

REPORT

Settembre **2109**

Lia Lombardi

Salute senza frontiere

Ricerca-valutazione. Percorsi di sensibilizzazione e di formazione

SALUTE SENZA FRONTIERE

Ricerca-Valutazione.

Percorsi di sensibilizzazione e di formazione

Gruppo di Lavoro di Fondazione ISMU

Settore Salute e Welfare

Lia Lombardi: Project leader, Ricercatrice

Nicola Pasini: Supervisore scientifico

Chiara Dallavalle: Ricercatrice

Veronica Merotta: Ricercatrice

PROGETTO: SALUTE SENZA FRONTIERE

Ricerca-Valutazione.

Percorsi di sensibilizzazione e di formazione*

Lia Lombardi

Salute senza Frontiere è un progetto di sensibilizzazione e formazione volto alla promozione della prevenzione oncologica, della diagnosi precoce e degli stili di vita delle donne immigrate in Lombardia.

Il progetto promosso da LILT Milano¹, in partenariato con Fondazione Ismu (Iniziativa e Studi sulla Multietnicità) si è svolto nel biennio 2017-2018 in quattro province lombarde: Milano, Monza, Pavia e Lodi. Il settore Salute e Welfare di Fondazione ISMU ha sviluppato e realizzato la valutazione dei percorsi formativi e di sensibilizzazione del progetto, utilizzando i metodi e gli strumenti della ricerca-valutazione che consiste nell'insieme delle attività utili per esprimere un giudizio, argomentato attraverso procedure di ricerca che attribuiscono fedeltà e affidabilità al giudizio stesso (Bezzi in Perino, 2004).

Il termine ricerca-valutazione evidenzia la doppia valenza della valutazione: quella di ricerca sociale specifica e quella di espressione di giudizi di valore dipendenti o indipendenti da un'indagine (Cipolla, 1988; Perino, 2004). Nell'ambito del progetto sono stati utilizzati alcune fasi della ricerca-valutazione:

- *valutazione ex-ante*, prodotta all'avvio del progetto che svolge funzioni di orientamento per le attività da implementare e per le fasi successive della ricerca-valutazione (sopralluogo; somministrazione questionario in entrata alle donne

* Hanno collaborato alla stesura del presente report: Veronica Merotta per il par. 4.1 e Chiara Dallavalle per il par. 4.2.

¹ La Lega italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) – Sezione Provinciale di Milano, fondata nel 1948, opera sul territorio di Milano, Monza e provincia affrontando il problema cancro nella sua globalità attraverso molteplici servizi offerti alla popolazione nell'ambito prevenzione, della diagnosi precoce e dell'assistenza. Per LILT Milano hanno partecipato al progetto "Salute senza frontiere": Daniela Giangreco, Barbara Spina e Cecilia Maccacaro.

partecipanti ai percorsi di sensibilizzazione e raccolta dati; somministrazione questionario in entrata agli operatori frequentanti i corsi di formazione,

- *valutazione ex-post*. Svolta al termine del percorso di sensibilizzazione e di formazione sia per valutarne gli esiti sia per programmare interventi futuri in situazioni analoghe (questionario in uscita alle donne immigrate partecipanti ai corsi di sensibilizzazione e agli operatori frequentanti la formazione; focus group con le "ambasciatrici/peer educators).
- *Valutazione di follow-up*. Verifica dell'impatto dell'azione di sensibilizzazione sui servizi LILT e sua permanenza nel tempo (**audit** con referenti delle strutture LILT territoriali, target del progetto)

Abbiamo applicato alla ricerca-valutazione una metodologia della ricerca sociale di tipo "integrato" che utilizza cioè sia gli strumenti e i metodi della ricerca quantitativa sia quelli della ricerca qualitativa, coniugando così gli aspetti oggettivi del dato numerico con quelli soggettivi correlati alle percezioni, alle emozioni, ai saperi interni. L'approccio integrato si fonda sulla necessità di cogliere appieno la complessità dell'oggetto di ricerca, al fine di includere nel concetto di salute/malattia anche la sfera della morale, dei valori e dei significati (Giarelli, Venneri, 2009), cioè della cultura.

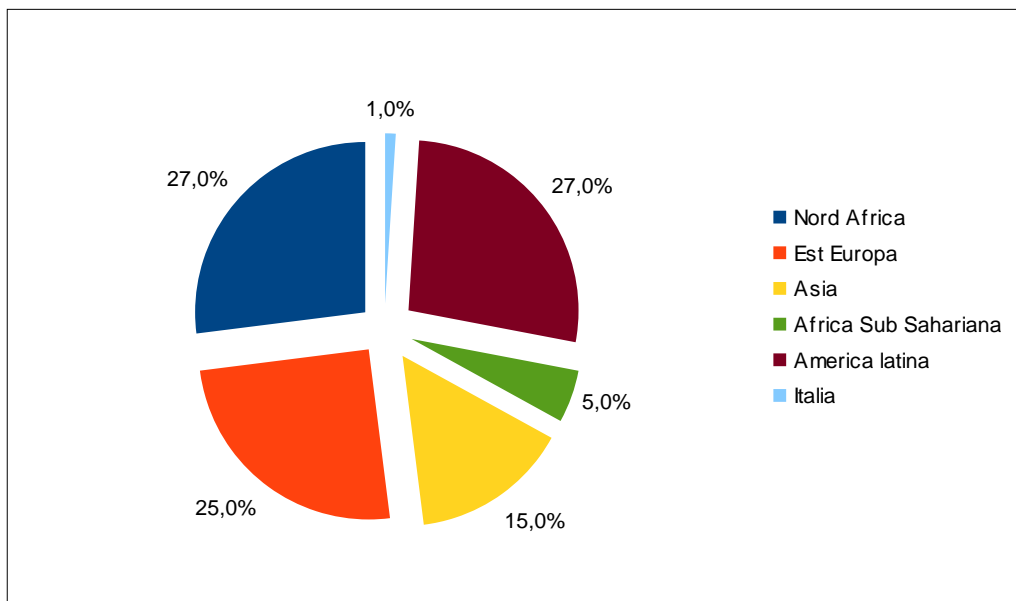
Pertanto, il riferimento in questa ricerca-valutazione è all'*integrazione metodologica* che sottende un principio di complementarietà tra procedure qualitative e quantitative che possono garantire validità e attendibilità degli strumenti di ricerca utilizzati. In questa ottica, gli strumenti di ricerca scelti sono i questionari strutturati e semi-strutturati auto-compilati (intervista intrusiva strutturata) per ciò che concerne il metodo quantitativo; I sopralluoghi (osservazione partecipante), i focus group, gli audit si configurano invece come strumenti della metodologia qualitativa, intrusivi e non strutturati.

1. Risultati della ricerca quantitativa: questionario ex-ante

Durante la fase della ricerca ex-ante, sono stati somministrati e raccolti 154 questionari compilati validi. La maggior parte delle donne intervistate è nordafricana (27%) e latino americana (27%); a seguire, hanno partecipato agli incontri donne provenienti dall'est Europa (25%) e dall'Asia (15%). Le cittadinanze più rappresentate sono quella romena (20%), egiziana (18%), peruviana (16%) e filippina (15%). V. Fig. 1

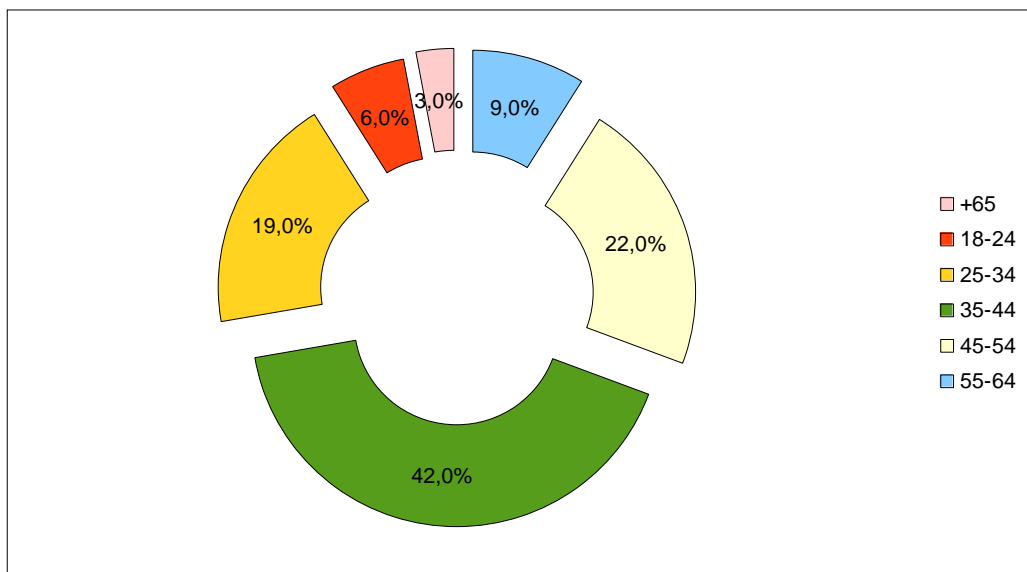
Sette intervistate su dieci sono di religione cristiana: la maggior parte è cattolica (40%), seguono le ortodosse (24%) e le musulmane (23%). Il profilo socio-demografico più comune è quello della donna adulta, tra i 35 e i 44 anni (42%), con istruzione medio-alta (il 41% ha un titolo di scuola secondaria di superiore, il 42% una laurea o un titolo di specializzazione/post-laurea), è prevalentemente casalinga (36%), colf (17%) o disoccupata (14%), è coniugata (66%) con tre figli (37%) o due (29%), è residente in Italia da oltre 10 anni (60%). V. Fig. 2, 3, 4.

