REPORT

Giugno 2021

a cura di Lia Lombardi

Salute senza frontiere II. Salute e medicina interculturale

Ricerca valutazione. Percorsi di sensibilizzazione e di formazione

FONDAZIONE ISMU
INIZIATIVE E STUDI SULLA MULTIETNICITÀ

LILT
LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI
prevenire è vivere

MILANO MONZA BRIANZA

SALUTE SENZA FRONTIERE II

SALUTE E MEDICINA INTERCULTURALE

Ricerca-valutazione

Percorsi di sensibilizzazione e di formazione

Gruppo di Lavoro di Fondazione ISMU

Settore Salute e Welfare

Nicola Pasini: Responsabile del Settore Salute e Welfare

Lia Lombardi: Project leader, Ricercatrice senior

Valeria Alliata: Ricercatrice

Chiara Dallavalle: Ricercatrice

Indice

Background, Lia Lombardi p. **4**

1. **Metodi, strumenti e azioni,** Lia Lombardi » **5**
2. **La formazione degli operatori e delle operatrici LILT,** Lia Lombardi » **6**

   1.1 *Valutazione della formazione. Metodi, strumenti, risultati*

   1.2 *Valutazione della formazione: workshop e discussione*
3. **Prevenzione e promozione della salute delle persone migranti,** Chiara Dallavalle, Valeria Alliata » **12**

   3.1 La ricerca-valutazione: analisi dei risultati quantitativi, Chiara Dallavalle

   3.2 Ruolo e funzione degli ambasciatori e delle ambasciatrici Focus group e risultati qualitativi, Valeria Alliata

Conclusioni » **22**

Riferimenti bibliografici » **24**

Ricerca-valutazione
Percorsi di sensibilizzazione e di formazione

Background

Il settore Salute e Welfare di Fondazione ISMU ha sviluppato e realizzato la valutazione dei percorsi formativi e di sensibilizzazione dei progetti promossi da LILT – Salute senza frontiere 1 (2017-2018) e il presente Salute senza frontiere II del 2020, prorogato al 2021 causa pandemia Covid-19, mettendo a disposizione la propria esperienza e competenza nella ricerca e studio delle migrazioni e delle società multiculturali. Il Settore salute e welfare di Fondazione ISMU, in particolare, conduce ricerche nell'ambito delle politiche sociali e sanitarie rivolte alle persone immigrate; realizza percorsi formativi *ad hoc*; promuove progetti per la tutela della salute di migranti, richiedenti asilo e rifugiati, in prospettiva transculturale.

Il progetto Salute senza frontiere II (SSF II)[1] ha per obiettivo generale la promozione della *health literacy* per favorire la cultura della prevenzione oncologica e l'empowerment di comunità presso la popolazione migrante della Rete LILT di Milano, in particolare alla comunità, Filippina, Rom-Rumena, Maghrebina e gruppi provenienti dall'Africa Sub-Sahariana.

Il programma si sviluppa in diverse fasi: 1) *analisi di contesto* dei luoghi di aggregazione delle comunità target, delle reti sociali, e individuazione delle ambasciatrici e ambasciatori LILT della salute, che utilizzato il metodo di lavoro della *peer education*; 2. *Individuazione dei bisogni* e delle risorse a disposizione dei gruppi target; 3. *Formazione degli ambasciatori e ambasciatrici della salute e degli operatori sanitari LILT* e relativa *valutazione dei percorsi formativi (user satisfaction)*, a carico di fondazione ISMU; 4. Realizzazione del *programma di prevenzione oncologica* per le comunità migranti, residenti nelle città di Milano, con valutazione quanti-qualitativa da parte di Fondazione ISMU; 5. *Programma (in)formativo aperto alla popolazione e restituzione dati con Convegno di chiusura progetto*.

L'obiettivo del partenariato LILT-ISMU all'interno del progetto è legato alla ricerca-valutazione che evidenzia la doppia valenza della valutazione stessa: quella di ricerca sociale specifica e quella di espressione di giudizi di valore dipendenti o indipendenti da un'indagine. Gli obiettivi dell'intervento riguardano:

1. la rilevazione dell'efficacia e della soddisfazione del percorso di formazione rivolto agli operatori sanitari della LILT (sia italiani sia di origine straniera);
2. la rilevazione del grado di conoscenza delle diverse culture della salute, della cura e della malattia, attraverso uno scambio interculturale tra gli operatori sanitari;
3. la rilevazione dell'impatto del percorso di sensibilizzazione rivolto alle persone immigrate e condotto da un'equipe sanitaria sia di origine italiana sia straniera, adeguatamente e opportunamente formata;
4. approfondimento del ruolo del *peer educator* nel percorso di sensibilizzazione per comprenderne l'efficacia all'interno del modello.

[1] Il progetto Salute senza Frontiere II è promosso da LILT - *Associazione Provinciale Milano Monza Brianza APS* – e parzialmente finanziato dal *Community Award Program* 2019 di GILEAD. Per LILT il gruppo di lavoro del progetto è composto da: Daniela Giangreco e Cecilia Maccacaro.

1. Metodi, strumenti e azioni

Per la valutazione degli interventi di formazione degli operatori e delle operatrici LILT e per le azioni di sensibilizzazione delle e dei migranti coinvolti nei progetti Salute senza frontiere I e II, il Settore Salute e Welfare di Fondazione ISMU, ha adottato 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 SSF1 sono state utilizzate alcune fasi della ricerca-valutazione e precisamente: la 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; 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; valutazione di follow-up, consistente nella verifica dell'impatto dell'azione di sensibilizzazione sui servizi LILT e sua permanenza nel tempo.

Le azioni implementate per la ricerca-valutazione delle attività di formazione e sensibilizzazione del progetto SSF2 sono state mirate a: 1. rilevare l'efficacia e la soddisfazione del percorso di formazione rivolto agli operatori sanitari della LILT (sia italiani sia di origine straniera); 2. rilevare il grado di conoscenza delle diverse culture della salute e della cura da parte degli operatori sanitari; 3. rilevare l'impatto del percorso di sensibilizzazione rivolto alle persone immigrate e condotto da un'equipe sanitaria di origine italiana e straniera, precedentemente formata; 4. approfondire il ruolo del *peer educator* nel percorso di sensibilizzazione per comprendere il livello di gradimento.

Per entrambe le ricerche è stata adottata 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 complementarità 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 stati i questionari strutturati e semi-strutturati auto-compilati (intervista intrusiva strutturata) per ciò che concerne il metodo quantitativo; I sopralluoghi (osservazione partecipante) e i focus group si configurano invece come strumenti della metodologia qualitativa, intrusivi e non strutturati.

2. La formazione degli operatori e delle operatrici LILT

Nella prima fase progettuale, Fondazione Ismu ha realizzato un percorso di formazione rivolto a operatori e operatrici sanitari di LILT, sia italiani sia stranieri, con l'obiettivo di costruire un'equipe di formatori in grado di realizzare interventi di prevenzione oncologica primaria con l'utenza straniera. L'obiettivo del percorso formativo era di fornire strumenti ad hoc ai futuri formatori in modo da trasmettere alle persone immigrate, coinvolte nel progetto, i contenuti della prevenzione oncologica, in modo adeguato ed efficace. Durante il percorso, il tema della prevenzione primaria del tumore e il contrasto dei comportamenti a rischio sono stati offerti attraverso un approccio socio-antropologico (Fig. 1) per permettere ai partecipanti di cogliere le interpretazioni e le rappresentazioni culturali e sociali della salute, della malattia e della cura. Sono stati forniti, inoltre, alcuni elementi di comunicazione interculturale in ambito sanitario che consentano di superare visioni stereotipate delle persone straniere residenti in Italia, in modo da stabilire una comunicazione efficace e scevra di pregiudizi. Il programma della formazione si è svolto su quattro linee di indirizzo: a) Flussi migratori contemporanei e la popolazione straniera in Italia al presente; b) Interpretazioni sociali e culturali di salute, malattia e cura; c) Comunicazione interculturale in ambito sanitario; d) Genere, salute, migrazione.

Figura 1. Programma e temi della formazione

Formazione Teorica. -*I flussi migratori* contemporanei e la popolazione straniera in Italia -*Il capitale salute*: da "effetto migrante sano" a "effetto migrante esausto" **Workshop.** *Studio di caso*: Salute e malattia delle persone migranti: percezione e realtà	**Formazione Teorica.** - *Interpretazioni* sociali e culturali di salute, prevenzione, cura; - *Un'analisi dei bisogni* di salute dei/delle migranti **Workshop.** *Studio di caso*. Costruire una cultura della cura e della prevenzione in un contesto multiculturale.	**Formazione Teorica.** -*Genere, salute, migrazione* tra differenze e disuguaglianze. -*I rischi delle migrazioni*: violenze, torture, gravidanze, MTS, disagio mentale. **Workshop.** *Studio di caso*. Paziente donna, paziente uomo: criticità e prospettive	**Formazione Teorica.** -*Comunicare la salute* nella società globale: approccio interculturale o transculturale? -*La comunicazione interculturale* e il decentramento cognitivo nella relazione comunicativa. **Workshop.** *Studio di caso:* Facilitare la comunicazione scritta per un pubblico di madre lingua non italiana.

La metodologia formativa utilizzata è di tipo misto, cioè comprende una parte di formazione teorica di tipo frontale e una seconda parte strutturata in workshop (metodologia di tipo attivo) che utilizza prevalentemente il metodo dell'*autocaso*, basato sul lavoro e sulla riflessione di gruppo (Massa 1997, Bartholini, De Rosa, Lombardi 2020).

