

La percezione della salute e delle malattie attraverso le culture

Introduzione

Questo modulo parla di come le nozioni di salute e malattia e l'atteggiamento delle persone nei confronti della demenza variano nei diversi contesti culturali e socioeconomici.

La salute in una prospettiva interculturale

Cos'è la salute?

Nel 1948 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha affermato che la salute è: "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità".

Nonostante l'importante dichiarazione dell'OMS, dobbiamo sottolineare che tuttora non esiste un'unica percezione globale della salute. Se pensiamo alla salute in una prospettiva interculturale dobbiamo sempre chiederci se la nostra idea di salute corrisponda a quella dell'altro. Ciò non significa che i professionisti della salute debbano sapere tutto sulle idee e le credenze delle diverse culture rispetto alla salute, tuttavia essi dovrebbero essere almeno consapevoli che i concetti di malattia, salute, malattia o assistenza sanitaria possono essere percepiti in modi diversi. E dobbiamo anche tenere a mente che le culture sono in continua evoluzione, quindi comprendere le credenze delle persone sulla salute, la guarigione e la malattia è un processo aperto.

Diversi approcci alla medicina



L'approccio occidentale e quello orientale alla medicina sono diversi: ad esempio, hanno due diverse concezioni di corpo, mente e malattia. In generale, la medicina occidentale mira alla precisione, all'analisi e alle terapie mirate, mentre nella medicina orientale l'obiettivo principale è il sistema mente-corpo e la cura

<https://www.sst.dk/~media/1E190EDEB2FD41BC9665D04615830B54.ashx>

è volta ad armonizzarlo.

Un'altra grande differenza è che la medicina occidentale è specializzata: i medici si concentrano sul singolo organo, in un colloquio di pochi minuti, durante il quale il medico

rileva i sintomi e prescrive i test per quel particolare sistema. La diagnosi medica segue dagli esiti di laboratorio e completa quanto emerso durante il colloquio.

Nelle tradizioni orientali, invece, la medicina tradizionale considera sempre la persona nel suo insieme, incluso l'aspetto psicologico. L'idea principale è che corpo e mente non possono essere separati. Durante i colloqui, i medici solitamente pongono molte domande sulle abitudini, gli orari e gli stili di vita del paziente, nonché sulla funzionalità intestinale, gastrica e urinaria. Le analisi mediche nella medicina orientale sono solo un'integrazione rispetto a quanto riscontrato attraverso il dialogo con il paziente e la valutazione dei sintomi. Questa prima differenza tra l'approccio occidentale e quello orientale alla salute e alla malattia suggerisce che gli operatori sanitari dovrebbero diventare culturalmente competenti. Certamente nessuno può acquisire familiarità con tutte le credenze culturali sulla salute, ma un approccio culturalmente competente e una mentalità aperta aiutano i professionisti a migliorare le proprie capacità comunicative: ad esempio, ponendo domande pertinenti per garantire i migliori risultati sanitari possibili, aiutando al contempo a evitare potenziali danni incomprensioni.

Affrontare la diversità

Gli operatori sanitari dovrebbero aumentare la loro consapevolezza su come comunicare e prendersi cura di pazienti con background culturali diversi, cercando anche di comprendere le sfumature della cultura in cui il paziente si identifica.

Ad esempio, potrebbe accadere che i pazienti provenienti dall'Asia orientale non vogliano discutere apertamente della questione della morte poiché la vedono come un presagio. In altre culture, le decisioni importanti devono essere prese da tutta la famiglia o approvate dagli anziani. Questo approccio può essere molto diverso da quello della cultura occidentale, in cui decisioni di questo tipo sono molto spesso prese in autonomia, indipendentemente dalle decisioni della famiglia. Inoltre, altre culture si affidano a metodi di guarigione tradizionali come l'agopuntura o altre pratiche (ad esempio il conio, la coppettazione, la moxibustione e altri rimedi erboristici).

