



## Salute senza Frontiere

# L'impatto delle attività LILT per il benessere delle comunità straniere

Ricerca sull'efficacia delle attività di sensibilizzazione e formazione di LILT per migliorare la salute delle comunità straniere

Dicembre 2024

## Indice

Prefazione	4
Introduzione: perché la salute degli immigrati ci interessa	5
I risultati dell'indagine	9
Analisi descrittive del campione	10
L'accesso ai servizi di cura	14
Valutazione dei risultati	16
Prendersi cura di sé	17
Stile di vita sano	22
L'importanza della prevenzione	27
Informazioni rispetto ai tumori	28
La formazione e l'Ambasciatore della Salute	32
Per chi è stato maggiormente efficace il progetto "Salute senza frontiere"	34
Conclusioni	45
Allegato statistico	47
Bibliografia	63

## Prefazione

---

di LILT Milano Monza Brianza

Avviato nel 2017 da LILT Milano Monza Brianza, il progetto "Salute senza Frontiere" mira a promuovere la prevenzione e il benessere all'interno delle comunità straniere, con un'attenzione particolare a quelle che incontrano difficoltà nell'accesso alle cure sanitarie o vivono in condizioni di vulnerabilità sociale ed economica.

Il progetto "Salute senza frontiere" prevede incontri di sensibilizzazione sulla diagnosi precoce e sugli stili di vita sani, l'erogazione di visite gratuite di prevenzione oncologica e percorsi formativi dedicati agli operatori sanitari. Questi interventi, basati sul principio della health literacy- letteralmente l'alfabetizzazione sanitaria, che punta a rendere le persone protagoniste del proprio benessere- incoraggiano i membri delle comunità straniere a comprendere l'importanza della propria salute, ma anche a migliorare il proprio stile di vita e a diventare promotori di benessere all'interno delle loro comunità.

Il cuore dell'iniziativa è rappresentato dagli Ambasciatori della Salute, figure formate da medici, nutrizionisti ed esperti della prevenzione e costantemente supportate da LILT. Queste persone, che conoscono sia l'italiano che la lingua della propria comunità, sono dei punti di riferimento per i membri del proprio gruppo e agiscono come promotori di salute, contribuendo a superare le barriere linguistiche e culturali che spesso ostacolano l'accesso ai servizi sanitari. Attualmente, gli Ambasciatori della salute sono venti, in prevalenza donne, provenienti da comunità quali quella senegalese, ucraina, sri lankese e filippina, oltre a includere rappresentanti di lingua araba, colombiana, peruviana e rumena.

Le attività del progetto, che coinvolgono un'équipe di medici e operatori sanitari di origine straniera che parlano la lingua madre dei partecipanti e ne condividono la cultura di appartenenza, si svolgono in luoghi di riferimento culturale e religioso, quali centri islamici, chiese cattoliche e ortodosse, associazioni culturali, scuole di lingua italiana per stranieri, templi buddisti e associazioni di migranti. Le tematiche trattate negli incontri spaziano dalla prevenzione dei tumori femminili e maschili alla sana alimentazione fino al benessere psicologico e alle malattie sessualmente trasmissibili.

L'approccio adottato tiene conto delle specificità culturali, linguistiche e sociali di ogni comunità, garantendo inclusività ed efficacia.

## Introduzione: perché la salute degli immigrati ci interessa

---

di Maurizio Ambrosini

L'immigrazione è una questione di alto rilievo nel dibattito pubblico, e tra le implicazioni il tema della salute, delle malattie, dell'accesso alle cure, si è rilevato molto sensibile.

Una paura antica, forse ancestrale, rilanciata dalla pandemia da COVID-19 del 2020-2021, riguarda le malattie importate dagli immigrati, tanto da essere invocata di quando in quando come giustificazione della chiusura delle frontiere. Dagli untori seicenteschi immortalati da Manzoni, ai controlli sanitari imposti ai neo-arrivati negli Stati Uniti all'epoca della grande immigrazione europea, la storia dei pregiudizi e delle chiusure verso l'immigrazione giustificate da ragioni igienico-sanitarie è lunga e tenace. Non c'è notizia di vere o presunte epidemie in arrivo, dalla SARS a Ebola, che non sollevi la richiesta di chiusura delle frontiere verso rifugiati e immigrati dal Sud del mondo. Anche in occasione degli sbarchi dal mare non sono mancate nel corso degli anni le voci allarmate circa l'importazione di malattie e i presunti contagi tra le forze dell'ordine addette ai controlli.

Stranamente la paura non riguarda il ben più ampio fenomeno del turismo internazionale, né della circolazione di persone per affari, studio, sport, pellegrinaggi. Appare evidente che non tutti gli arrivi dall'estero suscitano gli stessi timori: è l'ingresso di popolazioni viste come povere e bisognose a provocare reazioni che l'ingresso di popolazioni considerate benestanti non scatena.

In secondo luogo, gli immigrati sono spesso percepiti e presentati come responsabili di un indebito ricorso alle cure del sistema sanitario nazionale, finanziato dalle tasse dei cittadini-contribuenti, di un sovrautilizzo di servizi come il pronto soccorso, persino di ingressi strategicamente finalizzati ad accedere a cure mediche sofisticate e costose. Nel mondo anglosassone è stata introdotta l'espressione welfare shopping per esprimere questi pregiudizi, alimentati da tabloid, politici anti-establishment, TV bisognose di ascolti, che non hanno mancato di influire sul voto a favore della Brexit.

Gli studi sull'argomento sono invece pressoché concordi nel sostenere che nel nostro paese gli immigrati, in quanto giovani adulti in gran parte inseriti nel sistema economico (2,4 milioni di occupati regolari) e consumatori, versano allo Stato in termini di tasse e contributi più di quanto ricevono in termini di servizi. Per ragioni di età, incidono sui ricoveri ospedalieri meno dei cittadini italiani, mediamente molto più anziani. Nel complesso, una stima relativa al 2022 ha calcolato in 3,2 miliardi di euro il saldo attivo tra costi e benefici dell'immigrazione per l'erario pubblico (Fiorio, Frattini e Riganti 2024). Nel caso delle cure inoltre, il loro ruolo presso le famiglie e gli anziani fragili rappresenta un complemento da tempo indispensabile del welfare pubblico (574.000 iscritti all'INPS come collaboratori domestici o assistenti familiari: Zini 2024). Quella del peso sul sistema di welfare è uno dei molti pregiudizi sugli immigrati che non trovano conferma nella realtà. Si colloca nel quadro presentato alla tab.1, volta a cogliere la distanza tra l'immigrazione raccontata e quella effettiva, sulla base delle fonti statistiche (cfr. Ambrosini 2020).

Tabella 1. Rappresentazione e realtà dell'immigrazione in Italia

Rappresentazione corrente	Evidenza statistica
Immigrazione in drammatico aumento	Immigrazione stazionaria (5,3 milioni di immigrati regolari, più una stima di circa 500.000 immigrati irregolari)
Asilo come causa prevalente	Lavoro (prima) e famiglia (poi) come cause prevalenti. Asilo marginale (circa 500.000 persone accolte, tra rifugiati e richiedenti protezione: meno del 10% del totale)
Provenienza dall'Africa e dal Medio Oriente	Per quasi la metà di provenienza europea
Largamente maschile	Prevalentemente femminile
Quasi sempre mussulmana	Proveniente in maggioranza da paesi di tradizione cristiana
Immigrazione largamente dannosa o parassitaria	Immigrazione largamente inserita nel sistema economico-produttivo: 2,4 milioni di occupati regolari. Decisiva per rispondere alle esigenze di famiglie e anziani fragili
Immigrazione come fardello per i conti pubblici	Immigrazione vantaggiosa per le casse dello Stato: pochi pensionati, relativamente poche persone bisognose di cure

Le conoscenze disponibili concordano sostanzialmente nel sostenere che gli immigrati (molti di più degli sbarcati e dei richiedenti asilo) arrivano fundamentalmente sani, selezionati alla partenza dall'esigenza da parte delle famiglie che investono su di loro di puntare su persone giovani e produttive. E' raro individuare tra i nuovi arrivati persone con patologie manifeste o disabilità. Semmai il patrimonio rappresentato dalla buona salute degli immigrati si deteriora nel tempo, a causa dei lavori usuranti a cui si sottopongono, delle precarie condizioni di vita, della lontananza dagli affetti e dalle reti di prossimità. Per chi arriva con le rotte più pericolose e travagliate, si aggiungono ferite, infortuni, malattie contratte lungo il viaggio. Per di più, molti immigrati che arrivano con la speranza di migliorare le proprie condizioni di vita e con il mandato di provvedere alle esigenze delle famiglie e dei parenti rimasti in patria investono strenuamente nel lavoro, come principale risorsa a loro disposizione per accantonare risparmi e provvedere ai loro cari. Accettano lunghi orari, straordinari, lavoro notturno e in giorni festivi. Trascurano il riposo e danno poca importanza al tempo libero, specialmente quando sono soli. Se ricongiungono la famiglia, spesso lavorano di più per soddisfarne le esigenze. Quando avvertono qualche malessere, tendono spesso a trascurarlo, a non sottoporsi ai controlli. E' troppo importante per loro poter continuare a lavorare, guadagnare, risparmiare. Piore (1979), nel suo classico libro, ha parlato al riguardo dell'estremo ascetismo dell'immigrato, vero homo oeconomicus delle società sviluppate. La conseguenza è però una reticente e tardiva presa in carico delle proprie condizioni di salute. Con il tempo, il migrante sano rischia dunque di diventare un migrante esausto (Molli 2018).

Un altro tema di discussione riguarda questioni giuridiche fondamentali, e più specificamente il rapporto tra sistema sanitario pubblico, tipica espressione dello Stato sociale, e diritti umani universali. Le cure mediche sono un tassello fondamentale dei diritti sociali, così come si sono venuti configurando nell'Europa post-bellica. A loro volta i diritti sociali sono espressione di un patto di lealtà reciproca tra i cittadini e lo Stato: in cambio dell'adesione al sistema democratico e alle sue istituzioni, ai cittadini è accordata una tutela pubblica delle loro esigenze fondamentali.