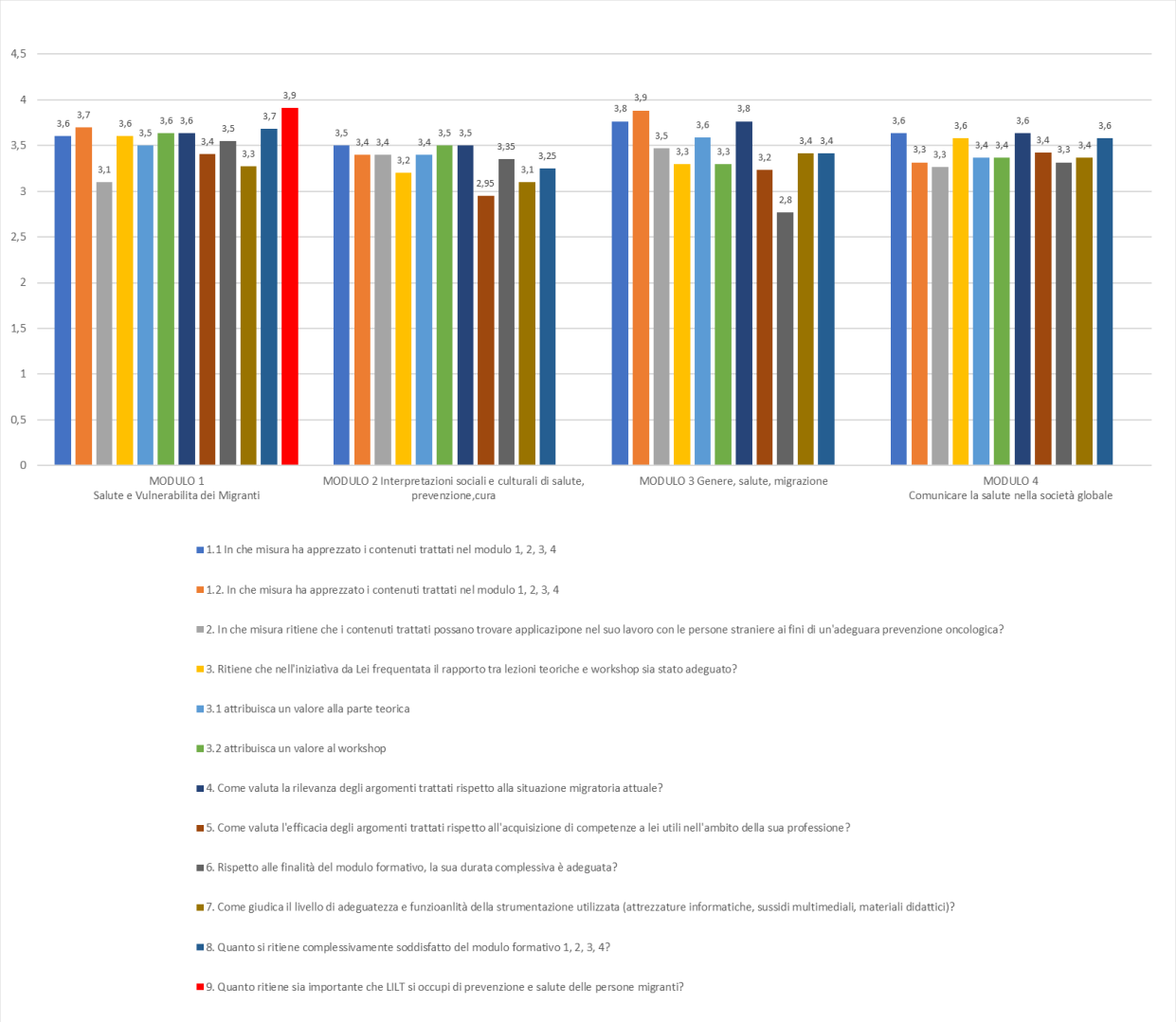
2.1 Valutazione della formazione. Metodi, strumenti, risultati

La valutazione della formazione degli operatori, come già detto nell'introduzione, ha seguito un approccio "misto" sia quantitativo sia qualitativo. La parte quantitativa è stata condotta attraverso una *user satisfaction* distribuita ai partecipanti alla fine di ogni modulo formativo. A questa ha fatto seguito una rilevazione qualitativa per rilevare il grado di conoscenza delle diverse culture della salute, della cura e della malattia attraverso l'analisi di due workshop di scambio interculturale condotto con i/le partecipanti al percorso formativo. I workshop si sono svolti il 2 e il 23 aprile da remoto, su piattaforma online, a causa della

pandemia Covid-19 e relativo lockdown. Ai due workshop hanno partecipato complessivamente 20 operatori.

A ogni modulo formativo hanno partecipato in media 20 operatori/operatrici e medici volontari della LILT, in prevalenza donne. Gli incontri sono stati sempre molto partecipati, con interventi e domande puntuali e circostanziate da parte dei partecipanti: durante la fase attiva del workshop hanno discusso e riflettuto su eventi della loro esperienza professionale. La valutazione dei moduli è stata significativamente positiva, come si evince dalla figura 2. Su un range di valore da 0 a 4 - dove 0 sta per completa insoddisfazione/non gradimento e 4 per completa soddisfazione/gradimento - il modulo 1 riceve quasi il massimo del punteggio (3,9) nel ritenere che LILT debba occuparsi della prevenzione e della salute delle persone migranti.

Figura 2. Valutazione formazione operatori LILT per modulo. Valore 0-4



Fonte: elaborazione ISMU, 2021

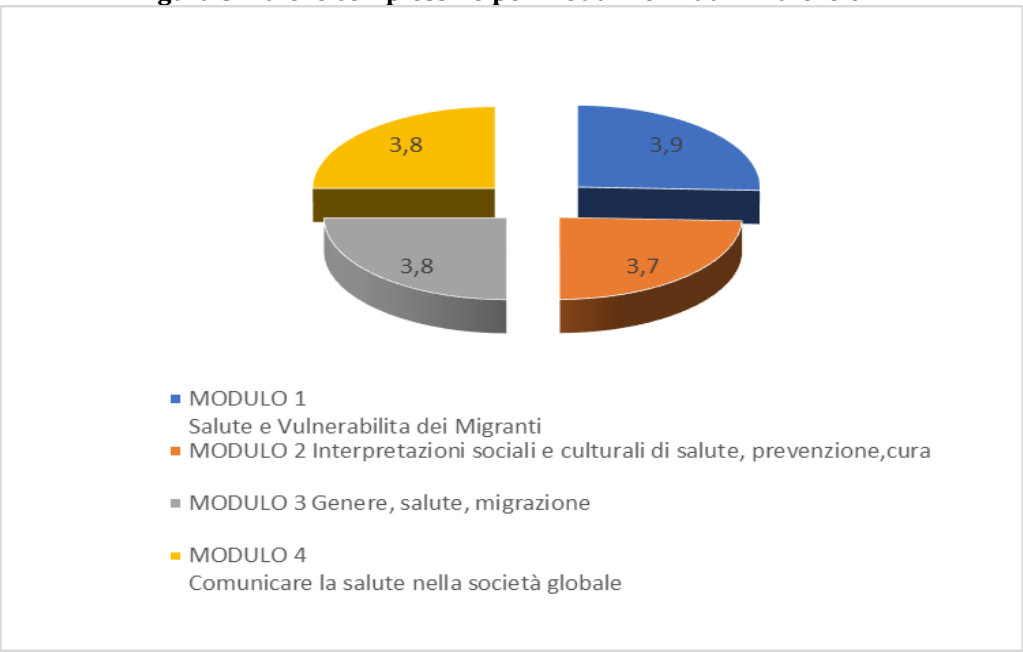
Seguono con valore 3,7 la soddisfazione per i contenuti (*il capitale di salute*) e per il modulo nel suo complesso. L'apprezzamento per il workshop è leggermente maggiore (3,6) della formazione teorica frontale (3,5). Il valore più basso è attribuito all'applicazione dei contenuti del modulo nell'ambito del proprio lavoro (3,1).

I valori meno alti sono attribuiti al modulo 2 tra cui i più elevati riguardano l'apprezzamento per i contenuti del modulo relativi *all'analisi dei bisogni di salute* (3,5), il workshop (3,5) e la rilevanza dei contenuti rispetto alla situazione migratoria attuale (3,5). Anche per il modulo 2 si evidenzia una lieve superiorità del valore del workshop (3,5) rispetto alla parte teorica frontale (3,4).

Nel modulo 3 sono particolarmente apprezzati i contenuti riguardanti *i rischi della migrazione* (3,9) e la parte relativa a *genere, salute, migrazione* (3,8) così come la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla situazione migratoria attuale. Il valore più basso è attribuito alla durata del modulo formativo.

I valori più alti attribuiti al modulo 4 riguardano i contenuti, nella parte relativa a *Comunicare la salute* (3,6), adeguatezza del rapporto tra lezione frontale e workshop, la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla situazione migratoria attuale (3,6) e il grado di soddisfazione complessiva.