Nella medicina occidentale, i medici tendono a informare direttamente i pazienti sulle loro malattie, nel modo più specifico possibile. Altre culture, invece, hanno visioni divergenti su questo approccio alla comunicazione. Ad esempio, è comune per i professionisti in Giappone e in alcune parti dell'Africa nascondere le diagnosi al paziente utilizzando un linguaggio indiretto per descrivere la sua condizione, come "crescita", "massa", "malattia del sangue" o "tessuto impuro", piuttosto che dichiarare una specifica malattia terminale. Alcune comunità ispaniche, cinesi e pakistane tendono a proteggere i malati terminali dalla conoscenza della loro condizione.

Inoltre, poiché le culture possono variare notevolmente, gli operatori sanitari dovrebbero evitare di basarsi su stereotipi o supposizioni sulle credenze e le abitudini dei loro pazienti.

Evitare gli stereotipi

È importante ricordare che se una persona si identifica con un particolare gruppo etnico o religioso ciò non significa necessariamente che questa persona, o i suoi parenti, condividano lo stesso insieme di credenze, che possono essere associate a quell'etnia o religione. Il governo cinese, ad esempio, incoraggia ufficialmente l'ateismo, ma in Cina esiste un gran numero di religioni, come il buddismo, il culto degli antenati, il confucianesimo, il taoismo, lo sciamanesimo e il cristianesimo: quindi non è possibile identificare le persone cinesi con un'unica religione.

Dobbiamo sempre tenere presente che i pazienti sono individui che non devono essere definiti attraverso la loro appartenenza a un particolare gruppo culturale. Le esperienze personali variano notevolmente a seconda di diverse variabili come il processo di immigrazione, il livello di istruzione, le precedenti occupazioni o la loro origine da aree urbane o rurali, ecc.

La conoscenza del contesto culturale è importante per la cura del paziente. Tuttavia, a volte potrebbe essere difficile raccogliere informazioni a causa di problemi di privacy o barriere linguistiche o perché i pazienti sono troppo giovani o troppo vecchi o troppo malati per fornire informazioni rilevanti.

Umiltà culturale

Gli operatori sanitari devono essere consapevoli del rischio di affidarsi a stereotipi culturali impliciti durante la pianificazione di un percorso terapeutico.

Sia l'operatore sanitario che il paziente provengono spesso da contesti sociali e culturali diversi. La medicina interculturale riconosce che la pratica medica è socialmente e culturalmente "situata". Questo perché la stessa medicina occidentale è un sistema culturale e quindi quasi tutti gli incontri sono "cross-culturali". Se guardiamo indietro alla storia della medicina nella cultura occidentale, noteremo



<https://haengoddag.dk/2016/07/15/kulturforskelle/>

come ciò che una volta era normale è ora considerato un malcostume e, in alcuni casi, un crimine. La pratica della medicina interculturale è un processo che richiede un approccio aperto alle differenze per migliorare la cura del paziente: questo atteggiamento di apertura mentale è chiamato "umiltà culturale", che è la "capacità di mantenere un atteggiamento interpersonale orientato verso l'altro, o aperto all'altro, in relazione agli aspetti dell'identità culturale che sono più importanti per la persona".

Gli indù, ad esempio, credono che le malattie fisiche o mentali combinino aspetti biologici, psicologici e spirituali. I trattamenti che non affrontano tutte e tre le dimensioni potrebbero non essere considerati efficaci da un paziente indù. Per questo motivo, gli operatori sanitari dovrebbero tenere conto di questi tre aspetti.

Un altro esempio rilevante riguarda il rispetto delle abitudini individuali del paziente, come lo stile di vita sessuale o l'uso di alcol. A questo proposito, il British General Medical Council sottolinea che 'Non si deve rifiutare o ritardare un trattamento perché si ritiene che le azioni o lo stile di vita di un paziente abbiano contribuito alla sua condizione'.

Cura e differenze culturali

Molte convenzioni internazionali, come il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (UNHCHR 1976), ratificato da tutti gli Stati membri dell'UE, hanno stabilito che l'accesso all'assistenza sanitaria è un diritto umano fondamentale per tutti. Ciò implica che i sistemi sanitari hanno una precisa responsabilità nel soddisfare i bisogni di una società multietnica.