L'ingresso di immigrati stranieri e il loro inserimento nel sistema economico ha introdotto però una variabile imprevista, che ha complicato non poco il rapporto tra lealtà e tutela. Qui infatti i destinatari della tutela non sono cittadini, non votano e hanno poca voce nel dibattito pubblico. Posti di fronte all'esigenza di ammettere manodopera aggiuntiva per far funzionare il sistema economico, i governi avevano due alternative: escludere o limitare l'accesso degli stranieri ai diritti sociali, e segnatamente alla sanità; oppure ammetterli su un piano di parità o quasi parità, in relazione al loro impegno di lavoratori-contribuenti. La seconda strada si è imposta in Europa, soprattutto per un motivo: meno diritti per gli immigrati avrebbero comportato meno costi per i loro datori di lavoro, e quindi un incentivo ad assumerli a danno dei lavoratori nazionali. L'accesso ai diritti sociali limitava la concorrenza nel mercato del lavoro (Ambrosini e Campomori 2024). Poi sono arrivate le convenzioni sui diritti umani, che hanno aperto la strada ai ricongiungimenti familiari e ai rifugiati, e gli allargamenti dell'Unione Europea hanno rafforzato i diritti di una componente non trascurabile della popolazione immigrata. Pur tra molte difficoltà le tutele inizialmente riservate ai lavoratori si sono estese all'universo o quasi dei residenti dotati di uno status legale. La tutela dell'igiene pubblica richiede che la salute di tutti sia adeguatamente salvaguardata, per assicurare il benessere di ciascuno.

E' rimasta però aperta la questione dell'accesso alle cure per gli immigrati in condizione incerta o irregolare, che è oggetto di dibattito in molti paesi democratici. Le politiche migratorie volte a ribadire l'importanza dei confini e la sovranità nazionale si scontrano con le convenzioni internazionali e il riconoscimento dei diritti umani universali. Anche per gli irregolari, la salute è un bene inalienabile e una garanzia per il benessere di tutti. La fragilità della condizione umana sfida la definizione politica di chi è titolare a ricevere cure da parte di uno Stato nazionale. Chiudere le porte a questi bisogni entra in contraddizione con i principi di uno Stato democratico, integrato in una comunità internazionale che inalbera la tutela dei diritti umani tra i suoi principi. Nello stesso tempo, è un interesse per la società nel suo insieme. Caricare i costi sui beneficiari è quasi sempre irrealistico, né hanno miglior fortuna le richieste ai paesi di origine. Le soluzioni adottate spaziano dalla limitazione del diritto universale alle cure mediche "urgenti e necessarie", a un ampio accesso alla sanità pubblica (il caso più noto è quello della Spagna), a varie combinazioni tra intervento delle autorità locali e mobilitazione di risorse volontarie, come in diverse città e Stati degli Stati Uniti. In varie regioni italiane, oltre alle cure urgenti garantite in ogni caso dagli ospedali, una costellazione di ambulatori in cui prestano servizio medici volontari assicura la sanità di base per molti immigrati in condizione irregolare. Attori formalmente privati assicurano la salvaguardia dell'igiene pubblica, prevenendo la diffusione di malattie.

Un'altra importante tematica si colloca poi nell'ambito antropologico e culturale. Qui entrano in gioco le problematiche della concezione del corpo e della malattia, del rapporto tra psiche e salute, della nascita, della maternità, della morte. Pratiche alimentari, visioni e relazioni di genere, concezioni dell'intimità diventano luoghi sensibili, in cui tensioni e negoziazioni attraversano l'esperienza della cura. Lo scambio comunicativo e la mutua comprensione, mai scontati nei rapporti tra il sistema sanitario e i suoi pazienti, acquistano una priorità forse inedita. Aspetti collegati si riferiscono al ruolo dei professionisti delle cure e dei familiari nei confronti della persona malata o bisognosa di assistenza. Le differenti concezioni culturali di queste dimensioni cruciali dell'esperienza umana entrano in rapporto con un sistema sanitario pensato

secondo criteri occidentali. La necessità di prendere in carico pazienti di provenienza e religione diversa interroga i modelli organizzativi e le pratiche professionali del sistema sanitario, e segnatamente degli ospedali.

Tutto questo si traduce in esigenze di flessibilità, adattamento e mediazione da parte delle istituzioni sanitarie, di informazione, accompagnamento e assicurazione sul versante dei beneficiari. Subentra un altro livello di analisi, quello dell'elaborazione, validazione e divulgazione di codici di comportamento, raccomandazioni, indicazioni operative per la presa in carico delle diversità culturali nell'ambito sanitario.

Il progetto Salute senza Frontiere della LILT s'inserisce in questo complesso di relazioni problematiche tra le popolazioni immigrate, la tutela della salute, il sistema sanitario, l'esigenza d'innalzare l'attenzione alla prevenzione. La ricerca qui presentata, svolta dal Centro studi Medi di Genova in collaborazione con la LILT, ha preso le mosse dall'esigenza di valutare l'incidenza delle attività di sensibilizzazione e formazione promosse dalla LILT, che hanno posto l'accento sulla promozione delle relazioni con le comunità straniere e la formazione di figure specifiche, gli Ambasciatori della Salute. I risultati dell'indagine mostrano che la consapevolezza dei fattori che promuovono una vita più sana è ampiamente diffusa nella popolazione immigrata, ma nello stesso tempo chi ha seguito gli incontri organizzati dalla LILT dispone di conoscenze più precise e concrete riguardo alla prevenzione e alla lotta contro i tumori.

Ci auguriamo che a questa indagine-pilota ne seguano altre, favorendo lo sviluppo di un rapporto virtuoso tra investimenti conoscitivi e azioni di sostegno alle buone prassi di tutela della salute.

## I risultati dell'indagine

---

di Deborah Erminio

Nel report si riportano i risultati dell'attività di valutazione dei percorsi formativi e di sensibilizzazione dei progetti "Salute senza frontiere" promossi da LILT nel 2024.

L'approccio utilizzato è quello della ricerca valutativa che utilizza gli strumenti propri della ricerca sociale per poter determinare il grado in cui un intervento sociale raggiunge gli obiettivi prefissati e produce risultati significativi nel contesto di riferimento. Per verificare sino a che punto c'è stato un cambiamento, se questo è imputabile al progetto o si poteva verificare anche in assenza di intervento (situazione controfattuale), dal momento che ogni azione si inserisce in un contesto in cui agiscono numerose tendenze e pressioni, si è adottata la tecnica del confronto tra un gruppo sperimentale e un gruppo di controllo.

Il primo è formato da persone che hanno partecipato alle attività LILT: principalmente a Milano, dove le iniziative che coinvolgono le persone di origine immigrata sono più consolidate, e in altri territori dove sono state intraprese.

Il gruppo di controllo è formato da immigrati con caratteristiche comparabili per genere ed età. Inizialmente si è previsto di raggiungere complessivamente 300 persone, suddivise equamente tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo.

Lo studio è stato implementato tramite un questionario strutturato, costruito con la collaborazione dei responsabili delle attività LILT per poter mettere meglio a fuoco i temi da sviluppare nel questionario. L'indagine svolta ha potuto beneficiare di una significativa mobilitazione della rete LILT diffusa a livello nazionale, il che ha consentito di raccogliere 470 questionari, un numero ben superiore alle aspettative iniziali.

Tab. 1: ripartizione questionari

Regioni	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo	Totale
Lombardia	229	126	355
Veneto		1	1
Friuli Venezia Giulia		1	1
Emilia Romagna		2	2
Toscana		7	7
Abruzzo		1	1
Campania		1	1
Molise	14	22	36
Regione non indicata	10	56	66
Totale	253	217	470

Nello specifico i questionari rivolti al gruppo sperimentale sono stati compilati mediante un'auto-somministrazione guidata al termine degli incontri LILT, mentre i questionari rivolti al gruppo di controllo sono stati raccolti dalla LILT, ricorrendo all'intermediazione delle reti associative oltre che di sportelli e servizi a cui gli immigrati si rivolgono.

Il questionario è stato sottoposto ai partecipanti sia in formato cartaceo sia in formato digitale tramite piattaforma web appositamente dedicata che consente l'accesso e la compilazione tramite computer, tablet e smartphone. La raccolta dei questionari si è svolta da maggio a novembre 2024.

Il questionario consta di 36 domande, suddivise per aree tematiche legate agli stili di vita, alla prevenzione delle malattie e alla cura della propria salute e una sezione finale relativa ai dati socio-anagrafici. È stato tradotto in inglese, francese e arabo per garantire l'accessibilità ad un numero maggiore di individui, compresi soggetti da meno tempo in Italia e/o con minore dimestichezza linguistica.

Quasi tutte le domande sono a risposta chiusa, prevedono quindi una serie di risposte e la possibilità, in diversi casi, di scegliere una o più opzioni, pertanto le percentuali possono essere calcolate sia sul numero totale delle risposte sia sul numero dei rispondenti. Quasi tutte le domande a risposta chiusa prevedono comunque una categoria residuale "altro" a risposta aperta, lasciando quindi la possibilità all'intervistato di chiarire la propria opinione con parole sue.

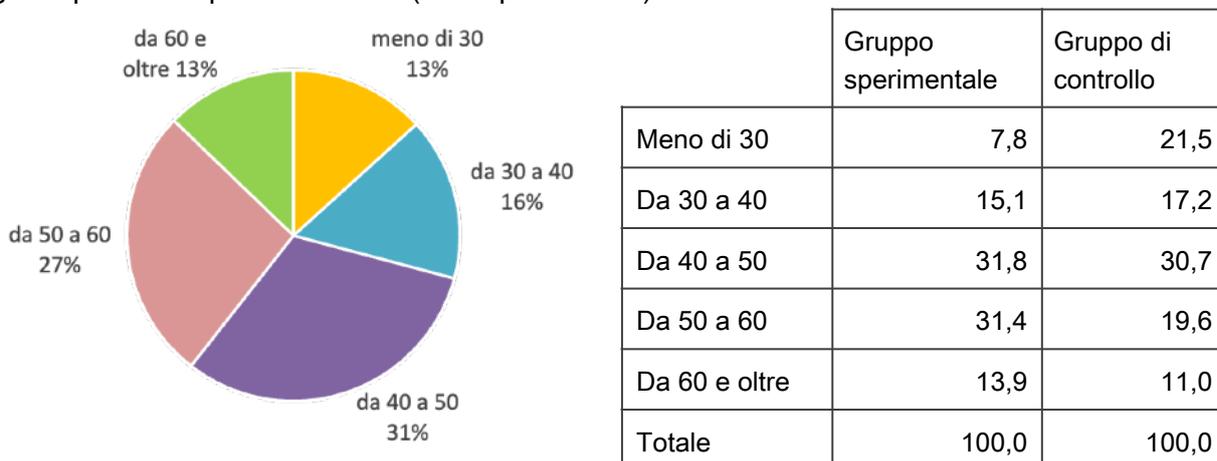
Complessivamente, su 470 questionari, il 14% non è stato compilato in modo completo. Considerate le modalità di consegna e raccolta dei questionari durante gli interventi di "Salute senza frontiere" della LILT, sappiamo che la maggior parte dei questionari compilati in modo parziale fa parte del gruppo di controllo.

## Analisi descrittive del campione

Il campione è suddiviso abbastanza equamente per fasce d'età, con una preponderanza di persone più adulte (over 40 anni) nel campione sperimentale. In figura 1 sono riportate le ripartizioni in valori percentuali delle varie fasce d'età per il campione complessivo (grafico) e per i due sottogruppi sperimentale e di controllo (tabella).