Figura 3. Valore complessivo per moduli formativi. Valore 0-4

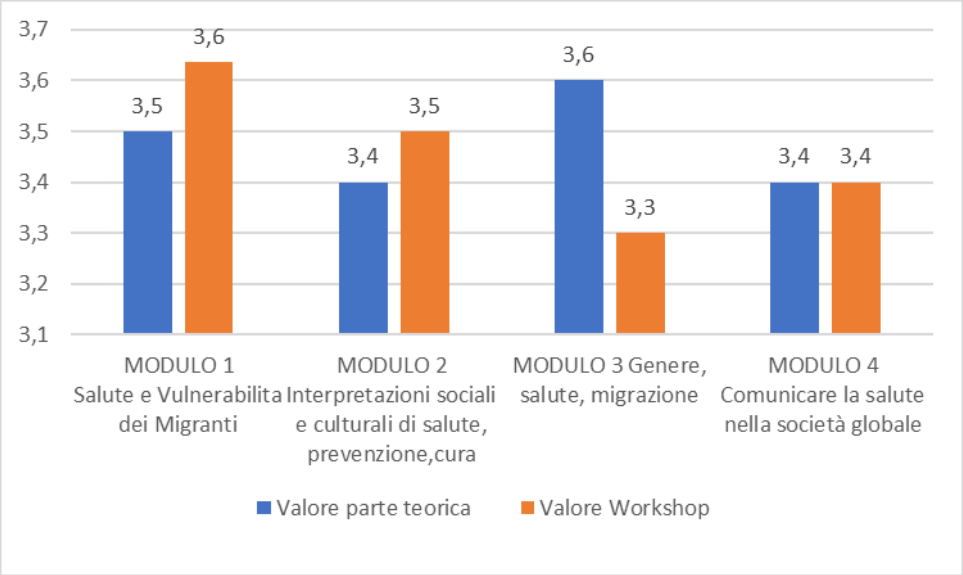


Fonte: elaborazione ISMU, 2021

Complessivamente i quattro moduli formativi hanno ottenuto punteggi elevati, molto vicini al valore massimo. Come mostra la figura 3: il modulo 1 – *Salute e vulnerabilità dei migranti* - ottiene un apprezzamento maggiore (3,9) rispetto agli altri. Fanno seguito con il valore 3,8 il modulo 3 – *Genere, Salute, migrazione* – e il modulo 4 – *Comunicare la salute nella società globale*. Il modulo 2 – *Interpretazioni sociali e culturali di salute, prevenzione e cura* – si posiziona al quarto posto con il valore 3,7.

Un approfondimento riguardo alla preferenza della parte teorica frontale di ogni modulo o del workshop attivo, non mostra un orientamento unanime (Fig. 4). Dall'indagine valutativa emerge un maggiore gradimento del workshop nei moduli 1 e 2, rispettivamente valore 3,6 contro 3,5 e valore 3,5 contro 3,4. Nel modulo 3 c'è un'inversione di tendenza e la parte teorico-frontale è maggiormente apprezzata rispetto al workshop (3,6 contro 3,3); il modulo 4 ottiene pari valore per entrambi gli approcci metodologici della formazione (3,4).

Figura 4. Valutazione parte teorica frontale/workshop. Valore 0-4



Fonte: elaborazione ISMU, 2021

2.2 Valutazione della formazione: workshop e discussione

2.2.1 Workshop 1 - Multiculturalità, interculturalità transculturalità

Il macro-tema proposto per il workshop valutativo è stato relativo ad alcuni concetti che contraddistinguono sia l'orientamento istituzionale di una società sia i comportamenti relazionali e comunitari degli individui. Si tratta dei concetti di *multiculturalità*, *interculturalità, transculturalità*.

Dopo aver proposto ai partecipanti un esperimento da cui si evince che se si descrivesse il luogo in cui ci si trova, ne risulterebbero descrizioni diverse data la diversità socioculturale che riguarda ogni persona. Vengono quindi date delle definizioni standard dei concetti sopra menzionati, pur essendo consapevoli che non si tratta di concetti semplici bensì molto complessi e soggetti a diverse interpretazioni. Qui di seguito le definizioni proposte:

- *Multiculturale*. Società con molti gruppi culturali diversi che non necessariamente interagiscono tra di loro;
- *Interculturale.* Confronto fra culture diverse: le differenze sono comprese ma non cambiate bensì si affiancano semmai alla cultura dominante;
- *Transculturale*. Comunità in cui vi è una profonda comprensione fra le diverse culture, non c'è una cultura dominante e la relazione paritaria tra le diverse culture conduce alla "negoziazione culturale" e alla costruzione di nuove forme culturali, istituzionali e relazionali condivise.

Per dare inizio alla riflessione, si chiede alle/ai partecipanti quali siano, secondo loro, esempi di *multiculturalità*, *interculturalità*, *transculturalità*: sia negli ambiti territoriali sia in gruppi sociali informali (per esempio nei quartieri).

Durante la discussione e il confronto fra le/i partecipanti emerge la difficoltà di individuare degli esempi calzanti e distinguere le diverse definizioni di società. In particolare, un partecipante (uomo) chiede se esiste veramente una società transculturale. Questa ultima tipologia di società sembra essere la più difficile da individuare o immaginare con un esempio

reale, probabilmente perché non vi sono esempi reali conosciuti. Emerge, inoltre, una certa confusione nel modo di usare alcuni termini per indicare tutto ciò che riguarda i gruppi migranti come, per esempio, l'uso errato e inconsapevolmente discriminante del termine *etnico* per indicare ciò che è "diverso", che nell'accezione corrente assume anche il significato di "inferiore".

- *Partecipante 1 (uomo).* Descrive un esempio di società multiculturale costituita da un gruppo tedesco e un gruppo italiano che comunicano solo a livello individuale, ma non riesce a immaginare un esempio di società transculturale.
- *Partecipante 2 (donna).* Abita in un paese della Brianza, di 6mila abitanti, e descrive il suo quartiere come caratterizzato da una forte presenza di mussulmani che hanno una continua attività di confronto e interazione con gli abitanti locali attraverso la loro associazione culturale e grazie ad attività come l'insegnamento dell'arabo, le feste, gli eventi culturali e religiosi. Tutto questo viene descritto come un esempio di società interculturale.
- *Partecipante 3 (donna)*. Propone delle metafore attraverso la rappresentazione di immagini, come esempio dei diversi tipi di società: frecce parallele rappresenterebbero la società multiculturale; frecce piccole attorno a una freccia più spessa, la società interculturale; tutte le frecce che si interconnettono tra di loro rappresentano la società transculturale. La nostra partecipante propone anche metafore di immagini di danza: ballerini provenienti da diversi paesi che ballano ognuno contemporaneamente la propria danza tradizionale, come esempio di società multiculturale; ballerini, provenienti da diversi paesi, che ballano tutti la stessa danza (quella del paese ospitante), come esempio di società interculturale; nella metafora della società transculturale, ogni ballerino si sperimenta nella danza dell'altro, valorizzandone ogni tipo, realizzando la condivisione e lo scambio e la nascita di nuove forme "danzanti".

2.2.2 Workshop 2 - Impatto Covid su migranti e persone fragili

Nel secondo workshop si affronta il tema della pandemia e del lockdown in corso e del loro impatto sulle persone e famiglie migranti e su quelle socialmente vulnerabili. Pertanto, si propone ai e alle partecipanti di descrivere un caso della loro esperienza professionale e portarlo all'attenzione e alla discussione degli altri partecipanti. Bisogna aggiungere che la modalità di lavoro da remoto non ha agevolato questo tipo di comunicazione interattiva.
Un'operatrice (1) che lavora in un reparto COVID-19 fa presente che:

> in questi mesi praticamente di migranti non se ne sono visti, solo 3 in un mese. Forse questo è anche legato alla bassa età dei migranti e al fatto che sono meno soggetti al virus. Pare anche che molti migranti siano tornati in patria. Bisognerebbe capire se l'impatto del virus sulle diverse etnie sia dovuto alle specificità socioeconomiche di quel determinato gruppo, o alla sua situazione genetica/fisiologica. Sembra più probabile la prima ipotesi

Un operatore (2) evidenzia che:

> nella comunità filippina, che spesso fornisce badanti e altre figure di cura agli anziani del territorio, la quarantena ha portato più ansia, perché lavorano molto meno e sono preoccupati per sé e per la propria famiglia.

Un'altra operatrice (3) apre la discussione sulla violenza di genere riflettendo sul fatto che:

> si è dato per scontato che questo fenomeno sarebbe cresciuto a causa delle limitazioni agli spostamenti, invece dalla stampa sembra che non ci siano stati dati di un effettivo aumento.

In effetti, dai dati emersi in seguito (ISTAT 2020) alla conduzione del workshop, si evidenzia che nella prima fase della pandemia e del lockdown si è verificata una battuta di arresto delle richieste di aiuto per violenza di genere e domestica, dovuta al lockdown, alla riorganizzazione dei centri di aiuto, alla chiusura dei pronto soccorso per l'emergenza Covid, alla difficoltà di uscire di casa per chiedere aiuto. Questo non significa che i casi di violenza fossero diminuiti o cessati, semplicemente non potevano emergere. Infatti, sono emersi subito dopo, appena i servizi antiviolenza si sono ri-organizzati e hanno ripreso a funzionare e non appena le donne sono riuscite a ricostruire spazi per chiedere aiuto: una recente indagine della Fondazione ISMU mostra che tra le persone migranti intervistate, il 9,4% dichiara di aver vissuto un aumento del conflitto e della violenza familiare in conseguenza alla pandemia e al lockdown (Menonna, Papavero 2021).