La cultura può essere definita “ [...] come un insieme di significati, norme comportamentali, valori e pratiche utilizzati dai membri di una particolare società per costruire la loro visione del mondo. In quanto tale, la cultura influenza profondamente ogni aspetto della vita e della salute” (Mezzich et al. 2009: 384). Questa definizione suggerisce che la "cultura" include non solo etnia e religione, ma anche fattori socioeconomici (cioè livelli di istruzione, condizioni abitative e accesso alle informazioni).

I determinanti sociali della salute possono essere definiti come: “le circostanze in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano, e i sistemi messi in atto per affrontare la malattia” (OMS 2010). Queste circostanze sono a loro volta modellate da più ampie forze economiche, sociali e politiche (OMS 2010).

Lo studio "Tariffe per servizi sanitari selezionati, età 65 anni e oltre, per razza e reddito" ha rilevato che all'aumentare del reddito, aumentano le visite ambulatoriali e le mammografie. La tendenza è in direzione opposta per le visite al pronto soccorso e le amputazioni.

Una salute peggiore è più probabilmente associata a uno stato socioeconomico (d'ora in poi SSE) inferiore. Uno SSE inferiore porta anche a un minor numero di test diagnostici e farmaci per molte malattie croniche a un accesso limitato all'assistenza sanitaria a causa dei costi e della copertura.

Come chiaramente affermato in McMaughan et al. (2020), “[...] all'aumentare della ricchezza aumenta anche la salute, e vale anche il contrario. Una condizione economica inferiore porta a una salute peggiore, che a sua volta porta a un pericoloso ciclo di ulteriore impoverimento. In parole povere, esiste una relazione tra SSE e salute, con un SSE basso associato a una salute peggiore”.

Numerose prove hanno mostrato che i fattori etnici, religiosi e linguistici interagiscono con i fattori socioeconomici nel determinare i comportamenti sanitari. Pertanto, è necessario allargare la dimensione culturale della salute dei migranti includendo il loro contesto economico e sociale, anche per evitare quella che potrebbe essere chiamata “medicina del ghetto”.

Un aspetto importante che migliora l'assistenza medica per tutti i pazienti è migliorare le capacità di comunicazione degli operatori sanitari e la loro sensibilità diagnostica. Poiché la pratica clinica dovrebbe essere incentrata sul paziente, le abilità comunicative fanno ora parte del curriculum delle scuole di medicina. Tuttavia, quando i medici hanno a che fare con pazienti di diversa estrazione etnica, spesso si fa ricorso a stereotipi e una delle principali barriere è la lingua.

L'Europa è multilingue: ci sono 23 lingue ufficiali, 60 lingue regionali e circa 175 lingue parlate dai migranti (Euramet 2010). Le barriere linguistiche portano a una scarsa qualità dell'assistenza. Ad esempio, le barriere linguistiche tra operatori sanitari e pazienti sono

associate a un maggiore utilizzo di indagini diagnostiche, a una minore fruizione di servizi preventivi (come gli esami del seno), a un minore autocontrollo della glicemia e a una minore soddisfazione del paziente in generale.

Per superare gli ostacoli linguistici e comunicativi è importante affidarsi alla collaborazione tra operatori sanitari e interpreti qualificati nella comunicazione con i pazienti migranti: questo migliora la qualità delle cure e la soddisfazione del paziente.

A tal fine, alcuni Paesi, come Svezia e Paesi Bassi, hanno organizzato sistemi di "interpretariato di comunità", già negli anni '80, soprattutto nei settori socio-sanitario. In Svezia, il diritto agli interpreti è stato stabilito per legge. Nell'Europa meridionale e centrale, i servizi di interpretariato, se disponibili, sono spesso forniti da "mediatori culturali". Tuttavia, alcuni sistemi sanitari europei minimizzano ancora l'impatto significativo delle barriere linguistiche sulla qualità dell'assistenza.

Vale la pena sottolineare che l'uso di interpreti professionisti migliora la soddisfazione sia dei pazienti che degli operatori sanitari e aumenta il ricorso alle cure preventive. Migliora anche la segnalazione dei sintomi e riduce le incomprensioni.