Fig. 1 - Macro-aree di provenienza



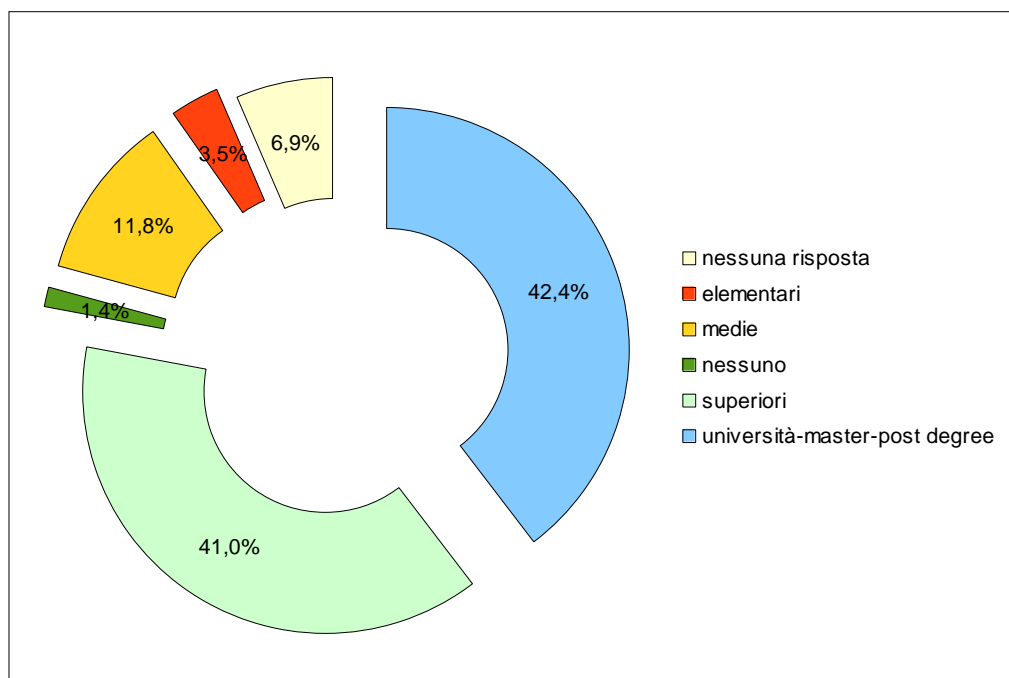
Fonte: elaborazione ISMU, 2018

Fig. 2 - Distribuzione per fasce di età



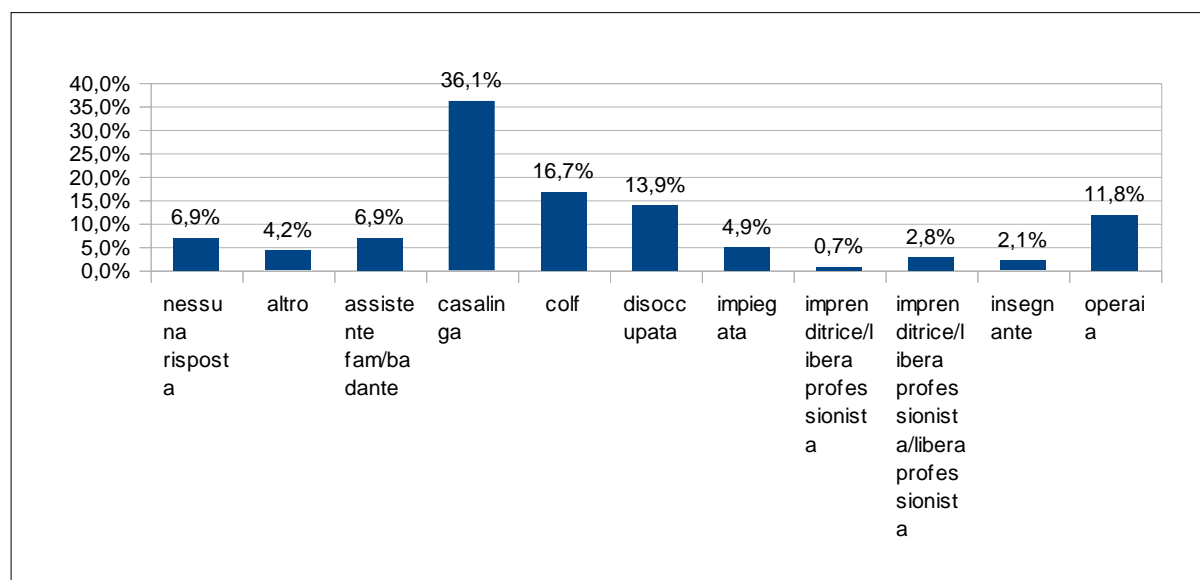
Fonte: elaborazione ISMU, 2018

Fig. 3 - Titolo di studio



Fonte: elaborazione ISMU, 2018

Fig. 4 - Occupazione

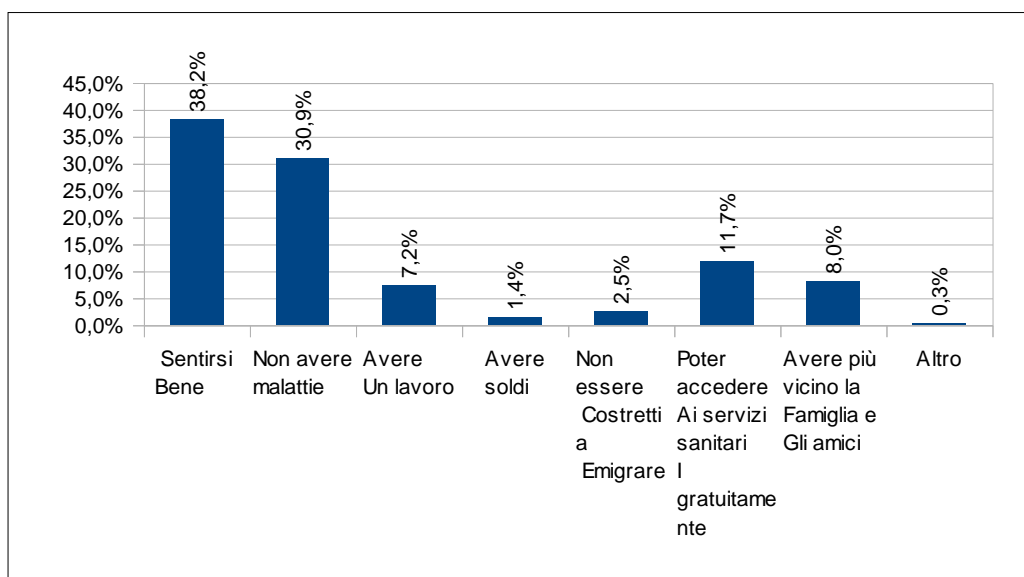


Fonte: elaborazione ISMU, 2018

1.2 Analisi incrociate

Abbiamo somministrato alle donne partecipanti al percorso di formazione, un questionario composto da 27 domande riguardanti i concetti di salute e di prevenzione, gli stili di vita (alimentazione, attività fisica, tabagismo e uso di alcolici), accesso ai servizi sanitari e per la prevenzione delle malattie oncologiche. Sottolineiamo che molte domande sono a risposta multipla, pertanto le percentuali sono calcolate sul numero totale delle risposte e non sul numero delle rispondenti.

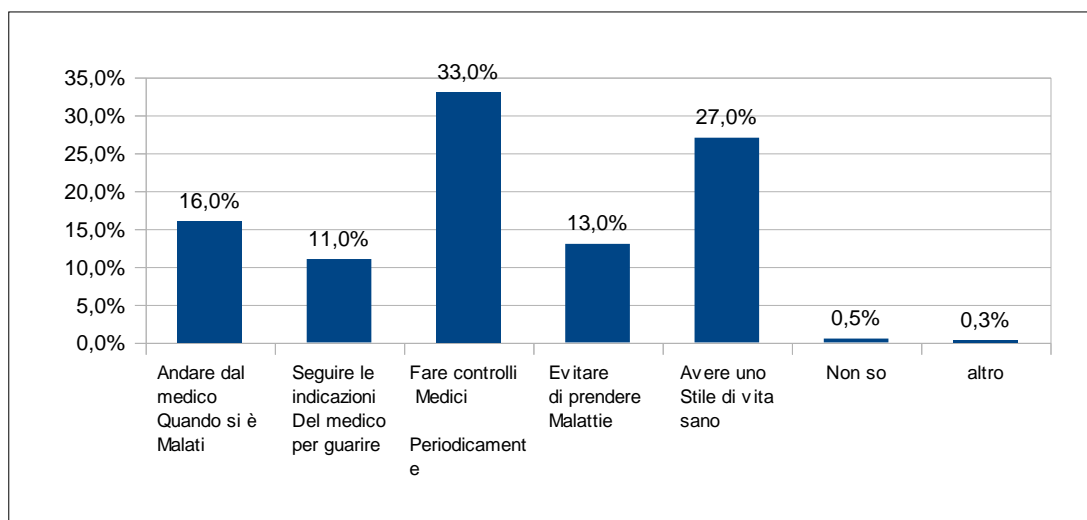
Fig. 5 – Cos'è la salute (risposte multiple)



Fonte: elaborazione ISMU, 2018

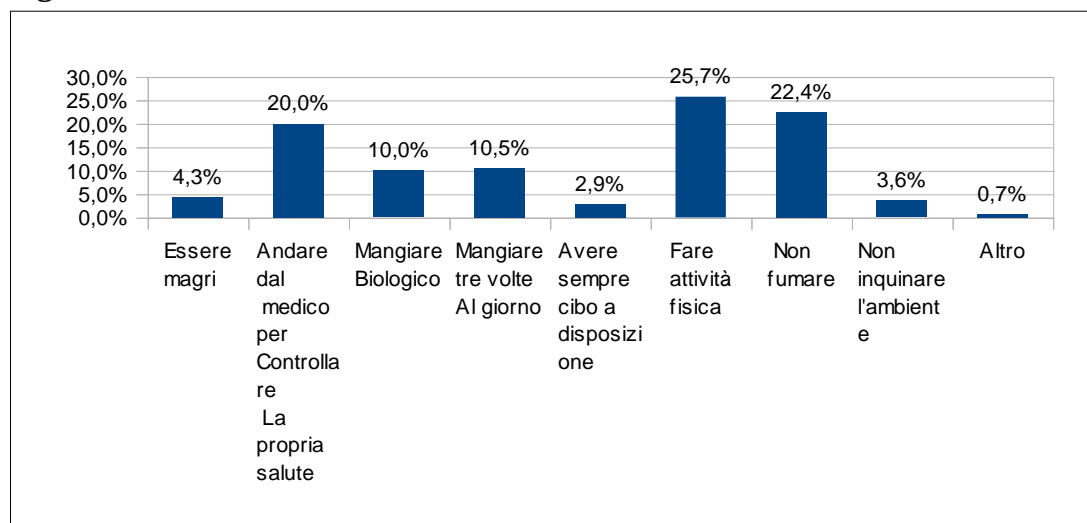
Alla domanda sul concetto di salute abbiamo ottenuto 359 risposte da cui emerge che la salute è intesa principalmente come condizione di benessere (“sentirsi bene”, 38% delle risposte date e “non avere malattie”, 31%). Rispondono in maggioranza a questi due concetti le donne provenienti dal Nordafrica, dall'est Europa e dall'America latina. Si orientano invece maggiormente sulle risposte “avere un lavoro” e “avere più vicino famiglia e amici” le donne asiatiche. Significativo è anche il numero delle risposte che ritengono la salute come la possibilità di “accedere ai servizi sanitari” (11,7%). Il 33% delle risposte (su 368) indica che la prevenzione sia “fare controlli periodicamente”, e il 27% che sia avere uno stile di vita sano. Si nota che il 27% delle risposte (23 su 84) delle donne nordafricane intende la prevenzione come “interpellanza del medico quando si è malati”.