Un altro tema portato alla luce (partecipante 4) riguarda:

> le informazioni da dare ai pazienti, ricoverati e dimessi, perché purtroppo mancano ancora molte conoscenze sul virus ed è difficile dare informazioni attendibili alle persone, cosa che crea ansia nel personale sanitario e nei pazienti stessi, oltre che nei bambini che hanno i genitori malati.

Questo problema è stato sentito molto dagli operatori sanitari e sociali della Lombardia (Lombardi, Lusardi 2021), nella prima fase della pandemia e relativo lockdown, dato l'enorme impatto della pandemia sulla regione e la scarsa preparazione e risposta della sanità regionale. Come è noto, gli operatori sanitari, i volontari e molti operatori sociosanitari hanno pagato con la loro stessa vita l'impatto della pandemia e della risposta carente e disorganizzata del servizio sanitario regionale (Marzulli 2021).

Le riflessioni conclusive del gruppo sulla pandemia e le sue conseguenze si soffermano proprio sulle carenze del sistema sanitario, sui cambiamenti recenti volti verso la privatizzazione del sistema, sull'indebolimento del sistema pubblico:

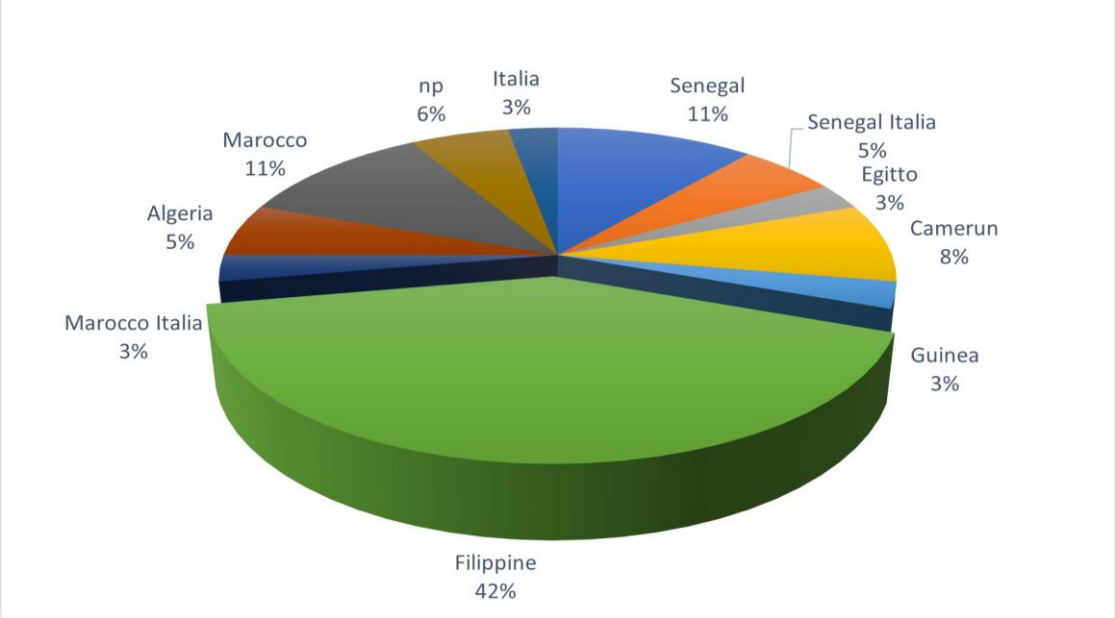
> La pandemia ci dovrebbe far riflettere su che tipo di sistema sanitario abbiamo e vogliamo. La gestione del COVID-19 è stata possibile grazie alla sanità pubblica, non a quella privata, ed è la prima che va implementata». «La salute del singolo è fondamentale per la salute pubblica e solo la sanità pubblica garantisce cure a tutti, a prescindere dal reddito. Forse si dovrebbe tornare ad una sanità nazionale.

3. Prevenzione e promozione della salute delle persone migranti

3.1 *La ricerca-valutazione: analisi dei risultati quantitativi*

Al termine del percorso di sensibilizzazione è stato somministrato un questionario di gradimento alle/ai partecipanti, con l'obiettivo di rilevare il grado di soddisfazione da loro espresso rispetto ai contenuti trasmessi, ma anche di valutare l'efficacia della figura delle ambasciatrici e ambasciatori (*peer educator)*. In linea con la modalità di realizzazione del percorso, effettuato in parte da remoto (causa pandemia), anche il questionario è stato somministrato in modalità online attraverso l'invio di un link a tutte le partecipanti (*peer educator* inclusi). Il questionario è stato tradotto in tre diverse lingue (arabo, francese e inglese) per facilitarne la compilazione anche da parte delle persone con una bassa conoscenza della lingua italiana, ed è stato compilato complessivamente da 39 persone. Incrociando questo dato con quello del numero complessivo di partecipanti al corso, emerge una certa criticità nella modalità di somministrazione, che ha lasciato all'iniziativa dei singoli la compilazione del questionario anche in momenti successivi alla conclusione del corso. Inoltre, a causa della pandemia non è stato più possibile proseguire il percorso con la comunità Rom-Rumena. Queste due ragioni hanno in buona parte determinato un minor numero di questionari compilati, rispetto al numero effettivo dei partecipanti.

Figura 5. Nazionalità dei partecipanti



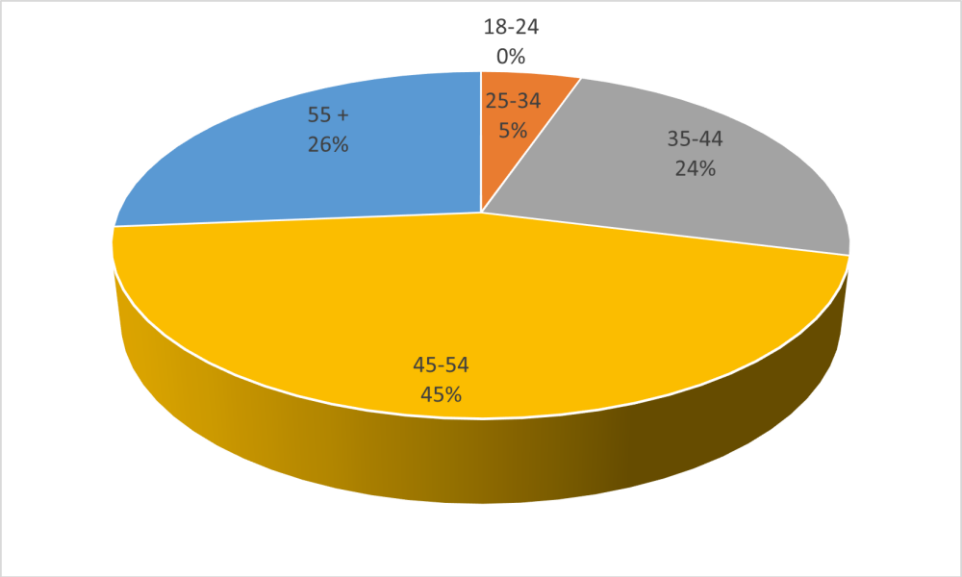
Fonte: elaborazione ISMU, 2021

I dati raccolti dal questionario mostrano una composizione del gruppo delle partecipanti che vede maggiormente rappresentata la nazionalità filippina (42%) mentre le restanti partecipanti (33%) risultano provenire dai Paesi dell'Africa Sub-sahariana (33% ripartito tra Camerun, Senegal e Guinea) e dai Paesi dell'area Nord Africana (22% ripartito tra Egitto,

Algeria e Marocco). Solo una donna ha dichiarato di avere cittadinanza italiana ma non ha specificato il paese di provenienza (Fig. 5).

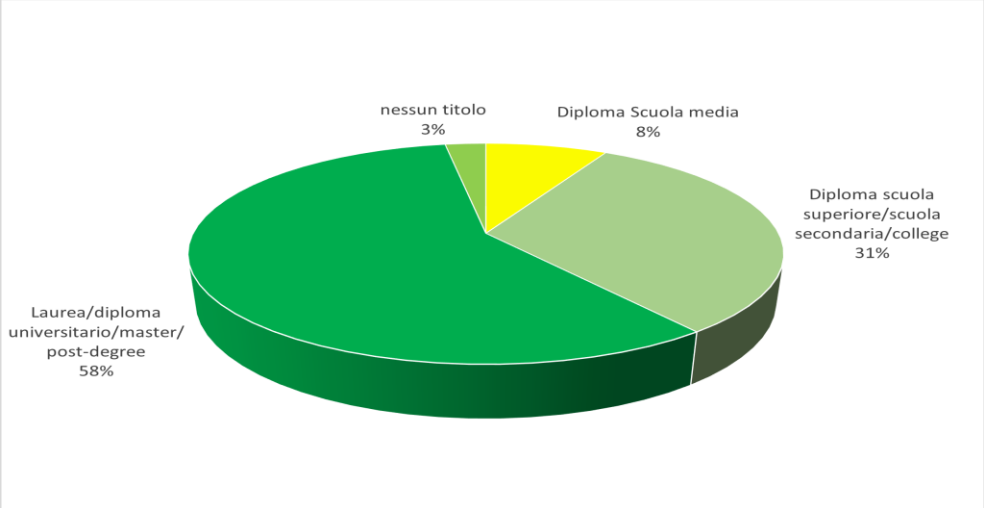
Il profilo sociodemografico più comune è quello della donna adulta, tra i 45 e i 54 anni (45%), con istruzione medio-alta (il 58% ha una laurea o un titolo di specializzazione/post-laurea), impiegata prevalentemente come colf/assistente famigliare (22%), oppure casalinga (16%) o disoccupata (16%). Il questionario evidenzia anche una prevalenza di donne coniugate (34 risposte sul totale) con 1 figlio (34%) o due (21%). La maggior parte delle intervistate ha dichiarato di appartenere alla religione mussulmana (20 persone sul totale delle risposte), cui seguono le donne di religione cristiana e cattolica (15 risposte). Quasi la totalità delle donne è residente in Italia da oltre 10 anni (92%) (Figg. 6, 7, 8, 9, 10)

