	38,9	1.228	4.781	1.735
Totale	118.049		3.778	226.946		9.478	344.995	13.255

Tabella 1.2. Casi stimati di demenza <65 anni (early onset) nella popolazione straniera residente in Italia al 1° gennaio 2025

	Maschi			Femmine			Totale	
	Popolazione	Tassi x 100.000	Casi	Popolazione	Tassi x 100.000	Casi	Popolazione	Casi
35-39	299.329	0,0	0	279.742	4,6	13	579.071	13
40-44	287.026	3,7	11	276.839	11,1	31	563.865	41
45-49	250.787	23,5	59	262.428	10,2	27	513.215	86
50-54	192.126	38,4	74	229.405	63,2	145	421.531	219
55-59	144.456	177,1	256	196.903	152,5	300	341.359	556
60-64	92.635	285,3	264	153.961	306,7	472	246.596	736
Totale	1.266.359		663	1.399.278		988	2.665.637	1.651

Considerando i tassi di prevalenza del mild cognitive impairment⁵ si possono stimare, all'interno di questa popolazione, 29.522 casi di decadimento cognitivo lieve (tabella 1.3).

Tabella 1.3. Casi stimati di mild cognitive impairment nella popolazione straniera residente in Italia al 1° gennaio 2025

	Maschi			Femmine			Totale	
	Popolazione	Tassi x 100	Casi	Popolazione	Tassi x 100	Casi	Popolazione	Casi
60-69	150.474	4,0	6.019	265.838	4,8	12.760	416.312	18.779
70-79	48.831	5,7	2.783	94.426	5,8	5.477	143.257	8.260
80-89	13.165	6,1	803	23.657	7,1	1.680	36.822	2.483
Totale	212.470		9.605	383.921		19.917	596.391	29.522

Sulla base di queste stime, **si prevede quindi che circa 45.000 migranti nel nostro Paese siano affetti da disturbi cognitivi di varia natura e severità** e che possano accedere alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale dedicati. Questi numeri sono in netto aumento rispetto a quelli calcolati nel 2017⁶ e fotografano come il fenomeno della demenza nei migranti, per quanto appena emergente, abbia già raggiunto delle dimensioni rilevanti con importanti implicazioni di sanità pubblica. Appare inoltre verosimile come questi dati forniscano una sottostima del fenomeno, essendo basati solo sul numero di stranieri residenti nel nostro Paese, senza pertanto tenere conto dei migranti con differente status giuridico.

Demenza e barriere culturali

L'insorgenza di disturbi cognitivi può generare ulteriori complessità nelle persone con storia di migrazione. Alcune derivano genericamente dalla intricata relazione tra migrazione e salute e sono quindi comuni alla maggior parte delle malattie croniche. I determinanti sociali della salute legati alla migrazione possono, infatti, influenzare le traiettorie di salute e gli esiti clinici delle persone migranti. E diverse barriere — sia dal lato del paziente che da quello del sistema sanitario — possono influenzare l'accesso e la qualità delle cure.

Altre complessità sono, invece, più specifiche per la demenza e riguardano quasi tutti gli aspetti clinici e assistenziali: dalla valutazione cognitiva all'accesso ai servizi sanitari, dalla lotta contro lo stigma alla prevenzione.

La conoscenza e la consapevolezza riguardo alla demenza risultano spesso limitate tra i migranti e i loro familiari, influenzate da una varietà di modelli interpretativi culturali⁷. Tali visioni spaziano dalla normalizzazione del declino cognitivo come esito dell'invecchiamento, fino a letture di stampo spirituale o psicosociale. Questa carenza di alfabetizzazione sanitaria, unita a un limitato consenso sociale sulla patologia, può generare uno stigma che agisce come barriera, ritardando sensibilmente il ricorso alle cure e precludendo una diagnosi precoce e un adeguato percorso di supporto⁸.

Rilevanti difficoltà possono sorgere nell'approccio diagnostico e nella valutazione clinica dei migranti con disturbi cognitivi. Infatti, la maggior parte degli strumenti disponibili per valutare il funzionamento cognitivo è stata sviluppata in contesti occidentali e potrebbe risultare inadeguata a fornire una valutazione cognitiva cross-culturale⁹. Molte delle domande dei test che vengono quotidianamente somministrate ai pazienti che accedono ai servizi lamentando un deficit cognitivo (ad esempio ricordare date, indirizzi ed eventi) sono potenzialmente influenzate non solo dalla barriera linguistica, ma anche da fattori culturali, e richiedono una conoscenza minima degli standard occidentali. Studi condotti su migranti hanno dimostrato che l'adozione di test non sensibili alla cultura, come il Mini-Mental State Examination¹⁰, può portare a tassi elevati di misclassificazione della demenza, con persone dalle normali capacità cognitive che vengono erroneamente etichettate come pazienti. La valutazione neuropsicologica può essere sistematicamente distorta dal fatto che un determinato costrutto o dominio cognitivo può essere espresso in modo diverso tra i vari gruppi culturali. Anche quando un test misura una funzione cognitiva universale, come la denominazione, la diversa rilevanza e importanza che i singoli elementi assumono nelle varie culture può condizionare l'accuratezza del test. Infine, la valutazione può essere influenzata da distorsioni legate alle modalità di somministrazione del test stesso¹¹.

Oltre ai disturbi cognitivi, anche altre manifestazioni della demenza possono essere fortemente influenzate da fattori etno-culturali, come ad esempio i sintomi neuropsichiatrici e i deficit delle autonomie funzionali¹². Tale aspetto, unitamente alla mancanza di strumenti culturalmente sensibili dedicati, può precludere una corretta fenotipizzazione e classificazione del disturbo cognitivo.

L'approccio ai migranti affetti da demenza è complicato anche dalla scarsa preparazione specifica e dall'esperienza limitata dei servizi dedicati¹³. In particolare, la mancanza di una formazione mirata per gli operatori sanitari e la limitata disponibilità di figure chiave facilitatrici (come interpreti e mediatori culturali) rappresentano importanti ostacoli ad una presa in carico sensibile alle diversità¹⁴.

Chi assiste un migrante con demenza si trova a fronteggiare ostacoli specifici, legati a una conoscenza frammentaria della patologia e alla resistenza psicologica nell'accettarne il responso clinico¹⁵. Il complesso orientamento all'interno del sistema sanitario locale, unito alla carenza di servizi sensibili alle diversità culturali e alla presenza di fenomeni discriminatori, aggrava il carico assistenziale. A ciò si sovrappone un forte orientamento

al familismo e radicate convinzioni religiose, che impongono spesso il ricorso esclusivo a reti di cura domestiche e informali, escludendo il supporto professionale.

Il tema della demenza e della migrazione riguarda anche l'ambito della prevenzione. Infatti, i fattori di rischio modificabili per la demenza non sono distribuiti in modo omogeneo in tutti i segmenti delle popolazioni. Di conseguenza, il potenziale per la prevenzione primaria varia ampiamente nelle diverse regioni del mondo. Studi recenti hanno inoltre documentato ampie differenze in termini di casi prevenibili di demenza all'interno dello stesso Paese, prendendo in considerazione diversi gruppi culturali¹⁶. Nel complesso, queste nuove evidenze suggeriscono che dobbiamo fornire interventi culturalmente situati affinché le strategie di prevenzione siano davvero efficaci.

Infine, i recenti eventi catastrofici e conflitti in atto in diverse regioni del globo ci stanno insegnando quanto sia necessario fornire supporto anche alle persone affette da demenza che vivono in contesti di crisi umanitarie¹⁷.

Al fine di mappare le evidenze scientifiche attualmente disponibili sul tema della demenza nei migranti e nei rifugiati, l'Health and Migration Programme della World Health Organization (WHO) ha promosso la conduzione di una scoping review che è stata coordinata dall'Immidem Study Group¹⁸. La revisione è stata condotta consultando i database PubMed, Web of Science, PsycInfo ed Embase, dalla loro creazione fino al 1° luglio 2022, al fine di individuare studi originali incentrati sulla demenza nei migranti internazionali, rifugiati e richiedenti asilo e/o i loro caregiver. La revisione della letteratura scientifica è stata integrata da un'ampia analisi della letteratura grigia, basata sui siti web di organizzazioni internazionali, organizzazioni non governative, ministeri governativi, istituti di ricerca e reti specializzate, per identificare documenti e documenti di policy pertinenti. Un totale di 186 record (di cui 147 studi e 39 documenti programmatici) è stato incluso nella sintesi delle evidenze. I principali risultati della revisione, organizzati secondo le sette aree prioritarie del *Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025* della WHO¹⁹, sono presentati in **tabella 1.4**.

Tabella 1.4. Risultati principali della scoping review in base alle aree prioritarie del *Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025* della WHO

Aree prioritarie del GAP	Risultati principali della revisione della letteratura
1. La demenza come priorità di salute pubblica	<ul style="list-style-type: none"> Solo otto dei 50 piani nazionali per le demenze attualmente disponibili (ovvero Austria, Belgio (Fiandre), Canada, Germania, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Norvegia e Svezia) considerano esplicitamente le questioni relative alla demenza nei migranti.
2. Consapevolezza e inclusione della demenza	<ul style="list-style-type: none"> La demenza assume significati e attribuzioni differenti a seconda del background culturale dell'individuo. La consapevolezza generale sulla demenza è bassa in certi gruppi di migranti e nei loro caregiver informali. Bassi livelli di conoscenza e di accettazione sociale della demenza ostacolano la ricerca di aiuto medico e impediscono diagnosi, trattamento e supporto tempestivi nei migranti.
3. Riduzione del rischio di demenza	<ul style="list-style-type: none"> L'istruzione influisce sulla probabilità di sviluppare demenza tra gli individui con un background migratorio. Esistono evidenze non conclusive sull'influenza dell'età al momento della migrazione e delle esperienze traumatiche legate alla migrazione sul rischio di demenza.
4. Diagnosi, trattamento, assistenza e supporto per la demenza	<ul style="list-style-type: none"> Dal lato del paziente, la scarsa consapevolezza della demenza, la limitata conoscenza della lingua del Paese ospitante e la difficoltà a orientarsi nei servizi sanitari possono rendere difficile una diagnosi accurata e tempestiva. A livello del sistema sanitario, l'ageismo (discriminazione basata sull'età), la limitata formazione specifica dei professionisti sanitari, la scarsa preparazione dei servizi nel fornire assistenza interculturale e la mancanza di strumenti di screening sensibili sono barriere rilevanti. Una volta diagnosticata la demenza, i migranti sembrano avere una minore probabilità di ricevere trattamenti farmacologici specifici e supporto adeguato. L'adozione di una valutazione cognitiva culturalmente adattata è fondamentale per identificare correttamente e tempestivamente la demenza nei migranti.
5. Supporto per i caregiver di persone con demenza	<ul style="list-style-type: none"> I caregiver di migranti con demenza vivono controversie e sfide a causa delle barriere percepite nel cercare supporto sanitario e della mancanza di percorsi assistenziali dedicati. Le sfide comuni e i bisogni insoddisfatti riguardano: l'atteggiamento verso il caregiving e la preferenza per l'assistenza domiciliare, l'importanza della rete di cura informale, le tensioni familiari, la limitata conoscenza della demenza, la difficoltà nell'accettare la diagnosi e nel navigare nel sistema sanitario, la collaborazione tra caregiver formali e informali, la mancanza di servizi strutturati e culturalmente adeguati, le barriere linguistiche e la discriminazione.
6. Sistemi informativi per la demenza	<ul style="list-style-type: none"> La maggior parte degli studi basati su registri ha riportato tassi di demenza più bassi nei migranti rispetto alle popolazioni ospitanti. Al contrario, gli studi che utilizzano valutazioni cliniche culturalmente adattate per l'identificazione della demenza hanno documentato tassi di prevalenza e incidenza più elevati nei migranti. La migrazione sembra agire come un "modificatore del rischio di demenza" o della probabilità di accertamento dei casi, piuttosto che come un fattore di rischio per la demenza.
7. Ricerca e innovazione sulla demenza	<ul style="list-style-type: none"> La cooperazione tra ricercatori e "gatekeeper" (intermediari) fidati o membri delle comunità di migranti, così come la partecipazione ad attività ricreative quotidiane ben accettate, sono strumenti possibili per aumentare la partecipazione alla ricerca. Le preoccupazioni etiche (es. autonomia, informazione, fiducia, scetticismo) e le questioni metodologiche (es. bias di campionamento) devono essere attentamente considerate e affrontate.

Bibliografia

- United Nations. International Migrant Stock 2024: Key facts and figures, 2024. New York: UN, 2025.
- Istituto Nazionale di Statistica. Popolazione straniera residente [Internet]. [cited 2025 Dec 26]. Available from: <https://demo.istat.it/app/?a=2025&l=it&i=STR>
- Bacigalupo I, Mayer F, Lacorte E, et al. A systematic review and meta-analysis on the prevalence of dementia in Europe: estimates from the highest-quality studies adopting the DSM IV diagnostic criteria. *J Alzheimers Dis* 2018;66(4):1471-81.
- Chiari A, Vinceti G, Adani G, et al. Epidemiology of early onset dementia and its clinical presentations in the province of Modena, Italy. *Alzheimers Dement* 2021;17(1):81-8.
- Sachdev PS, Lipnicki DM, Kochan NA, et al. The prevalence of mild cognitive impairment in diverse geographical and ethnocultural regions: The COSMIC Collaboration. *PLoS One* 2015;10(11):e0142388.
- Canevelli M, Lacorte E, Cova I, et al. Estimating dementia cases in the immigrant population living in Italy. *Neurol Sci* 2018;39(10):1775-8.
- Kaki DA, Bridi L, Mwendwa P, et al. Attitudes towards dementia among a diverse group of refugees resettled in the United States. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2025;38(2):132-42.
- Gove D, Nielsen TR, Smits C, et al. The challenges of achieving timely diagnosis and culturally appropriate care of people with dementia from minority ethnic groups in Europe. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. [cited 2021 Sept 28]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/gps.5614>

9. Franzen S, Papma JM, van den Berg E, Nielsen TR. Cross-cultural neuropsychological assessment in the European Union: a Delphi expert study. *Arch Clin Neuropsychol* 2021;36(5):815-30.
10. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189-98.
11. Fernández AL, Abe J. Bias in cross-cultural neuropsychological testing: problems and possible solutions. *Cult Brain* 2018;6(1):1-35.
12. Calia C, O'Donald F, Franzen S, et al. Cross-cultural functional assessment for dementia: a commentary. *Clin Neuropsychol* 2025;1-26.
13. Nielsen TR, de Mendonça A, Frölich L, et al. Assessment of dementia in minority ethnic groups in Europe: a 14-year follow-up survey. *Int J Geriatr Psychiatry* 2024;39(12):e70034.
14. Canevelli M, Cova I, Remoli G, et al. A nationwide survey of Italian Centers for Cognitive Disorders and Dementia on the provision of care for international migrants. *Eur J Neurol* 2022;29(7):1892-902.
15. Di Nolfi A, Giusti A, Canevelli M, et al. Dementia among migrants in Italy: a qualitative study of the ImmiDem project. *Ann Ist Super Sanita* 2024;60(4):264-73.
16. Ma'u E, Cullum S, Cheung G, Livingston G, Mukadam N. Differences in the potential for dementia prevention between major ethnic groups within one country: a cross sectional analysis of population attributable fraction of potentially modifiable risk factors in New Zealand. *Lancet Reg Health West Pac* 2021;13:100191.
17. Corfield S, Little A, Gerrard L. Forgotten in a crisis. Addressing dementia in humanitarian response. *Global Alzheimer's & Dementia Action Alliance, Alzheimer's Disease International, and Alzheimer's Pakistan*; 2019.
18. World Health Organization. Dementia in refugees and migrants: epidemiology, public health implications and global responses. [Internet]. Geneva: World Health Organization (Global Evidence Review on Health and Migration (GEHM) series), 2024. [cited 2025 Apr 7]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240102224>
19. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. [cited 2021 Mar 24]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025>

2. L'IDENTITÀ DEL PROGETTO IMMIDEM

Costruire un contesto di cura “culturalmente sensibile” e garantire equità di accesso ai servizi

Il progetto “Immidem - Dementia in immigrants and ethnic minorities: clinical-epidemiological aspects and public health perspectives” si configura come la prima iniziativa organica e strutturata a livello nazionale dedicata interamente alla caratterizzazione dei disturbi cognitivi nella popolazione migrante residente in Italia, attraverso una duplice lente: clinica ed epidemiologica. La genesi di questo percorso di ricerca affonda le radici nella consapevolezza che l'invecchiamento delle popolazioni straniere non rappresenti più un fenomeno transitorio, bensì una trasformazione demografica strutturale capace di ridefinire i bisogni del Servizio Sanitario Nazionale. La visione scientifica che anima Immidem parte dal presupposto fondamentale che la demenza, nelle persone con storia di migrazione, non possa essere approcciata esclusivamente attraverso i parametri clinici standardizzati, storicamente calibrati su campioni di popolazione autoctona e occidentale. Al contrario, il progetto propone un cambio di paradigma verso una prospettiva pienamente transculturale, dove la diversità è considerata un elemento centrale del processo diagnostico e assistenziale.