È sbilanciato invece per quanto riguarda il genere, il che è il linea con le precedenti esperienze della LILT, poiché tradizionalmente le attività di sensibilizzazione attirano un pubblico femminile e a volte riguardano esplicitamente le donne (figura 2).

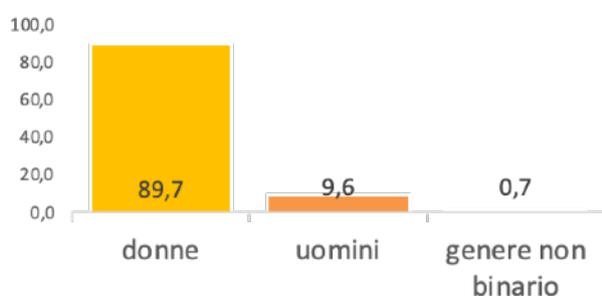
Fig. 1: ripartizione per fasce d'età (valori percentuali)



La ripartizione per macro-aree geografiche di provenienza è relativamente equilibrata (figura 3), con una presenza di persone di origine africana e latino-americana abbastanza simile al numero di residenti in Italia della stessa provenienza, una quota di europei sottodimensionata (23%) rispetto all'incidenza di questa componente nei flussi migratori e, al contrario, una cospicua rappresentanza di persone provenienti da paesi asiatici (47%).

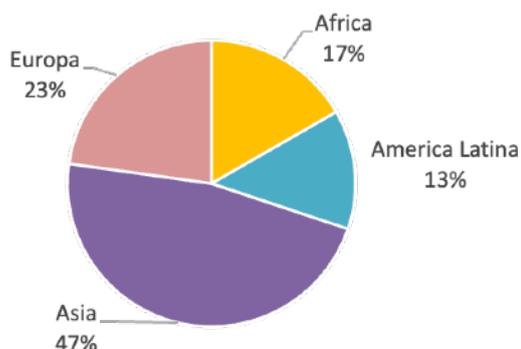
La distribuzione per nazionalità del campione denota una certa distanza da quella della popolazione immigrata presente sul territorio nazionale, perché si è voluto prestare particolarmente attenzione ad alcune nazionalità che LILT è riuscita a coinvolgere solo recentemente nelle attività di sensibilizzazione: non va quindi considerata come un deficit di campionamento perché risponde alla necessità di comprendere quanto gli interventi di sensibilizzazione siano stati funzionali nei confronti di alcune specifiche collettività (allegato statistico - tabella 29). Le nazionalità coinvolte in questi corsi di "Salute senza frontiere" sono state in particolare quella filippina, srilankese, ucraina, peruviana, senegalese.

Fig. 2: ripartizione per genere (valori percentuali)



	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
Femmine	93,5	84,0
Maschi	6,5	14,1
Altro	0,0	1,8
Totale	100,0	100,0

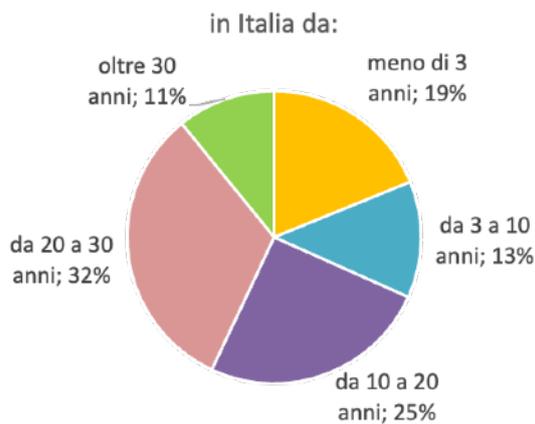
Fig. 3: ripartizione per aree geografiche di origine (valori percentuali)



	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
Africa	15,9	17,8
America Latina	8,2	21,5
Asia	64,1	21,5
Europa	11,8	39,3
Totale	100,0	100,0

Le persone coinvolte nell'indagine differiscono anche rispetto all'anzianità migratoria, ossia al tempo in cui risiedono in Italia (figura 4): quasi metà campione è costituito da soggetti giunti da oltre 15 anni, quindi con una lunga permanenza sul territorio e, presumibilmente, con percorsi di inserimento socio-economico che si sono stabilizzati. Nei vissuti migratori più lunghi prevalgono, ovviamente, persone che nel frattempo hanno acquisito la cittadinanza italiana (o ne hanno fatto richiesta): ad esempio 1/3 delle persone che sono in Italia da più di 20 anni ha la cittadinanza italiana; la metà di chi è in Italia da oltre 10 anni ha un permesso di soggiorno di lunga durata. Non mancano gli individui giunti recentemente, ad esempio da meno di 3 anni (quasi un quinto del campione), prevalentemente richiedenti asilo, in possesso di un permesso di soggiorno di breve durata o persone senza titolo di soggiorno (allegato statistico - tabelle 36a e 36b).

Fig. 4: ripartizione per anzianità migratoria (valori percentuali)



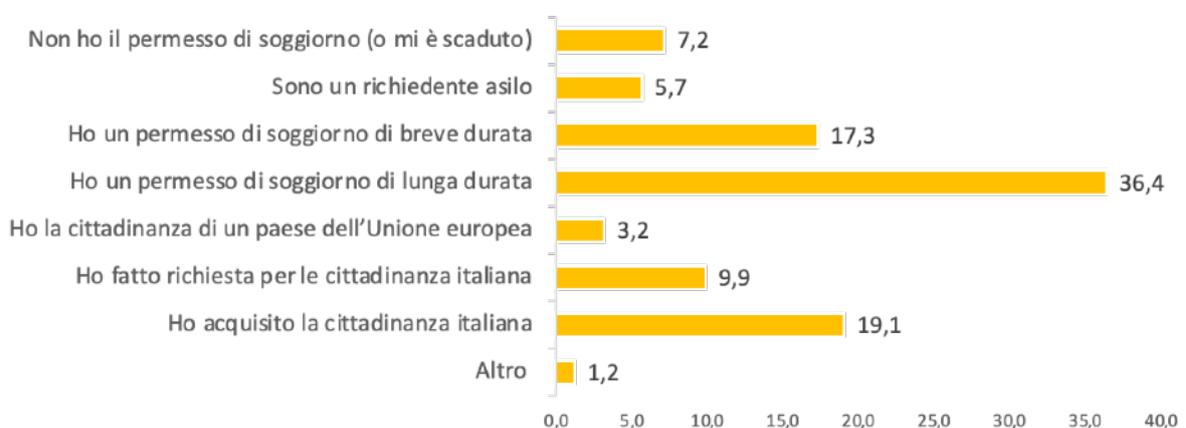
	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
meno di 3	8,9	34,0
da 3 a 10	10,6	16,3
da 10 a 20	29,4	19,0
da 20 a 30	36,2	26,1
oltre 30 anni	14,9	4,6
Totale	100,0	100,0

L'anzianità migratoria incide spesso sui percorsi occupazionali e alloggiativi, chi è da più tempo in Italia è riuscito ad inserirsi in modo più stabile nel mondo del lavoro ed è impiegato in modo continuativo full time o part time, mentre tra chi lavora in modo sporadico ed intermittente ci sono più spesso persone di recente arrivo, anche se non mancano persone che vivono in Italia da più di 10 o 20 anni (allegato statistico - tabelle 30a e 30b). Viceversa la ricerca del lavoro o la disoccupazione sono condizioni ben più frequenti in corrispondenza di un'anzianità migratoria più corta (meno di 3 anni).

Anche la situazione abitativa riflette un andamento simile: chi è da più tempo in Italia è riuscito a ricongiungere il nucleo familiare o a costruirne uno nel luogo in cui abita e, nella maggior parte dei casi, vive con la propria famiglia, mentre chi è arrivato da pochi anni più spesso condivide un alloggio con i propri connazionali per far fronte alle spese e massimizzare i guadagni che, spesso, servono per inviare rimesse nel paese di origine.

Con il passare del tempo si può presupporre una maggior facilità di accesso al sistema sanitario e alle possibilità di cura, tuttavia non è detto che ciò sia correlato ad una consapevolezza più profonda sull'importanza della prevenzione sanitaria, soprattutto primaria, anzi i dati mostrano una situazione eterogenea, dove ad indicatori di inclusione sanitaria si affiancano segnali di vulnerabilità persistente e difficoltà di accesso alle cure, come vedremo nei risultati della survey.

Fig. 5: ripartizione per status giuridico (valori percentuali)

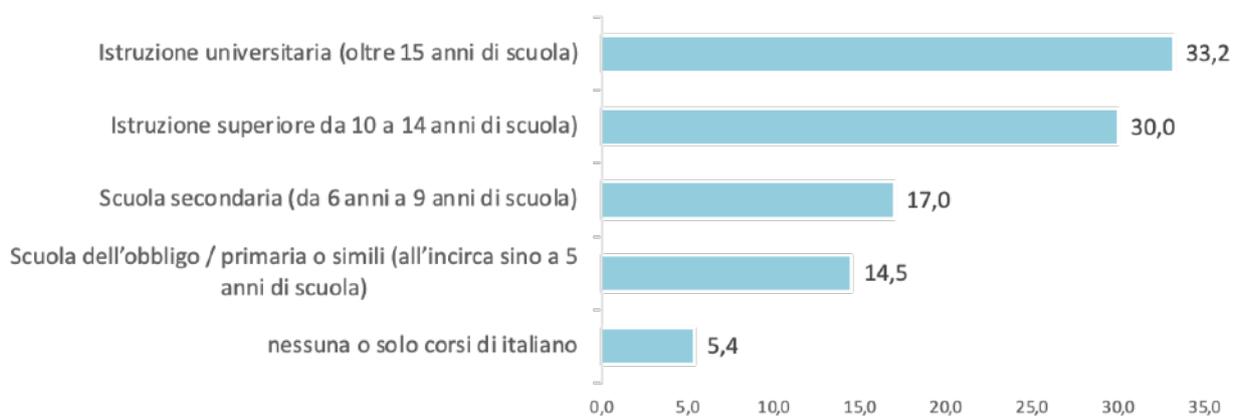


	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
Ho acquisito la cittadinanza italiana	21,3	15,6
Ho fatto richiesta per le cittadinanza italiana	9,8	10,0
Ho la cittadinanza di un paese dell'Unione europea	0,8	6,9
Ho un permesso di soggiorno di lunga durata	45,1	23,1
Ho un permesso di soggiorno di breve durata	17,2	17,5
Sono un richiedente asilo	1,6	11,9
Non ho il permesso di soggiorno (o mi è scaduto)	4,1	11,9
Altro (non specificato)	0,0	3,1
Totale	100,0	100,0

Le altre tre variabili socio-demografiche prese in considerazione sono lo status giuridico, la confessione religiosa (allegato statistico - tabella 35) e l'istruzione.