Questo punto ci porta ad un'altra criticità, riguardante la formazione degli interpreti, che dovrebbero acquisire competenze importanti e stimolanti, come la trasmissione di informazioni mediche ai pazienti e la comunicazione delle reazioni del paziente agli operatori sanitari.

Nell'odierna Europa multiculturale, essere consapevoli della propria cultura, e in particolare della propria cultura medica, è il primo passo per diventare culturalmente competenti (Fox 2005). In alcuni ospedali sono disponibili anche servizi come le "consulenze culturali" per aiutare i medici ad affrontare le incomprensioni culturali.

Sfortunatamente, gli stereotipi culturali influenzano ancora la pratica medica: gli stereotipi culturali degli operatori sanitari possono influenzare il processo decisionale clinico, quindi il primo passo per superare gli stereotipi è diventare consapevoli dei propri stereotipi culturali sulla pratica medica.

Le credenze religiose dei pazienti migranti sono un altro problema critico quando gli operatori sanitari devono trattare con pazienti che non sono d'accordo con le raccomandazioni mediche per motivi religiosi.

Ad esempio, se i medici o gli operatori sanitari comprendono e sono informati sui riti indu o musulmani, ciò può aiutare e rassicurare sia i pazienti che i parenti, che potrebbero essere disposti a seguire e rispettare particolari pratiche rituali, come il Ramadan o specifiche pratiche di lutto o di sepoltura.

Un altro esempio può riguardare la morte cerebrale di un paziente: nella medicina occidentale la perdita di funzionalità del tronco cerebrale è considerata la morte effettiva. Tuttavia, questo criterio potrebbe essere percepito negativamente da buddisti e cristiani che credono che solo la morte cardiorespiratoria sia la morte reale.

Allo stesso modo, un medico può avere una convinzione filosofica che un feto, specialmente se gravemente disabile e incompatibile con la vita fuori dall'utero, non sia un bambino: molti cristiani, d'altra parte, considerano questa convinzione sbagliata.

In molte culture la medicina tradizionale è anche associata alle pratiche religiose: ciò significa che non è insolito per i migranti dei paesi occidentali combinare contemporaneamente biomedicina e medicina tradizionale. Discutere di questo problema con i pazienti potrebbe aiutare a migliorare il rapporto tra pazienti e operatori sanitari, aumentando al contempo la comprensione delle pratiche tradizionali da parte degli operatori sanitari.

L'interazione tra religione e genere è un'altra questione importante e delicata nel contesto medico occidentale. Nella maggior parte dei paesi europei, i pazienti nei servizi di assistenza primaria possono scegliere se desiderano essere visitati da un medico uomo o donna. Tuttavia, negli ospedali, soprattutto nei reparti di emergenza e maternità, il problema può essere più critico. Per ovviare a questo problema si raccomanda un approccio di mentalità aperta da parte del personale medico: ad esempio, potrebbe essere utile offrire la possibilità di riprogrammare la consultazione, spiegare tramite un interprete o mediatore culturale cosa verrà fatto durante l'esame, e discutere le procedure mediche con i pazienti e le loro famiglie prima e dopo la consultazione.

Per concludere, quando interagiscono con i pazienti migranti, gli operatori sanitari devono essere consapevoli e preparati ad affrontare le differenze di lingua, credenze religiose, cultura e origine. I "malintesi etnici" sono spesso dovuti alla scarsa comprensione linguistica: come spiegato in precedenza l'utilizzo di interpreti formati è quindi uno strumento essenziale quando il paziente e gli operatori sanitari non condividono la stessa lingua. È importante sottolineare che gli operatori sanitari dovrebbero evitare di fare ipotesi basate su considerazioni "etniche" senza discuterle con il paziente.