Fig. 6 - Cos'è la prevenzione (risposte multiple)



Fonte: elaborazione ISMU, 2018

Fig. 7 - Stili di vita



Fonte: elaborazione ISMU, 2018

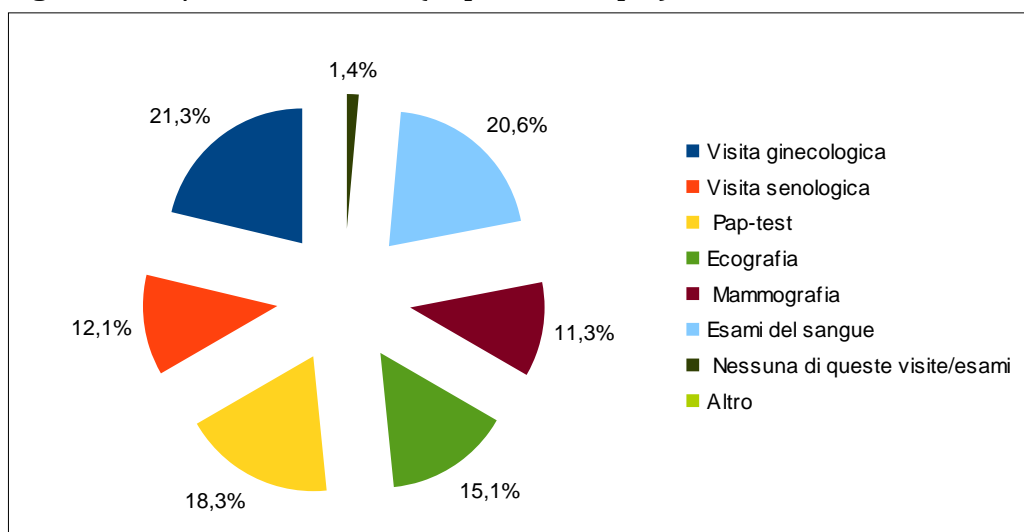
Lo stile di vita sano è associato soprattutto all'attività fisica (26% delle risposte date), seguito da non fumare (22%) e andare dal medico per controlli (20%), per le sub-sahariane il dato sale al 30%. Pur considerando che quest'ultimo gruppo è molto poco rappresentato (solo 20 partecipanti) mostra una particolare fiducia e propensione a rivolgersi al medico.

In generale, si evidenzia che in caso di malattia, la maggior parte delle risposte riferisce che il canale privilegiato sia il medico di medicina generale (MMG) in Italia (39% delle risposte), seguito dal Pronto soccorso (24%) e dalla farmacia (19%); il 6% si rivolge a familiari/amici/conoscenti e un altro 6% utilizza l'auto-cura; solo il 2% delle risposte indica la ricerca di un medico proveniente dallo stesso paese di origine delle rispondenti.

Tra le motivazioni indicate per cui le persone si ammalano non vi è una risposta prevalente, ma una distribuzione omogenea tra le opzioni date. Le casistiche legate a fattori esterni, fatalistici o religiosi, riguardano il 14% delle risposte date. Tra le nordafricane si evidenzia l'11% delle risposte indicante “per volontà di Dio”. La percentuale dei “non so” è particolarmente importante in queste risposte: 117 pari al 16%.

Gli esami del sangue (21%), la visita ginecologica (21%) e il pap test (18%) sono gli interventi di prevenzione maggiormente seguiti. Il motivo per cui le donne che hanno effettuato/prenotato una visita medica è in grande prevalenza la prevenzione (56%), in cui si contraddistingue soprattutto il contingente est-europeo, asiatico e sudamericano. Il 57% delle donne intervistate esegue almeno una visita di prevenzione all'anno. Una donna su 10 dichiara di non averne mai fatte o di averle eseguite molto tempo prima. L'ultima visita medica è stata effettuata nel 12 mesi prima dell'intervista, nel 67% dei casi. Il 27% delle intervistate dichiara di eseguire l'auto-palpazione al seno una volta al mese ma il 10% di loro non sa cosa sia l'auto-palpazione, l'80% dichiara di non sapere cosa sia il papilloma virus.

Fig. 8 – Visite/esami effettuati (risposta multipla)



Fonte: elaborazione ISMU, 2018

Tra i motivi indicati per spiegare le ragioni per cui non sono state effettuate/programmate nel 2018 le visite a scopo preventivo, prevalgono la “non conoscenza di strutture a cui rivolgersi” (22% delle risposte), la scarsità di tempo a disposizione (17%; 33% le risposte delle latinoamericane) e la paura degli esiti (17%; 40% tra le donne sub sahariane). L'assenza di denaro riveste complessivamente un ruolo marginale, interessando una risposta su 10 (il doppio per le sub sahariane).

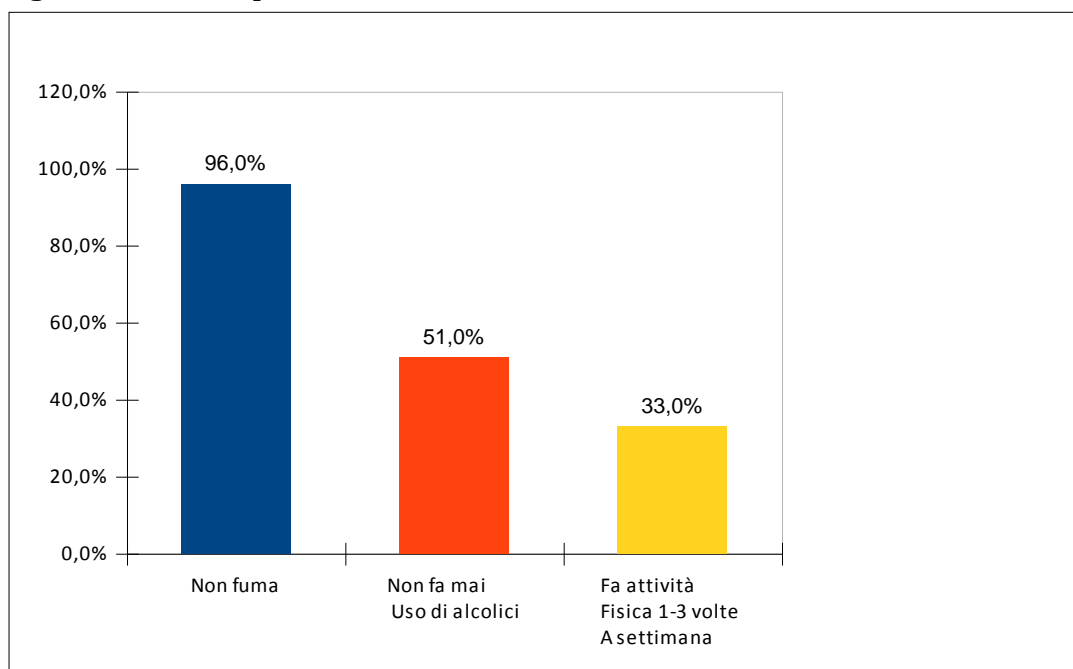
I canali d'informazione sulla prevenzione maggiormente utilizzati sono: internet (22%); amiche, familiari, conoscenti (21%); medico di base (16%).

Sono state rivolte alle partecipanti ai corsi, diverse domande sugli alimenti, essendo questo uno dei temi principali del percorso di sensibilizzazione. Ne risulta che il pollo (33%) e il tacchino (25%) siano le carni bianche maggiormente indicate dalle intervistate; tra le carni rosse il manzo (28%), il cavallo (21%) e il vitello (18%). Non

poche intervistate hanno indicato per lo stesso tipo di carne entrambe le tipologie, bianca e rossa, dimostrando di non aver compreso la domanda.

Il 24% delle intervistate utilizza nella propria dieta quotidiana alimenti sia italiani sia del paese di origine, tra queste si contraddistinguono coloro che vivono in Italia da più di 11 anni (41%). Ancora una volta il fattore “anzianità migratoria” determina cambiamento e consapevolezza (Lombardi, 2016²).

Fig. 9 – Alcuni comportamenti



Fonte: elaborazione ISMU, 2018

La quasi totalità delle intervistate non fuma (96%). Tra coloro che dichiarano di avere un parente o familiare che fuma (30 pari al 21% delle rispondenti) figura soprattutto il marito (12 su 30). Una su due non fa uso di alcolici ma dichiarano di farne uso 3-4 volte l'anno il 39% delle sudamericane e il 34% delle europee dell'est. Il 46% delle intervistate dichiara di fare attività fisica³ quotidianamente: di cui il 69% delle nordafricane e il 67% delle asiatiche; 1-3 volte a settimana per il 33% delle rispondenti (Fig. 9).

Il questionario somministrato alle partecipanti all'inizio del loro percorso, si conclude con la motivazione a intraprendere tale cammino, ne risulta che i motivi che le hanno spinte maggiormente sono soprattutto il desiderio di imparare qualcosa di nuovo (22%), di sapere di più sulle malattie e sulle relative cure (21%) e anche di conoscere meglio la prevenzione (20%).

² Lombardi L., *Santé et bien-être des immigrés en Italie. Etude sur les styles de vie*, SOCIOLOGIA online – Revista de Associação Portuguesa de Sociologia, N°10, ABRIL 2016, Pág. 145 a 160

³ Nella gran parte dei casi ritengono attività fisica anche le azioni lavorative e domestiche.