Dal punto di vista dello status giuridico (figura 5) il campione è costituito prevalentemente da persone che hanno acquisito la cittadinanza Italiana o ne hanno fatto richiesta (29,0%) e che possiedono un titolo di soggiorno di lungo periodo (36,4%). Le situazioni meno stabili comprendono i permessi di soggiorno di breve durata (di cui dispone il 17,3% dei soggetti), le richieste di asilo (5,7%), la mancanza o la perdita del permesso di soggiorno (7,2%).

Fig. 6: ripartizione per istruzione (valori percentuali)



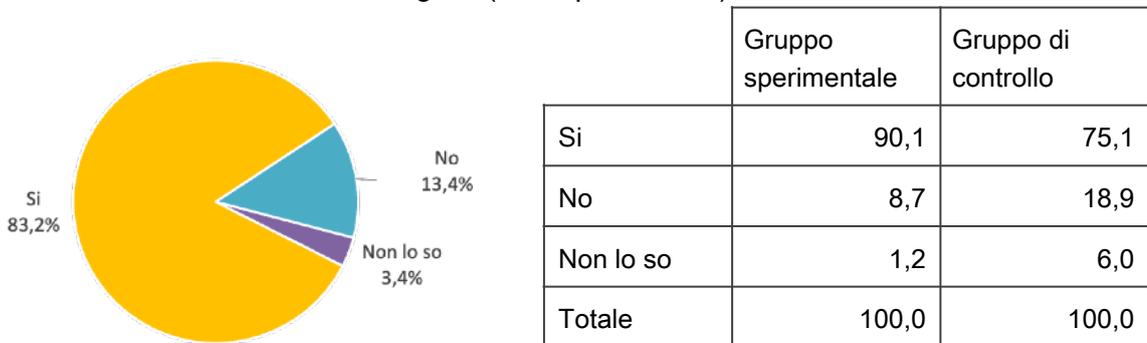
	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
nessuna o solo corsi di italiano	4,1	7,4
Scuola dell'obbligo / primaria o simili (all'incirca sino a 5 anni di	15,2	13,5
Scuola secondaria (all'incirca da 6 anni a 9 anni di scuola)	17,6	16,0
Istruzione superiore (all'incirca da 10 a 14 anni di scuola)	33,6	24,5
Istruzione universitaria (all'incirca oltre 15 anni di scuola)	29,5	38,7
Totale	100,0	100,0

## L'accesso ai servizi di cura

La ricerca ha riguardato i temi della prevenzione e degli stili di vita per mantenersi in salute e ha voluto indagare quanto gli immigrati siano sensibili o abbiano gli strumenti a disposizione per prendersi cura della propria salute. I due aspetti sono interrelati tra loro, ma non è detto che le informazioni e/o un certo grado di consapevolezza si traducano necessariamente in visite, controlli e accesso alle cure, perché le situazioni di fragilità e gli impedimenti oggettivi limitano le possibilità di una vita sana.

A tal proposito il questionario si è aperto con alcune domande volte ad indagare la presenza di eventuali barriere linguistiche, economiche, burocratiche che possono incidere sulla prevenzione: un primo dato emerso è che una fetta piuttosto significativa della popolazione immigrata (il 17%) non ha nemmeno il medico di base e quindi non riesce, per vincoli legali e burocratici, ad accedere ai normali servizi sanitari (figura 7).

Fig. 7: Attualmente ha un medico di famiglia? (valori percentuali)



Le difficoltà di accesso alle cure sono soprattutto economiche: le liste di attesa per accedere ai servizi del sistema sanitario pubblico sono troppo lunghe per quasi un terzo dei rispondenti (31,1%), il che induce parte della popolazione a rivolgersi a strutture private o convenzionate per svolgere le visite mediche necessarie, affrontando costi sanitari che non tutte le famiglie sono in grado di sostenere (per il 21,1% dei soggetti le visite mediche costano troppo).

Fig. 8: Incontra qualcuna di queste difficoltà nei servizi di cura? (valori percentuali)

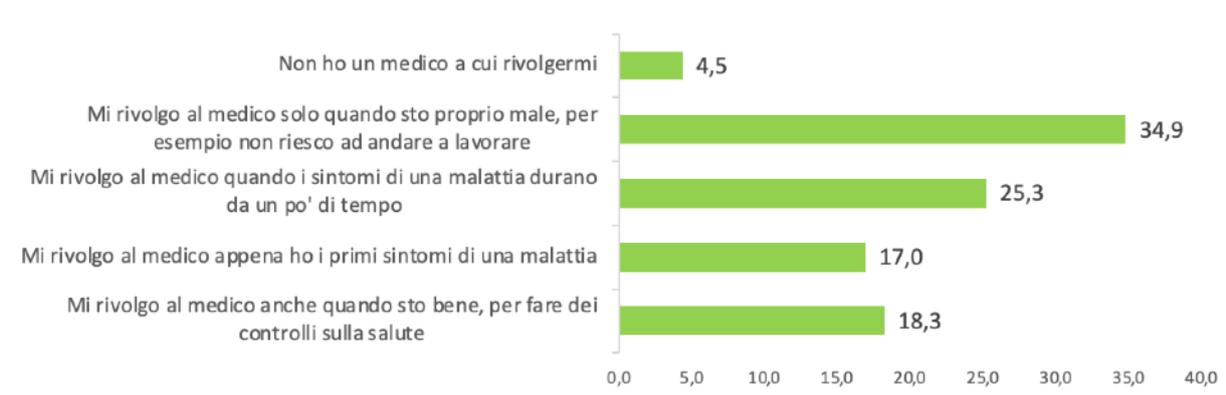


	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
Le visite mediche costano troppo	22,2	20,0
Ho poco tempo a disposizione	22,4	19,7
E' difficile capire i referti medici (linguaggio troppo tecnico)	13,8	14,6
Non si riesce ad accedere ai servizi sanitari gratuiti perché i tempi di attesa sono troppo lunghi	31,1	31,1
Non so a quali servizi sanitari posso rivolgermi	8,1	10,8
Ho altre cose più importanti da fare	2,2	3,5
Altro	0,3	0,3
Totale	100,0	100,0

Non avere abbastanza tempo a disposizione per curarsi (21,2%) può sembrare una giustificazione se non si considera importante effettuare controlli medici di routine, ma si tenga conto che gli immigrati spesso investono molte ore sul lavoro, sia per mandato familiare sia per il desiderio di inviare rimesse nel paese di origine e questo incide effettivamente sulla disponibilità di tempo libero a propria disposizione. Infine la comprensione dei referti medici è complessa (14,2%), a volte anche per la stessa popolazione italiana, perché si tratta di un linguaggio tecnico e, da questo punto di vista, l'intermediazione di figure specifiche che facciano da ponte tra la comunità dei connazionali e il sistema sanitario diventa ancora più raccomandabile.

Coerentemente con le difficoltà di cui sopra, molte persone si rivolgono al medico quando stanno molto male (34,9%) o in presenza di stimoli persistenti (25,3%) e qualcuno non ha nessuna figura medica a cui rivolgersi (4,5%).

Fig. 9: In generale come si rapporta col medico? (valori percentuali)



Mi rivolgo al medico quando....	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
quando sto bene, per fare dei controlli sulla salute	18,6	18,0
appena ho i primi sintomi di una malattia	19,8	13,8
quando i sintomi di una malattia durano da un po' di tempo	25,7	24,9
solo quando sto proprio male, non riesco ad andare a lavorare	34,0	35,9
Non ho un medico a cui rivolgermi	2,0	7,4
Totale	100,0	100,0

## Valutazione dei risultati

---

Per poter valutare quanto il progetto “Salute senza frontiere” della LILT sia stato incisivo rispetto alla popolazione raggiunta, si è scelto di costruire, a partire dai vari temi di indagine, un set di indicatori con range di variazione da 0 a 100, dove 0 è il punteggio minimo o peggiore e 100 è il punteggio massimo o migliore. La disponibilità di indicatori sintetici consente un ulteriore livello di analisi per comprendere dove la formazione LILT è stata più o meno efficace, per quali target e su quali tematiche.

Tab. 2: costruzione indicatori

Indicatori	Items del questionario utilizzati
PRENDERSI CURA DI SÉ	2. In generale come si rapporta con il medico? 4. Se avvertisse i sintomi di una malattia o se fosse preoccupato di ammalarsi di qualcosa, dove cercherebbe informazioni su questa malattia? 5. Secondo lei a che età bisognerebbe iniziare a pensare alla propria salute? 6. A volte ci si ammala in certi momenti della vita, perché si vive una situazione difficile. Secondo lei le persone si ammalano soprattutto quando... 7. Secondo lei, per quali motivi alcune persone si ammalano più facilmente? 8. Si può fare qualcosa per evitare di ammalarsi? Ci può fare qualche esempio? 9. I termini medici non sono mai facili da capire quando non si svolge quel tipo di lavoro. Ad esempio secondo lei c'è differenza tra prevenzione primaria e diagnosi precoce?
STILE DI VITA SANO	10. Dicono che alcune malattie si possono prevenire con uno stile di vita sano. Ma cosa significa avere uno stile di vita sano? 11. Secondo lei esistono dei cibi che, se mangiati troppo spesso, possono diventare dannosi per la salute? 12. Le capita di bere vino o alcolici fuori dai pasti? 13. All'incirca quante sigarette fuma al giorno? 14. Quante volte fa attività fisica in una settimana (fa sport, va in palestra, va a correre, ecc.)?
IMPORTANZA DELLA PREVENZIONE	15. Ci si ammala indipendentemente da quello che facciamo, è una questione di fortuna, dipende dal destino o dalla volontà divina 16. Ci si ammala perché si fanno poche visite di controllo e non si va dal medico quando sta bene e in salute 17. Ci si ammala perché non ci si cura immediatamente ai primi sintomi della malattia, si va dal medico solo quando si sta proprio male 18. Ci si ammala perché non si hanno i soldi per curarsi
INFORMAZIONI RISPETTO AI TUMORI	19. Tra le varie malattie ci sono i tumori. Si può fare qualcosa per diminuire il rischio di avere un tumore? 20. Se temesse di avere un tumore, dove cercherebbe informazioni più precise su questa malattia? 21. Se temesse di avere un tumore quali visite farebbe tra queste? 22. Se temesse di avere un tumore, quali informazioni considera più utili per potersi curare?

## Prendersi cura di sé

Un primo set di domande riguarda i comportamenti di tutela e cura della propria salute, rispetto a cui le attività della LILT forniscono informazioni di orientamento per l'accesso ai servizi sanitari, ad esempio incoraggiando le persone a rivolgersi al proprio medico di riferimento, piuttosto che a fidarsi delle informazioni che possono trovare in internet, oppure incoraggiando a coltivare stili di vita sani, prendersi cura di sé a qualsiasi età.