L'identità del progetto è intrinsecamente legata all'obiettivo di costruire un contesto di cura che sia “culturalmente sensibile”, attraverso la creazione di un ecosistema sanitario capace di decodificare e integrare i diversi modelli interpretativi della malattia. In molte comunità migranti, infatti, il declino cognitivo viene spesso normalizzato come un esito ineluttabile dell'invecchiamento o interpretato attraverso lenti spirituali e psicosociali che possono collidere con la visione biomedica. Tale carenza di alfabetizzazione sanitaria, unita a un limitato consenso sociale sulla patologia, genera uno stigma profondo che agisce come una barriera invisibile, ritardando sensibilmente il ricorso alle cure e precludendo la possibilità di una diagnosi tempestiva e di un adeguato supporto post-diagnostico. Immidem si pone dunque come missione primaria l'abbattimento di queste barriere, lavorando affinché l'equità di accesso ai trattamenti diventi una realtà tangibile e non solo un principio enunciato.

Garantire equità significa riconoscere che i determinanti sociali della salute legati alla migrazione influenzano le traiettorie cognitive in modi complessi. La migrazione stessa, come evidenziato dalle ricerche condotte nell'ambito del progetto, sembra agire più come un “modificatore del rischio” o della probabilità di accertamento dei casi che come un fattore di rischio biologico isolato. Pertanto, gli obiettivi operativi di Immidem spaziano dalla descrizione e quantificazione del fenomeno attraverso una rigorosa caratterizzazione clinico-epidemiologica, alla creazione di strumenti pratici per la valutazione cognitiva cross-culturale. Nella sua seconda fase evolutiva, il progetto ha intensificato gli sforzi per la realizzazione di percorsi formativi dedicati agli operatori sanitari e di programmi di informazione e supporto specificamente disegnati per i pazienti e i loro

familiari, con l'intento di colmare quel vuoto di conoscenza che troppo spesso impedisce una presa in carico culturalmente appropriata e scientificamente fondata.

L'Immidem Study Group

La complessità scientifica e sociale della demenza da una prospettiva cross-culturale ha richiesto la strutturazione di un'architettura di ricerca di eccellenza, identificata nell'Immidem Study Group. Tale network opera sotto il coordinamento centrale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che funge da garante metodologico e da fulcro per la traduzione delle evidenze in raccomandazioni di sanità pubblica. Il progetto è stato avviato grazie al finanziamento del Ministero della Salute nell'ambito della Ricerca Finalizzata 2016 (codice GR-2016-02364975) e ha trovato continuità e ulteriore sviluppo nel bando di Ricerca Finalizzata 2021 (codice GR-2021-12372081), a testimonianza della rilevanza strategica attribuita dalle istituzioni a questo filone di indagine. La forza dell'Immidem Study Group risiede nella sinergia multidisciplinare tra poli clinici, epidemiologici e accademici, ognuno dei quali apporta competenze specifiche e indispensabili per affrontare la sfida della demenza nei migranti.

Il polo clinico e neuropsicologico trova il suo riferimento principale nell'Ospedale Luigi Sacco - Polo Universitario di Milano e ha validato e adattato gli strumenti diagnostici cross-culturali. L'attività del Sacco è stata determinante per superare i limiti dei test neuropsicologici standardizzati, che spesso producono falsi positivi o diagnosi errate quando applicati a persone con diversi livelli di scolarità o background culturali differenti. Grazie a questo lavoro, il network ha potuto testare, adattare e validare test come la Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS)¹ e la European Cross-Cultural Neuropsychological Battery (CNTB)², fornendo ai clinici degli strumenti capaci di misurare le funzioni cognitive al di là delle barriere linguistiche. La competenza clinica maturata in questo ambito assicura che il progetto non rimanga una riflessione teorica, ma fornisca risposte concrete ai medici che operano quotidianamente nei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) e negli altri setting assistenziali su tutto il territorio nazionale.

Il polo epidemiologico, guidato dalla Regione Lazio, garantisce invece la solidità dei dati su larga scala. Attraverso l'analisi dei flussi sanitari e la stratificazione dei dati relativi ai cittadini stranieri, questo polo permette di mappare la prevalenza reale dei disturbi cognitivi e di analizzare i pattern di utilizzo dei servizi sanitari, identificando le aree di maggiore criticità e le disomogeneità territoriali. A questa dimensione si affianca il fondamentale supporto accademico della Sapienza Università di Roma e del Dipartimento di Neuroscienze Umane. Il ruolo della Sapienza è cruciale per l'integrazione tra la ricerca di base e la pratica geriatrica, garantendo che ogni fase del progetto sia allineata con i più recenti progressi della letteratura internazionale. Questa collaborazione istituzionale non solo qualifica scientificamente il progetto Immidem, ma crea un modello di rete replicabile per altre patologie croniche, dove la sinergia tra l'ente regolatore (ISS), l'ospedale di ricerca (Sacco), l'ente territoriale (Regione) e l'università (Sapienza) diventa il motore dell'innovazione nel Servizio Sanitario Nazionale.

Collaborazioni internazionali

Il progetto Immidem si inserisce in un solco internazionale profondamente tracciato dalle direttive delle principali agenzie di salute pubblica mondiali. La consapevolezza che la demenza nei migranti sia una sfida globale è alla base delle collaborazioni e degli allineamenti strategici che il network ha coltivato sin dalla sua nascita. In particolare, Immidem recepisce e implementa le considerazioni strategiche delineate dalla WHO nel documento fondamentale *Dementia in refugees and migrants: epidemiology, public health implications and global responses*. Tale documento sollecita esplicitamente gli Stati membri a includere le popolazioni migranti nei Piani Nazionali Demenze, sottolineando come la mancanza di politiche inclusive possa generare costi sociali insostenibili e sofferenze evitabili. In questo senso, Immidem agisce come il braccio operativo in Italia per l'attuazione delle sette aree prioritarie del *Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025* della WHO.

A livello europeo, il progetto mantiene un dialogo costante con le principali reti di ricerca e le organizzazioni di advocacy, come Alzheimer Europe, partecipando attivamente al dibattito sulla standardizzazione delle cure sensibili alla diversità. Un esempio concreto di questa apertura internazionale è rappresentato dalla collaborazione con il consorzio europeo ECCroN (European Consortium on Cross-Cultural Neuropsychology). La partecipazione a tali network permette a Immidem di condividere metodologie e dati, contribuendo alla validazione di strumenti diagnostici che possano essere utilizzati in modo uniforme in diversi Paesi europei. Questa dimensione internazionale assicura che le innovazioni introdotte in Italia, come l'adattamento culturale della batteria CNTB o lo sviluppo del toolkit diagnostico, siano coerenti con gli standard più elevati definiti dalla comunità scientifica globale. Il collegamento internazionale non è però limitato alla sola sfera clinica; esso investe anche la dimensione delle policy, promuovendo il superamento di barriere strutturali che sono comuni a molti sistemi sanitari occidentali.

L'impegno di Immidem nel contesto globale si riflette anche nella costante attività di divulgazione e networking scientifico. Il sito del progetto, disponibile anche in lingua inglese dal 2025, funge da hub internazionale per la diffusione di materiali informativi e strumenti pratici, intercettando un'utenza che va oltre i confini nazionali. Attraverso la partecipazione a congressi mondiali e la pubblicazione di studi su riviste di alto impatto, il network italiano contribuisce a posizionare il nostro Paese all'avanguardia nella ricerca sulla demenza transculturale. Questa prospettiva globale è essenziale per comprendere che la salute dei migranti è, intrinsecamente, la salute delle popolazioni future. Immidem, collegando le esperienze dei singoli CDCD italiani con le strategie della WHO e i network europei, promuove una risposta alla demenza che sia non solo scientificamente rigorosa, ma anche profondamente umana e inclusiva, capace di garantire che nessuno venga lasciato indietro a causa della propria lingua o della propria storia di migrazione.

Bibliografia

1. Storey JE, Rowland JTJ, Conforti DA, Dickson HG. The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS): a multicultural cognitive assessment scale. *Int Psychogeriatr* 2004;16(1):13-31.
2. Nielsen TR, Segers K, Vanderaspolden V, et al. Validation of a European Cross-Cultural Neuropsychological Test Battery (CNTB) for evaluation of dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2019;34(1):144-52.

3. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO: LE DIMENSIONI DEL FENOMENO IN ITALIA

La survey nazionale sui Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze

Uno degli obiettivi primari di Immidem è stato quello di raccogliere informazioni dal “mondo reale” sulle dimensioni del fenomeno della demenza nei migranti e sulla preparazione dei servizi sanitari a gestire questa sfida emergente, con la finalità di elaborare modelli di cura e risposte di sanità pubblica adeguati.

A tal fine, nel 2021 è stata condotta una survey nazionale che ha coinvolto tutti i Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) italiani¹. Un questionario online è stato disegnato per ottenere informazioni su: 1) il numero di migranti indirizzati ai CDCD nel 2019; 2) gli strumenti adottati per la valutazione cognitiva dei migranti; 3) le possibili barriere e i facilitatori nell’approccio diagnostico ed assistenziale nei confronti dei pazienti con storia di migrazione. La scelta di concentrarsi sul 2019 è stata motivata dal fatto che, durante il 2020, l’attività dei CDCD è stata profondamente stravolta dalla pandemia di covid-19. Il questionario è stato testato in un’indagine pilota che ha coinvolto un campione rappresentativo di 24 CDCD italiani. Successivamente, i risultati di questo studio pilota sono stati discussi in due focus group che hanno coinvolto operatori sanitari che avevano già maturato esperienza professionale sul tema della salute dei migranti. Queste attività preliminari sono state condotte per garantire che lo strumento della survey fosse comprensivo e chiaro per i rispondenti. Infine, un link per accedere al questionario è stato inviato a tutti i CDCD mappati nella piattaforma web dell’Osservatorio Demenze. Sono state adottate diverse strategie per favorire la partecipazione e massimizzare il tasso di risposta. I rappresentanti dei CDCD sono stati contattati tramite e-mail iniziali e di follow-up e hanno ricevuto supporto telefonico. I rispondenti sono stati inoltre assistiti nella compilazione del questionario, qualora richiesto.

Complessivamente, 343 dei 570 CDCD contattati hanno completato il questionario. Il tasso di risposta nazionale è stato del 60,2%, con variazioni comprese tra il 21,4% (Puglia) e il 100% (Friuli-Venezia Giulia, Marche, e Valle D’Aosta) tra le diverse regioni italiane.

Sulla base delle informazioni fornite dai rappresentanti dei CDCD intervistati, nel 2019 quasi 4.500 migranti hanno fatto accesso a questi servizi e circa 2.000 migranti sono stati sottoposti a una valutazione neuropsicologica, con un numero mediano di visite e valutazioni neuropsicologiche per CDCD pari rispettivamente a 5 (Q1-Q3: 1-15) e 2 (Q1-Q3: 0-7). I migranti hanno rappresentato circa l’1% del totale delle visite e delle valutazioni effettuate a livello dei centri partecipanti. Numeri più elevati di migranti sono stati osservati nelle regioni del Nord e del Centro rispetto al Sud e Isole.

Più di un terzo dei rispondenti ha riferito che il numero di migranti visitati dalle proprie strutture era aumentato negli ultimi cinque anni, e tre quarti dei servizi hanno visitato almeno un migrante nel 2019. Un gradiente Nord-Sud è stato documentato anche per queste variabili.

Per quanto concerne le possibili risorse per assistenza ai migranti con disturbi cognitivi, solo una minoranza di CDCD disponeva di materiale informativo sulla demenza in lingue diverse dall'italiano (6,7% dei centri), test cognitivi tradotti o disponibilità di interpreti (10,5%) o mediatori culturali (37,3%). Al contrario, la maggior parte dei servizi ha riferito la possibilità di contattare assistenti sociali. Nella maggior parte dei CDCD, è stato riferito che i membri dello staff parlano almeno una lingua straniera. Anche in questo caso, i CDCD operanti nel Nord del Paese sembravano avere più risorse dedicate rispetto a quelli del Centro e del Sud Italia.

Ai rispondenti è stato anche chiesto di indicare quali test cognitivi fossero utilizzati nel loro servizio per la valutazione dei migranti. La maggior parte dei servizi adottava solo strumenti di screening per la valutazione della performance cognitiva globale, come il Mini-Mental State Examination (MMSE)² e il Montreal Cognitive Assessment (MoCA)³, noti per essere influenzati da bias culturali. È stata frequentemente osservata una scelta preferenziale di test neuropsicologici che si basano poco sulle abilità linguistiche. Per valutare la qualità della valutazione cognitiva dei migranti, i test e le misure adottati da ciascun CDCD sono stati valutati in termini di: 1) accuratezza; 2) sensibilità culturale. È stato quindi generato un punteggio di qualità complessivo (da "molto scarso" a "sufficiente") combinando questi due parametri. Solo in una minoranza di casi la valutazione cognitiva è risultata essere sufficientemente (2,3%) o almeno in parte (14,9%) adattata al background culturale della persona esaminata. Gli adattamenti più comuni sono stati il coinvolgimento di interpreti informali (es. caregiver) o professionali, la scelta di test neuropsicologici non verbali e l'assistenza di un mediatore culturale. Quattro CDCD (1,2%) adottavano strumenti già validati in popolazioni multiculturali (ovvero, il Cross-Cultural Dementia Screening [CCD] e la Rowland Universal Dementia Assessment Scale [RUDAS]). La qualità complessiva della valutazione è risultata molto scarsa o insufficiente nella maggior parte dei casi ed è risultata più elevata nelle regioni settentrionali e centrali del Paese.