Nel 45% dei casi è stata una amica a coinvolgere l'intervistata nel progetto. Solo in minima parte questo ruolo di aggancio è stato ricoperto dalla figura religiosa della comunità (6%).

2. Risultati della ricerca quantitativa – Questionario ex-post

2.1. Dati socio-demografici

Alla fine del percorso formativo è stato distribuito un nuovo questionario, contenente le stesse domande del questionario in entrata più sette domande di *customer satisfaction*. Il motivo dell'indagine valutativa ex-post risiede nell'intenzione di valutare il percorso formativo ed evidenziare gli eventuali, e auspicabili, cambiamenti sia nella conoscenza sia nelle abitudini alimentari sia nelle pratiche di prevenzione. Sono stati compilati e ritenuti validi 129 questionari.

Complessivamente vengono mantenute le caratteristiche delle donne che hanno partecipato alla somministrazione del questionario prima di frequentare i percorsi formativi. Rispetto al *panel* in entrata, aumenta la presenza delle donne latino americane (31%) su quelle nord africane (24%), pur restando questi due i gruppi più rappresentati.

Anche dal punto di vista del paese di provenienza, le più presenti restano quelle descritte in entrata: egiziane (17,8%), peruviane (17,8%), rumene (16,3%) e filippine (12,4%). Cresce la rappresentanza di donne di fede cristiana (50%) ma anche quella di donne musulmane (30%) a discapito di quelle di fede ortodossa (17%).

Il profilo più comune viene confermato essere quello delle donne adulte, tra i 35 e i 44 anni (32%) con istruzione medio-alta (con diploma equivalente alla scuola secondaria di secondo grado il 38% o con laurea o un titolo di specializzazione/post laurea il 36%); sono prevalentemente casalinghe (46%), colf (26%) o disoccupata (15%); sono sposate nel 55% dei casi, con tre figli (41%); residenti in Italia da oltre 10 anni (66%).

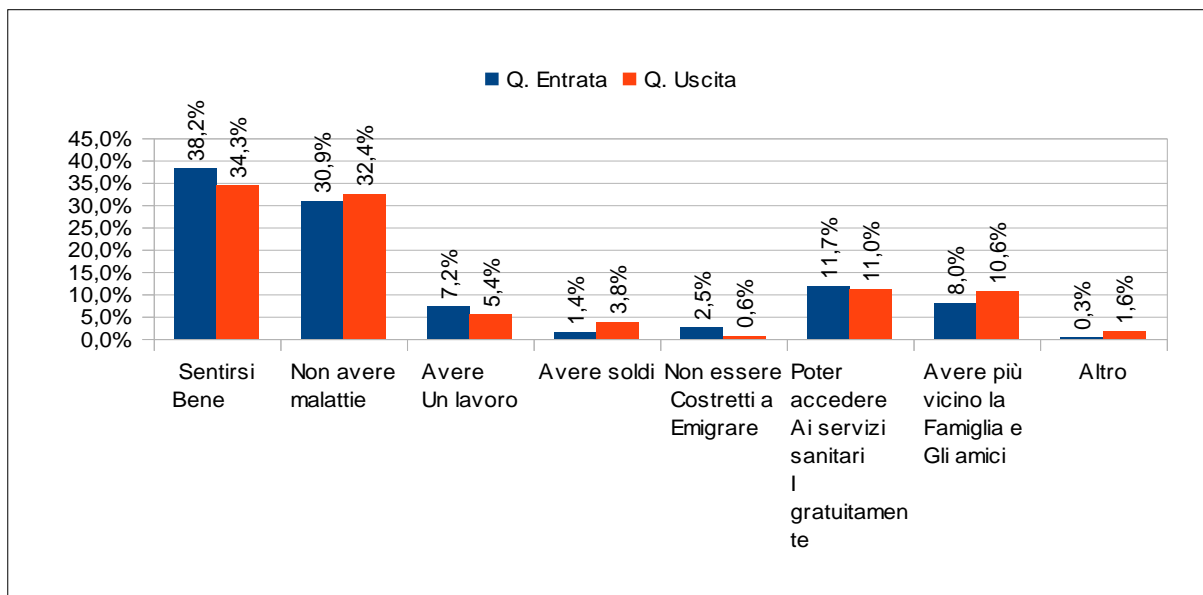
2.2 Analisi incrociate

Permane l'associazione tra salute e condizione di benessere: alla domanda su cosa s'intenda per "salute" le risposte più numerose sono state "sentirsi bene" (34%) o "non avere malattie" (32%).

Aumentano le risposte che associano il concetto di salute all'"avere soldi" (dal 1% all'4% ma parliamo solo di poche rispondenti: rispettivamente 12 e 5); aumenta anche l'associazione della salute con "l'avere più vicino famiglia e amici" (dall'8% all'11%, anche in questo caso il riferimento è a un numero esiguo di rispondenti).

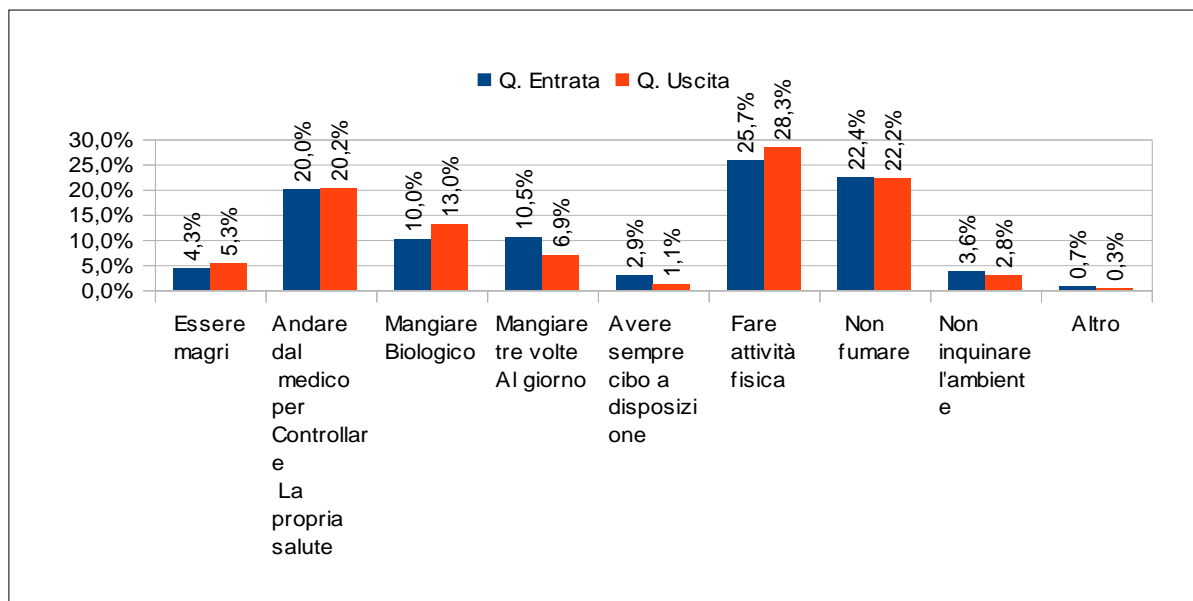
Persiste la medesima incidenza di coloro che associano la prevenzione a controlli periodici (34%); un lieve aumento si registra anche negli item "fare controlli medici periodicamente" (+1%) e "evitare di prendere malattie (+1%)".

Fig. 10 – Cos'è la salute. Confronto tra questionario in entrata e in uscita (risposta multipla)



Fonte: elaborazione ISMU, 2018

Fig. 11 – Stile di vita sano. Confronto tra questionario in entrata e in uscita (risposta multipla)



Fonte: elaborazione ISMU, 2018

L'associazione degli stili di vita mantiene valori positivi ed evidenzia alcuni incrementi: +1% l'essere magri; acquista 3 punti la risposta relativa al "mangiare biologico" e di 2,6 punti l'attività fisica.

Diminuiscono, d'altra parte, le risposte che associano uno stile di vita sano al "mangiare tre volte al giorno" (-3,6%) insieme a "avere cibo a disposizione" (-1,8%):

questo probabilmente indica che in seguito alla frequenza del corso, è stato acquisito il concetto che la quantità di cibo non è sempre salutare.

Tra le motivazioni indicate per cui le persone si ammalano si rilevano alcune differenze tra quanto fornito in ingresso e in uscita: mentre prima del percorso non vi era una risposta prevalente, ma piuttosto una distribuzione omogenea tra le opzioni date, nella fase post corso si mantiene una distribuzione omogenea delle risposte omogenea ma si vedono diminuire le risposte che associano il sopraggiungere di malattie per fattori esterni, fatalistici o religiosi (dal 14% al 9% delle risposte), mentre aumentano le risposte che riconducono la malattia a cause legate a stili di vita poco sani, ovvero perché fumano (dal 12 al 19%) o perché mangiano cibi dannosi (dal 12 al 17%) o ancora perché non fanno attività fisica (dal 9 al 13%).

Vengono confermati come esami previsti, da effettuare nel 2018, quelli già registrati in entrata: visita ginecologica (21%), esami del sangue (20%) e pap test (18%).

Pertanto, la frequenza del corso sembra aver fornito importanti informazioni che hanno contribuito alla costruzione di un significativo bagaglio di conoscenza e consapevolezza, spostando la motivazione da elementi inspiegabili o fatalistici a fattori di concretezza e autodeterminazione.

Molto interessante appare il cambiamento rispetto all'auto-palpazione del seno (passano dal 39% al 44% le donne che dichiarano di effettuarla una volta la mese); per contro, diminuiscono coloro che dichiarano di non sapere cosa sia l'auto-palpazione del seno (dal 14% al 5%).

Importanti variazioni si registrano a fine corso anche rispetto alle modalità maggiormente utilizzate per raccogliere informazioni in tema di prevenzione: si registra un aumento del ricorso al medico di base (dal 15,5% al 19,8%) e alla LILT (dal 9,6% al 24,8%), mentre diminuisce il ricorso a Internet (-4%) e al mezzo televisivo (-2,1).

In caso di malattia, la maggior parte delle risposte delle intervistate restano invariate e indicano che il canale più utilizzato sia il medico di base in Italia, seguito dal Pronto Soccorso; l'utilizzo di canali tradizionali, legati al proprio paese d'origine, rappresenta invece una minoranza tra le risposte. Non vi sono variazioni significative sugli alimenti indicati come carne bianca o rossa, mentre aumenta il numero di intervistate che dichiara che la carne bianca sia più sana.