Figura 6. Fasce di età



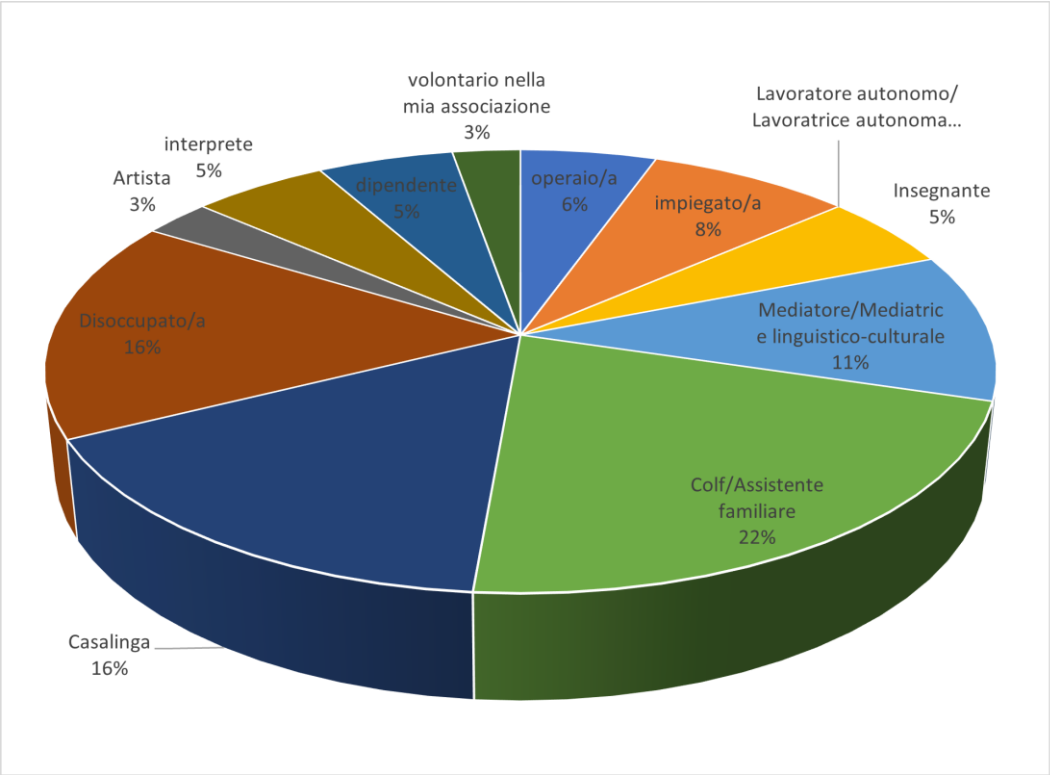
Fonte: elaborazione ISMU, 2021

Figura 7. Titolo di studio



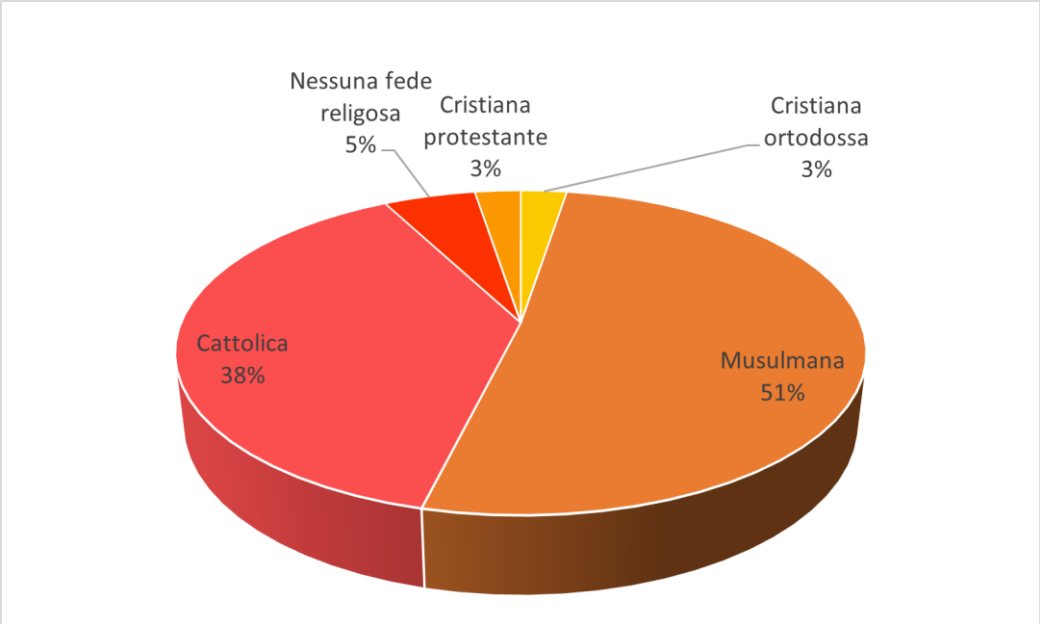
Fonte: elaborazione ISMU, 2021

Figura 8. Occupazione



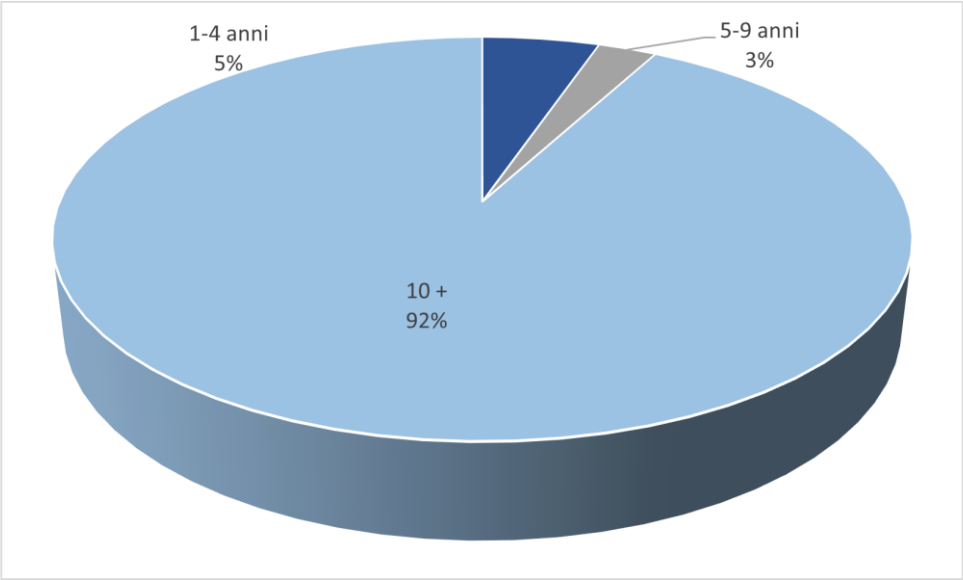
Fonte: elaborazione ISMU, 2021

Figura 9. Fede religiosa



Fonte: elaborazione ISMU, 2021

Figura 10. Tempo di permanenza in Italia

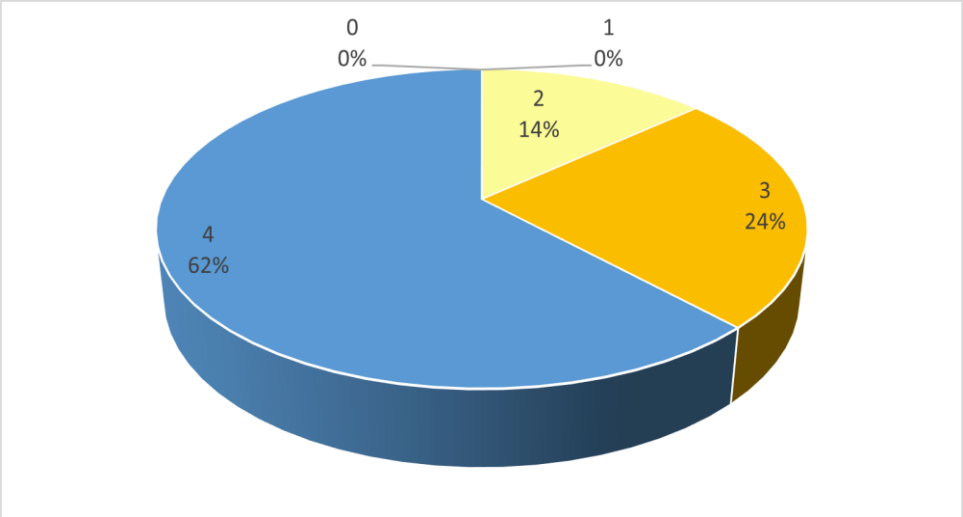


Fonte: elaborazione ISMU, 2021

Il questionario intendeva rilevare il livello di gradimento del corso e valutare l'efficacia del ruolo del *peer educator* dal punto di vista dei partecipanti. Sono quindi state somministrate sette domande specifiche che richiedevano l'espressione di un giudizio di gradimento nel range 0-4 (0 = minor gradimento, 4 = massimo gradimento).