"Un problema comune che i medici devono affrontare quando si occupano di pazienti migranti è come raggiungere un equilibrio che eviti di spingersi troppo oltre nelle interpretazioni culturali (ad esempio, di fronte a un apparente atteggiamento aggressivo di un paziente maschio nei confronti di una dottoressa) ed eviti anche la riluttanza ad affrontare argomenti sensibili (ad esempio, l'uso di alcol o la sessualità), per paura di causare un' "offesa culturale". In effetti, l'applicazione di generalità culturali basate su lingua, religione, paese di origine e raggruppamento culturale o socioeconomico dei pazienti può facilmente degenerare in stereotipi (Fiore 2008)" (Durieux-Paillard, Differenze di lingua, credenze religiose e cultura: la necessità per i servizi sanitari culturalmente sensibili, in Rechel et al. 2011)

È necessario sottolineare che le percezioni stereotipate dei modelli di malattia tra i migranti e le minoranze etniche sono raramente scientificamente fondate.

"Sia che si occupino di migranti o di altri pazienti, l'autocoscienza degli operatori sanitari dei loro preconcetti, così come la conoscenza della storia e delle circostanze dei pazienti è fondamentale per fornire un'adeguata prevenzione, diagnosi e trattamento. Questo potrebbe essere riassunto con l'adozione di un approccio umile e culturalmente aperto. Allo stesso tempo, i fornitori di servizi sanitari devono avere una comprensione dei determinanti della salute dei migranti e avere la capacità di consigliare i pazienti migranti sui loro diritti ai servizi sanitari. La competenza culturale deve far parte delle capacità, delle conoscenze e delle attitudini complessive degli operatori sanitari che devono essere adeguatamente formati per essere in grado di fornire cure adeguate a pazienti diversi".(Gijon Sanchez et al. 2009).

3. L'atteggiamento dei diversi gruppi etnici nei confronti della demenza

La demenza è prima di tutto una condizione medica, ma ha bisogno di essere compresa e inserita nei contesti culturali.

I valori culturali possono modellare le percezioni della salute. Il riconoscimento e la risposta alle malattie, sia fisiche che mentali, sono infatti in parte determinati da presupposti e pregiudizi riguardanti le norme sociali e la loro accettazione.

Per gli operatori sanitari, la cultura è un fattore importante da tenere in considerazione durante la diagnosi per comprendere l'utilizzo dei servizi da parte dei pazienti e per formulare cure mediche continue.

Tra gli ambiti in cui si riscontrano maggiori differenze tra gruppi etnici diversi c'è quello delle cure palliative e del fine vita. Tra i motivi che possono spiegare questo troviamo la scarsa conoscenza dei servizi, nonché le diverse tradizioni religiose e familiari che possono essere contrarie alle filosofie delle cure palliative.

Importanti difficoltà di comunicazione sorgono dove c'è un'eccessiva dipendenza dai familiari di un paziente. Sebbene possa sembrare più facile ricorrere a un familiare che a un interprete professionale, questo può potenzialmente svantaggiare la relazione di cura. L'utilizzo di interpreti formati e di materiali opportunamente tradotti nella lingua e nel dialetto corretti della persona con demenza è essenziale per evitare di affidarsi a membri della famiglia come interpreti. L'uso di interpreti professionisti è essenziale per fornire indipendenza alla voce della persona con demenza e ridurre lo stress posto sui familiari.

E' importante ricordare che la comunicazione non si riferisce solo alla lingua parlata. Implica anche il linguaggio del corpo, regole su ciò che è percepito come educato e comportamenti appropriati in relazioni con persone che hanno un altro genere o con persone di gradi superiore/inferiore al lavoro.

Un'altra area delicata è quella del dolore. Sebbene negli ultimi anni siano stati compiuti enormi progressi nel campo del dolore, le cure per le persone che soffrono di dolore non sono ancora spesso adeguate. Alcune popolazioni minoritarie sono a più alto rischio di oligoanalgesia (il trattamento inefficace o sub-terapeutico del dolore). Inoltre, vi sono anche prove che i pazienti che riferiscono un'elevata gravità del dolore sperimentano anche pregiudizi che possono essere amplificati dal razzismo.

La religione e la spiritualità tra i pazienti con malattia avanzata e le loro famiglie è una componente centrale del benessere fisico e psicologico e dovrebbe essere attentamente considerata dai professionisti della salute e dell'assistenza sociale.