Diminuisce sensibilmente il numero di donne che dichiarano di utilizzare quotidianamente prodotti alimentari del paese di origine (dal 66% al 12%) mentre aumenta il numero di coloro che utilizzano prodotti sia italiani sia dei paesi di origine (dal 24% al 49%).

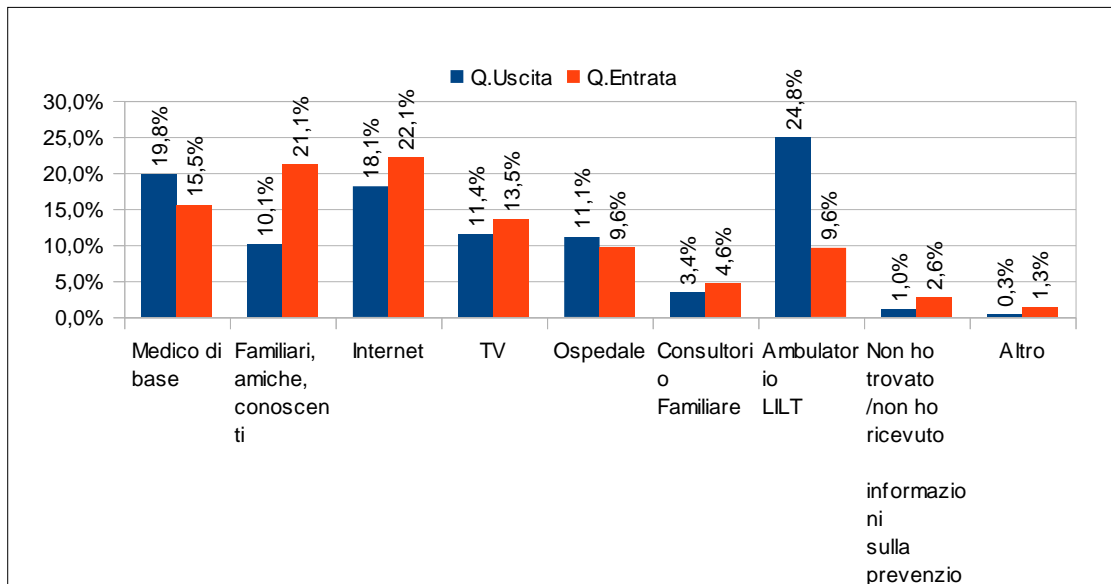
La maggior parte delle intervistate riconosce che riso e pasta integrale siano più sani (dal 66% all'82%). Diminuisce il numero di coloro che non utilizzano mai pasta o riso integrale (dal 20% all'8%) mentre aumenta il numero di coloro che ne fanno un uso quotidiano (dal 25% al 40%).

I dati relativi al tabagismo e all'uso di bevande alcoliche non mostrano importanti variazioni, avendo evidenziato già nel questionario in entrata un utilizzo molto esiguo da parte delle donne.

Aumenta il numero di intervistate che fa attività fisica spesso, dal 33% al 48% di cui il 37% delle nord africane e il 48% delle est europee; il 59% delle asiatiche. il 48% dichiara di fare attività fisica 1-3 volte a settimana rispetto al 33% delle risposte in

entrata. Le meno attive risultano le donne sub-sahariane di cui il 40% dichiara di non svolgere mai attività fisica.

Fig. 12 – Canali d'informazione



Fonte: elaborazione ISMU, 2018

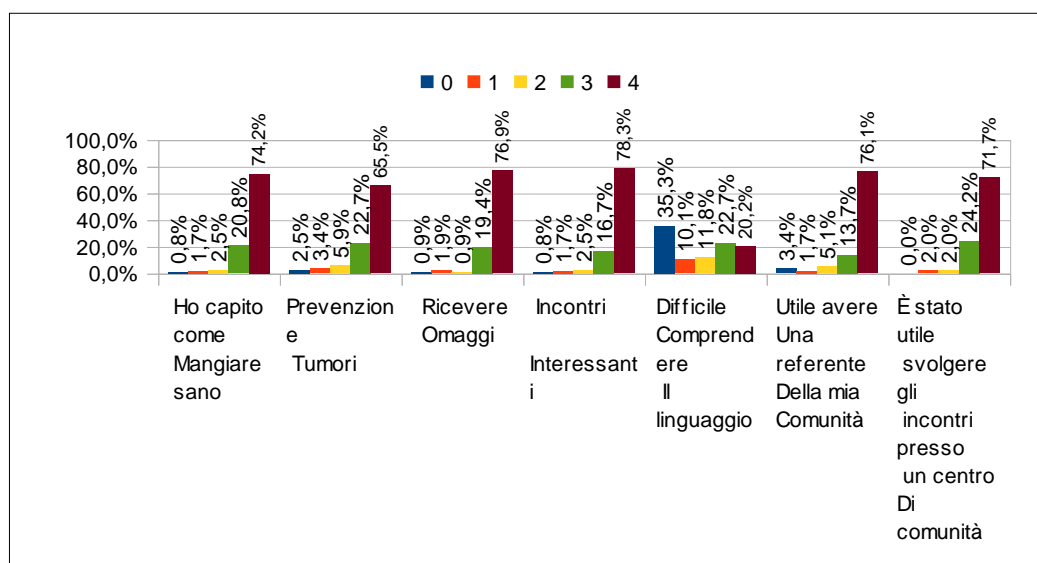
2.3 la Customer satisfaction

Il corso è stato complessivamente valutato in modo positivo e la maggior parte delle partecipanti lo ha ritenuto utile. Quasi tutte le domande, a risposta multipla, hanno ottenuto il massimo del punteggio: il 74% delle intervistate ha ritenuto molto utili i temi trattati, il 76% ha dichiarato interessante avere una referente di comunità e il 72% è stata molto favorevole a svolgere gli incontri presso i centri di comunità; il 77% delle intervistate ha apprezzato molto ricevere omaggi. Leggermente inferiore (65,5%) il valore massimo relativo alla “prevenzione dei tumori”: prevale comunque il numero di coloro che si dichiarano molto soddisfatte ma l’incidenza sul totale è minore rispetto alle altre caratteristiche del corso indagate (66% - la richiesta di approfondire il tema tumorale ne è una conferma).

Sul piano linguistico la valutazione è meno positiva: il 35% (valore 0) delle intervistate dichiara che sia stata difficile la comprensione mentre il 20% ritiene adatto il linguaggio utilizzato.

I valori medi attribuiti ai sette item sono significativamente alti (da 3,5 a 3,8) tranne quello relativo alla comprensione del linguaggio che raggiunge un valore di 1,8 (tab. 1).

Fig. 13 – Gradimento corso di sensibilizzazione donne migranti



Fonte: elaborazione ISMU, 2018

Tab. 1 – Gradimento corso di sensibilizzazione donne migranti - Valori medi

Ho capito come mangiare sano	Ho capito come mangiare sano	Prevenzione tumori	Ricevere omaggi	Incontri interessanti	Incontri interessanti	Difficile comprendere il linguaggio	Utile avere un referente della mia comunità	È stato utile svolgere gli incontri presso un centro di comunità
3,7	3,7	3,5	3,7	3,7	3,7	1,8	3,8	3,7

Fonte: elaborazione ISMU, 2018

Abbiamo chiuso il questionario in uscita (ex-post) chiedendo alle partecipanti dei suggerimenti per migliorare e/o approfondire i temi affrontati e l'offerta formativa. Tra le proposte di approfondimento dichiarate, i temi maggiormente segnalati sono 1) i tumori in senso ampio e loro prevenzione (28% delle risposte); 2) le malattie (28%), seguiti dalla richiesta di ampliare i temi dell'alimentazione e degli stili di vita (23%).

Sebbene interessino una o due singole proposte, si segnalano anche suggerimenti che potrebbero essere utili per la predisposizione di future edizioni del corso. Si richiedono infatti approfondimenti sulla depressione, sul diabete, sulla fertilità, sulle malattie sessualmente trasmissibili, sulle malattie infettive, sulla menopausa, sulla salute dei bambini, degli adolescenti e degli anziani.

Considerazioni conclusive

Se il concetto di prevenzione sconta ancora poca chiarezza tra le donne intervistate, anche dopo il percorso di formazione seguito, più concrete appaiono le valutazioni relative ai motivi per i quali le persone si ammalano (stili di vita poco sani, scarsa attività fisica, tabagismo, alimentazione errata).

I dati analizzati restituiscono una situazione di miglioramento in uscita rispetto a quanto rilevato in entrata, sia per quel che riguarda gli stili di vita sia la conoscenza di elementi che possono aiutare a gestire nel modo migliore la propria salute, sebbene il cambiamento non riguardi tutte le variabili indagate.

Difficile valutare nel breve periodo quanto i benefici individuali possano essere diffusi nei contesti familiari e comunitari, e quanto i soggetti formati possano rappresentare un volano per migliorare gli stili di vita della propria comunità, poiché gli effetti sono riscontrabili nel lungo periodo.

3. La ricerca qualitativa: analisi dei focus group

Al termine del percorso di sensibilizzazione con le donne migranti, abbiamo condotto quattro focus group (uno per ogni macro-area di provenienza: egiziane/maghrebine; sudamericane; filippine/asiatiche; rumene/estEuropa) con le ambasciatrici e donne leader del gruppo. La finalità dei focus group è di raccogliere dati qualitativi (percezioni, riflessioni, emozioni, bisogni, ecc.) che vadano a integrare quelli quantitativi rilevati con i questionari.

Come già si evidenzia nell'analisi quantitativa, i focus group (FG) confermano il grande interesse delle partecipanti per i temi trattati e per l'approccio sostenuto. Gli elementi di particolare apprezzamento sono stati: la possibilità di parlare di salute e prevenzione con un linguaggio chiaro e comprensibile; l'aver appreso la relazione tra certi stili alimentari e l'insorgere del tumore; l'attenzione all'alimentazione è stato fondamentale e in questo ambito le persone hanno segnalato le maggiori "scoperte" legate al corso. Motivo di gradimento è stato anche il luogo scelto per gli incontri, coincidente con i consueti luoghi di aggregazione del gruppo (chiesa ortodossa, chiesa cattolica, moschea).