Sono stati condotti anche modelli esplorativi per delineare in modo preliminare il profilo dei CDCD con maggiore esperienza nella valutazione dei migranti e standard di cura più elevati. I CDCD che hanno ricevuto almeno un migrante nel 2019 erano situati significativamente meno frequentemente nel Sud Italia, avevano registrato più spesso una tendenza all'aumento dei migranti indirizzati negli anni precedenti e fornivano più frequentemente valutazioni cognitive di migliore qualità. L'unico fattore associato alla qualità della valutazione cognitiva dei migranti è stata la macroarea geografica, con i CDCD del Sud che presentavano una minore probabilità di fornire una valutazione di qualità sufficiente.

Infine, sulla base delle percezioni dei referenti dei CDCD, le principali sfide incontrate nell'erogazione dell'assistenza ai migranti con disturbi cognitivi sono la comunicazione della diagnosi, la formulazione della diagnosi e il coinvolgimento dei familiari. La gestione dei trattamenti farmacologici e dei sintomi neuropsichiatrici è stata invece considerata impegnativa da un numero minore di centri. Quasi un quarto dei rispondenti ha considerato il tema della demenza nei migranti come una priorità per il proprio servizio.

I principali risultati dello studio sono riportati in **figura 3.1**.

Complessivamente, questa indagine ha rivelato che un numero rilevante di migranti si rivolge già ai CDCD. Tuttavia, lo studio probabilmente sottostima il numero di migranti che vivono con la demenza nel Paese. Infatti, una percentuale rilevante di CDCD non ha partecipato allo studio. Inoltre, solo i migranti che hanno accesso al Servizio Sanitario Nazionale vengono indirizzati a questi servizi. Pertanto, rifugiati, richiedenti asilo e migranti irregolari che potenzialmente manifestano problemi cognitivi non sono stati verosimilmente intercettati dall'indagine.

In linea con altre evidenze emergenti a livello europeo^{4,5} i servizi italiani per la demenza non sembrano ancora adeguatamente preparati a fornire assistenza e supporto sensibili alle diversità. Lo studio condotto nell'ambito del progetto Immidem ha tuttavia consentito di identificare barriere e carenze che possono essere oggetto di risposte di sanità pubblica mirate.

Figura 3.1. Principali risultati della survey dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze condotta nell'ambito del progetto Immidem

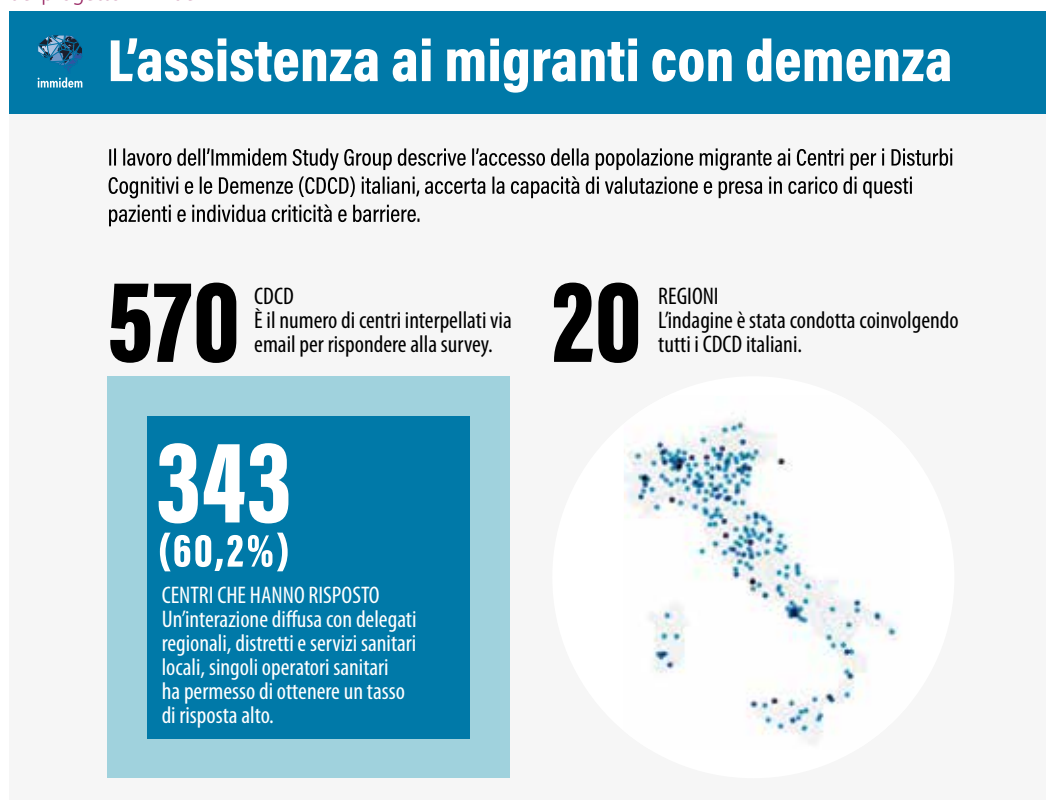


Figura 3.1. *Segue*

Il numero di pazienti migranti è in crescita pur rappresentando ancora una minoranza rispetto alla popolazione totale di pazienti che accede ai CDCD (pari all'1%, dati 2019).

QUANTI SONO I MIGRANTI CHE FREQUENTANO I CDCD?

4527

Si sono rivolti ad un CDCD. Con un numero mediano di 5 pazienti migranti per ogni CDCD.

2040

Sono stati sottoposti a valutazione neuropsicologica. Numero mediano di 2 per CDCD.

CDCD INTERPELLATI

75%

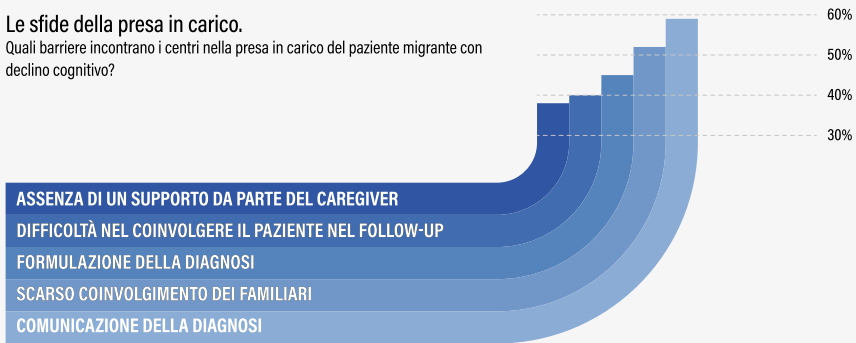
Hanno visto almeno un migrante.

37,9%

Incremento nel numero di migranti che si è rivolto negli ultimi 5 anni.

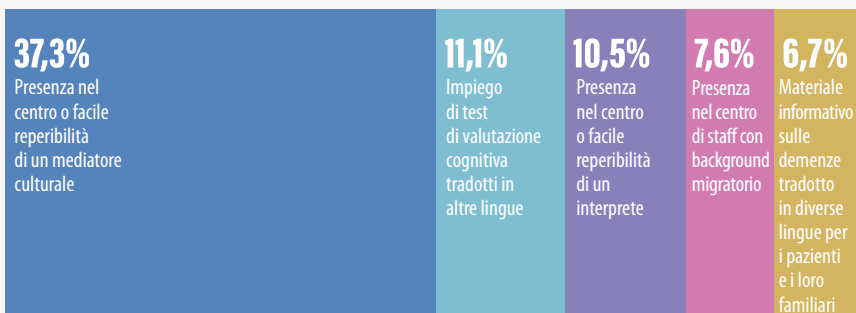
Le sfide della presa in carico.

Quali barriere incontrano i centri nella presa in carico del paziente migrante con declino cognitivo?



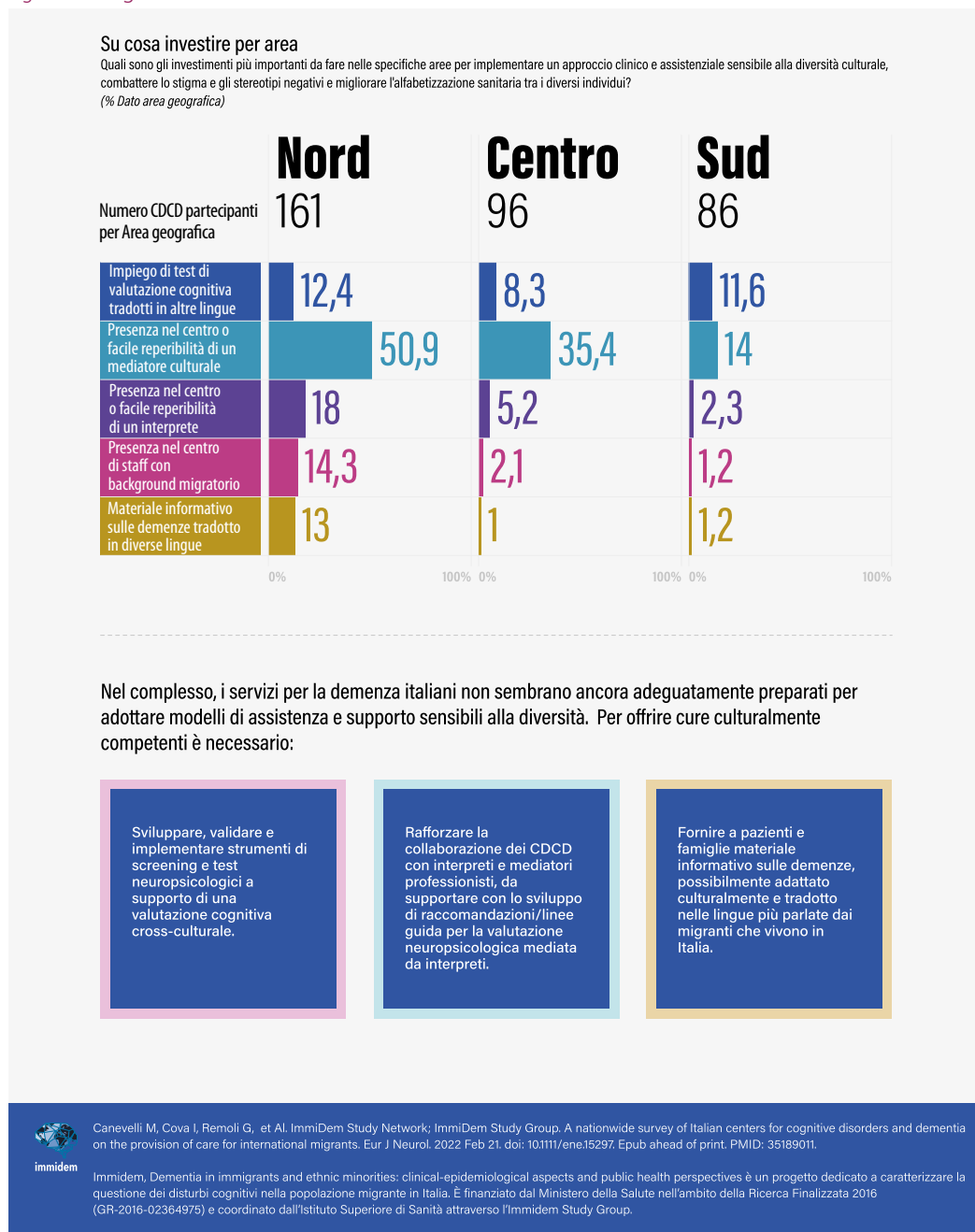
Le buone pratiche da implementare e dove

Quali sono le risorse disponibili per migranti con disturbi cognitivi presso i CDCD censiti (n=343)?
(% Dato nazionale)



Segue

Figura 3.1. Segue



Demenza nei migranti residenti nella Regione Lazio: analisi di prevalenza e mortalità basata sui Sistemi Informativi Sanitari

Nell'ambito del progetto Immidem, utilizzando i dati dei Sistemi Informativi Sanitari (SIS) con un approccio di popolazione, è stato possibile identificare e descrivere i migranti affetti da demenza residenti nella Regione Lazio⁶. Successivamente, è stata stimata la prevalenza di demenza in questo gruppo rispetto ai residenti nati in Italia e sono state esplorate le differenze nelle caratteristiche demografiche, comorbidità e nell'accesso ai trattamenti farmacologici⁶. In uno studio successivo, è stata analizzata la mortalità per tutte le cause tra i migranti affetti da demenza residenti nel Lazio, confrontando la loro sopravvivenza con quella degli individui nati in Italia⁷.

In questi studi sono stati inclusi soggetti di età ≥ 50 anni residenti e assistiti nel Lazio al 31 dicembre 2018. I casi di demenza sono stati identificati tramite un algoritmo validato basato sulle diagnosi di dimissione ospedaliera, sulle prescrizioni di farmaci anti-demenza e sulle esenzioni dal ticket per patologia specifica. I migranti sono stati definiti come individui nati in un Paese estero e classificati in provenienti da Paesi ad Alto Sviluppo (PAS) e da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM). Sono stati quindi calcolati i tassi di prevalenza di demenza per status migratorio complessivamente, per età e sesso. I tassi standardizzati per età sono stati calcolati utilizzando come riferimento la popolazione italiana^{6,7}.

Su oltre 3,6 milioni di residenti di età ≥ 50 anni, sono state identificate 38.460 persone con demenza, corrispondenti a una prevalenza complessiva dell'1,07%. La grande maggioranza dei casi (97%) era costituita da nati in Italia, mentre i migranti rappresentavano circa il 3% di tutti i casi di demenza identificati. Tra i migranti, lo 0,9% proveniva da PAS e il 2,1% da PFPM. La prevalenza della demenza risultava più elevata tra i nati in Italia rispetto agli individui nati all'estero. La prevalenza grezza era pari all'1,15% negli italiani, allo 0,60% nei nati in PAS e allo 0,29% nei nati in PFPM. Questo andamento persisteva dopo la standardizzazione per età e in entrambi i sessi. Le analisi per classi di età mostravano tassi di prevalenza inferiori nei migranti in quasi tutti i gruppi di età; tuttavia, i nati in PFPM presentavano una quota più elevata di casi di demenza in età più giovane: quasi il 15% aveva meno di 65 anni, rispetto al 5,6% dei nati in PAS e al 3,5% dei nativi italiani (**figura 3.2**)^{6,7}.