Alla domanda “se avvertisse i sintomi di una malattia o se fosse preoccupato di ammalarsi di qualcosa, dove cercherebbe informazioni” la maggior parte degli intervistati risponde che si rivolgerebbe ad un medico di fiducia (figura 10), con un certo scarto tra i due gruppi a favore del gruppo sperimentale che ha consolidato ancor più la consapevolezza di rivolgersi al sistema sanitario. Le persone che rispondono “non saprei proprio a chi rivolgermi” sono numericamente poche, ma più concentrate nel gruppo di controllo.

Fig. 10: Se avvertisse i sintomi di una malattia o se fosse preoccupato di ammalarsi di qualcosa, dove cercherebbe informazioni su questa malattia? (valori percentuali)



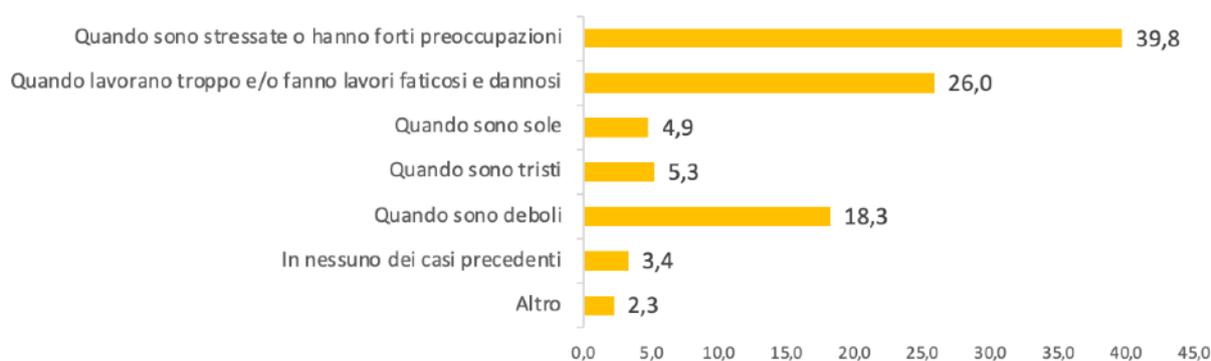
	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
Ne parlerei con i miei familiari o chiederei ad amici	18,2	18,1
Mi rivolgerei ad un medico di cui mi fido	42,3	39,5
Mi rivolgerei al pronto soccorso	14,9	11,2
Cercherei di farmi un'idea della malattia su internet, perché oggi in rete si trovano moltissime informazioni utili	14,9	17,8
Chiederei un consiglio all'associazione di connazionali che frequento perché con loro ho un rapporto di fiducia	2,3	3,7
Ne parlerei all'Ambasciatore LILT della Salute	6,2	5,0
Non saprei proprio a chi rivolgermi	1,3	4,4
Altro	0,0	0,3
Totale	100,0	100,0

Generalmente c'è invece una certa consapevolezza che la prevenzione non ha età, le persone sanno che non dovrebbero trascurare la propria salute, indipendentemente da quello che concretamente riescono a fare, infatti - senza distinzioni tra gruppo sperimentale e di controllo -

la maggior parte (55,1%) risponde che “bisognerebbe iniziare a pensare alla propria salute” prima dei 30 anni<sup>1</sup> (allegato statistico - tabella 5).

È stato chiesto: “a volte ci si ammala in certi momenti della vita, perché si vive una situazione difficile. Secondo lei le persone si ammalano soprattutto quando...” (figura 11). Le condizioni di vita hanno ripercussioni sullo stato di salute delle persone, vi sono numerose evidenze empiriche nella letteratura di settore che indicano come i fattori stressogeni siano correlati all’insorgere di alcune patologie fisiche e psicologiche. Gli immigrati, spesso inseriti in occupazioni caratterizzate da condizioni lavorative difficili o situazioni di vita precarie possono ammalarsi più facilmente. Non a caso la maggior parte delle risposte del campione si concentra nelle prime due categorie di risposta che fanno riferimento al lavoro e allo stress, che raggruppano complessivamente il 65,8% delle risposte (figura 11). Nella comparazione tra i due gruppi si nota un pochino più di consapevolezza nel gruppo sperimentale di come le condizioni di vita a cui si è sottoposti possano recare danni alla propria salute.

Fig. 11: A volte ci si ammala in certi momenti della vita, perché si vive una situazione difficile. Secondo lei le persone si ammalano soprattutto....? (valori percentuali)



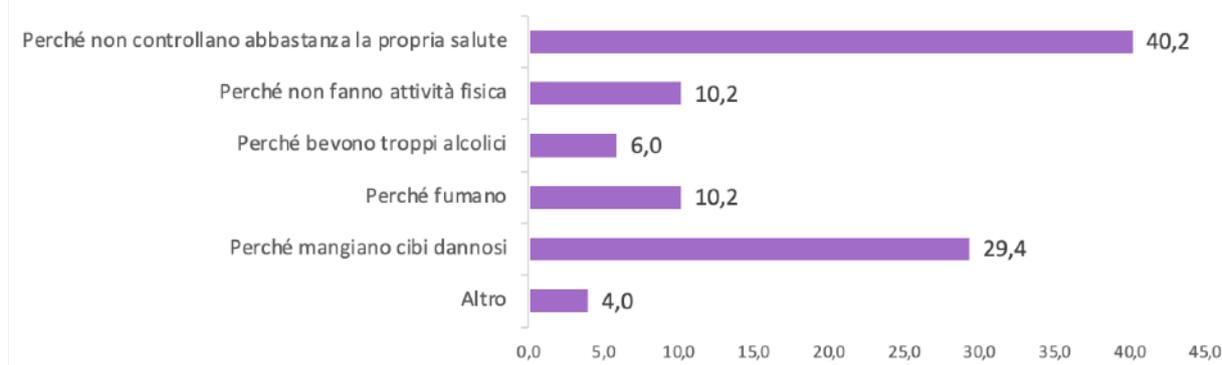
	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
Quando sono deboli	19,8	16,6
Quando sono tristi	3,2	7,8
Quando sono sole	5,1	4,6
Quando lavorano troppo e/o fanno lavori faticosi e dannosi	28,5	23,0
Quando sono stressate o hanno forti preoccupazioni	39,9	39,6
In nessuno dei casi precedenti	2,0	5,1
Altro	1,6	3,2
Totale	100,0	100,0

In particolare il nesso tra salute e corretti stili di vita, soprattutto una corretta alimentazione, emerge come un netto risultato dalla domanda successiva (figura 12) in cui è stato chiesto “per quali motivi le persone si ammalano più facilmente”.

<sup>1</sup> Si consideri anche il fatto che le persone tendono a fornire risposte socialmente attese, soprattutto quando un livello di istruzione medio-alto rende consapevoli di ciò che bisognerebbe rispondere per fare bella figura.

Se la prima risposta, inevitabilmente un po' scontata, è quella relativa agli insufficienti controlli medici (scelta dal 40,2% del campione), la seconda punta il dito sulle cattive abitudini alimentari (29,4%), con uno scarto decisamente significativo tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo. Qui si nota in modo netto l'incidenza del progetto "Salute senza frontiere" che insiste particolarmente sulla necessità di acquisire comportamenti sani a tavola nella prevenzione delle malattie: c'è infatti una differenza di 15 punti percentuali tra i due gruppi e nel gruppo sperimentale la condotta alimentare assume un peso importante, quanto quello di controllare periodicamente la propria salute (rispettivamente 36,4% e 37,2%).

Fig. 12: Secondo lei, per quali motivi alcune persone si ammalano più facilmente? (valori percentuali)



	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
Perché mangiano cibi dannosi	36,4	21,2
Perché fumano	8,7	12,0
Perché bevono troppi alcolici	4,3	7,8
Perché non fanno attività fisica	8,7	12,0
Perché non controllano abbastanza la propria salute	37,2	43,8
Altro	4,7	3,2
Totale	100	100

L'importanza dell'alimentazione torna anche nella domanda successiva, una delle poche "aperte", in cui si chiedeva agli intervistati di scrivere di proprio pugno "cosa si può fare per evitare di ammalarsi" (allegato statistico - tabella 8). Le risposte sono state codificate a posteriori, individuando le categorie di comportamenti abituali suggeriti. Le più ricorrenti sono:

- Avere un'alimentazione sana (segnalato da 140 persone)
- Praticare attività sportiva (segnalato da 98 persone)
- Svolgere controlli medici periodici (segnalato da 90 persone)
- Condurre una vita sana (31 persone)
- Non fumare (17 persone)
- Evitare lo stress (15 persone)
- Non bere bevande alcoliche (9 persone)
- Avere una certa autodisciplina nella vita (7 persone)
- Dormire un numero sufficiente di ore (6 persone)



Complessivamente sull'indicatore "Prendersi cura di sé" le differenze dei punteggi medi sono abbastanza marginali, come mostra il grafico sottostante, e sono determinate da una maggiore consapevolezza nel gruppo sperimentale della necessità di un'alimentazione sana per mantenersi in salute e prevenire alcune patologie.

Fig. 14: Indicatore "Prendersi cura di sé": punteggi nei due gruppi

Gruppo sperimentale = **52**



Gruppo di controllo = **48**



## Stile di vita sano

---

Il secondo indicatore riguarda i comportamenti di salute che sono più complessi da modificare perché trovano radici in abitudini consolidate, conoscenze, percezione del rischio, modelli culturali. Nel questionario sono state poste cinque domande relative allo stile di vita, l'obiettivo non era tanto quello di valutare quanto le persone mettano in atto comportamenti virtuosi, perché in questo tipo di quesiti c'è sempre un rischio di distorsione delle risposte in senso positivo per effetti di desiderabilità sociale per cui si tende a fornire risposte socialmente più accettabili, quanto quello di comprendere se c'è una differenza tra gruppo sperimentale e di controllo e su quali delle dimensioni indagate.

La prima domanda chiedeva di mettere in ordine alcuni comportamenti che si possono associare ad uno stile di vita sano, da quello più importante a quello meno importante (tabella 3). In base al posizionamento in graduatoria è stato associato un punteggio da 1 a 6 ed è stata calcolata la media per ogni categoria di risposta. Ciò che ci si aspetta di trovare nelle prime posizioni della graduatoria sono i comportamenti più salutari: "andare dal medico per controllare la propria salute, fare attività fisica regolarmente e non fumare", mentre le altre tre opzioni di risposta "mangiare almeno tre volte al giorno, mangiare cibi biologici, essere magri" erano incluse come distrattori.

I risultati mostrano un ordinamento molto simile tra i due gruppi, entrambi riconoscono l'importanza dell'attività fisica e dei controlli medici come strumenti di prevenzione. Le differenze compaiono nella terza posizione dove, per il gruppo sperimentale, si colloca il cibo biologico, seguito dal tabagismo, mentre nel gruppo di controllo al terzo posto c'è la risposta "non fumare" seguito dalla regolarità dell'alimentazione e dal cibo biologico. In ultima posizione per entrambi i gruppi la magrezza che, per entrambi, non è sinonimo di salute.