Ho visto anche tante persone del mio gruppo che tante informazioni, tante cose non le sapevano, quindi è stato proprio molto utile... tante cose che avevano magari vergogna di chiedere quando vai dal medico, qua sono state tutte molto approfondite in modo corretto e semplice soprattutto (FGR 1).

I temi maggiormente messi a fuoco sono stati: l'alimentazione; i controlli clinici periodici e l'auto-palpazione del seno; l'attività fisica; la prevenzione; il tabagismo e l'uso di alcolici; le malattie trasmissibili sessualmente; la trasmissione delle conoscenze acquisite (effetto moltiplicatore); il coinvolgimento "comunitario". Su questi punti significativi costruiamo l'analisi dei FG.

Alimentazione. Le partecipanti al FG mostrano di aver acquisito che l'alimentazione è un mezzo di prevenzione. Trovano fondamentale che le indicazioni provengano da esperti e non da "internet".

[...] perché c'è stato un contatto diretto, e vedere proprio i medici, i nutrizionisti, avere le slides, essere all'interno di un gruppo. Secondo me si sono sentite coinvolte, più diretto... (FGR 2).

Discutono di alimentazione sana in famiglia e nella cerchia amicale e provano a

modificare le abitudini alimentari (bibite gasate, zucchero, carne rossa, carboidrati raffinati, introduzione di verdure, ecc.).

Alcuni comportamenti scorretti non sono stati rilevati specificatamente dalle donne, ma nei mariti (caso del tabagismo e dell'alcool). Tutte le ambasciatrici hanno dichiarato di averne parlato in famiglia, e hanno segnalato la necessità di coinvolgere anche mariti e figli in un futuro percorso. Questo indica che la prevenzione non è solo un fatto individuale ma anche relazionale. La famiglia, il gruppo dei connazionali, l'ambiente che ci circonda influenza i nostri comportamenti (i figli che frequentano connazionali italiani e vanno al fast-food, gli eventi sociali come le grigliate, il fatto di vivere in casa con italiani che hanno stili alimentari differenti, i bambini che frequentano le scuole italiane con menù specifici, etc.). Il dialogo con i figli sembra essere fondamentale nello stimolare comportamenti corretti e non si può prescindere dal coinvolgimento dei mariti.

Controlli periodici. Le partecipanti riportano di aver acquisito l'importanza di effettuare il pap-test, la mammografia, l'auto-palpazione del seno. Quest'ultima è messa subito in pratica da molte perché immediata e personale e non le espone all'imbarazzo del corpo nudo davanti al medico: soprattutto le donne magrebine e rumene chiedono che i medici a cui si rivolgono siano donne.

[...] E anche per quanto riguarda la prevenzione delle malattie, mia mamma per dire l'autopalpazione non la faceva mai. Invece adesso con questi incontri qua molto di più, anche per esempio stare molto attenta, prenotare il pap-test ogni tot (FGR 2).

Attività fisica. Molta importanza è stata attribuita all'attività fisica, come già si riscontra nell'analisi quantitativa (v. parte precedente), ma viene rilevata la mancanza di tempo a causa degli impegni lavorativi e familiari. Le donne maghrebine, inoltre, vorrebbero luoghi esclusivamente femminili per l'attività fisica: la palestra non è un luogo adatto a loro poiché l'utenza è mista.

Prevenzione. Il concetto di prevenzione sembra significativamente acquisito ma la maggior parte delle partecipanti lamentano una scarsa attenzione alla prevenzione nei paesi d'origine, spesso per motivi economici e mancanza di welfare sanitario (il Governo non investe in questo settore) oppure ideologici (in Romania i controlli ginecologici in passato erano strumenti di controllo della fertilità e quindi vissuti come imposizione da parte delle donne). Le donne della comunità islamica di Monza ad esempio lamentano scarsa attenzione nei paesi d'origine e una presa in carico solo al momento della malattia vera e propria.

Emerge anche il tema della malattia come taboo: parlarne fa paura perché sembra rendere più reale la malattia, invece fare finta che non esista aiuta ad esorcizzare la paura.

Anche il rapporto con la prevenzione in Italia è ambiguo: molte donne evidenziano l'importanza dei controlli che qui sono spinte a fare; d'altra parte alcune lamentano una certa distanza tra medico e paziente e preferiscono appoggiarsi a strutture private. A questo proposito un elemento di grande valore per le donne sudamericane è stato il fatto di aver avuto come formatore un medico sudamericano, con cui condividere anche aspetti culturali della salute; questo ha ridotto la "freddezza" di alcuni contesti sanitari italiani.

Non il fatto che fosse argentino, ma che parlasse spagnolo. [...] La lingua è per l'approccio, non per il capire. Perché comunque noi è tanti anni che siamo qua, noi capiamo la lingua,

però è come sentirsi a casa nostra quando lui parlava la nostra lingua. Per noi è importante (FGSA 1, 2).

Alcol e tabagismo. Tema molto discusso che suscita grande preoccupazione non per sé stesse ma per mariti, compagni e figli. Le partecipanti suggeriscono di organizzare incontri sia con gli uomini sia con i figli su questo tema. Con i figli adolescenti i genitori fanno raccomandazioni su fumo, alcool e MTS ma temono la normalizzazione di certi comportamenti rischiosi. Una madre maghrebina mostra preoccupazione anche per l'utilizzo di cannabis da parte dei giovani.

Il problema non è a che ora esci/rientri, bensì i pericoli che può incontrare...non è il divertimento il problema; Prima si parlava di non fumare, adesso devo dire ai miei figli di non farsi le canne!" (FGM 1);

Mia madre e mio padre non si fidano delle persone al di fuori della casa perché non le conoscono (FGM 2).

Malattie sessualmente trasmissibili e sessualità. Contrariamente ad alcuni stereotipi diffusi, le partecipanti ai corsi hanno trovato estremamente importante che questi temi fossero discussi nel corso. Anzi, ritengono che debbano essere ulteriormente approfonditi e che vadano assolutamente coinvolti gli uomini e i figli/figlie: richiesta che giunge specialmente da parte delle donne maghrebine. Una giovane figlia interviene dicendo:

Non avrei mai pensato che alcune donne, tra cui mia mamma, facessero certe domande, come quelle sul sesso e sull'igiene intima (FGM 2).

Affermazioni di questo tipo restituiscono sicuramente l'efficacia del percorso seguito: da un lato è possibile interpretare una decostruzione del pregiudizio nei confronti delle donne provenienti da paesi di cultura e lingua araba (magari velate) che ritiene che certi argomenti siano preclusi al mondo femminile; dall'altro evidenzia il bisogno di conoscere e confrontarsi sui temi della sessualità e delle malattie trasmissibili sessualmente (MTS) mostrando percorsi di apertura e di cambiamento.

Il tema del sesso è stato molto utile a parlare apertamente della prevenzione delle MTS con i figli. Io ho un figlio di 14 anni e non ho mai avuto modo di parlare con lui di sesso, non sono a mio agio a parlare di questo tema. Il giorno dopo il nostro incontro del [...] ce l'ho fatta" (FGF 3).

Le donne sudamericane sottolineano l'importanza e il bisogno di educazione sessuale e informazione sulle MTS con gli adolescenti e i giovani.

[...] invitarli e fare un piccolo incontro. Magari sugli stessi argomenti. [...] Questo non dipende mica da noi, sono loro [gli uomini] che ci passano queste malattie, e come facciamo? [...] Allora diciamoglielo noi. E poi è come se nessuno avesse detto niente, perché siamo solo noi" dicono. Allora bisogna cercare una cosa che sia un pochino più autorevole per loro... (FGSA 1).

Le giovani donne, nate o cresciute in Italia, sembrano avere minore resistenza a farsi coinvolgere in programmi di prevenzione. Questo vale ad esempio rispetto al tema delle malattie sessualmente trasmissibili: le donne più giovani affrontano il tema con maggiore

scioltezza rispetto a quelle più adulte.

Effetto moltiplicatore. Dai FG emerge che le informazioni e le discussioni sviluppate durante il corso sono riportate, da tutte le partecipanti, sia nei contesti famigliari sia in quelli amicali. Gli effetti però non sono immediatamente riscontrabili poiché il cambio di comportamenti e abitudini è visibile nel lungo periodo. Non mancano infatti delle criticità rispetto all'abbandono di alcune abitudini rischiose, come l'alimentazione (l'abuso di carni rosse da parte di rumeni/e e sudamericani/e; le bevande zuccherate da parte di tutte/i) il tabagismo tra i maghrebini e gli egiziani; l'abuso di alcolici da parte di rumeni e sudamericani. La difficoltà maggiore sta nel fatto che dette abitudini sono molto legate ai momenti di svago, al tempo libero, alla convivialità, alle feste tradizionali, così come alla collegialità della scelta.

Se mio marito preferisce il riso alla pasta integrale, è difficile per me scegliere la pasta integrale"; Noi mangiamo tutti insieme, io posso cambiare le mie abitudini ma le persone con cui mangio devono cambiare le loro abitudini (FGF 2).

Una donna filippina suggerisce un metodo di cambiamento alimentare (ma non solo) che potrebbe risultare efficace: "inserire gradualmente gli ingredienti sani [es. riso integrale] nelle ricette quotidiane e adattare le ricette stesse per mantenere un sapore gustoso" (FGF 1).

Comunità. Senza dubbio, l'aver offerto i percorsi di sensibilizzazione nei luoghi e nel gruppo conosciuto ha riscontri molto positivi e certamente più efficaci. La comunità, o meglio detto gruppi e ambiti aggregativi (chiese, moschee, associazioni, reti) ha un effetto moltiplicatore elevato garantendo l'efficacia dell'azione e la coesione sociale del gruppo.

In conclusione, i risultati di ricerca mostrano che le donne abbiano raggiunto un buon livello di consapevolezza. Il corso ha aperto degli spazi di discussione, le donne si confrontano con informazioni nuovi, dentro e fuori la famiglia, individuano comportamenti nuovi che possono prevenire le malattia.

Tuttavia questa nuova consapevolezza non è sempre accompagnata da scelte concrete. La maggior parte opta per delle mediazioni, piuttosto che per un cambio radicale. Si evidenzia la necessità di rendere la prevenzione più "vicina" alla vita di tutti i giorni, qualcosa che ha dei risvolti concreti nella routine famigliare, ad esempio mettendola in relazione con la salute dei figli.