I principali Paesi di nascita tra coloro che sono nati in un Paese estero comprendevano Libia, Tunisia, Francia, Etiopia, Egitto, Romania e Spagna, riflettendo l'eterogenea composizione della popolazione migrante nel Lazio. Complessivamente, erano rappresentati 81 diversi Paesi di nascita (**figura 3.3**). Per quanto riguarda le caratteristiche cliniche, la prevalenza della maggior parte delle comorbidità non differiva tra italiani e migranti, suggerendo un profilo di morbosità sostanzialmente simile. Unica eccezione era una lieve maggiore prevalenza di patologie gastrointestinali tra i migranti da PFPM. Le condizioni cardiovascolari, psichiatriche, metaboliche e respiratorie risultavano distribuite in modo comparabile tra i gruppi. Sono emerse, invece, chiare differenze nei trattamenti. I migranti con demenza avevano una probabilità significativamente inferiore di ricevere farmaci anti-demenza rispetto agli italiani. Circa il 53,5% degli italiani assumeva farmaci anti-demenza, contro il 51,6% dei migranti da PAS e il 49,3% dei migranti da PFPM⁶. Questo primo studio ha dimostrato come i SIS possano essere utilizzati per identificare i migranti affetti da demenza, ma ha rivelato anche importanti

Figura 3.2. Distribuzione dei casi di demenza per classe di età e status migratorio

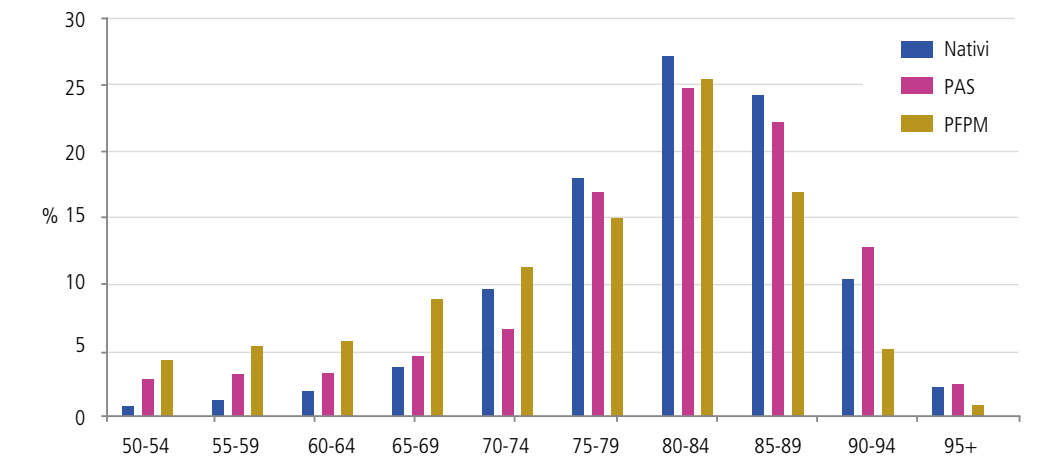
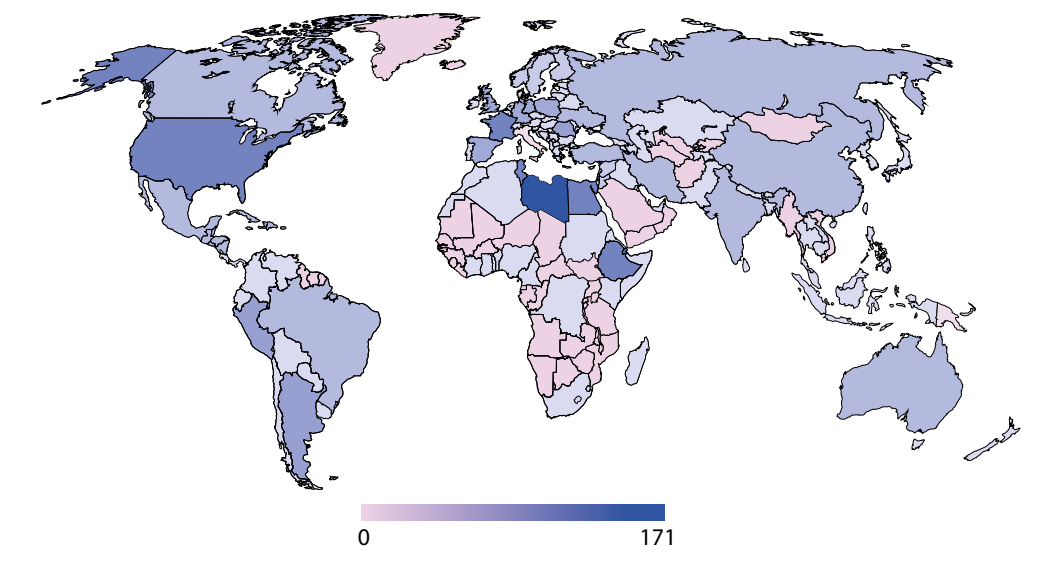


Figura 3.3. Distribuzione dei casi di demenza per Paese di nascita



disuguaglianze. La minore prevalenza di demenza e il ridotto accesso a trattamenti specifici tra i migranti, in particolare quelli provenienti da PFPM, suggeriscono fenomeni di sottodiagnosi e sottotrattamento piuttosto che un reale minor carico di malattia. Tali risultati hanno evidenziato la necessità di percorsi diagnostici più inclusivi e culturalmente sensibili e di un accesso equo alle cure per la demenza nelle popolazioni migranti⁶.

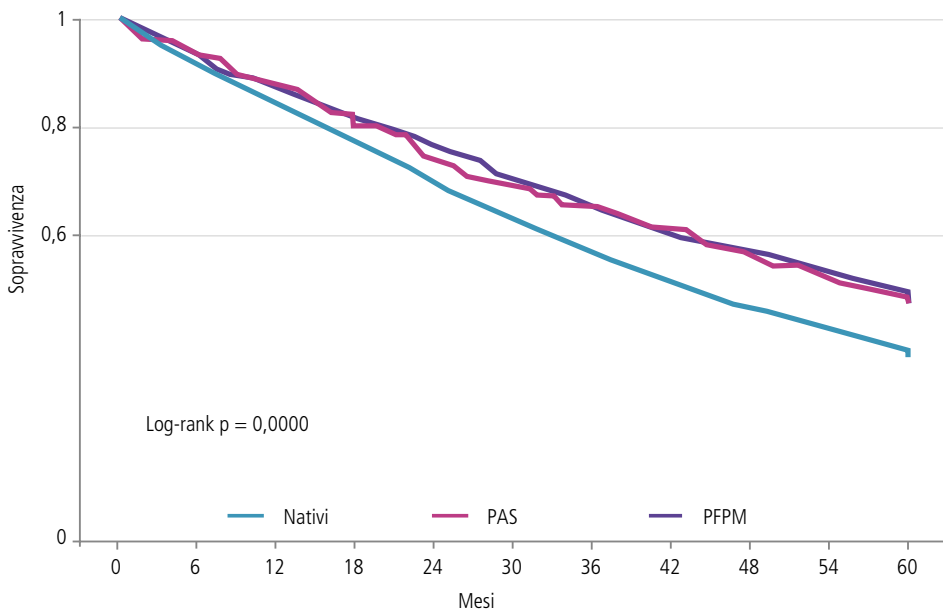
Successivamente, mediante uno studio di coorte di popolazione, è stata analizzata la mortalità per tutte le cause tra i migranti con demenza residenti nel Lazio, confrontando la loro sopravvivenza con quella degli indi-

vidui nati in Italia⁷. L'analisi mirava a colmare la scarsità di evidenze sugli esiti di salute in questa popolazione in crescita e potenzialmente vulnerabile, alla luce dei risultati precedenti che mostravano una minore prevalenza registrata di demenza e un ridotto accesso alle cure tra i migranti⁷.

Sono stati inclusi tutti i residenti di età ≥ 50 anni con demenza che vivevano nel Lazio al 31 dicembre 2018, come precedentemente identificati. Gli individui sono stati seguiti per cinque anni per valutare la mortalità per tutte le cause in base allo status migratorio (italiani nativi, PAS e PFP). Sono state calcolate le proporzioni di mortalità standardizzate per età e sono state condotte analisi time-to-event mediante modelli di Cox aggiustati per età e sesso⁷.

Durante il follow-up quinquennale, la mortalità standardizzata per età risultava più bassa tra i migranti, in particolare tra quelli nati in PFP. La proporzione di mortalità standardizzata era pari al 36,8% tra gli italiani nativi, rispetto al 30,7% tra i migranti da PFP. I migranti da PAS mostravano proporzioni di mortalità complessivamente comparabili a quelle degli italiani, sebbene le stime fossero meno precise a causa dei numeri più ridotti. Le curve di sopravvivenza di Kaplan-Meier evidenziavano probabilità di sopravvivenza più elevate nei migranti nel corso del tempo (figura 3.4). La regressione di Cox ha confermato tali risultati. Dopo aggiustamento per età e sesso, i migranti da PAS presentavano un rischio di morte inferiore del 21% rispetto agli italiani (hazard ratio [HR] 0,79; IC 95% 0,68-0,91), mentre i migranti da PFP mostravano un rischio di mortalità inferiore del 9% (HR 0,91; IC 95% 0,82-1,00). È stata, inoltre, condotta un'analisi di sottogruppo limitata ai residenti nella città di Roma, per i quali lo status migratorio poteva essere definito sulla base della cittadinanza

Figura 3.4. Curva di sopravvivenza per Paese di nascita secondo Kaplan-Meier



anziché del Paese di nascita. Queste analisi aggiuntive hanno fornito risultati coerenti con le analisi principali, supportando la robustezza dei risultati⁷.

Contrariamente all'ipotesi iniziale secondo cui i migranti potevano sperimentare esiti di salute peggiori a causa di barriere nell'accesso alle cure e di una maggiore vulnerabilità sociale, i risultati di questo secondo studio hanno mostrato una mortalità inferiore tra i migranti rispetto ai nativi italiani, anche dopo aggiustamento per età e sesso. Questo apparente vantaggio di sopravvivenza è stato osservato sia tra i migranti provenienti da PAS sia tra quelli da PPFM ed è stato confermato nelle analisi di sottogruppo basate sulla cittadinanza⁷, ma potrebbe riflettere una combinazione di fattori, tra cui dinamiche di migrazione e di sotto-diagnosi della demenza tra i migranti, piuttosto che un reale miglior stato di salute. I risultati descritti sono coerenti anche con il cosiddetto "migrant mortality advantage", un fenomeno descritto nei Paesi ad alto reddito, secondo cui i migranti presentano una mortalità inferiore rispetto alle popolazioni native nonostante uno svantaggio socio-economico⁸⁻¹⁰. Diversi meccanismi possono contribuire a questo pattern tra cui l'"healthy migrant effect" che ipotizza che gli individui che migrano siano selezionati positivamente in termini di stato di salute, sebbene tale ipotesi rimanga controversa e non sia stata supportata in modo consistente negli studi sulla demenza^{8, 11-13}. Infatti, negli studi di cui si è appena discusso, i migranti non mostravano un profilo di comorbidità più favorevole rispetto agli italiani, e questo indebolisce l'ipotesi di un reale vantaggio di salute^{6,7}.

Una possibile spiegazione potrebbe invece essere rappresentata, almeno in parte, dal "salmon bias" secondo cui i migranti tendono a ritornare verso i Paesi di origine in caso di malattia e in età avanzata determinando una sottostima della mortalità nei SIS^{9, 13, 14}. Sebbene il follow-up nello studio di mortalità sia stato censurato alla cessazione dell'assistenza sanitaria nel Lazio, alcuni decessi potrebbero comunque essere avvenuti al di fuori del Lazio e quindi non essere registrati⁷.

Un ulteriore fattore chiave potrebbe essere la sottodiagnosi della demenza tra i migranti. Un minore accesso ai servizi diagnostici, barriere linguistiche e culturali e l'uso limitato di strumenti di valutazione cognitiva culturalmente adattati possono portare a identificare la demenza prevalentemente nei migranti più sani o maggiormente inseriti nei servizi sanitari, introducendo un bias di selezione nella coorte¹⁵⁻¹⁸.

In conclusione, la minore mortalità osservata tra i migranti con demenza deve essere interpretata con cautela, poiché potrebbe riflettere artefatti dei dati e disuguaglianze strutturali piuttosto che esiti realmente migliori. I risultati sottolineano la complessità dell'interpretazione dei pattern di mortalità nelle popolazioni migranti e la necessità di studi futuri che incorporino indicatori più dettagliati della storia migratoria e della gravità della demenza, al fine di comprendere meglio gli andamenti di mortalità in questa popolazione in crescita.

Bibliografia

1. Canevelli M, Cova I, Remoli G, et al. A nationwide survey of Italian Centers for Cognitive Disorders and Dementia on the provision of care for international migrants. *Eur J Neurol* 2022;29(7):1892-902.
2. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189-98.

3. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(4):695-9.
4. Brown S, Livingston G, Mukadam N. A national memory clinic survey to assess provision for people from diverse ethnic backgrounds in England and Wales. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(4):1456.
5. Nielsen TR, de Mendonça A, Frölich L, et al. Assessment of dementia in minority ethnic groups in Europe: a 14-Year follow-up survey. *Int J Geriatr Psychiatry* 2024;39(12):e70034.
6. Cascini S, Canevelli M, Agabiti N, et al.; ImmiDem Study Group. Case identification and characterization of migrants with dementia in the Lazio region using health administrative data. *J Alzheimers Dis* 2023;92(3):843-52.
7. Acampora A, Angelici L, Cacciani L, et al.; ImmiDem Study Group. Mortality in migrants with dementia living in Lazio, Italy: a 5-year cohort study. *J Alzheimers Dis* 2025;108(3):1212-21.
8. Agyemang C, van de Vorst IE, Koek HL, et al. Ethnic variations in prognosis of patients with dementia: a prospective nationwide registry linkage study in The Netherlands. *J Alzheimers Dis* 2017;56(1):205-13.
9. Di Napoli A, Rossi A, Alicandro G, et al. Salmon bias effect as hypothesis of the lower mortality rates among immigrants in Italy. *Sci Rep* 2021;11:8033.
10. Di Napoli A, Ventura M, Grande E, et al. Nationwide longitudinal population-based study on mortality in Italy by immigrant status. *Sci Rep* 2022;12:10986.
11. Domnich A, Panatto D, Gasparini R, Amicizia D. The “healthy immigrant” effect: does it exist in Europe today? *Ital J Public Health* 2012;9(3).
12. Markides KS, Rote S. Immigrant health paradox. In: *Emerging trends in the social and behavioral sciences: an interdisciplinary, searchable, and linkable resource*. Wiley; Hoboken, 2015. p.1-15.
13. Guillot M, Khat M, Gansey R, et al. Return migration selection and its impact on the migrant mortality advantage: new evidence using French pension data. *Demography* 2023;60(5):1335-57.
14. Pablos-Méndez A. Mortality among Hispanics. *JAMA* 1994;271:1237-8.
15. Hurley S, Turnbull S, Calia C. Barriers and facilitators to diagnosing dementia in migrant populations: a systematic review of European health professionals’ perspectives. *Int J Geriatr Psychiatry* 2024;39(7):e6118.
16. Hoang MT, Kåreholt I, Lindgren E, et al. Immigration and access to dementia diagnostics and treatment: a nationwide study in Sweden. *SSM Popul Health* 2024;25:101573.
17. Czapka EA, Sagbakken M. “It is always me against the Norwegian system.” Barriers and facilitators in accessing and using dementia care by minority ethnic groups in Norway: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2020;20(1):954.
18. Stevnsborg L, Jensen-Dahm C, Nielsen TR, et al. Inequalities in access to treatment and care for patients with dementia and immigrant background: a Danish nationwide study. *J Alzheimers Dis* 2016;54(2):505-14.

4. VALUTAZIONE COGNITIVA CROSS-CULTURALE

Oltre le barriere linguistiche: limiti dei test standardizzati e necessità di strumenti cross-culturali validati

La valutazione neuropsicologica in contesti multiculturali richiede un'analisi critica degli strumenti diagnostici tradizionali, spesso influenzati da variabili linguistiche e di scolarizzazione. In questo paragrafo verranno quindi esaminati i concetti di validità e gli errori metodologici che possono inficiare i risultati, delineando l'importanza di adottare test progettati per essere neutrali rispetto al background culturale del paziente.

Un aspetto essenziale da valutare è la validità dei test, ossia la loro capacità di misurare con precisione ciò per cui sono stati progettati¹.

La validità si declina in diverse dimensioni, tutte fondamentali per garantire risultati significativi e interpretabili, consentendo di formulare conclusioni accurate e coerenti basate sui punteggi ottenuti. Un test valido, infatti, misura il fenomeno reale evitando di includere errori casuali o costrutti non pertinenti.

La validità di contenuto riguarda la rappresentatività degli item; la validità di costrutto si concentra sul misurare un tratto ipotetico distinguendolo da altri costrutti; la validità rispetto a un criterio si riferisce alla capacità del test di prevedere esiti futuri (validità predittiva) o correlare con indicatori già noti (validità concorrente).