L'unica differenza significativa è quindi relativa al cibo biologico, che è stato selezionato come più importante nel gruppo sperimentale, probabilmente non tanto in quanto "biologico", ma in quanto c'è stata una specifica attenzione nei corsi di sensibilizzazione della LILT alla sana alimentazione, che ha poi influito sulla sensibilità a questa categoria di risposta. Dal momento però che il cibo biologico, pur riducendo l'esposizione a certi residui chimici, non garantisce di per sé una protezione contro le malattie, tanto meno quelle oncologiche, in futuro si consiglia di dedicare particolare attenzione a questo aspetto, per evitare d'indurre convinzioni fuorvianti.

Tab. 3: Dicono che alcune malattie si possono prevenire con uno stile di vita sano. Ma cosa significa avere uno stile di vita sano? (ordinamento delle risposte e punteggio medio)

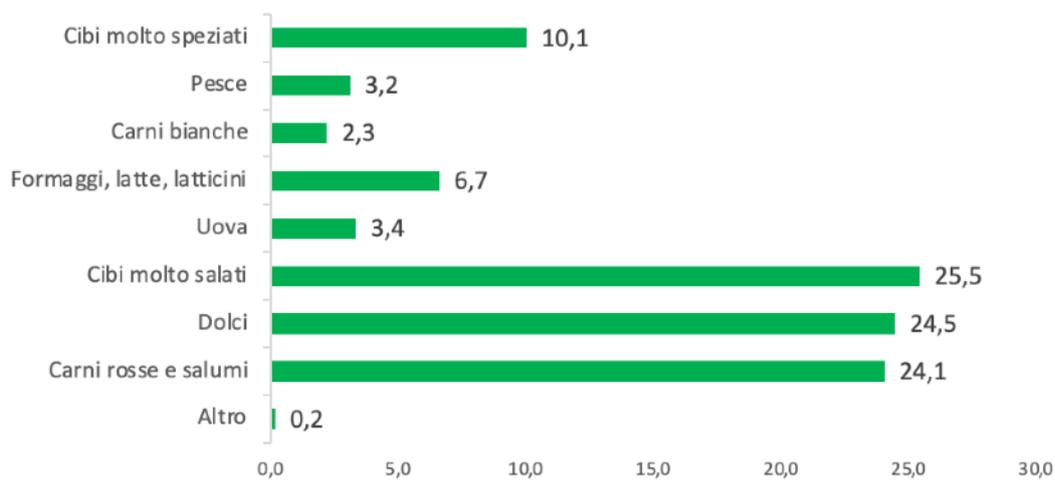
Gruppo sperimentale	Punteggio medio	Gruppo di controllo	Punteggio medio
Fare attività fisica regolarmente	2,84	Fare attività fisica regolarmente	2,76
Andare dal medico per controllare la propria salute	3,06	Andare dal medico per controllare la propria salute	3,06
Mangiare cibi biologici	3,43	Non fumare	3,43
Non fumare	3,47	Mangiare almeno tre volte al giorno	3,61
Mangiare almeno tre volte al giorno	3,86	Mangiare cibi biologici	3,65
Essere magri	4,34	Essere magri	4,48

La domanda successiva si concentra esplicitamente sull'alimentazione. È stato chiesto ai soggetti di indicare quali cibi possono risultare dannosi per la salute (figura 15). Complessivamente ai primi posti compaiono: i cibi molto salati (25,5% delle risposte), i dolci (24,5%) e le carni rosse (24,1%). Seguono ad una certa distanza i cibi molto speziati (10,1%).

Le differenze sono riscontrabili soprattutto sulle carni rosse, tra i soggetti del gruppo sperimentale c'è maggiore consapevolezza di come il consumo di questi alimenti possa favorire l'insorgenza di varie patologie (circa 6 punti percentuali in più rispetto al gruppo di controllo). Netta però anche la differenza tra i due gruppi sui cibi salati: nel gruppo sperimentale sono considerati addirittura al primo posto dei cibi dannosi (27,4%), mentre nel gruppo di controllo al primo posto si trovano i dolci (24,4%).

Una certa disparità tra i due gruppi si riscontra anche nelle altre categorie di risposta: latticini (7,9%), uova (4,5%) e addirittura carni bianche (2,9%) sono considerati cibi poco salutari, se assunti in grande quantità, soprattutto nel gruppo di controllo.

Fig. 15: Secondo lei esistono dei cibi che, se mangiati troppo spesso, possono diventare dannosi per la salute? (valori percentuali)

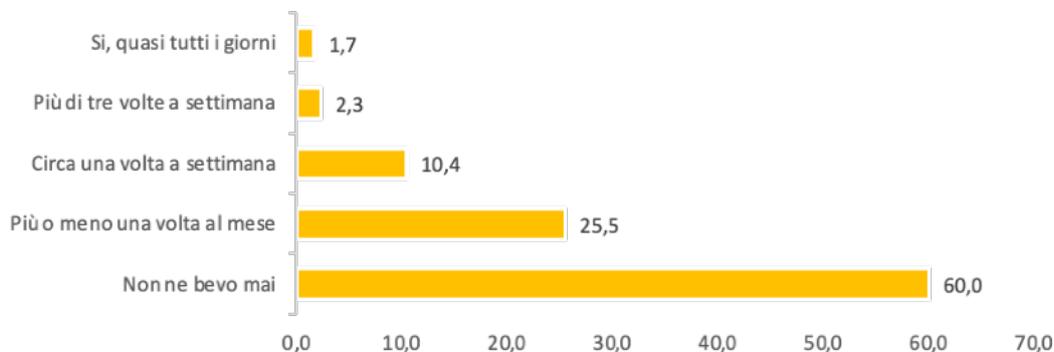


	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
Carni rosse e salumi	26,3	20,6
Dolci	23,8	24,4
Cibi molto salati	27,4	22,3
Uova	2,4	4,5
Formaggi, latte, latticini	5,4	7,9
Carni bianche	1,8	2,9
Pesce	2,7	3,6
Cibi molto speziati	10,0	9,8
Altro	0,1	0,3
Totale	100	100

La risposta dei cibi molto speziati, selezionata da 1 persona su 10 in entrambi i gruppi, merita una riflessione: potrebbe nascondere una sorta di pregiudizio culturalmente indotto verso il cibo etnico, che invece non ha nessun riscontro nella letteratura scientifica visto che molte spezie

sono ricche di proprietà benefiche per la salute. Particolare attenzione va dunque data alla capacità di promuovere comportamenti salutari, senza disconoscere la diversità alimentare e il valore nutrizionale dei cibi meno noti.

Fig. 16: Le capita di bere vino o alcolici fuori dai pasti? (valori percentuali)



	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
Non ne bevo mai	66,0	53,0
Più o meno una volta al mese	21,7	30,0
Circa una volta a settimana	8,3	12,9
Più di tre volte a settimana	2,0	2,8
Si, quasi tutti i giorni	2,0	1,4
Totale	100	100

All'interno delle abitudini comportamentali è stato considerato anche il consumo di alcolici, più o meno abituale, chiedendo alla persone quanto tendono a bere al di fuori dei pasti. La maggior parte degli intervistati dichiara di non bere mai fuori dai pasti (figura 16), tuttavia sapendo che una parte delle risposte potrebbe essere influenzata dal voler fornire risposte desiderabili, al di là degli specifici comportamenti, ciò che conta è comprendere la differenza tra i due gruppi come effetto dell'attività promossa dalla LILT.

Anche in questo caso c'è una certa distanza tra i due gruppi che denota una maggiore consapevolezza nel gruppo sperimentale di quanto l'alcool possa avere gravi effetti sulla propria salute se consumato in modo regolare.

Se incrociamo le risposte anche per la variabile età notiamo che una maggiore differenza tra i due gruppi sperimentale e di controllo c'è per le fasce d'età più adulte, ossia per le persone dai 50 anni in su: se presupponiamo che questa differenza sia interpretabile come una maggiore efficacia degli interventi di sensibilizzazione, possiamo asserire che i dannosi effetti dell'alcool sulla salute siano stati recepiti soprattutto dagli individui un po' più avanti con l'età, probabilmente anche per un maggior timore verso le malattie cardiovascolari di cui i giovani non si preoccupano.

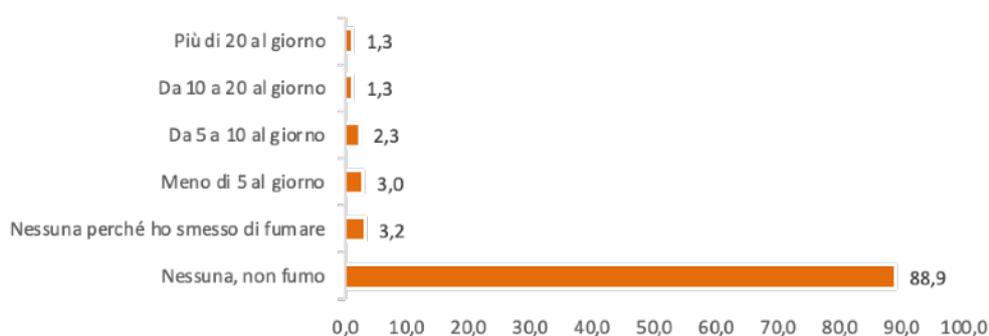
Tra gli individui con meno di 30 anni o nella fascia intermedia dai 30 ai 40 anni invece è stato molto più difficile far passare il messaggio che gli alcolici fanno male: circa 1 persona su 5 degli under 40 consuma alcool fuori pasto almeno una volta a settimana (e il 3% lo beve abitualmente "più di tre volte a settimana"). Non vi sono differenze significative tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo.

Abitudini ancora più virtuose per quanto riguarda il tabagismo (figura 17): la quota di fumatori è complessivamente molto contenuta (7,8%).

Si tenga conto altresì che in entrambe le domande - fumo e alcool - c'è una dimensione di genere che non va sottovalutata. La maggior parte delle persone intervistate sono donne che, complessivamente, bevono e fumano meno degli uomini (nel campione intervistato, seppur non rappresentativo dell'intera popolazione, beve abitualmente alcolici il 54% uomini e il 37% delle donne; fuma il 15% degli uomini e il 5% delle donne).

Detto ciò il questionario registra una certa distanza tra i due gruppi visto che in quello sperimentale sono ancora più numerose le risposte di chi sostiene di non fumare (92,1% rispetto a 85,3% del gruppo di controllo).