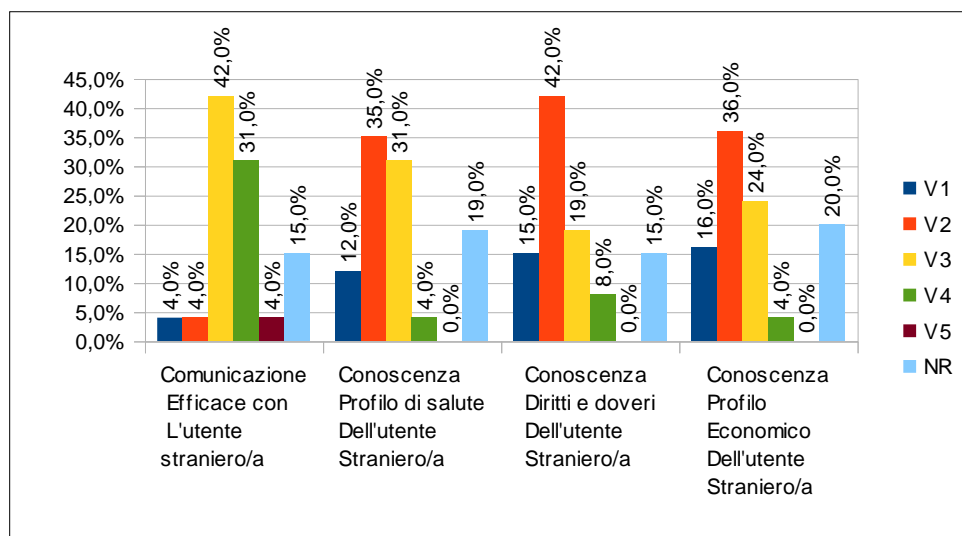
4. Valutazione della formazione rivolta a operatori LILT

Un'altra azione programmata nel piano di ricerca è la valutazione del percorso formativo degli operatori e operatrici LILT orientato in particolar modo sulle migrazioni, sulla cittadinanza sanitaria e sull'intercultura. Hanno partecipato alla formazione anche operatori non LILT raggiungendo una presenza di circa 100 corsisti.

Abbiamo posto ai corsisti alcune domande in merito alla loro capacità di relazionarsi con l'utenza straniera e cosa pensano di sapere in merito alla loro salute e al loro status sociale e amministrativo, chiedendo di rispondere attraverso una scala di valore da 1 a 5. Il questionario è stato compilato da 27 operatori LILT (88% donne, 12% uomini). Il

56% degli operatori ha più di 45 anni, il 19% ha tra i 36 e i 45 anni, il 15% ha tra i 26 e i 35 anni e l'11% ha tra i 18 e i 25 anni. Il 59% ha un diploma di scuola superiore, il 30% ha un diploma di laurea e l'11% ha un diploma post-laurea. L'85% dei partecipanti è membro dello staff LILT mentre il 15% è volontario. Il 59% degli operatori è attivo in LILT da meno di 5 anni, il 19% collabora da 5-10 anni e il 22% collabora da oltre 10 anni. La maggior parte dello staff LILT opera nel settore della Prevenzione (39%) seguito dal settore Spazi Prevenzione (23%), Diagnosi Precoce (17%), Assistenza e Volontariato (9%) e Comunicazione, Fundraising e MKTV (4%). La metà dei volontari LILT, invece, è attiva nel settore Assistenza e Volontariato, seguito dal settore Fundraising e Spazio Prevenzione (25% in entrambi). I corsisti e le corsiste intervistate dichiarano di comunicare abbastanza efficacemente con gli/le utenti straniera (il 42% ha indicato il valore 3 su 5, il 31% il valore 4 su 5). La conoscenza del profilo salute dei migranti (vulnerabilità e patologie, stili di vita, approccio alla malattia e al dolore) è percepita come insufficiente (il 12% ha indicato il valore 1, il 35% il valore 2) o appena sufficiente (il 31% ha indicato il valore 3). Una situazione analoga emerge in merito alla conoscenza dei diritti e dei doveri dei migranti (ingresso in Italia, accesso al SSN), nella quale il 15% ha indicato la propria conoscenza come valore 1, il 42% il valore 2 e il 19% il valore 3. Rispetto alla conoscenza del profilo economico dei migranti (professione, occupazione, reddito, etc.), nella quale il 16% ha indicato la propria conoscenza come valore 1; il 36% come valore 2 e il 24% come valore 3.

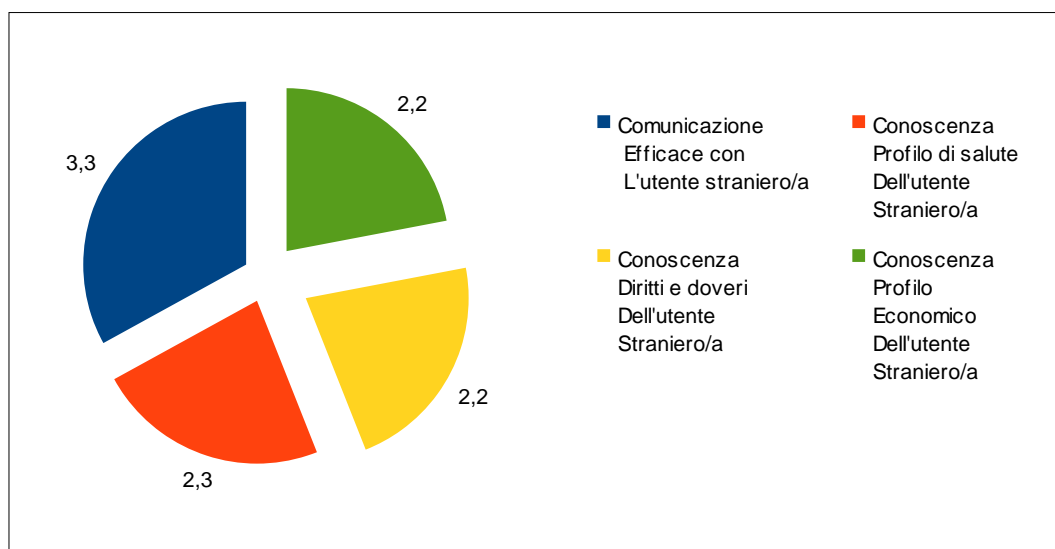
Fig. 14 – Gradimento corso di formazione operatori LILT



Fonte: elaborazione ISMU, 2018

Se osserviamo la fig. 14 si evidenziano valori medi tendenti al basso (2,2 e 2,3), si discosta solo il valore della comunicazione efficace con l'utente straniero/a che raggiunge il valore medio di 3,3.

Fig. 15 Gradimento corso di formazione operatori LILT – Valori medi



Fonte: elaborazione ISMU, 2018

4.1 gruppo di discussione

Rispetto alla formazione degli operatori LILT non è stato possibile effettuare un'analisi valutativa ex-post a causa dell'esiguità del numero di partecipanti a fine corso (solo 6). Pertanto, d'accordo con il gruppo di progetto del capofila, abbiamo organizzato un gruppo di discussione con alcuni operatori (2 operatrici, 1 operatore, 1 volontaria) partecipanti ai corsi, al fine di ottenere un riscontro "qualitativo" del percorso di formazione. Abbiamo perciò individuato alcuni punti di discussione rilevanti che riportiamo di seguito.

Percezione della migrazione in Lombardia

I partecipanti percepiscono un crescente bisogno di competenze di comunicazione interculturale dovuto al maggiore contatto che hanno con la realtà straniera dal punto di vista personale e professionale. Alcuni partecipanti vivono in paesi/quartieri con un'alta percentuale di immigrati ma senza particolari tensioni sociali, mentre altri vivono in paesi/quartieri con basse concentrazioni di immigrati. Credono che a volte la mancanza di integrazione o di comunicazione interculturale sia dovuta ad una capacità insufficiente nel prendere in carico le persone con background migratorio (e.g. scuola, servizi sanitari).

Restituzione dei corsi

I partecipanti ritengono il primo e secondo incontro tanto interessanti quanto estremamente tecnici. Non avendo una base di conoscenza all'inizio del corso hanno riscontrato difficoltà a raccogliere elementi che potessero applicare alla loro

quotidianità. Gli incontri, tuttavia, hanno trasmesso efficacemente l'idea delle difficoltà incontrate quotidianamente dagli immigrati e dagli stakeholder che gravitano attorno a loro. Questo è stato possibile grazie al processo di umanizzazione che ha caratterizzato tutto il corso. L'ultimo incontro (sulla Carta di Roma) si è rivelato più coinvolgente dal punto di vista umano e ha trasmesso concetti più facilmente applicabili alla quotidianità degli operatori, soprattutto grazie al coinvolgimento della giornalista.

I partecipanti sono stati particolarmente colpiti dalla relatività nella comunicazione ammettendo che perché l'integrazione possa avvenire serve sforzo bidirezionale verso l'empatia e la comprensione del punto di vista altrui. Rilevano che i cittadini indiani, filippini e sudamericane hanno una certa predisposizione a percepire la presenza di un attrito culturale di base dal quale partire, mentre gli uomini arabofoni faticano ad attivare questo percorso interiore.

Restituzione sui workshop

I workshop sono stati particolarmente apprezzati in quanto strumenti pratici e dialogici utili a mettersi nei panni degli immigrati sottolineando la difficoltà nel semplificare la complessità di alcuni concetti chiave. È stato apprezzato il tempo dedicato alla correzione degli esercizi alla fine delle sessioni.

Cosa vuol dire "comunicare efficacemente con gli stranieri"?

Per i partecipanti una comunicazione efficace si declina in un linguaggio semplice e diretto e in un'attenzione da parte dell'operatore sulla piena comprensione da parte degli immigrati. Alcuni partecipanti, alla fine delle interazioni, pongono domande per accertarsi che i loro interlocutori abbiano capito tutto e abbiano ricevuto le informazioni desiderate.

Gli operatori lamentano la difficoltà nel conoscere e comprendere le vulnerabilità o le condizioni sanitarie degli immigrati: questi ultimi, infatti, spesso non hanno una percezione della prevenzione e del percorso verso la malattia ma si allertano solo quando la malattia è già subentrata. A tal proposito i partecipanti ritengono che si debba aprire un canale interculturale che permetta di trasmettere alle comunità il concetto di prevenzione e di metterlo al centro dei loro problemi centrali, soprattutto in situazioni di povertà.