Gli errori casuali sono tipicamente legati a fattori come le condizioni di somministrazione del test (istruzioni, stimoli, raccolta e codifica delle risposte, ambiente in cui si svolge l'esame) e alle naturali variazioni delle prestazioni degli esaminati.

Altri elementi che possono compromettere la validità includono influenze culturali (ad esempio, il valore dato a individualismo o rapidità, comune nei Paesi occidentali), livelli e qualità dell'istruzione (come le competenze di lettura, scrittura o ragionamento astratto), e l'interazione tra cultura e istruzione, come i diversi sistemi di scrittura (alfabetica, sillabica, logografica) o le conoscenze generali sul mondo²⁻⁴.

Un test validato in un determinato contesto potrebbe non mantenere la stessa validità in un contesto diverso. Ad esempio, un termometro utilizzato per misurare la febbre non è adatto per verificare la temperatura di un frigorifero o per monitorare la cottura dei cibi, nonostante in ciascun caso si tratti comunque di misurare una temperatura.

Risulta quindi cruciale l'accesso a informazioni dettagliate sulle caratteristiche della popolazione su cui il test è stato validato. Questa potrebbe non rappresentare adeguatamente la popolazione in studio per via della natura o gravità dei deficit coinvolti. Analogamente, il campione di controllo utilizzato per definire i dati normativi dovrebbe essere sufficientemente numeroso e diversificato per tenere conto delle variabili demografiche e culturali. Infine, la gestione dei limiti di riferimento, necessari a distinguere i casi positivi, negativi o borderline, e l'analisi della distribuzione dei punteggi per rilevare cambiamenti nel tempo o differenze in ambiti diversi, costituiscono ulteriori fattori critici da considerare⁵.

Nella pratica clinica, tuttavia, capita frequentemente di dover bilanciare la ricerca di risultati affidabili con l'esigenza di rispettare un rigoroso approccio metodologico. Nella selezione, somministrazione e interpretazione dei test risulta pertanto essenziale avere una chiara comprensione dei limiti associati a ogni metodo e una piena consapevolezza degli errori che ne possono derivare. Tali limiti devono essere riportati nelle conclusioni.

Nell'ambito della valutazione cognitiva di un individuo con caratteristiche differenti rispetto alla popolazione su cui il test è stato originariamente sviluppato, sono state esplorate diverse opzioni metodologiche.

La traduzione nella lingua di destinazione potrebbe sembrare l'alternativa più immediata e semplice da applicare; tuttavia, anche in presenza di fattori condivisi come livello di istruzione, area geografica e condizioni socio-economiche, l'assenza di un adattamento (ad esempio: lunghezza delle parole, familiarità degli stimoli, espressioni idiomatiche, riferimenti culturali specifici) rischia di compromettere in parte o totalmente l'efficacia del test⁶.

Un approccio alternativo per affrontare il problema è stato quello di sviluppare nuovi test, basandosi sulle ricerche che hanno contribuito alla creazione dei test più comuni e metodologicamente validi. L'obiettivo è includere negli stimoli elementi condivisi da molte culture o, idealmente, completamente indipendenti dalle differenze culturali. Un esempio è rappresentato dalla lista di Swadesh, che raccoglie parole considerate concetti universali, come le parti del corpo, i numeri primari, le misure e alcuni verbi fondamentali⁷.

I test cross-culturali condividono alcune caratteristiche essenziali: neutralità culturale (indipendenza da specifiche competenze linguistiche, adattabilità tramite traduzione e validazione), riduzione dell'influenza della scolarizzazione e dell'alfabetizzazione, indipendenza dal contesto geografico o culturale e valutazione di funzioni cognitive universali. Queste possono includere l'orientamento spaziale, la memoria, le abilità motorie fini, il riconoscimento di oggetti o persone, le capacità visuo-spaziali e le abilità costruttive.

Più complessa è la realizzazione di test cross-culturali per la valutazione del linguaggio, delle funzioni esecutive e della cognizione sociale⁸. In questi ambiti, infatti, gli elementi linguistici, culturali e legati al livello d'istruzione giocano un ruolo determinante, rendendo difficile isolare il funzionamento cognitivo puro.

In sintesi, il fine ultimo è misurare il livello di funzionamento cognitivo eliminando le influenze derivanti da barriere culturali, linguistiche o educative: una persona deve ottenere un risultato positivo in un test solo in presenza di un deficit cognitivo, non perché il test è inadeguato.

I test cognitivi creano infatti una situazione sociale regolata da norme culturali implicite: è pertanto fondamentale rendere la misurazione affidabile per tutti, garantendo coerenza nella valutazione delle medesime funzioni cognitive tra individui diversi.

Il toolkit diagnostico Immidem

Il Brief Assessment of Impaired Cognition (BASIC) ed il Brief Assessment of Impaired Cognition Questionnaire (BASIC-Q) sono strumenti di screening sviluppati in Danimarca rispettivamente nel 2019⁹ e nel 2020¹⁰. Entrambi sono stati progettati per facilitare l'identificazione di un eventuale deterioramento cognitivo nella popolazione generale e sono pensati principalmente per l'utilizzo da parte dei medici di medicina generale. Per rispondere a questo obiettivo, gli strumenti dovevano risultare:

- a. semplici da somministrare;
- b. dotati di una buona validità discriminante;
- c. relativamente indipendenti da scolarità, età e genere;
- d. privi di item potenzialmente fonte di disagio per il paziente.

Il BASIC è articolato in tre sezioni. La prima comprende domande rivolte direttamente al paziente riguardo alla percezione delle proprie capacità mnestiche e linguistiche. La seconda sezione include due brevi compiti cognitivi: un test di fluenza semantica per elementi acquistabili in un supermercato e un compito di apprendimento di immagini con facilitazioni semantiche. Questi due compiti sono stati selezionati sulla base di evidenze precedenti che ne hanno dimostrato l'elevata validità discriminante. Inoltre è stato osservato che la fluenza per elementi del supermercato risulta meno influenzata da istruzione ed età rispetto alla fluenza per animali o ad altri compiti di fluenza semantica comunemente utilizzati. La terza e ultima parte consiste in domande rivolte al caregiver, finalizzate a indagare le abilità di memoria e di orientamento del paziente. Il punteggio totale varia da 0 a 25 e la somministrazione richiede circa 5 minuti.

Interviste condotte con professionisti dell'assistenza agli anziani nella comunità, come infermieri e operatori sanitari, hanno evidenziato che uno strumento destinato a contesti comunitari dovrebbe evitare test cognitivi formali, privilegiando invece questionari o interviste strutturate integrate con l'osservazione clinica. Per questo motivo, nello sviluppo del BASIC-Q, gli autori hanno mantenuto le sezioni di intervista al paziente e al caregiver, sostituendo la parte cognitiva con domande di orientamento personale e temporale. Il punteggio totale varia da 0 a 20 e la somministrazione richiede anch'essa circa 5 minuti.

Entrambi gli strumenti sono stati tradotti in diverse lingue (inglese, danese, cinese mandarino, italiano, spagnolo, tedesco e francese) attraverso processi formali di traduzione, senza necessità di adattamenti culturali, confermandone la solidità cross-culturale. Inoltre, studi specifici hanno dimostrato che sia il BASIC sia il BASIC-Q sono efficaci nell'identificare il deterioramento cognitivo sia in popolazioni europee sia in minoranze etniche migrate all'interno di tali Paesi¹¹.

La Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) è un test di screening sviluppato in Australia nel 2004¹² con l'obiettivo di identificare il disturbo neurocognitivo maggiore in pazienti provenienti da contesti culturali differenti. Fin dalle prime fasi, il suo sviluppo è stato guidato da una forte attenzione alla multiculturalità. Per selezionare gli item, sono stati istituiti due gruppi di esperti: uno composto da professionisti sanitari e uno formato da rappresentanti di 22 lingue e culture diverse.

Attraverso un processo iterativo, i due gruppi hanno dapprima individuato i domini cognitivi rilevanti per la diagnosi di demenza nelle varie culture, quindi hanno proposto item specifici per misurarli, suggerendo modifiche utili a garantirne l'applicabilità equa e non distorta nelle diverse lingue. I 60 item iniziali sono stati poi ulteriormente valutati da interpreti e professionisti esperti, con l'obiettivo di selezionare solo quelli che: a) presentassero una buona validità di costrutto; b) risultassero indipendenti da fattori linguistici e culturali; c) fossero facilmente traducibili; d) potessero essere somministrati in modo rapido e semplice.

Gli item selezionati sono stati testati su 150 pazienti di una clinica geriatrica, tra cui 60 persone con background migratorio valutate con l'aiuto di un interprete. L'analisi si è concentrata sulla capacità degli item di predire una diagnosi clinica di demenza.

La versione finale della scala prevede un punteggio massimo di 30 e richiede circa 10 minuti per la somministrazione, risultando comparabile a strumenti come MMSE e MoCA. La batteria comprende: a) un compito di apprendimento di una breve lista della spesa (0-8); b) un test di orientamento sul corpo del paziente e dell'esaminatore (0-5); c) una prova di prassia e programmazione motoria (0-2); d) un compito di disegno (0-3); e) un compito di giudizio (0-4); f) un test di linguaggio basato sulla fluenza semantica (0-8).

Dal 2004 la RUDAS è stata tradotta in almeno 13 lingue, tra cui cinese, arabo, spagnolo, portoghese e thailandese. Nella maggior parte dei casi non sono stati necessari adattamenti culturali. Le uniche modifiche documentate riguardano:

- la sostituzione del tè con il caffè nelle versioni spagnole, per renderne il contenuto più culturalmente rilevante;
- la sostituzione della fluenza semantica per animali con quella per frutti nella versione thailandese, ritenuta meno influenzata dal livello di scolarizzazione.

La Cross-Cultural Neuropsychological Test Battery (CNTB), sviluppata nel 2018¹³, nasce con l'obiettivo di creare una batteria neuropsicologica che: a) permetta di identificare i deficit cognitivi tipici della Malattia di Alzheimer e di altre forme di demenza; b) sia applicabile a gruppi etnici e linguistici differenti senza richiedere adattamenti culturali; c) possa essere somministrata tramite un mediatore o interprete, evitando traduzioni formali per ogni lingua; d) risulti utilizzabile anche con persone con bassa o nessuna scolarizzazione.

Gli autori hanno selezionato, dalla letteratura, test già riconosciuti come culturalmente neutrali e ne hanno sviluppati due nuovi per completare la batteria. La CNTB copre cinque domini cognitivi: funzionamento cognitivo globale, memoria, linguaggio, funzioni esecutive e abilità visuo-spaziali (**tabella 4.1**).

Tabella 4.1 CNTB: domini cognitivi, strumenti, descrizione e note metodologiche

Dominio cognitivo	Strumento	Descrizione e note metodologiche
1. Funzionamento cognitivo globale	RUDAS	La batteria comprende: a) un compito di apprendimento di una breve lista della spesa (0-8); b) un test di orientamento sul corpo del paziente e dell'esaminatore (0-5); c) una prova di prassia e programmazione motoria (0-2); d) un compito di disegno (0-3); e) un compito di giudizio (0-4); f) un test di linguaggio basato sulla fluenza semantica (0-8).
2. Memoria	Recall of Pictures Test (RPT)	Adattamento di un compito della Brief Cognitive Screening Battery, ottenuto sostituendo i disegni in bianco e nero con immagini a colori, più efficaci in persone con bassa scolarizzazione. Il test prevede l'apprendimento di 10 immagini, con misure di memoria incidentale, apprendimento immediato, rievocazione differita (dopo 10 minuti) e riconoscimento. Gli item sono culturalmente neutri e l'uso di immagini riduce la componente verbale.
	Enhanced Cued Recall (ECR)	Variante del Free and Cued Selective Reminding Test, anch'essa modificata con immagini a colori. Valuta la capacità di beneficiare di facilitazioni semantiche, tipicamente compromessa nella Malattia di Alzheimer.
	Figura semi-complessa	Versione semplificata della Rey-Osterrieth Complex Figure, progettata per ridurre l'influenza della scolarizzazione e di elementi culturalmente specifici. Dopo la copia, la figura deve essere rievocata dopo 3 minuti.
3. Linguaggio	Denominazione	Parte iniziale del Recall of Picture Test.
	Fluena semantica	Due prove: animali e oggetti acquistabili al supermercato. La fluena semantica è preferita alla fluena fonemica, non applicabile in lingue con sistemi di scrittura non alfabetici. La fluena per animali è già stata validata negli studi sulla RUDAS; quella per oggetti del supermercato aggiunge una componente ecologica legata a un'attività quotidiana.
4. Funzioni esecutive	Color Trail Test (CTT)	Versione non alfabetica e cross-culturale del Trail Making Test. CTT 1: misura la velocità di esplorazione visuo-spaziale. CTT 2: valuta attenzione divisa e flessibilità cognitiva, richiedendo di collegare numeri alternando due colori anziché lettere e numeri.
	Five Digits Test (FDT)	Versione cross-culturale dello Stroop Test. Valuta la capacità di inibire risposte automatiche chiedendo di indicare la quantità di numeri presenti in una carta, anche quando il numero scritto è incongruente. L'uso dei numeri (universali) evita la necessità di tradurre parole.
	Serie di tre	Conteggio all'indietro da 20 sottraendo 3, versione semplificata del Serial 7's, meno influenzata dalla scolarizzazione.
5. Abilità visuo-spaziali	Copia di figure e disegno	Copie di semplici figure geometriche; copia della figura semi-complessa; disegno dell'orologio a memoria.
	Clock Reading Test (CRT)	Identificazione dell'ora su 12 orologi privi di numeri. È l'unico test visuo-spaziale che non richiede abilità visuo-costruttive, quindi meno influenzato dalla scolarizzazione.

Validazione e selezione finale dei test

La batteria è stata somministrata a un campione multiculturale, con e senza deterioramento cognitivo, per verificarne la validità cross-culturale e la capacità diagnostica¹⁴. Sulla base dei risultati sono stati selezionati i test con migliori proprietà discriminative e minore influenza di scolarizzazione ed etnia. Ne è derivata la **Multi-cultural Cognitive Examination (MCE)**¹⁵, composta da:

- RUDAS (0-30)
- RPT – rievocazione immediata, differita e riconoscimento (0-30)
- Fluena semantica – oggetti del supermercato (0-28)
- CRT (0-12)

Il punteggio totale varia da 0 a 100.

Traduzione e validazione italiana della RUDAS e del CNTB

Il processo di traduzione ha seguito le linee-guida proposte da Sousa e Rojjanasirat¹⁶, adottando una metodologia a fasi standardizzate e rigorose. La traduzione è stata affidata a due traduttori indipendenti madrelingua italiani e bilingui (italiano-inglese), scelti per garantire competenze complementari: uno con esperienza in ambito neuropsicologico e familiarità con la terminologia specialistica, l'altro privo di conoscenze relative al costrutto dello strumento, così da favorire una resa linguistica naturale e facilmente comprensibile. Le due versioni ottenute sono state poi confrontate da un terzo traduttore indipendente, anch'egli madrelingua italiano e bilingue, che ha coordinato la fase di sintesi iniziale insieme agli altri membri del team di ricerca. In questa fase eventuali discrepanze o ambiguità semantiche e interpretative sono state discusse e risolte per consenso, ottenendo una versione preliminare in lingua italiana dello strumento.