A tal fine, è altamente raccomandato l'acquisizione di competenze chiave nella valutazione e gestione dell'assistenza spirituale e religiosa per i professionisti dell'assistenza sanitaria e sociale che lavorano nelle cure di fine vita, compresi quelli che si prendono cura delle persone con demenza. Tuttavia, questo approccio non è esente da critiche; secondo alcuni esso tende a categorizzare eccessivamente i gruppi religiosi e culturali e ad amplificare le differenze tra le persone (Gunaratnam, 2003).

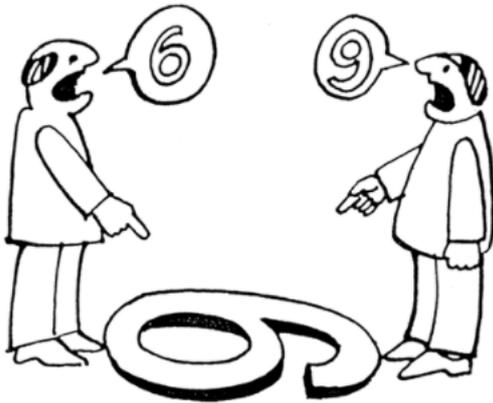
Le abilità nella competenza culturale e nella valutazione culturale consentono agli operatori sanitari di chiedere ai pazienti e alle loro famiglie cosa è importante per loro piuttosto che ricorrere eccessivamente a supposizioni.

4. Le principali barriere per i cittadini con demenza di diversa etnia

Per migliorare efficacemente l'accesso ai servizi di diagnosi e intervento per le persone con demenza che appartengono a diversi gruppi etnici, è necessario capire quali sono le barriere che lo ostacolano.

Si possono individuare diversi fattori:

- attribuzione dei sintomi al normale invecchiamento o ad altre cause fisiche, spirituali o psicologiche;
- negazione che ci sia un problema o normalizzazione dei sintomi;
- preoccupazioni per lo stigma associato alla demenza;
- senso di vergogna che porta a non voler far sapere alla gente cosa sta succedendo.
- obbligo percepito di prendersi cura dei propri familiari senza l'aiuto di altri;
- basso livello di istruzione;
- esperienze negative del servizio sanitario e sensazione che non si possa fare nulla per la demenza;
- barriere linguistiche;
- problemi economici;
- non sapere da chi farsi aiutare;
- scarsa disponibilità di strumenti appropriati per la valutazione interculturale delle abilità cognitive;
- trattare le minoranze allo stesso modo della maggioranza bianca (o nativa).
- mancanza di strumenti adeguati per la valutazione delle funzioni cognitive.



La maggior parte di queste ragioni indicano che le barriere alla ricerca di aiuto per la demenza sono culturalmente specifiche e che incoraggiare la ricerca di aiuto nei gruppi di minoranze etniche richiederà quindi un approccio che tenga conto di queste particolari preoccupazioni.

È stato documentato, ad esempio, che alcuni gruppi dell'Asia meridionale non hanno nemmeno una parola specifica per riferirsi alla "demenza" nella loro lingua. In alcuni casi, le persone si sentono a disagio a parlarne

<https://vob.org.za/6-or-9/>

perché temono che ciò influisca sulle prospettive matrimoniali dei membri della famiglia. Ad esempio, nel caso di un immigrato di prima generazione che, però, ha trascorso i primi anni di vita in una zona rurale dell'India, che sviluppa la demenza in età avanzata, è probabile che i suoi punti di riferimento culturali siano molto diversi da quelli di seconda generazione di persone che vivono intorno a lui, come i membri della famiglia o la comunità. È importante sottolineare che le esperienze dei primi anni di vita influenzano fortemente le percezioni delle persone con demenza e solo adottando una prospettiva interculturale potremmo capire certi gesti, atteggiamenti e reazioni.

Un altro problema culturale è il “daltonismo”: negare le differenze culturali e le esperienze eterogenee delle minoranze crea una sorta di razzismo non intenzionale.

Ad esempio, nei gruppi etnici minoritari c'è talvolta un malinteso che la demenza si verifichi a causa di cause non biologiche e che non ci sia nulla che si possa fare al riguardo.