Competenze/conoscenze di cui i partecipanti hanno bisogno

I partecipanti vorrebbero sviluppare la capacità non solo di intercettare la situazione sanitaria degli immigrati ma di poterli anche indirizzare efficacemente ai servizi alternativi. Perché questo avvenga, è necessario conoscere bene tutti gli strumenti a propria disposizione per valutare l'eleggibilità (o l'ineleggibilità) degli immigrati per determinati servizi. Inoltre, gli operatori e i volontari spesso spesso non sanno trovare le origini socio-culturali delle difficoltà nell'accesso ai servizi di prevenzione. Alcuni partecipanti, tuttavia, pensano che l'idea di transnazionalità del progetto migratorio in Italia e la tendenza ad affidarsi ai *peers* delle comunità siano fattori parzialmente

influenti. Infine, i partecipanti vorrebbero ricevere strumenti per comprendere ed impostare la “gestualità” nei contesti interculturali onde evitare incomprensioni e malintesi.

Cosa si potrebbe fare per promuovere l’idea di prevenzione e l’accesso ai relativi servizi?

I partecipanti ritengono che l’approccio LILT, che si compone di sinergie coi consolati e le associazioni, check gratuiti e l’inserzione di mediatori culturali nello staff, possa essere considerato una buona pratica da rafforzare nella stessa LILT così come in altri contesti.

4.2 Gli audit

Per rilevare l’impatto del progetto “Salute senza frontiere” e dei percorsi di sensibilizzazione abbiamo realizzato degli Audit con referenti degli sportelli LILT di Lodi, Pavia e Monza/Sesto S.G.

Ciò che emerge nell’immediato è che nessuna ha riscontrato un cambiamento quantitativo e/o qualitativo dell’utenza straniera in relazione al progetto. Alcune interlocutrici lamentano di non essere a conoscenza del progetto.

Allo sportello LILT di Lodi accedono pochissimi stranieri con una media di 1-2 persone l’anno. Sono esclusivamente donne e solitamente si tratta di ragazze giovani che si presentano per visite di controllo al seno. L’intervistata non si spiega come mai non arrivino persone straniere, ipotizza che siano agganciate ad altre strutture del territorio.

La nazionalità delle poche donne che accedono allo sportello è varia (Marocco, Tunisia, Egitto, Sudamerica). Si tratta di donne presenti sul territorio da tempo, e quasi sempre vengono accompagnate dal marito. A volte è il marito stesso che telefona per prendere l’appuntamento e capita che si presti anche per facilitare la comunicazione, se la moglie non parla bene l’italiano.

Secondo la nostra interlocutrice, non sarebbe difficile fare prevenzione con le donne straniere poiché la maggior parte di loro sa già cosa fare: chiamano direttamente loro la LILT per fissare i controlli di anno in anno. Diverso è il discorso per gli uomini stranieri, che invece sono completamente assenti dai servizi LILT, ma questo vale anche per gli italiani che sembrano essere più restii ad aderire ai programmi di prevenzione.

Per quanto riguarda la prevenzione primaria, LILT di Lodi ha provato in passato ad organizzare degli incontri di sensibilizzazione sul fumo ma sono stati frequentati pochissimo. Secondo l’intervistata è un tema molto difficile da trattare. Nella loro esperienza sono più efficaci i percorsi nelle scuole, anche di primo grado.

Anche dagli *audit* con le referenti dello sportello LILT di Pavia, risulta che le persone straniere che si rivolgono alla LILT sono molto rari e si tratta quasi sempre di donne, che si mostrano più attente alla prevenzione “indipendentemente dall’etnia”. I numeri degli accessi di donne straniere rimangono bassissimi e il progetto “Salute Senza Frontiere” (SSF) non ha prodotto un aumento degli accessi. Le donne prese in carico

dall'ambulatorio sono persone integrate sul territorio e la nazionalità più rappresentata è quella cinese. Ultimamente si conta anche qualche rumena in più tra i nuovi accessi: si è trattato quasi sempre di badanti venute accompagnate dal proprio datore di lavoro o comunque della persona che accudiscono. Però non è possibile dire se queste persone siano arrivate grazie a SSF o per altri canali. Infatti le operatrici non hanno chiaro come le donne straniere che arrivano alla LILT siano giunte a conoscenza di questo servizio, perché questa informazione non viene chiesta al momento del primo accesso. Probabilmente la maggior parte arrivano con il passaparola.

Le nostre interlocutrici sostengono che le donne straniere (soprattutto quelle arabofone) sono sospettose, quasi ostili. "Hanno l'idea che le si voglia privare della loro identità, imponendo scelte sulla salute che loro non approvano". "La resistenza a fare prevenzione nasce dalla percezione che il servizio operi un'invasione nella vita privata delle persone. Vivono la proposta a fare le visite come una sorta di controllo.

Sostengono che la difficoltà maggiore nel lavorare con le straniere (soprattutto arabofone), sia proprio di trovare il contatto. Le persone giungono allo sportello se spinte da qualcuno, non su iniziativa personale. Invece quelle che accedono allo sportello autonomamente hanno già l'idea di fare delle visite mediche precise per prevenzione (visita ginecologica, pap test, visita al seno). Tendenzialmente rimangono agganciate al servizio.

Le nostre interlocutrici ritengono che per migliorare le ricadute delle azioni del progetto SSF, "ci vorrebbe un contatto maggiore con gli sportelli territoriali LILT, magari anche attraverso la presenza di un rappresentante che faccia conoscere lo sportello e spieghi che cosa fa".

Le referenti riferiscono che lo sportello ha anche qualche paziente maschio (solo italiani) e che sarebbe interessante fare qualcosa con gli uomini, perché sono meno sensibili delle donne ai temi della salute e della prevenzione e quindi non si recano allo sportello, a parte i più giovani che si mostrano più sensibili (meno di 40 anni).

Allo Sportello LILT di Sesto San Giovanni/Monza c'è un'utenza straniera che accede ma si tratta di una minoranza. Attualmente è attivo il progetto "Donna dovunque", che prevede un pacchetto di tre visite di prevenzione gratuite, quindi capita che arrivino delle donne che hanno già sentito parlare del progetto e che vogliono aderire. In alternativa sono gli enti coinvolti nel progetto che inviano le donne come, ad esempio, il NAGA. Nel 2018 ci sono stati circa 50 accessi di donne straniere. Nel 2019 sono solo 12, maggio incluso, e nessuna di queste donne sembra aver mai sentito parlare del progetto SSF. Le donne straniere che arrivano alla LILT a prescindere dal progetto Donna Dovunque sono una minoranza.

Allo sportello di Monza la maggior parte delle donne aderenti a "Donna Dovunque" arrivano dal centro islamico di Monza e da alcune altre associazioni che conoscono il progetto. La responsabile del centro islamico sensibilizza molto le donne e questo facilita gli accessi.

La percentuale di donne che tornano dopo il primo accesso è bassa, anche per la questione del contributo economico, che viene chiesto dopo il pacchetto delle tre visite iniziali. Non c'è una fidelizzazione rispetto alla prevenzione.

All'ambulatorio di Sesto S.G. Si verifica una prevalenza di donne sudamericane e dell'est Europa, mentre le donne musulmane sono diminuite nel tempo per una mancanza di sollecitazione da parte del centro islamico di Sesto. "La cosa interessante

però è che le straniere che decidono di tornare, lo fanno a prescindere dal discorso economico: questo significa che quella persona è stata fidelizzata e ha interiorizzato l'importanza della prevenzione".

Le cinesi non accedono al servizio: si rivolgono alle strutture solo se hanno problemi, non per la prevenzione. Le filippine invece sembrano avere più consapevolezza dell'importanza della prevenzione, forse perché hanno anche un livello socio-culturale più elevato.

Le sudamericane spesso hanno fatto anche prevenzione nel loro paese di provenienza, ad esempio rispetto al tumore del collo dell'utero. Questo facilita il fatto che poi facciano prevenzione anche in Italia. Le cinesi invece non vengono proprio. Si rivolgono alle strutture solo se hanno problemi, non per la prevenzione.

Secondo le operatrici intervistate è importante allargare la sensibilizzazione a nuove associazioni e puntare di più sui referenti delle comunità straniere poiché le persone si fidano di loro. Intercettare chi è un punto di riferimento è fondamentale. In una ipotetica seconda edizione di SSF andrebbero coinvolte anche le scuole di lingua, le parrocchie, la Caritas, e altre associazioni che non devono essere esclusivamente quelle di stranieri.

Riferimenti bibliografici

- Cipolla C., 1988, *Teoria della metodologia sociologica. Una metodologia integrata per la ricerca sociale*, FrancoAngeli, Milano
- Giarelli G., Venneri E., 2009, *Sociologia della salute e della medicina*, FrancoAngeli, Milano
- Lombardi L., 2016, *Santé et bien-être des immigrés en Italie. Etude sur les styles de vie*, SOCIOLOGIA on-line – Revista de Associação Portuguesa de Sociologia, N°10, ABRIL 2016, Pág. 145 a 160
- Lombardi L., 2009, *Le mutilazioni genitali femminili in Veneto: tra migrazioni, relazioni e processi di cambiamento*, in Carrillo D., Pasini N. (a cura di), *Migrazioni, Generi, Famiglie. Pratiche di escissione e processi di cambiamento in alcuni contesti regionali*, Fondazione ISMU, FrancoAngeli, Milano, pp. 267-350
- Perino A., 2004, *La ricerca-valutazione tra verifica tra verifica, condivisione e spendibilità*, in Cipolla C. (a cura di), *Manuale di sociologia della salute*, Il Ricerca, "Salute e Società", FrancoAngeli, Milano, pp. 233-264



Fondazione ISMU è un ente scientifico indipendente che promuove studi, ricerche, formazione e progetti sulla società multietnica e multiculturale, con particolare riguardo al fenomeno delle migrazioni internazionali. ISMU collabora con istituzioni, amministrazioni, terzo settore, istituti scolastici, aziende, agenzie internazionali e centri di ricerca scientifica italiani e stranieri.

Ricerca prodotta nell'ambito del progetto "Salute senza frontiere" promosso dalla LILT (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori), Sezione Provinciale di Milano, e realizzata grazie al sostegno di LILT – Bando di ricerca sanitaria 2016 "Programma 5 per mille".