Fig. 17: All'incirca quante sigarette fuma al giorno? (valori percentuali)

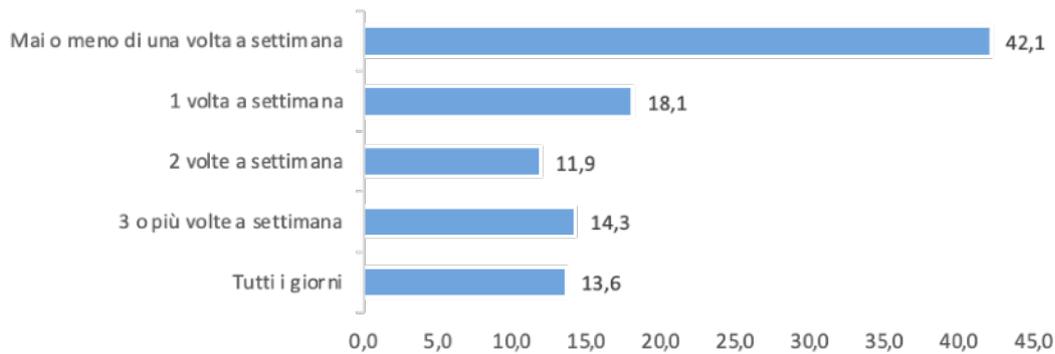


	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
Nessuna, non fumo	92,1	85,3
Nessuna perché ho smesso di fumare	3,2	3,2
Meno di 5 al giorno	2,8	3,2
Da 5 a 10 al giorno	1,2	3,7
Da 10 a 20 al giorno	0,0	2,8
Più di 20 al giorno	0,8	1,8
Totale	100	100

Infine è stata posta una domanda sull'attività fisica svolta abitualmente: vi si dedica poco più di metà del campione (figura 18), indipendentemente dagli impegni lavorativi, nel senso che non si riscontra alcuna correlazione tra questa risposta e l'età o la condizione occupazionale (lavoro a tempo pieno, part-time, disoccupazione, ecc.). Vi è invece una dimensione di genere, per quanto il campione sia sbilanciato con un'esigua presenza di uomini, lo sport è un'attività più maschile che femminile (praticato da 8 uomini su 10 e da 5 donne su 10).

Confrontiamo nuovamente i due gruppi, presupponendo che in quello sperimentale ci siano più risposte a favore dello sport anche se questo non viene realmente praticato, proprio in nome di una certa aspettativa sociale determinata dall'aver partecipato ai corsi e averne compreso l'importanza. Così purtroppo non è, non si può dire che gli interventi della LILT abbiano sviluppato sufficiente consapevolezza rispetto all'importanza dell'attività fisica come strategia per mantenersi in salute.

Fig. 18: Quante volte fa attività fisica in una settimana (fa sport, va in palestra, va a correre, ecc.)? (valori percentuali)



	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
Tutti i giorni	15,0	12,0
3 o più volte a settimana	12,3	16,6
2 volte a settimana	9,5	14,7
1 volta a settimana	18,6	17,5
Mai o meno di una volta a settimana	44,7	39,2
Totale	100	100

In relazione allo stile di vita è stato costruito un secondo indicatore, con campo di variazione sempre da 0 a 100, in modo che possa essere comparabile con gli altri.

Le differenze tra i due gruppi, quello sperimentale che ha seguito le attività “Salute senza frontiere” e quello di controllo che non vi ha partecipato, sono molto contenute e non si può desumere alcun impatto determinato dai corsi.

Fig. 19: Indicatore “Stile di vita sano”: punteggi nei due gruppi

Gruppo sperimentale = **67**



Gruppo di controllo = **64**



## L'importanza della prevenzione

Il questionario conteneva una batteria di domande in cui si chiedeva agli intervistati di esprimere il proprio accordo o disaccordo con alcune frasi (con punteggi lungo il continuum da 0 a 100). Punteggi più alti indicano una maggiore consapevolezza che la salute dipende dai nostri atteggiamenti, dallo stile di vita che conduciamo, dai comportamenti abituali, dalle informazioni che possediamo e da quanto si tutela la propria salute. Per necessità metodologiche due frasi sono a polarità semantica invertita, ossia i punteggi migliori sono quelli più bassi. Le risposte vengono riportate sinteticamente nella tabella sottostante.

Tab. 4: Grado di accordo (100) o disaccordo (0) - punteggi medi

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
Ci si ammala indipendentemente da quello che facciamo, è una questione di fortuna, dipende dal destino o dalla volontà divina*	42,2	45,0
Ci si ammala perché si fanno poche visite di controllo e non si va dal medico quando si sta bene e in salute	60,8	60,1
Ci si ammala perché non ci si cura immediatamente ai primi sintomi della malattia, si va dal medico solo quando si sta proprio male	70,6	60,9
Ci si ammala perché non si hanno i soldi per curarsi*	38,4	46,4

\* frasi a polarità semantica invertita

Le differenze più significative si registrano soprattutto sulla frase “ci si ammala perché non ci si cura immediatamente ai primi sintomi della malattia, si va dal medico solo quando si sta proprio male” su cui vi sono addirittura 10 punti di differenza tra gruppo sperimentale e di controllo nei due punteggi medi (rispettivamente 70,6 e 60,9).

Si può dire che il gruppo sperimentale abbia acquisito coscienza di quanto visite e screening di controllo siano fondamentali, mentre purtroppo si tende ad andare dal medico soltanto quando si avvertono i sintomi di una malattia o addirittura quando questi sono diventati gravi.

Più lievi le differenze sugli altri quesiti, in particolare nel gruppo di controllo c'è maggiormente l'idea che la salute possa essere trascurata per ragioni economiche rispetto al gruppo sperimentale dove, invece, il progetto è riuscito ad indurre più interesse per le attività preventive. Anche la percezione che la salute dipenda dalle scelte personali e non sia unicamente scritta dal destino trova qualche conferma in più nel gruppo sperimentale.

Complessivamente l'indicatore “Importanza della prevenzione” mostra discreti risultati, anche se le differenze dei punteggi medi sono ancora modeste (figura 20).

Fig. 20: Indicatore “Importanza della prevenzione”: punteggi nei due gruppi



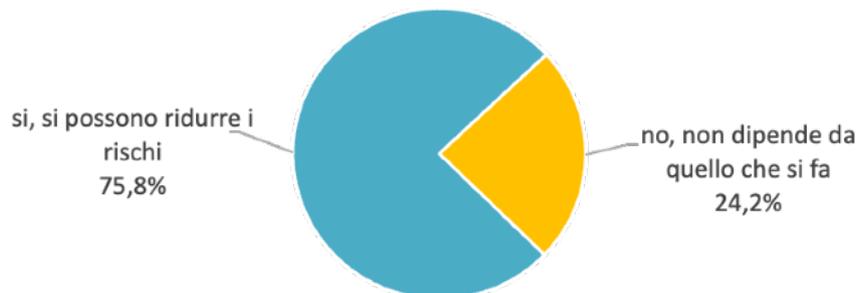
## Informazioni rispetto ai tumori

L'ultimo indicatore si concentra specificatamente sulle malattie oncologiche e sintetizza i risultati dei quattro quesiti dedicati a questo tema.

Anzitutto è stata rivolta alle persone una domanda sul valore della prevenzione: "si può fare qualcosa per diminuire il rischio di avere un tumore?" Era possibile fornire una risposta da 0 a 100, dove le due polarità indicavano rispettivamente: "purtroppo no, può succedere comunque, non dipende da quello che si fa" (0) e "si, ci sono delle cose che si possono fare per ridurre i rischi di un tumore" (100).

In figura 21 vengono mostrati i risultati complessivi: oltre 7 persone su 10 pensano che si possa fare qualcosa per diminuire il rischio oncologico, la percentuale sale tra i partecipanti alle attività LILT (80,2%) rispetto al gruppo di controllo che non vi ha preso parte (69,5%). Anche il punteggio medio che tiene conto dettagliatamente delle risposte considerando i valori intermedi, mostra una differenza di un certo rilievo tra i due gruppi.

Fig. 21: Tra le varie malattie ci sono i tumori. Si può fare qualcosa per diminuire il rischio di avere un tumore? (valori percentuali e punteggio medio)



	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
Si, ci sono delle cose che si possono fare per ridurre i rischi di un tumore	80,2 **	69,5 **
Purtroppo no, può succedere comunque, non dipende da quello che si fa	19,8 *	30,5 *
Punteggio medio	73,0	68,9

\* Percentuali di risposte negative da 0 a 50

\*\* Percentuali di risposte positive da 51 a 100

In caso di sospetto tumore, è fondamentale che le persone sappiano dove trovare indicazioni affidabili e utili. Da questo punto di vista la partecipazione al corso ha fornito strumenti adeguati rispetto alle modalità più proficue per reperire le informazioni sanitarie, consigliando di rivolgersi in prima battuta al proprio medico di fiducia.

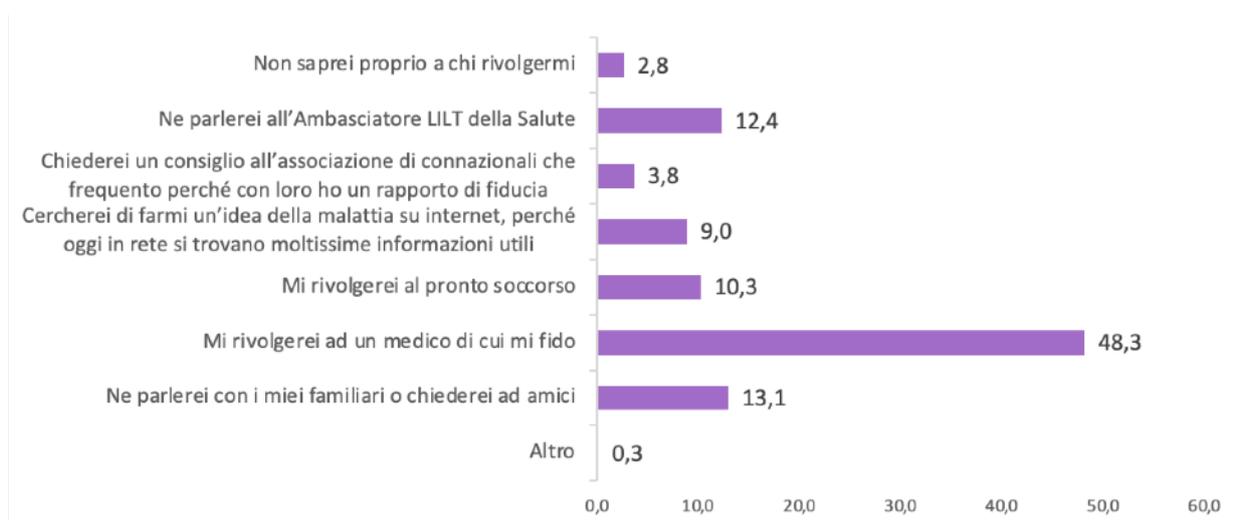
Complessivamente (figura 22) è alle figure sanitarie che gli individui fanno affidamento visto che quasi la metà del campione seleziona questa risposta (48,3%), seguita da "ne parlerei con i miei familiari o chiederei ad amici" (13,1%) e "ne parlerei all'Ambasciatore LILT della Salute" (12,4%). A poca distanza c'è chi risponde "mi rivolgerei al pronto soccorso" (10,3%), anche se in realtà queste strutture hanno un'altra funzione e non sono organizzate per gestire percorsi di diagnosi oncologica, e chi dice "cercherei di farmi un'idea della malattia su internet, perché oggi in rete si trovano moltissime informazioni utili" (9,0%).