La versione preliminare è stata quindi sottoposta a "blind back translation" da parte di due traduttori indipendenti madrelingua inglesi e bilingui. Anche in questo caso, uno dei traduttori possedeva competenze neuropsicologiche senza conoscere lo strumento, mentre l'altro non aveva familiarità né con il costrutto né con la terminologia specialistica. Entrambi erano completamente ignari della versione originale della RUDAS e della CNTB. Le due "back-translation" ottenute sono state confrontate tra loro e con la versione originale durante una seconda fase di sintesi, condotta da un comitato multidisciplinare composto da tutti i traduttori coinvolti, dal team di ricerca e dall'autore originale degli strumenti. Questa fase ha previsto un'analisi sistematica delle discrepanze relative al significato concettuale, all'adeguatezza culturale e alla chiarezza di istruzioni, item e formato di risposta. Le criticità emerse sono state discusse e risolte per consenso, con l'obiettivo di ottenere una versione pre-finale in italiano che preservasse l'integrità concettuale dell'originale.

La versione pre-finale è stata quindi sottoposta ad una fase di cognitive debriefing attraverso uno studio pilota condotto su un campione rappresentativo di 40 adulti monolingui italiani, comprendente persone con Mild Cognitive Impairment, soggetti con demenza e partecipanti cognitivamente sani, divisi per sesso, genere e livello di istruzione. Ai partecipanti è stato chiesto di valutare la chiarezza di istruzioni, item e formato di risposta tramite una scala dicotomica "chiaro/non chiaro"; per gli elementi giudicati non chiari sono stati raccolti suggerimenti di modifica. Gli item considerati non chiari da almeno il 20% del campione sono stati rivalutati. Parallelamente, il team di ricerca ha esaminato l'equivalenza concettuale e di contenuto degli item, discutendo la chiarezza delle istruzioni e l'adeguatezza culturale del materiale.

I risultati del processo di traduzione e adattamento hanno evidenziato la necessità di interventi culturali minimi. Nella RUDAS, alcuni riferimenti meno familiari nel contesto italiano, come thè (tea) e olio da cucina (cooking oil), sono stati sostituiti rispettivamente con "caffè" e "olio d'oliva", aumentando la familiarità ecologica senza modificare i costrutti valutati. All'interno della CNTB, due componenti hanno richiesto adattamenti più specifici: nell'ECR, due categorie semantiche sono state modificate per mantenerne la distintività in italiano; nel compito di sottrazione continua (20-3) le istruzioni originali sono risultate poco chiare per una parte del campione dello studio pilota ma una formulazione italiana semplificata ha risolto completamente la

difficoltà, risultando comprensibile per tutti i partecipanti. Due test della CNTB, il Color Trail Test e il Five Digits Test, non sono stati tradotti a causa di vincoli legati al copyright.

Nel complesso, la traduzione italiana della RUDAS e della CNTB ha mostrato un'elevata adeguatezza culturale e concettuale, confermando la solidità dell'impianto cross-culturale degli strumenti originali. Le versioni italiane rappresentano una risorsa di riferimento per clinici e mediatori culturali impegnati nella valutazione neuropsicologica di pazienti con diversità linguistica e/o culturale (CALD) nei CDCD italiani e costituiscono una base condivisa per la traduzione delle istruzioni nelle lingue dei pazienti tramite mediatori culturali. La disponibilità pubblica dei materiali attraverso il sito del progetto Immidem (<https://immidem.it/per-gli-operatori/le-scale-per-una-valutazione-cross-culturale/>) contribuisce a colmare le criticità presenti a livello nazionale nella valutazione cognitiva delle popolazioni migranti, promuovendo una pratica clinica più equa, accurata e culturalmente sensibile.

Il setting di cura

Le varie tipologie di interprete ed il loro ruolo nel team multidisciplinare

È utile distinguere tra interpreti formali, con una preparazione specifica, e interpreti informali. L'interprete informale è una persona non formata, spesso il caregiver, che media tra professionista e paziente per necessità contingenti. Pur offrendo vantaggi come disponibilità immediata, gratuità e condivisione linguistica e culturale, il suo impiego è sconsigliato: i familiari possono infatti faticare a mantenere imparzialità e attenersi fedelmente alle istruzioni del professionista.

Quando si parla di operatori qualificati per facilitare la comunicazione tra persone che non condividono la stessa lingua, è importante distinguere tra interprete e mediatore culturale: solo quest'ultimo garantisce una comprensione adeguata e contestualizzata delle risposte del paziente.

Indicazioni per una corretta collaborazione con il mediatore culturale: le varie fasi

Quando ci si prepara a svolgere una valutazione del profilo cognitivo in collaborazione con un mediatore culturale, diversi sono gli elementi a cui dobbiamo prestare attenzione¹⁷.

Fase di preparazione. Prima ancora di fissare l'appuntamento è fondamentale individuare la lingua più appropriata per la valutazione. Alcune persone potrebbero dichiarare di preferire la lingua del Paese ospitante, ritenendosi sufficientemente fluenti e temendo di sentirsi sminuite dalla presenza di un mediatore linguistico. In questi casi è importante considerare con attenzione le finalità della valutazione: se l'abilità da esaminare riguarda, ad esempio, il linguaggio, anche una persona fluente in una seconda lingua potrebbe essere svantaggiata rispetto a chi viene valutato nella propria lingua madre. È quindi opportuno spiegare con chiarezza al paziente le ragioni per cui la presenza di un mediatore può essere necessaria, offrendo eventualmente la possibilità di effettuare la valutazione nella lingua ospitante, ma con l'intervento del mediatore in caso di incomprensioni. Si raccomanda di contattare il paziente o un familiare per identificare la lingua madre (senza

dare per scontato che combaci con la lingua ufficiale del Paese di origine) e, se necessario, per comprendere se il mediatore debba presentare caratteristiche specifiche relative a sesso, etnia o religione. È inoltre importante ricordare che una valutazione con il supporto di un mediatore culturale richiede generalmente più tempo rispetto ad una valutazione neuropsicologica standard: di conseguenza è necessario prevedere tempi più lunghi già in fase di prenotazione della visita.

Debriefing preliminare

Il giorno della valutazione è necessario prevedere una fase introduttiva dedicata all'incontro con il mediatore.

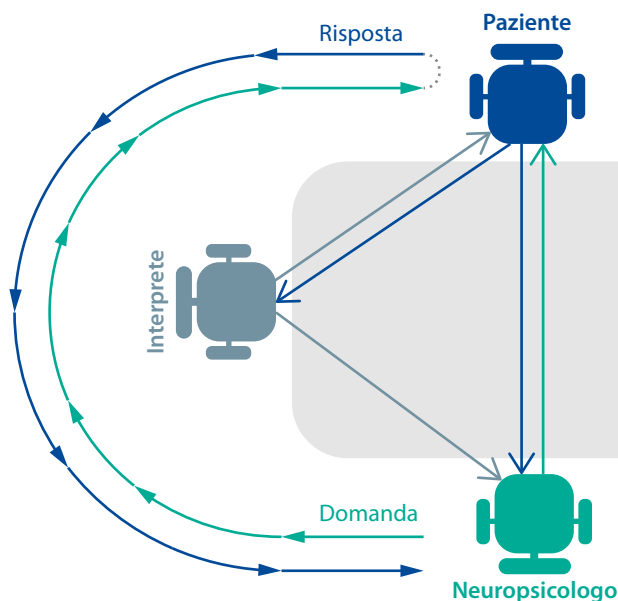
La formazione e le esperienze pregresse dei mediatori possono variare notevolmente, perciò è importante verificare se abbia già partecipato a valutazioni neuropsicologiche e se conosca le caratteristiche di questo tipo di esame. In questa fase occorre spiegare le finalità della valutazione, ciò che ci si aspetta dal paziente e quali informazioni sono necessarie, sottolineando l'importanza di traduzioni il più possibile letterali. Come accade talvolta ai familiari, anche il mediatore potrebbe, senza volerlo, assumere un atteggiamento protettivo nei confronti del paziente; inoltre potrebbe non essere familiare con alcune espressioni mediche o tecniche. È quindi utile chiarire in anticipo eventuali termini specialistici.

Valutazione cognitiva

Durante la valutazione si suggerisce una disposizione triangolare tra neuropsicologo, paziente e mediatore, così che tutti siano equidistanti e possano cogliere sia i messaggi verbali sia quelli non verbali. Questa configurazione aiuta anche il paziente a non percepirsi in una posizione di inferiorità rispetto a due professionisti. È consigliabile rivolgersi direttamente al paziente, mantenendo il contatto oculare anche mentre il mediatore traduce, così da favorire una relazione diretta. Per facilitare una traduzione fedele è opportuno evitare tecnicismi e frasi complesse, preferendo enunciati brevi che il mediatore possa tradurre progressivamente senza sovraccaricare la memoria di lavoro. Per migliorare la comprensione è utile ricorrere ad esempi concreti ed evitare metafore o forme di umorismo, spesso difficili da rendere in un'altra lingua.

Nonostante le indicazioni fornite nel debriefing preliminare, è possibile che durante la valutazione mediatore e paziente si scambino brevi battute escludendo il neuropsicologo. La responsabilità del corretto andamento del processo resta comunque del neuropsicologo, che dovrà riportare l'interazione in una configurazione triangolare (**figura 4.1**), ricordando al mediatore la necessità di tradurre letteralmente e di riferire eventuali domande o dubbi. Per ridurre al minimo tali episodi, è utile iniziare la seduta con una chiara presentazione dei ruoli e con una spiegazione delle modalità operative, invitando anche il paziente a fare pause per consentire la traduzione. Allo stesso modo, neuropsicologo e mediatore dovrebbero evitare conversazioni a due, rimandando eventuali osservazioni non urgenti alla fase successiva. Se un breve scambio fra i due fosse inevitabile, è comunque opportuno spiegare al paziente ciò che sta accadendo.

Figura 4.1 Disposizione ideale dei posti a sedere durante la valutazione. Le linee curve indicano la direzione della comunicazione verbale. Le linee dritte indicano la direzione della comunicazione non verbale (cioè contatto visivo, linguaggio del corpo)



Modificata da: Nielsen et al¹⁷.

Debriefing conclusivo

Terminata la valutazione e congedato il paziente, è utile prevedere un'ultima fase di confronto con il mediatore. Questo momento serve a condividere osservazioni, chiarire eventuali difficoltà emerse e approfondire aspetti culturali rilevanti per l'interpretazione dei risultati. È importante porre domande specifiche sulle caratteristiche del linguaggio del paziente, che non sono direttamente accessibili al professionista.

Bibliografia

1. Lezak MD. Neuropsychological assessment. 5th ed. Oxford: Oxford University Press, 2012.
2. Ardila A. Cultural values underlying psychometric cognitive testing. *Neuropsychol Rev* 2005;15(4):185-95. Erratum in: *Neuropsychol Rev* 2021;31(1):220.
3. Nielsen TR. Cognitive assessment in culturally, linguistically, and educationally diverse older populations in Europe. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2022;37:15333175221117006.
4. Franzen S, European Consortium on Cross-Cultural Neuropsychology (ECCroN), Watermeyer TJ, et al. Cross-cultural neuropsychological assessment in Europe: position statement of the European Consortium on Cross-Cultural Neuropsychology (ECCroN). *Clin Neuropsychol* 2022;36(3):546-57.
5. Gove D, Nielsen TR, Smits C, et al. The challenges of achieving timely diagnosis and culturally appropriate care of people with dementia from minority ethnic groups in Europe. *Int J Geriatr Psychiatry* 2021;36(12):1823-8.
6. Nguyen CM, Rampa S, Staios M, et al. Neuropsychological application of the International Test Commission Guidelines for Translation and Adapting of Tests. *J Int Neuropsychol Soc* 2024;30(7):621-34.

7. Fernandez AL, Marcopulos B, Hardy D. Cross-cultural comparison of performance on the multicultural neuropsychological scale between participants from Argentina and the United States of America. *Appl Neuropsychol Adult* 2025;13:1-6.
8. Franzen S, Papma JM, van den Berg E, Nielsen TR. Cross-cultural neuropsychological assessment in the European Union: a Delphi expert study. *Arch Clin Neuropsychol* 2021;36(5):815-30.
9. Jørgensen K, Nielsen TR, Nielsen A, et al. Brief Assessment of Impaired Cognition (BASIC) -Validation of a new dementia case-finding instrument integrating cognitive assessment with patient and informant report. *Int J Geriatr Psychiatry* 2019;34(11):1724-33.
10. Jørgensen K, Nielsen TR, Nielsen, A, et al. Brief Assessment of Impaired Cognition Questionnaire (BASIC-Q) – Development and validation of a new tool for identification of cognitive impairment in community settings. *Int J Geriatr Psychiatry* 2020; 35(7):693-701.
11. Nielsen TR, Kasper J, Waldemar G, et al. Validation of the Brief Assessment of Impaired Cognition and Brief Assessment of Impaired Cognition Questionnaire in a multicultural memory clinic sample across six European countries. *J Alzheimers Dis* 2025; 104(3): 823-34.
12. Storey JE, Rowland J TJ, Conforti DA, Dickson HG. The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS): a multicultural cognitive assessment scale. *Int Psychogeriatr* 2004;16(1):13-31.
13. Nielsen TR, Segers K, Vanderaspolden V, et al. Validation of a European Cross-Cultural Neuropsychological Test Battery (CNTB) for evaluation of dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2019;34(1):144-52.
14. Nielsen TR, Segers K, Vanderaspolden V, et al. Performance of middle-aged and elderly European minority and majority populations on a Cross-Cultural Neuropsychological Test Battery (CNTB). *Clin Neuropsychol* 2018;32(8):1411-30.
15. Nielsen TR, Segers K, Vanderaspolden V, et al. Validation of a brief Multicultural Cognitive Examination (MCE) for evaluation of dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2019; 34(7): 982-9.
16. Sousa VD, Rojjanasirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract* 2011;17:268-74.
17. Nielsen TR, Franzen S, Watermeyer T, et al. Interpreter-mediated neuropsychological assessment: clinical considerations and recommendations from the European Consortium on Cross-Cultural Neuropsychology (ECCroN). *Clin Neuropsychol* 2024;38(8):1775-805.

5. FORMAZIONE, INFORMAZIONE E LOTTA ALLO STIGMA

Formare gli operatori: i corsi residenziali ISS

Il progetto Immidem identifica come priorità strategica l'incremento della consapevolezza e dell'alfabetizzazione sanitaria relativa ai disturbi cognitivi, ponendo al centro dell'azione il contrasto attivo allo stigma e agli stereotipi negativi radicati nelle diverse realtà culturali. Questa missione si declina necessariamente attraverso una formazione specifica rivolta agli operatori sanitari, finalizzata a colmare un vuoto formativo che spesso preclude una gestione ottimale e tempestiva del paziente migrante con disturbi cognitivi. In tal senso, la formazione non è intesa solo come trasferimento di nozioni tecniche, ma come lo strumento essenziale per implementare modelli di cura realmente sensibili alla diversità e capaci di garantire equità di accesso ai trattamenti.

L'asse portante dell'attività formativa è rappresentato dai corsi residenziali organizzati annualmente presso l'Istituto Superiore di Sanità a Roma. Complessivamente, sono state realizzate quattro edizioni del corso intitolato "Demenza e migranti", tutte ospitate presso l'Aula G.B. Rossi nella sede di via Giano della Bella. Le edizioni più recenti hanno confermato l'importanza di un approccio multidisciplinare, coinvolgendo una vasta platea di professionisti tra cui medici di medicina generale, neurologi, psichiatri, neuropsicologi, fisioterapisti e terapisti occupazionali. Questi incontri hanno offerto uno spazio di confronto vitale per promuovere una consapevolezza culturale profonda e per condividere esperienze cliniche che permettano di ottimizzare l'allocazione delle risorse sanitarie dedicate a questo fenomeno emergente.