In generale il corso è stato valutato molto positivamente dalle partecipanti, che hanno attribuito punteggio di soddisfazione complessiva elevato. Infatti, il 62% delle intervistate ha valutato con valore 4 il corso nella sua totalità, e ben il 24% lo ha fatto con punteggio 3. Punteggi bassi come 0 e 1 non sono stati scelti da nessuna (Fig.11).

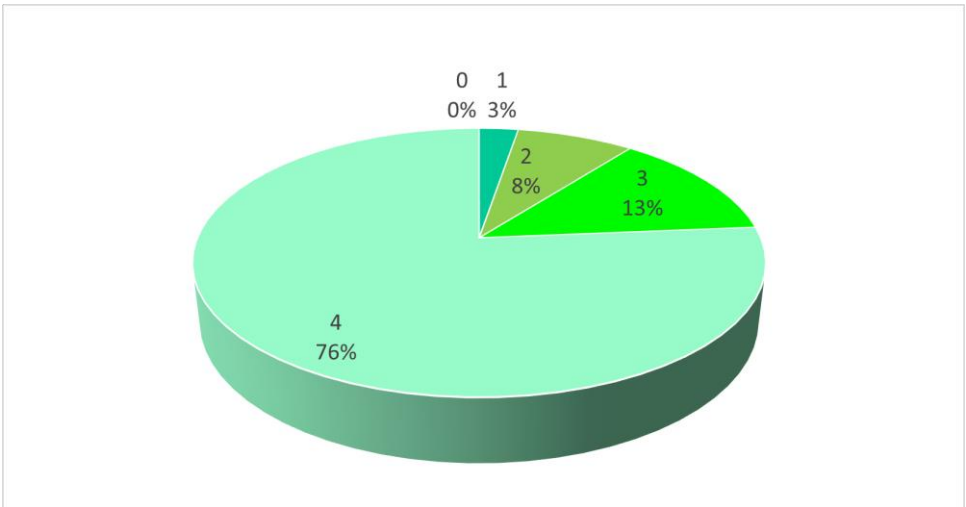
Figura 11. Giudizio complessivo sul corso



Fonte: elaborazione ISMU, 2021

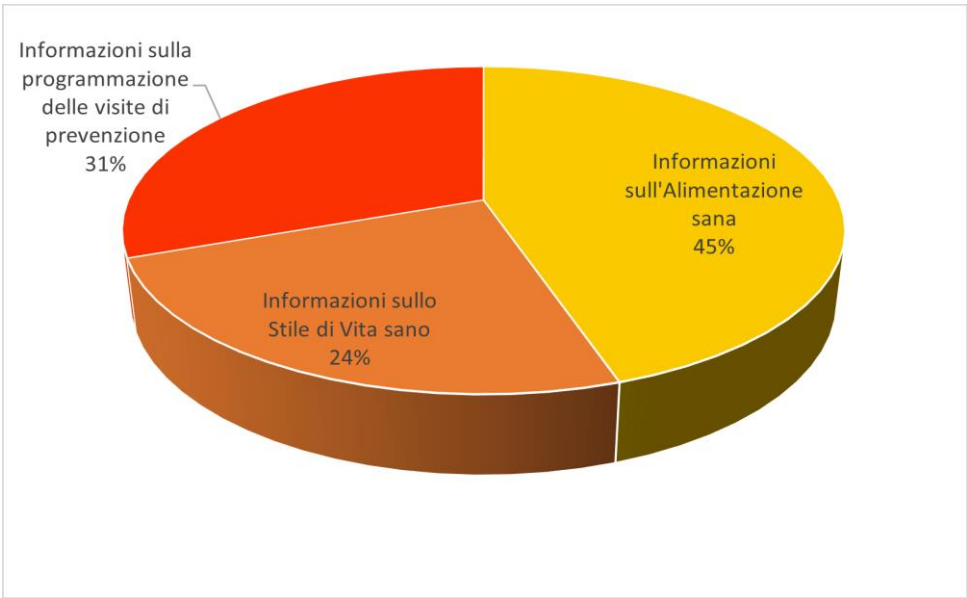
La domanda "Ritieni che il percorso di formazione ti abbia fornito informazioni utili da spendere nella tua vita quotidiana?" ha permesso invece di valutare l'impatto percepito delle nozioni acquisite sui comportamenti individuali delle partecipanti. Dai risultati si evince che il corso è stato vissuto come "molto importante" per acquisire informazioni utili. Infatti, la quasi totalità delle intervistate (76%) ha espresso il punteggio massimo, seguito da un 13% che ha espresso il punteggio di poco inferiore al massimo. Gli argomenti considerati più utili e interessanti sono stati quelli riguardanti l'alimentazione sana (45%) e le informazioni sulla programmazione di visite di prevenzione specifiche (31%). Il tema degli stili di vita sani ha ottenuto un punteggio inferiore, pari al 24% (fig. 12, 13).

Figura 12. Utilità della formazione in rapporto alla vita quotidiana



Fonte: elaborazione ISMU, 2021

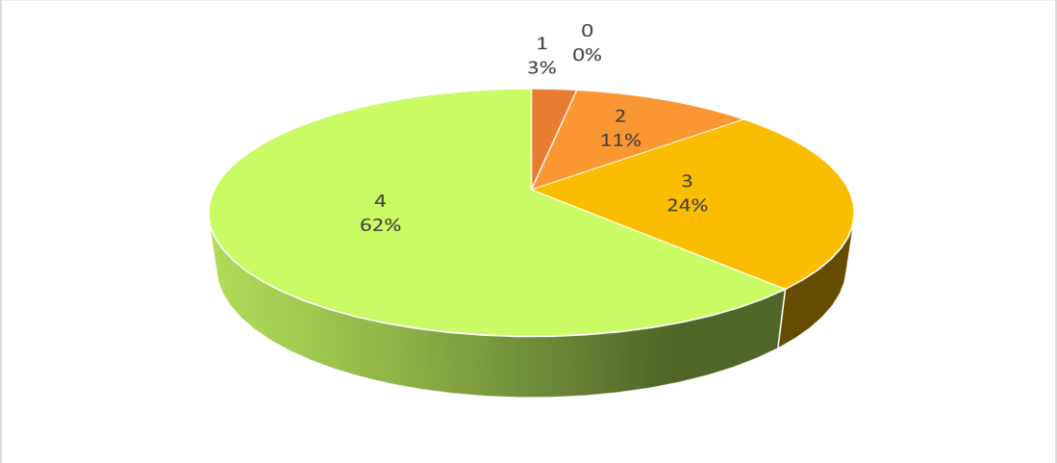
Figura 13. Contenuti del corso preferiti



Fonte: elaborazione ISMU, 2021

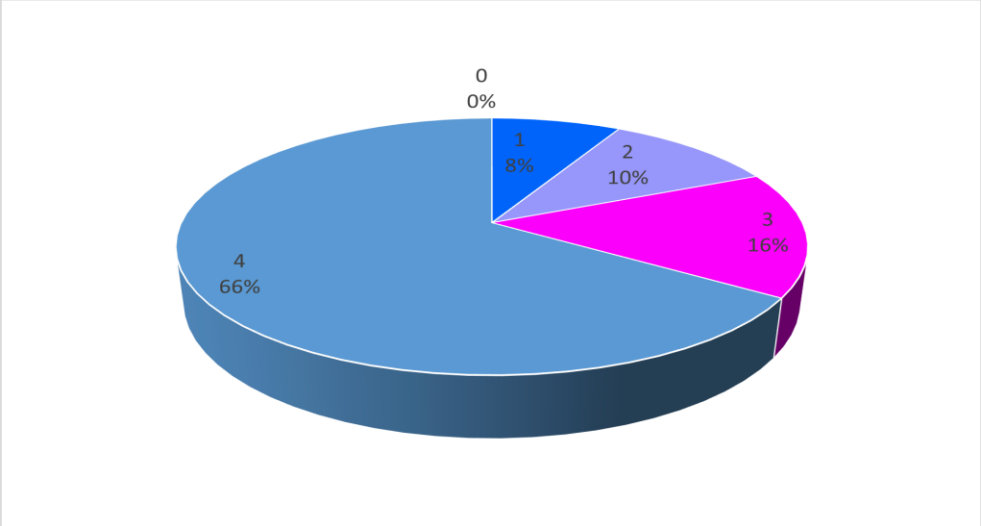
Per quanto riguarda il ruolo del *peer educator*, è emersa una valutazione molto positiva di questa figura, che, a detta delle/degli intervistate/i, ha saputo accompagnare e coinvolgere in maniera adeguata le/i partecipanti. Infatti, alla domanda "Ritieni che il tuo peer educators/ambasciatore/ambasciatrice della salute sia riuscito/a a coinvolgere adeguatamente i partecipanti nel percorso formativo, dandoti informazioni appropriate e utili?" la maggior parte delle/i partecipanti ha risposto con il punteggio massimo (62%). Punteggio simile ha ottenuto la domanda "Ritieni che i peer educators/ambasciatori/ambasciatrici abbiano mantenuto un buon contatto con le persone coinvolte durante tutta la durata del percorso?" a cui la maggior parte delle/degli intervistate/i (66%) ha risposto con il punteggio massimo. In generale, l'attività svolta dai *peer educator* durante l'intero percorso formativo è stata percepita come utile (il 57% ha risposto col punteggio massimo e il 33% con il valore 3) (Figg. 14, 15, 16).