Per quanto riguarda la questione linguistica, un aspetto critico sono le barriere linguistiche tra professionisti e pazienti con demenza, e tra professionisti e famiglie. Ma è anche possibile che ci siano anche barriere linguistiche tra il paziente e la propria famiglia a causa del diverso background educativo all'interno del nucleo. I pazienti anziani con demenza possono anche non parlare la stessa lingua della famiglia o dei membri della comunità.

I problemi economici possono limitare e ritardare la ricerca di aiuto da parte di famiglie di anziani di diversa etnia con demenza; questo potrebbe contribuire alla sottodiagnosi o alla diagnosi tardiva dei casi avanzati.

Come ridurre le barriere alla ricerca di aiuto

Possiamo classificare le barriere che ostacolano la ricerca di aiuto per la demenza nei gruppi etnici minoritari in tre gruppi principali:

- barriere personali: riguardano la dimensione personale, cioè opinioni sulla causa della malattia dovute a convinzioni religiose o spirituali;
- barriere sociali, come la preoccupazione per lo stigma o il dovere di prendersi cura dei propri familiari;
- barriere sanitarie, ovvero non sapere da chi ricevere aiuto o eventuali barriere all'interno del sistema sanitario stesso.

Ci sono tre azioni principali che possiamo intraprendere per abbattere le barriere.

1. Utilizzo di interpreti qualificati. Tuttavia, dobbiamo essere consapevoli del rischio che gli operatori sanitari possano sentire la perdita di controllo e sentirsi esclusi dalla conversazione. Pertanto, gli interpreti dovrebbero ricevere una formazione adeguata.
2. Reclutamento di personale con competenze linguistiche e culturali diverse. Questa potrebbe essere una buona soluzione, anche se sorge il problema di quali lingue e contesti culturali dovrebbero essere rappresentati.
3. Campagne di informazione sulla demenza specificamente rivolte a famiglie, personale sanitario o caregiver di determinati gruppi etnici. La comunicazione mirata o su misura (individualizzata) è importante: uno studio inglese che ha esaminato l'aumento della diffusione dello screening del cancro del colon-retto ha rilevato che la diffusione è stata di circa il 50% superiore nei gruppi che hanno ricevuto interventi mirati o su misura rispetto a quelli che hanno ricevuto solo informazioni generiche. A livello internazionale esistono campagne di sensibilizzazione che utilizzano diverse tecniche come: fornire informazioni, ospitare eventi sociali e facilitare il coinvolgimento nelle arti.

Uno studio che ha cercato di capire se la diffusione di informazioni sulla demenza influisca sul cambiamento comportamentale è quello di Hurt et al.. Sono stati studiati due gruppi: il

primo in cui i partecipanti cercavano aiuto per disturbi soggettivi della memoria, l'altro con chi non cercava aiuto: " Il deterioramento cognitivo oggettivo in entrambi i gruppi era lo stesso, ma quelli del primo gruppo, cioè coloro che cercavano aiuto, erano più propensi a credere che i loro sintomi avessero conseguenze più gravi ed erano anche più propensi a credere che i sintomi fossero dovuti a una causa biologica che potrebbe essere suscettibile di cure mediche. Questo sembra rafforzare l'argomento che alterare le convinzioni sulla demenza incoraggerà il comportamento di ricerca di aiuto per questo. "

Bibliografia

Amsterdam Declaration (2004) *The Migrant-friendly Hospitals Project, 2004* (<http://www.mfh-eu.net/public/home.htm>, accessed 20 May 2011).

Euranet (2010) *Préserver la diversité linguistique de l'union européenne* (<http://www.euranet.eu/fre/Dossiers/Dialogue-interculturel/Preserver-la-diversite-linguistique-de-l-Union-europeenne>,

accessed 1 June 2011).

UNHCHR, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (1976) *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* (<http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>, accessed 1 June 2011).

WHO (2010) *Social Determinants of Health: Key Concepts* (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/, accessed 1 June 2011).

WHO Regional Office for Europe (2010) *How Health Systems can Address Health Inequities Linked to Migration and Ethnicity*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.