Il percorso didattico è stato strutturato per fornire ai partecipanti strumenti operativi e informazioni pratiche immediatamente spendibili nel setting clinico. Al termine delle sessioni, i professionisti hanno acquisito competenze specifiche per inquadrare correttamente la dimensione epidemiologica del fenomeno, riconoscere e somministrare le scale di valutazione neuropsicologica cross-culturali, con particolare riferimento all'uso di strumenti come RUDAS, BASIC e CNTB, e affinare le tecniche di comunicazione essenziali per la gestione del paziente e del suo nucleo familiare. La partecipazione è stata inoltre incentivata attraverso l'accREDITAMENTO ECM, subordinato alla verifica rigorosa delle presenze e dell'apprendimento, garantendo così uno standard elevato di preparazione per tutto il personale di enti e istituzioni di ricerca coinvolto nella rete di assistenza.

Sul versante dell'informazione e della lotta allo stigma, il progetto Immidem ha operato per decostruire quei modelli interpretativi che portano frequentemente a una normalizzazione del declino cognitivo, spesso erroneamente attribuito al naturale processo di invecchiamento o interpretato secondo chiavi di lettura esclusivamente spirituali o psicosociali. Tale carenza di alfabetizzazione sanitaria rappresenta una delle barriere che ritardano il ricorso alle cure specialistiche, aggravando l'isolamento delle famiglie. Attraverso una corretta

informazione e lo sviluppo di percorsi assistenziali coordinati, l'obiettivo finale rimane quello di trasformare il contesto di cura in un ambiente inclusivo, in cui la variabile culturale non sia più percepita come un ostacolo, ma come un elemento centrale della presa in carico clinica e dove l'identificazione tempestiva della patologia possa tradursi in un miglioramento tangibile della qualità della vita per le persone.

Le edizioni del corso "Demenza e migranti": risultati e partecipazione

Nel periodo compreso tra il 2022 e il 2025 sono state realizzate quattro edizioni del corso "Demenza e migranti" presso l'Istituto Superiore di Sanità, per un totale di 86 partecipanti. La prima edizione, erogata online nel 2022, ha rappresentato la fase sperimentale del percorso formativo, mentre le tre successive (2023, 2024 e 2025) si sono svolte in presenza, registrando una partecipazione costante e distribuita sul territorio nazionale.

Il numero di discenti è risultato relativamente stabile nel tempo: 21 partecipanti nel 2022, 27 nel 2023, 19 nel 2024 e 19 nel 2025. Complessivamente, l'età media dei partecipanti nell'arco dei quattro anni è stata pari a 42,4 anni, con variazioni moderate tra le diverse edizioni.

La composizione professionale dei partecipanti ha evidenziato una forte presenza di psicologi e psicologhe (32 partecipanti, pari al 37,2%) e medici (31 partecipanti, 36,0%), che insieme costituiscono oltre i due terzi del totale. Dal punto di vista della provenienza geografica, la partecipazione ha coinvolto la maggior parte delle regioni italiane, con alcune aree maggiormente rappresentate. Il Lazio è risultato la Regione con il numero più elevato di partecipanti (27 iscritti, pari al 31,4%), seguito dall'Emilia-Romagna (17 iscritti, 19,8%) e dalla Lombardia (11 iscritti, 12,8%). Ulteriori partecipanti provengono da Marche (5), Veneto (6), Piemonte (4), Abruzzo (3), Toscana (3), Umbria (2) e dalle altre Regioni, con numeri più contenuti, come Sardegna, Calabria, Campania e Trentino.

L'elevata rappresentatività geografica e professionale conferma la rilevanza del corso e il suo ruolo nella costruzione di competenze condivise a livello nazionale. In tutte le edizioni la valutazione complessiva del corso è stata sempre decisamente positiva. I partecipanti hanno espresso giudizi molto favorevoli su tutti gli aspetti considerati. In particolare, sul livello della trattazione e sugli obiettivi formativi. Anche il metodo didattico utilizzato è stato valutato come efficace, sia nella trasmissione dei contenuti sia nel favorire la partecipazione attiva e il confronto durante le esercitazioni.

Il sito web come hub di risorse

Il sito web <https://immidem.it/> rappresenta il fulcro dell'architettura comunicativa e operativa del progetto Immidem. Non inteso come una semplice vetrina di risultati, il portale è stato progettato per fungere da infra-

struttura dinamica e hub di risorse, capace di tradurre l'evidenza scientifica in strumenti pratici a disposizione della comunità medica, dei ricercatori e della società civile.

La piattaforma è stata strutturata per rispondere alle esigenze eterogenee di molteplici stakeholder, integrando diverse aree tematiche che riflettono la complessità del fenomeno della demenza nelle popolazioni migranti. L'integrazione tra ricerca e pratica clinica si realizza attraverso sezioni specifiche dedicate all'invecchiamento della popolazione straniera in Italia, alla prevenzione e alla gestione dei percorsi di cura.

Per i ricercatori e i decisori politici, il sito offre una base analitica rigorosa che permette di inquadrare la demenza in una prospettiva di salute globale. Attraverso la pubblicazione di dati epidemiologici e documenti di sintesi, il portale fornisce gli strumenti necessari per esplorare e quantificare il fenomeno, supportando la pianificazione dei servizi e l'allocazione delle risorse sociosanitarie.

L'esigenza di creare uno spazio digitale dedicato nasce dalla natura multidisciplinare del fenomeno della demenza nelle popolazioni migranti. Il sito si rivolge infatti a diverse categorie principali di stakeholder, offrendo a ciascuna percorsi informativi e operativi specifici:

- **Per i ricercatori e i decisori politici:** il portale fornisce una fotografia aggiornata dello stato dell'arte attraverso la pubblicazione di dati epidemiologici, infografiche e documenti scientifici. Questo supporto è essenziale per quantificare il fenomeno a livello nazionale, pianificare i servizi e orientare l'allocazione delle risorse sanitarie.
- **Per gli operatori sanitari e sociosanitari:** il sito funge da centro di formazione continua, offrendo la possibilità di scaricare le scale di valutazione cross-culturale e approfondimenti sulle metodologie di intervento clinico in contesti multiculturali, oltre alla condivisione di esperienze sul territorio per generare impatti concreti e replicabili.
- **Per i pazienti, i caregiver e le comunità:** lo spazio digitale offre consigli pratici per riconoscere i primi segni e sintomi della demenza, facilitare l'accesso ai percorsi di cura e abbattere lo stigma che spesso circonda il declino cognitivo nelle minoranze etniche.

Una delle sezioni più rilevanti del sito riguarda la messa a disposizione di strumenti pratici per la diagnosi e lo screening. Attraverso il portale, i clinici possono accedere alle risorse sviluppate e validate dall'Immidem Study Group durante le fasi del progetto. Tra queste, particolare rilievo assumono la guida alla somministrazione della RUDAS (Rowland Universal Dementia Assessment Scale), del BASIC (Brief Assessment of Impaired Cognition) e BASIC-Q e della CNTB (European Cross-Cultural Neuropsychological Test Battery), strumenti fondamentali per superare i limiti dei test standardizzati e garantire una valutazione corretta indipendentemente dal livello di scolarità o dalla lingua madre del paziente.

Oltre ai test, il portale fornisce indicazioni procedurali fondamentali per il setting clinico, quali la gestione della comunicazione con mediatore culturale o interprete e la configurazione triangolare del colloquio (clinico-interprete-paziente), con particolare attenzione alle fasi di briefing e debriefing necessarie per garantire l'accuratezza diagnostica.

In linea con le direttive del *Global Action Plan* della WHO, il sito promuove la consapevolezza attraverso materiali divulgativi che spiegano la complessa relazione tra migrazione e salute.

Nel 2025, le pagine principali del sito Immidem sono state tradotte in inglese, per intercettare anche l'utenza di lingua non italiana e favorire il network di ricerca internazionale, continuando a supportare il Servizio Sanitario Nazionale nel percorso verso una sanità più inclusiva e consapevole delle trasformazioni demografiche in atto nel nostro Paese (**figura 5.1**).

Figura 5.1. Il sito web del progetto Immidem



Figura 5.1. Segue

Notizie ed eventi



Progetto Immidem: Convegno finale a Roma il 27 marzo 2026
Si terrà a Roma, il 27 marzo 2026, presso l'Aula Poichiani dell'Istituto Superiore di Santa Otilia Regina Elena (IIS), il convegno finale del progetto Immidem dal titolo "Demenza in migranti..."

[SCOPRI DI PIÙ >](#)



XVIII Convegno "I Centri per i disturbi cognitivi e le demenze e la gestione integrata della demenza"
Il 27 e 28 novembre 2025 si è svolta presso l'Istituto Superiore di Santa Otilia la XVIII edizione del Convegno "I Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze e..."

[SCOPRI DI PIÙ >](#)



Migrations e Università: verso una Carta degli uffici
Il 16 e 17 ottobre 2025, presso la Sala Magna di Palazzo Charamonte (Cler) dell'Università degli Studi di Palermo, si terrà il convegno "Migrations e Università. Per una Carta degli..."

[SCOPRI DI PIÙ >](#)



L'assistenza ai migranti con demenza

Scarica l'infografica

Obiettivi

Il progetto mira a studiare i disturbi cognitivi nei migranti e nelle minoranze etniche ed esplorare l'offerta di assistenza sanitaria rivolta a questa popolazione. Cerca di valutare e rendere disponibili approcci clinici, strumenti di diagnosi e percorsi sanitari appropriati che considerino e supportino le barriere che oggi limitano l'accesso alle cure. Infine, vuole creare uno spazio di riflessione per promuovere un approccio culturalmente informato e guidato al fenomeno.

[SCOPRI DI PIÙ](#)

Tematiche

Migrazione e Invecchiamento
Due fenomeni che sempre più influenzano la struttura delle società contemporanee, interconnesse e convergenti. Quali i rischi di stigmatizzazione?

Migrazione e demenza
Sono sempre più frequenti che si trovasse in un centro per una demenza di origine alle quali questa demenza e portatore di significati etnici tra le diverse culture.

Valutazione cognitiva cross-culturale
Tutti si possono ingannare con un disturbo cognitivo e gli operatori socio-sanitari che potrebbero aiutarli a ogni fase hanno legittimità e cultura. Come superarlo?

Nuove figure della presa in carico
Figure come il mediatore culturale a Palermo, sono imprescindibili per prendere in carico un paziente migrato con un disturbo cognitivo.



Accesso ai percorsi di cura
Quali servizi sono disponibili? Come beneficiarne? Le informazioni per facilitare l'accesso alle cure per un paziente immigrato con demenza.

[LEGGI DI PIÙ](#)



La cura del paziente
Strumenti nuovi agli operatori sanitari e varie titoli per migliorare i percorsi di cura e agevolare la presa in carico del paziente.

[LEGGI DI PIÙ](#)



Demenza e migranti: dati
Dati, documenti di indagine, guide per fotografare lo stato attuale dei percorsi di cura e offrire un punto di partenza per un approccio culturalmente informato.

[LEGGI DI PIÙ](#)



Pubblicazioni
Articoli, documenti di policy e risorse multiple a chi fa ricerca sui disturbi cognitivi nei migranti e nelle minoranze etniche per creare uno spazio di confronto tra gli addetti ai lavori.

[LEGGI DI PIÙ](#)

6. USCIRE DAL SERVIZIO PER INCONTRARE LE PERSONE

L'esperienza del Centro Disturbi Cognitivi e Demenze di Modena nell'ambito del progetto Immidem

Negli ultimi anni, i servizi dedicati ai disturbi cognitivi sono stati chiamati a ripensare non solo nuovi strumenti e percorsi clinici specifici, ma anche al proprio ruolo nel territorio. L'aumento dell'aspettativa di vita, la complessità crescente dei bisogni assistenziali e la trasformazione sociale dei contesti urbani e periferici hanno reso sempre più evidente un nodo cruciale: l'accesso ai servizi non è scontato e non dipende esclusivamente dalla presenza di un disturbo o dalla sua gravità.

Al Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) di Modena, questa consapevolezza è maturata progressivamente attraverso l'osservazione della pratica clinica quotidiana relativa alla sottopopolazione migrante: alcune persone migranti arrivavano tardi alla valutazione specialistica, altre non arrivavano affatto. In molti casi, le difficoltà non erano legate alla mancanza di servizi, ma a barriere linguistiche, culturali e relazionali, che rendevano complesso il riconoscimento dei sintomi, l'orientamento nel sistema sanitario e la costruzione di un rapporto di fiducia con i professionisti sanitari.

È nato, quindi, il progetto Immidem-Modena volto a promuovere lo sviluppo di un contesto favorevole ad un approccio socio-sanitario culturalmente sensibile e consapevole. Il lavoro è stato suddiviso in 3 macroaree di intervento progettate a partire da febbraio 2023:

1. Training specifico sul tema demenze e migranti mediante corso di formazione interna rivolto a tutta l'équipe multiprofessionale (medici geriatri, infermieri, OSS, psicologi, neuropsicologi e terapisti occupazionali).
2. Incontri formativi rivolti ai mediatori culturali per stabilire una condotta comune finalizzata a lavorare in team durante la valutazione clinica e psicometrica.
3. Incontri di sensibilizzazione sul tema della prevenzione dei disturbi cognitivi, dell'invecchiamento attivo e sui percorsi di accesso ai servizi dedicati all'interno di Comunità straniere.

La formazione interna come leva di cambiamento

Considerata la prima necessità di rafforzare competenze specifiche sui temi della valutazione cognitiva in contesti interculturali, come competenza diffusa dell'équipe, è stata adottata una modalità di formazione interna

a cascata. Tale modalità di lavoro ha permesso di trasferire le competenze specifiche acquisite da un gruppo ristretto attraverso la partecipazione al corso “Demenza e migranti” dell’Istituto Superiore di Sanità.

La formazione ha registrato la partecipazione di infermieri, medici, OSS, psicologi, neuropsicologi e terapisti occupazionali, organizzata su due edizioni per un totale di 30 partecipanti, tutti coinvolti nell’attività clinica. La formazione ha permesso di diffondere strumenti teorico-pratici su:

- Barriere linguistiche e culturali nell’accesso ai servizi
- Uso di strumenti di valutazione cognitiva cross-culturali, es. RUDAS
- Ruolo della mediazione culturale nella pratica clinica.

La formazione a cascata ha avuto due effetti principali. Da un lato, ha contribuito a ridurre la frammentazione delle competenze, evitando che l’esperienza interculturale restasse confinata a singoli operatori. Dall’altro, ha favorito un cambiamento più ampio nel modo di leggere le difficoltà incontrate nella pratica clinica, spostando l’attenzione dalla singola prestazione alla responsabilità organizzativa del servizio.

La formazione specifica dei mediatori culturali

Un ulteriore elemento qualificante del progetto Immidem-Modena riguarda la formazione dedicata ai mediatori culturali, considerati non semplici facilitatori linguistici, ma figure centrali nei percorsi di prevenzione e accesso ai servizi per i disturbi cognitivi.

Sono stati promossi momenti formativi specifici rivolti ad un pool di mediatori culturali coinvolti nelle attività territoriali e cliniche, con l’obiettivo di costruire un linguaggio condiviso e una maggiore consapevolezza reciproca dei ruoli. La formazione ha affrontato temi quali:

- Il significato clinico e sociale dei disturbi cognitivi
- I principali segnali di allarme e le fasi del percorso diagnostico
- Il funzionamento dei servizi specialistici per la demenza
- Le modalità di comunicazione di temi complessi e potenzialmente stigmatizzanti.