Figura 14. Coinvolgimento dei partecipanti da parte dei *peer educator*



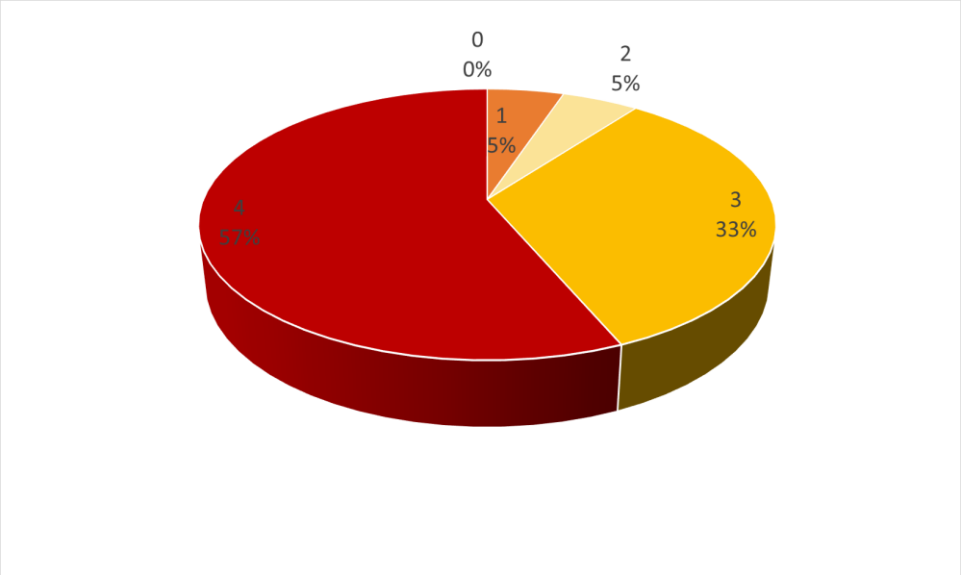
Fonte: elaborazione ISMU, 2021

Figura 15. Capacità dei *peer educator* di mantenere il contatto con i partecipanti



Fonte: elaborazione ISMU, 2021

Figura 16. Adeguatezza dell'attività dei peer educator



Fonte: elaborazione ISMU, 2021

È invece interessante notare come il giudizio espresso sull'efficacia della modalità online sia stato più variegato, elemento riscontrato anche nelle informazioni raccolte durante i focus groups. Infatti, alla domanda specifica sono state date anche risposte completamente o parzialmente negative (il 18% ha risposto con il punteggio 2 e il 3% ha risposto rispettivamente con 1 e 0), segno del fatto che la formazione in presenza sarebbe stata più gradita da un discreto numero di intervistate/i.

3.2 Ruolo e funzione delle ambasciatrici e degli ambasciatori. Focus group e risultati qualitativi

Al termine del percorso di sensibilizzazione con le donne e gli uomini migranti, abbiamo condotto quattro focus group, con le ambasciatrici e gli ambasciatori, uno per ogni macro-area di provenienza: Maghreb (Marocco, Egitto e Algeria); Africa subsahariana (Senegal, Camerun e Guinea); Filippine. La finalità dei focus group è rilevare i cambiamenti prodotti dal percorso nelle conoscenze e nelle pratiche relative alla prevenzione, in particolare:

- Rilevare la partecipazione al corso.
- Rilevare l'acquisizione di conoscenze e competenze.
- Rilevare il grado di soddisfazione del percorso formativo.
- Rilevare ulteriori bisogni informativi/formativi.

I temi maggiormente messi a fuoco sono stati: la percezione dei tumori; l'alimentazione; la prevenzione e le malattie trasmissibili sessualmente; la trasmissione delle conoscenze acquisite. Su questi punti significativi si fonda l'analisi dei FG.

3.2.1 La Percezione dei tumori

In questa parte di FG si è stato affrontato il tema della malattia, di cosa suscita il tumore in termini di percezione, paure e sensazioni. Cosa è cambiato da prima a dopo la frequenza del corso – rispetto al tema tumori. Quali differenze di reazione si riscontrano fra le donne e gli uomini.

In generale, risulta da parte dei partecipanti un cambiamento nel porsi di fronte alla malattia grazie alla partecipazione al percorso di sensibilizzazione. Molto apprezzamento è stato espresso per la presenza di formatrici/formatori che parlano la loro lingua di origine, o lingue veicolari come l'inglese o il francese. Il fattore lingua risulta cruciale per la piena comprensione dei contenuti degli incontri per molte/i partecipanti. Molte donne sottolineano che, per loro, non è tanto importante la nazionalità del docente ma il fatto di potere capire tutto quello che veniva detto durante gli incontri: questo ha fatto avere la sensazione di poter parlare liberamente avendo la certezza di essere comprese.

> Il fatto che la docente fosse tunisina ha eliminato la barriera della lingua, il fatto che parlasse arabo ha fatto sì che le donne potessero fare le domande più facilmente e capirsi meglio. Anche i docenti italiani sono stati molto apprezzati e abbiamo appreso contenuti utili anche da loro, però poter comunicare nella propria lingua madre ha permesso a tante donne di apprendere meglio. Per me la nazionalità del medico non ha influito più di tanto, la lingua invece sì.

Nel caso del gruppo senegalese si rimarcava il problema che la lingua è un limite perché molte donne non parlano neanche il francese ma solo il *wolof.* Il francese lo parlano e lo capiscono solo le persone che sono scolarizzate, ma il tasso di scolarizzazione di molte donne senegalesi in Italia, è molto basso.

Dai gruppi emerge una conoscenza acquisita delle differenze fra le diverse forme tumorali e una consapevolezza delle diverse parti del corpo, femminile e maschile, che possono essere colpite. Nel caso dei tumori al seno e all'utero le reazioni e le paure delle donne sono spesso legate alla perdita della propria femminilità, che viene spesso vissuta come una vergogna da tenere nascosta al proprio compagno/marito.

> Certe parti del corpo hanno significato diverso di altre. Un tumore al seno per una donna è un attacco alla propria femminilità, qui c'è anche un problema psicologico oltre che fisico. È una questione di identità. Lo stesso per l'utero: togliere l'utero per una donna è frustrante anche a livello psicologico.

> Quello che mi fa più paura è proprio il tumore all'utero e al seno, perché mi attacca come donna, anche se so che ci sono tumori più aggressivi in altre parti del corpo. Forse ho paura perché so che questi attaccano solo le donne, mentre gli altri sono "condivisi" con gli uomini.

Nel caso del tumore alla prostata emerge che per gli uomini questo sia un argomento che affrontano con difficoltà, perché hanno paura e provano vergogna a parlarne, soprattutto di fronte alle donne.

> Prima del corso parlare di cancro mi faceva tanta paura grazie al corso mi sono avvicinato e ho affrontato il tema dei tumori che colpiscono gli uomini ma mi sono anche sensibilizzato rispetto al tumore al seno

Dai focus group emerge anche che molte delle donne che hanno partecipato agli incontri sono state contattate da amiche/conoscenti che chiedevano - per conto dei loro mariti - informazioni e materiali sui temi legati ai tumori maschili.

3.2.2 Alimentazione

Rispetto allo stile alimentare, la nutrizione è stato un tema fondamentale del corso che ha destato molta curiosità. Tutte/i le/i partecipanti ai FG hanno mostrato di avere acquisito conoscenze sull'alimentazione e di averle trasmesse nei contesti esterni al corso - in ambito familiare e nella rete della comunità.

> Ho imparato che la teina impedisce la fissazione del ferro nel sangue, quindi dopo aver mangiato legumi ricchi di ferro aspetto a bere il tè. Cerco di far passare queste informazioni non solo ai miei famigliari ma anche alle amiche, soprattutto quelle che hanno un tumore e che sono già in cura per la malattia.

La corretta alimentazione viene riconosciuta come un mezzo fondamentale per la prevenzione dei tumori. Molte/i hanno ammesso che non è facile cambiare certe abitudini alimentari e/o modi di preparare e cuocere i cibi.

> Sappiamo che se non cambiamo le nostre abitudini alimentari rischiamo di avere un tumore fra dieci anni. Ho fatto la gastroscopia e ho scoperto di avere una gastrite cronica e devo fare una terapia di 80 gg. Non posso prendere il caffè insomma è dura. Se voglio guarire devo fare degli sforzi.

> Noi senegalesi abbiamo proprio bisogno di cambiare alcune abitudini alimentari ad esempio l'uso dell'olio, dei grassi per noi è un problema, ne usiamo troppo, come anche la cattiva abitudine di lavare il pollo con l'acqua (…) perché la pelle rilascia delle sostanze nocive che sono dannose. Ad esempio, ho scoperto che il pollo si può lavare con l'aceto. Con la comunità senegalese ci vuole ancora molta sensibilizzazione per cambiare tutte queste abitudini.

È stata molto apprezzata la conoscenza della cultura di provenienza mostrata dagli esperti e dai medici e la loro capacità di spiegare e di trovare ingredienti e combinazioni alimentari più "sani". Ed è grazie a queste soluzioni alternative che in molte/i hanno dichiarato di essere riuscite/i a cambiare, in modo più o meno definitivo, il loro stile alimentare e a farlo cambiare ad altri. Soprattutto risulta a tutte/i chiaro che le cattive abitudini alimentari aumentano il rischio di avere tumori.