Questa formazione ha permesso ai mediatori di acquisire strumenti utili non solo durante gli incontri pubblici, ma anche nella fase di orientamento ai servizi, rendendo più efficace il loro ruolo di ponte tra territorio e sistema sanitario.

Dal punto di vista del servizio, il lavoro formativo con i mediatori ha rappresentato un passaggio cruciale: ha consentito di superare una visione strumentale della mediazione e di riconoscerla come competenza relazionale e culturale, indispensabile per affrontare le barriere non cliniche che ostacolano l’accesso alla prevenzione e alla cura.

L'integrazione tra formazione degli operatori sanitari e formazione dei mediatori ha contribuito a creare un quadro di competenze condivise, rafforzando la coerenza degli interventi sul territorio e la qualità delle interazioni durante gli eventi e nei successivi contatti con il CDCD.

La progettazione degli incontri territoriali

È stato spostato il tema dalla competenza clinica alla relazione tra servizio e cittadinanza. Come parlare di prevenzione cognitiva a chi non conosce il funzionamento del sistema sanitario? Come spiegare cosa fa un CDCD a chi associa la demenza a rappresentazioni stigmatizzanti o esclusivamente familiari? Come favorire un contatto precoce, prima che i sintomi diventino invalidanti?

Queste domande hanno spinto l'équipe a immaginare interventi che non avessero come obiettivo immediato la diagnosi, ma la costruzione di consapevolezza, la diffusione di informazioni corrette e la riduzione della distanza percepita tra cittadini e servizi.

Tra il 2023 e il 2025 l'UOC della Geriatria Territoriale dell'AUSL di Modena ha realizzato quattro eventi territoriali, organizzati rispettivamente per la Comunità araba di Pavullo, la Comunità sikh di Castelfranco Emilia, la Comunità ghanese di Formigine e nel territorio comunale di Modena per la Comunità filippina. Ogni incontro è stato preceduto da un lavoro di preparazione che ha coinvolto figure di riferimento locali, come mediatori culturali, rappresentanti comunitari, leader religiosi e realtà associative.

Questa fase è stata determinante per definire contenuti, linguaggio e modalità di svolgimento degli incontri. L'obiettivo non era "portare informazioni", ma costruire un contesto condiviso, in cui il tema dei disturbi cognitivi potesse essere affrontato senza timori e senza giudizio.

Dal punto di vista organizzativo, gli incontri hanno richiesto il coinvolgimento diretto di più professionisti del CDCD, che hanno messo a disposizione tempo, competenze e capacità di ascolto, affiancati in modo strutturato dalla mediazione culturale.

Come si sono svolti gli eventi

Ogni evento è stato strutturato come un percorso articolato, pensato per favorire la partecipazione attiva:

- Introduzioni brevi e accessibili, per spiegare cosa sono i disturbi cognitivi e perché parlarne
- Attività interattive di stimolazione cognitiva, proposte in modo informale
- Spazi dedicati alla prevenzione, con attenzione agli stili di vita e promozione di un invecchiamento attivo
- Possibilità di effettuare test cognitivi gratuiti, su base volontaria, come primo contatto orientativo con il servizio.

Nel complesso, i tre eventi hanno rappresentato altrettante occasioni di incontro diretto tra il CDCD e il territorio, permettendo di intercettare domande, bisogni e aspettative che difficilmente emergono nei contesti ambulatoriali.

Partecipazione e dinamiche emerse

La partecipazione agli incontri è stata attiva e articolata. In alcuni contesti, il dialogo è stato facilitato da iniziative territoriali già consolidate, che hanno permesso di raccogliere in anticipo domande e interessi attraverso strumenti semplici come questionari esplorativi. In altri, la presenza della mediazione culturale si è rivelata fondamentale per superare iniziali resistenze e favorire un confronto più diretto sui servizi disponibili.

In un caso, l'incontro ha generato richieste esplicite di ulteriori momenti formativi, in particolare per persone impegnate in attività di assistenza familiare, segnalando un bisogno che va oltre il singolo evento informativo.

Al di là delle specificità, in tutti gli incontri si è osservato: un elevato livello di attenzione, una crescita progressiva delle domande, una disponibilità al confronto che ha permesso di affrontare temi spesso considerati delicati.

I numeri come indicatori di processo

Pur non avendo finalità di ricerca epidemiologica, l'esperienza modenese ha prodotto alcuni indicatori quantitativi utili a descrivere il processo: quattro eventi territoriali realizzati nell'arco di due anni; decine di persone coinvolte in ciascun incontro; più professionisti sanitari impegnati direttamente nelle attività; numerosi contatti successivi al CDCD riconducibili agli incontri; richieste di follow-up e di ulteriori momenti informativi.

Questi dati, letti insieme agli elementi qualitativi, suggeriscono che l'approccio territoriale ha funzionato come ponte tra cittadinanza e servizio specialistico.

Cosa ha imparato il servizio

L'esperienza ha permesso al CDCD di Modena di riflettere su alcuni aspetti chiave. In primo luogo, il valore dell'ascolto attivo: creare spazi in cui le persone possano porre domande senza sentirsi giudicate è una condizione essenziale per favorire l'accesso precoce ai servizi.

In secondo luogo, la mediazione culturale si è confermata come risorsa strutturale non accessoria, capace di facilitare non solo la comunicazione linguistica, ma anche la comprensione reciproca.

Infine, il lavoro sul territorio ha rafforzato l'idea che la prevenzione cognitiva non può essere confinata ai servizi specialistici, ma deve diventare parte di una strategia più ampia di sanità pubblica.

L'esperienza del CDCD di Modena mostra come sia possibile integrare competenza clinica, prevenzione e lavoro di comunità in un unico percorso coerente. Uscire dal servizio non ha significato rinunciare alla specializzazione, ma estenderla, rendendola più accessibile e più vicina alle persone.

Pur restando legata a un contesto specifico, questa esperienza offre spunti utili per altri servizi che si interrogano su come promuovere equità, inclusione e accesso alle cure nei disturbi cognitivi. Investire nel territorio, nella relazione e nella fiducia si conferma una scelta non solo etica, ma anche efficace.

7. CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI DI POLICY

Il tema della demenza nei migranti e nei rifugiati richiede una risposta di sanità pubblica che non può prescindere da un approccio collaborativo da parte dei sistemi sanitari e dei contesti emergenziali/umanitari, coinvolgendo molteplici settori e stakeholder.

Partendo dall'analisi delle evidenze e dalle direttive internazionali, il già menzionato documento *Dementia in refugees and migrants: epidemiology, public health implications and global responses*¹ della WHO ha delineato una serie di considerazioni strategiche allineate alle sette aree prioritarie del *Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025*². Tali proposte, presentate in **tabella 7.1**, mirano a superare le barriere strutturali attraverso un approccio che tenga conto della complessità e dell'eterogeneità delle popolazioni migranti.

Tabella 7.1. Considerazioni di politica proposte nel documento *Dementia in refugees and migrants: epidemiology, public health implications and global responses* della WHO, presentate in base alle aree prioritarie del *Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025* (GAP)

Aree prioritarie del GAP	Considerazioni di policy
1. La demenza come priorità di salute pubblica	Inclusione di rifugiati e migranti nelle relative politiche nazionali e subnazionali, legislazioni, piani e quadri di riferimento sulla demenza. Inclusione della demenza nelle agende globali, regionali e nazionali che si occupano della salute di rifugiati e migranti.
2. Consapevolezza e inclusione della demenza	Organizzazione di campagne nazionali e locali e attività educative per aumentare la consapevolezza sulla demenza tra rifugiati e migranti. Creazione di ambienti <i>dementia-friendly</i> per rifugiati e migranti, in base ai diversi contesti. Creazione di ambienti inclusivi per rifugiati e migranti affetti da demenza che vivono in contesti di emergenza.
3. Riduzione del rischio di demenza	Progettazione e implementazione di interventi basati su prove scientifiche, multisettoriali e culturalmente sensibili, volti alla riduzione del rischio di demenza nei rifugiati e nei migranti. Promozione di strategie di riduzione del rischio di demenza tra rifugiati e migranti in contesti di emergenza. Integrazione della riduzione del rischio di demenza con altre politiche in corso per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili (NCD) nei migranti. Rafforzamento della base di evidenze sui fattori di rischio e di protezione per la demenza nei rifugiati e nei migranti.
4. Diagnosi, trattamento, assistenza e supporto per la demenza	Sviluppo di percorsi di cura integrati per rifugiati e migranti con demenza. Superamento delle barriere all'accesso alle cure e sviluppo di un'assistenza sensibile alle diversità per rifugiati e migranti con demenza. Fornitura di formazione specifica sulla demenza ai professionisti socio-sanitari e ad altri stakeholder che operano con rifugiati e migranti in contesti di emergenza.
5. Supporto per i caregiver di persone con demenza	Sviluppo e attuazione di programmi di formazione e istruzione per i caregiver di rifugiati e migranti con demenza. Sviluppo e rafforzamento della protezione legale per i caregiver di rifugiati e migranti con demenza. Fornitura di assistenza e supporto per i caregiver, anche in contesti di emergenza. Coinvolgimento dei familiari/caregiver informali nella pianificazione dell'assistenza e nella definizione delle politiche.
6. Sistemi informativi per la demenza	Rafforzamento dei sistemi nazionali di sorveglianza e monitoraggio per includere/stratificare i dati relativi a rifugiati e migranti. Rafforzamento della base di evidenze sull'epidemiologia della demenza nei rifugiati e nei migranti e sulle sue implicazioni per la salute pubblica. Ampliamento delle prove scientifiche riguardanti rifugiati e migranti con demenza che vivono in contesti di emergenza.
7. Ricerca e innovazione sulla demenza	Inclusione della demenza nei rifugiati e nei migranti nell'agenda di ricerca globale. Promozione di investimenti e collaborazioni sul tema della demenza nei rifugiati e nei migranti.

Il documento sostiene, innanzitutto, l'inclusione di rifugiati e migranti nelle politiche di sanità pubblica nazionali e subnazionali relative alla demenza. Le complessità della demenza nelle popolazioni migranti devono essere adeguatamente rappresentate nei Piani Nazionali Demenze e nelle policy concernenti aree affini come l'invecchiamento e le cure integrate. Appare inoltre fondamentale come la tematica della demenza debba comparire negli sforzi globali e regionali finalizzati a migliorare la salute e il benessere di questi gruppi di popolazione.

Iniziative come campagne di sensibilizzazione, programmi educativi e lo sviluppo di ambienti *dementia-friendly* possono migliorare i livelli di alfabetizzazione sanitaria di individui culturalmente diversi. Inoltre, possono sostenere l'inclusione e l'empowerment dei migranti che vivono con la demenza e dei loro caregiver, mitigando stigma e discriminazione, ed aumentando la partecipazione alla vita sociale e l'accesso ai servizi socio-sanitari.

Per sostenere la prevenzione della demenza nei rifugiati e nei migranti, è importante raccogliere dati sulla prevalenza dei fattori di rischio modificabili in questi gruppi, e creare e attuare strategie di riduzione del rischio basate sull'evidenza, multisettoriali e culturalmente situate (ovvero calate nel contesto culturale della popolazione target).

È imperativo sviluppare percorsi di cura integrati per rifugiati e migranti con demenza. A questo proposito, la diffusione di materiale informativo sulla demenza culturalmente adattato, la validazione e l'adozione di strumenti di valutazione cognitiva cross-culturali e la formazione specifica dei professionisti sanitari e socio-sanitari possono essere strategici al fine di fornire cure e supporto sensibile alle diversità.

I caregiver di rifugiati e migranti con demenza dovrebbero avere accesso a risorse adeguate a migliorare conoscenze e competenze, ridurre il carico emotivo, migliorare le capacità di coping e l'autoefficacia e ottenere supporto sociale. Devono ricevere protezione legale ed essere salvaguardati dallo stigma e dalla discriminazione.

È fondamentale includere e stratificare i dati per rifugiati e migranti nei sistemi nazionali di sorveglianza e monitoraggio della demenza. I dati disaggregati possono consentire l'estensione della base di evidenze a rifugiati e migranti che sono spesso trascurati nella risposta di sanità pubblica alla demenza e sottorappresentati nella ricerca.

Queste considerazioni programmatiche dovrebbero essere adattate alle esigenze ed ai bisogni di salute di specifici gruppi di migranti, ai diversi contesti assistenziali e alle risorse disponibili.

Inoltre, dovrebbero essere allargate a soddisfare i bisogni sanitari e le priorità dei rifugiati e dei migranti che vivono in contesti di emergenza, i quali devono essere sostenuti nelle risposte umanitarie.

L'attuazione di queste strategie di sanità pubblica è tuttavia ostacolata da una serie di criticità:

- **Governance e finanziamenti.** Si riscontra una mancanza di impegno politico e di una governance chiara sia per la cura della demenza che per l'inclusione dei migranti nei sistemi sanitari. Questo vuoto istituzionale è aggravato da una carenza cronica di fondi destinati ai servizi specifici e dalla debolezza delle partnership tra i diversi attori del settore.
- **Consapevolezza e formazione.** Esiste un deficit diffuso di conoscenza e sensibilizzazione. La demenza nei migranti è spesso assente dai programmi clinici e dagli sforzi di risposta umanitaria. Inoltre, la mancanza di risorse umane ed economiche limita lo sviluppo di campagne educative, mentre pregiudizi come l'ageismo (discriminazione basata sull'età) ostacolano ulteriormente l'accesso paritario alle cure.
- **Prevenzione e diagnosi.** La prevenzione è ostacolata dalla carenza di politiche nazionali per la riduzione dei rischi legati alla demenza. A questo si aggiunge la scarsa consapevolezza dei fattori di rischio sia tra gli operatori sanitari che all'interno delle comunità di migranti, rendendo difficile l'identificazione precoce della patologia.
- **Barriere nei servizi sanitari.** I servizi di assistenza risultano spesso inaccessibili, costosi e non conformi a standard o protocolli nazionali specifici. Le limitazioni del personale, dovute a una formazione insufficiente e a una scarsa coordinazione tra i settori locali e nazionali, creano un sistema frammentato che fatica a rispondere alle esigenze reali dei pazienti.
- **Supporto ai caregiver.** I familiari e i caregiver affrontano enormi difficoltà a causa della mancanza di tutele legislative e finanziarie. Spesso vengono esclusi dai processi di pianificazione della cura e hanno poco tempo da dedicare alla formazione, rimanendo ai margini del percorso assistenziale nonostante il loro ruolo cruciale.
- **Dati e ricerca scientifica.** Infine, la ricerca soffre di una cronica mancanza di dati robusti. Le infrastrutture digitali sono inadeguate e i sistemi informativi sanitari utilizzano codifiche eterogenee che rendono invisibili i migranti con demenza nelle statistiche ufficiali. La ricerca clinica, inoltre, tende sistematicamente a escludere le persone anziane e le popolazioni vulnerabili, limitando la capacità di sviluppare terapie mirate.

Bibliografia

1. World Health Organization. Dementia in refugees and migrants: epidemiology, public health implications and global responses. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 (Global Evidence Review on Health and Migration (GEHM) series); 2024 [cited 2025 Apr 7]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240102224>
2. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. [cited 2021 Mar 24]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025>

Finito di stampare nel mese di marzo 2026
da Lion Brand S.r.l., Roma
per conto de Il Pensiero Scientifico Editore