> (…) nella parte sulla nutrizione, sono stati dati ingredienti alternativi a quelli che in Africa normalmente si usano. Chi ha condotto quell'incontro conosceva bene le nostre culture di provenienza e per questo ha saputo dare suggerimenti alternativi ad alimenti africani che qui non ci sono, e che però possono entrare in un piatto africano mantenendone il gusto originale.

> Ora io e mia moglie cerchiamo di mangiare meno riso bianco e più verdure come i broccoli. Mia moglie mi osserva (…) quando io mangio la carne controlla se ne mangio troppa. Io mi sento meglio con la alimentazione più sana e mia moglie mi dice che a 60 anni devo fare attenzione alla mia salute e ho capito che è meglio prevenire che curare una malattia. Ora io so che devo fare più controlli, nella mia famiglia sono morti tutti giovani di cancro (50, 60 anni).

3.2.3 Prevenzione e malattie sessualmente trasmissibili

Il concetto di prevenzione sembra significativamente acquisito. Molte donne hanno iniziato a fare controlli preventivi (visita ginecologica, pap test, mammografia) coinvolgendo i loro familiari e condividendo le informazioni con i membri della loro comunità. La gran parte delle/dei partecipanti denuncia una scarsa attenzione alla prevenzione nei paesi d'origine, spesso per motivi economici e mancanza di welfare sanitario. Fa eccezione il Marocco dove invece esiste un sistema di welfare pubblico molto efficiente nelle grandi città ma che riesce a raggiungere le zone rurali più povere grazie alla presenza di associazioni che operano in quei territori.
Nel paese di origine, in genere, si ha paura di andare dal medico e ci si va se proprio non se ne può fare a meno e purtroppo quando, come nel caso di un tumore, è troppo tardi.

> Abbiamo imparato moltissimo. Come donna ho imparato che non devo aspettare di stare male o di avere qualcosa di strano per andare dal ginecologo o prenotare una visita senologica

> Qui in Italia si parla della malattia, in Senegal manca la parte di socializzazione, la gente non parla della malattia, manca la prevenzione: si va in ospedale perché si sta male non esiste la cultura della prevenzione sembra strano andare a farsi visitare se si sta bene.

Le donne e gli uomini che hanno partecipato al corso lamentano invece una difficoltà di fare prevenzione in Italia, soprattutto per il tumore alla prostata, e si ritiene utile coinvolgere più uomini nel ruolo di *peer educator.*

> Forse la cosa più difficile da trasmettere è stata la prevenzione del tumore alla prostata ma per mancanza di coinvolgimento degli uomini con la docente. Lo abbiamo superato parlando fra peer educator e indirettamente abbiamo coinvolto più persone.

Per quanto riguarda le malattie sessualmente trasmissibili, l'argomento risulta essere un *taboo* sia nei paesi d'origine che in Italia. Dai FG sembra che averne parlato, durante il corso,

sia stato molto liberatorio sia per le donne che per gli uomini e, in alcuni casi, questo ha dato loro "la forza" di parlarne a casa coi propri familiari.

> (…) abbiamo parlato dei falsi miti, per esempio nelle Filippine si pensa che se sbatti il tuo seno contro un corpo solido, ti viene il tumore. Per la prostrata il falso mito è che chi fa troppo sesso o troppo poco gli viene il tumore. Affrontare questi argomenti per noi è stato molto importante.

> Ho un figlio di 16 anni. Prima non riuscivo a parlarne con lui mi sentivo a disagio; dopo che ho seguito il vostro corso sono riuscita a parlarne sia con lui che con mio marito. Mio figlio mi ha detto "ma mamma di questo ne abbiamo già parlato a scuola!! Però per me è stato importante parlargli e dirgli certe cose.

Le giovani donne, nate o cresciute in Italia, sembrano avere minore resistenza a farsi coinvolgere in programmi di prevenzione e sembra - pur se in misura minore - che questo valga anche per gli uomini giovani. Lo stesso si può affermare quando si tratta il tema delle malattie sessualmente trasmissibili: i più giovani affrontano l'argomento con maggiore scioltezza rispetto agli adulti e ne parlano anche fra di loro.

> (…) anche dei ragazzi maschi erano interessati e mi facevano domande sul tumore maschile perché volevano saperne di più. Sono stata contattata da molte persone che non hanno potuto partecipare al corso per richieste di informazioni e di materiali informativi sul cancro.

Nel caso della comunità filippina è risultato molto positivo che gli incontri dedicati alla prevenzione delle MTS non si siano svolti nei luoghi tradizionali di ritrovo, come ad esempio le parrocchie, perché per loro parlarne in presenza di persone appartenenti alla comunità religiosa come le suore, sarebbe stato motivo di imbarazzo.

> Quando si comincia a parlare di prevenzione e preservativi abbiamo un po' di difficoltà anche perché siamo molto cattolici

In generale emerge un'apertura nel volere affrontare questi argomenti e soprattutto le donne, contrariamente a certi stereotipi diffusi, ritengono sia indispensabile iniziare a parlarne nelle scuole. Molte di loro ritengono che il *taboo* sulle MTS dipenda dalla persona e non dalla cultura di provenienza.

> Affrontare questi argomenti non dipende dall'origine o dalla cultura, ma dalla persona. Io non vedo differenze con gli italiani, ci sono persone italiane che parlano senza problemi e altre che fanno fatica. Non credo che le resistenze a parlare di sessualità dipendano dalla cultura.

Conclusioni

Come già evidenziato nell'analisi quantitativa, i focus group (FG) hanno confermato il grande interesse delle/dei partecipanti per i temi trattati e per l'approccio sostenuto. Gli elementi di particolare apprezzamento sono stati: la possibilità di parlare nella propria lingua di origine di salute e prevenzione; l'aver appreso la relazione tra certe abitudini alimentari e l'insorgere del tumore; l'attenzione all'alimentazione è stata fondamentale e in questo ambito le persone hanno segnalato le maggiori "scoperte" legate al corso.

La presenza di *peer educator* maschi è stato il valore aggiunto di questo percorso perché ha fatto emergere il punto di vista degli uomini e le loro fragilità rispetto al tema del tumore maschile e della prevenzione. La presenza degli uomini nel percorso formativo è stata ancora molto bassa e si auspica un maggiore coinvolgimento della componente maschile nei futuri progetti di sensibilizzazione.

Contrastanti invece si sono rivelate le opinioni sulla modalità on-line del corso, obbligata dalla Pandemia COVID 19: sebbene sia stato maggiormente gradita la modalità *on-line* - in molti casi, infatti, questa modalità ha reso più facile la partecipazione e ha coinvolto un maggior numero di persone: per alcune partecipanti sarebbe stato preferibile che il corso fosse avvenuto in presenza perché «quando si trattano certi argomenti si è più coinvolti e concentrati».

Riferimenti bibliografici

Bartholini I., Di Rosa R.T., Lombardi L. (2020), *The PROVIDE training courses for proximity violence' professionals*, in Bartholini I. (a cura di), *THE PROVIDE TRAINING COURSE Contents, Methodology, Evaluation,* FrancoAngeli, Milano.

Cipolla C. (1998), T*eoria 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.

ISTAT (2020), *Violenza di genere al tempo del Covid-19: le chiamate al numero verde 1522*, Statistiche Today, maggio, https://www.istat.it/it/files//2020/05/Stat-today_Chiamate-numero-antiviolenza.pdf.

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*, FrancoAngeli, Milano, pp. 267-350.

Lombardi L., Lusardi R. (2021), *L'impatto della pandemia Covid-19 sulle fragilità sociali. Una ricerca in Lombardia*, in "Salute e Società", 2.

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, Nº10, ABRIL, pp. 145-160.

Marzulli M. (2020), *Il sistema sanitario regionale lombardo alla prova del covid-19*. *Welfare responsabile*, 4 aprile. Disponibile online al sito https://www.welfareresponsabile.it/il-sistema-sanitario-regionale-lombardo-alla-prova-del-covid-19 (consultato il 15/10/2020).

Massa R. (1997), *Istituzioni di pedagogia e scienze dell'educazione*, Laterza, Roma-Bari

Menonna A., Papavero G. (2021), *L'impatto dell'emergenza COVID-19 sulle condizioni generali di salute. La pandemia COVID-19 tra la popolazione migrante e di origine straniera nelle province di Milano, Bergamo, Brescia e Cremona*, Fact Sheet, Fondazione ISMU, https://www.ismu.org/la-pandemia-covid-19-tra-la-popolazione-migrante-e-di-origine-straniera-nelle-province-di-mi-bg-bs-cr/ (ultimo accesso: 25 febbraio 2021).

Perino A. (2004), *La ricerca-valutazione tra verifica tra verifica, condivisione e spendibilità*, in Cipolla C. (a cura di), *Manuale di sociologia della salute*, II Ricerca, "Salute e Società", FrancoAngeli, Milano, pp. 233-264.

FONDAZIONE
ISMU
INIZIATIVE E STUDI
SULLA MULTIETNICITÀ

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 II. Salute e medicina interculturale" promosso dalla LILT Associazione Provinciale Milano Monza Brianza APS, parzialmente finanziato dal Community Award Program 2019 di Gilead

via Copernico 1 – 20125 Milano (Italia)
tel. +39 02 6787791 – ismu@ismu.org
www.ismu.org