Le differenze tra i due gruppi sperimentale e di controllo sono modeste, anche se la distribuzione delle frequenze è influenzata dalla risposta relativa all'Ambasciatore della Salute che, in linea teorica, è una figura conosciuta solo dalle persone che sono venute in contatto con la LILT. Nei dati, però, anche una parte di persone del gruppo di controllo ha optato per questa possibilità, pur non avendo informazioni a riguardo, anche solo per il fatto di averla letta tra le opzioni e averla considerata interessante (inoltre alcune persone del gruppo di controllo, pur non avendo partecipato al corso, potrebbero aver sentito parlare della rete LILT).

Per questi motivi è parso interessante confrontare i due gruppi eliminando la risposta sull'Ambasciatore della Salute e analizzando la nuova distribuzione delle frequenze. Emerge un ricorso un po' più elevato al medico di fiducia da parte del gruppo sperimentale (57,8%, 6 punti percentuali in più rispetto al gruppo di controllo), mentre nelle altre risposte le differenze rimangono inalterate.

Residuale la percentuale di persone che dice "non saprei proprio a chi rivolgermi", ma con una certa differenza tra gruppo sperimentale e di controllo (rispettivamente 1,7% e 4,4%).

Fig. 22: Se temesse di avere un tumore, dove cercherebbe informazioni più precise su questa malattia? (valori percentuali)

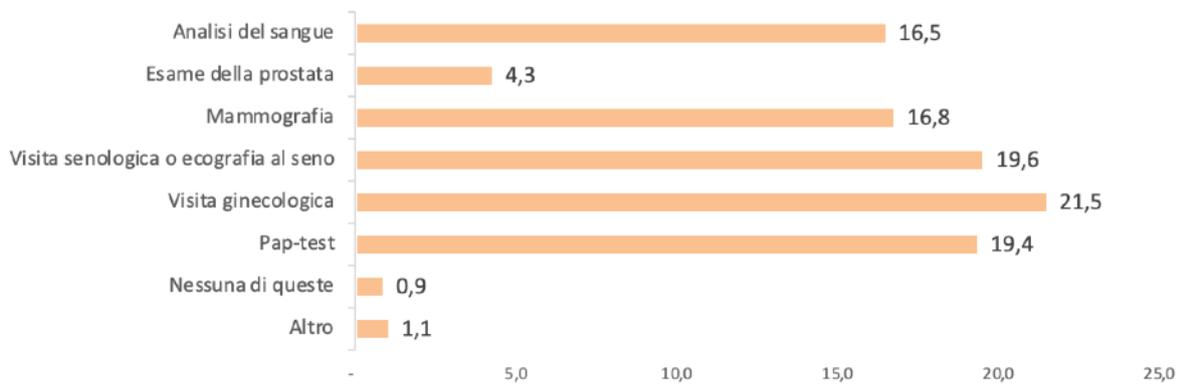


	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
Ne parlerei con i miei familiari o chiederei ad amici	11,4	15,7
Mi rivolgerei ad un medico di cui mi fido	48,3	48,2
Mi rivolgerei al pronto soccorso	11,2	9,1
Cercherei di farmi un'idea della malattia su internet, perché oggi in rete si trovano moltissime informazioni utili	7,5	11,3
Chiederei un consiglio all'associazione di connazionali che frequento perché con loro ho un rapporto di fiducia	3,4	4,4
Ne parlerei all'Ambasciatore LILT della Salute	16,3	6,6
Non saprei proprio a chi rivolgermi	1,7	4,4
Altro	0,2	0,4
Totale	100	100

Tra i controlli preventivi più seguiti vi sono visite ginecologiche (21,5%), pap-test (19,4%), visite senologiche (19,6%). L'esame della prostata è selezionato da poche persone perché sono pochi gli uomini all'interno del campione.

Le "analisi del sangue" costituivano il distrattore poiché pur essendo sempre utili per rilevare eventuali anomalie, non sono specifiche o comunque non sono sufficienti per rilevare la presenza di un tumore (i marcatori tumorali possono essere elevati anche in condizioni non tumorali, come infiammazioni o infezioni, e non tutti i tumori producono marcatori rilevabili). Qui la differenza tra gruppo sperimentale, che ha ricevuto le corrette informazioni sanitarie, e gruppo di controllo è piuttosto evidente. Tra i primi solo il 12,4% dice che ricorrerebbe alle analisi del sangue se temesse di avere un tumore, tra i secondi la percentuale sale al 23,2%. Parimenti i test specifici raccolgono percentuali più basse di risposta (figura 23).

Fig. 23: Se temesse di avere un tumore quali visite farebbe tra queste? (valori percentuali)



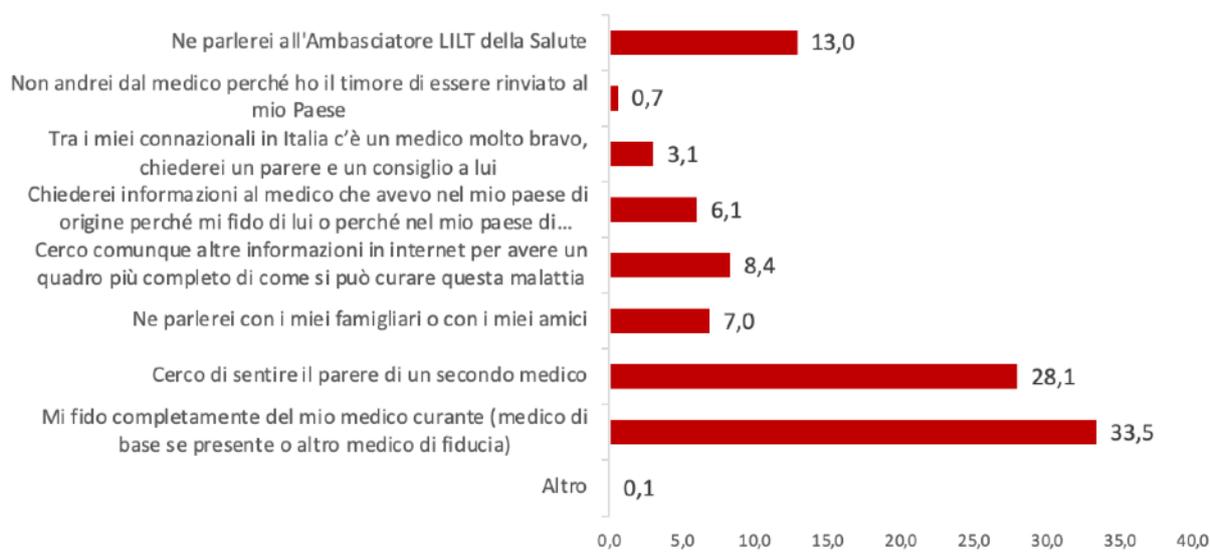
	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
Pap-test	22,2	14,8
Visita ginecologica	23,1	19,0
Visita senologica o ecografia al seno	21,9	15,7
Mammografia	16,9	16,6
Esame della prostata	2,5	7,3
Analisi del sangue	12,4	23,2
Nessuna di queste	0,3	1,9
Altro	0,7	1,6
Totale	100	100

Infine le informazioni sanitarie considerate più utili per curarsi in caso di malattia oncologica sono quelle del medico curante (33,5%), seguite da quelle di un secondo parere medico (28,1%). Al terzo posto si trova l'Ambasciatore della Salute, riconosciuto comunque come una persona di riferimento importante a cui rivolgersi (13,0%).

Il gruppo sperimentale mostra maggior fiducia nel parere del medico curante rispetto al gruppo di controllo (36,3% rispetto al 29,0%) che, invece, sente maggiormente la necessità di acquisire un secondo parere medico (36,0% rispetto al 23,0% del gruppo sperimentale).

La rete internet continua a far presa su una parte del campione, seppure contenuta (8,4%), soprattutto nel gruppo di controllo (dove la quota di chi sceglie questa risposta sale al 9,2%). Anche in questo caso le risposte relative all'Ambasciatore della LILT dovrebbero trovarsi solo nel gruppo sperimentale, anche se così non avviene; per ovviare a distorsioni dovute a questa categoria di risposta, sono state ricalcolate tutte le frequenze percentuali togliendo questa opzione: il risultato è una distanza maggiore tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo, con una fiducia maggiore che il primo ha nei confronti del medico curante (scelto dal 43,8% dei rispondenti rispetto a 31,1% del gruppo di controllo). Nelle altre risposte le differenze rimangono inalterate.

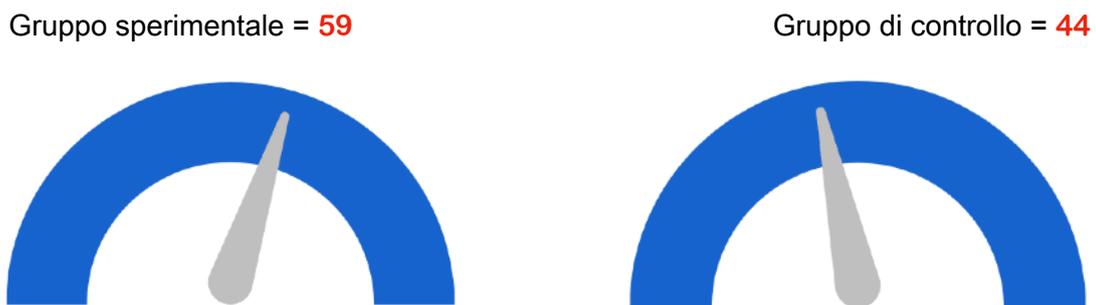
Fig. 24: Se temesse di avere un tumore, quali informazioni considera più utili per potersi curare? (valori percentuali)



	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
Mi fido completamente del mio medico curante (medico di base se presente o altro medico di fiducia)	36,3	29,0
Cerco di sentire il parere di un secondo medico	23,0	36,0
Ne parlerei con i miei famigliari o con i miei amici	6,3	8,1
Cerco comunque altre informazioni in internet per avere un quadro più completo di come si può curare questa malattia	7,9	9,2
Chiederei informazioni al medico che avevo nel mio paese di origine perché mi fido di lui o perché nel mio paese di origine ci sono medicinali che qui non si usano	6,5	5,5
Tra i miei connazionali in Italia c'è un medico molto bravo, chiederei un parere e un consiglio a lui	2,3	4,4
Non andrei dal medico perché ho il timore di essere rinvio al mio Paese	0,5	1,1
Ne parlerei all'Ambasciatore LILT della Salute	17,0	6,6
Altro	0,2	0,0
Totale	100	100

Anche questo set di domande è stato sintetizzato in un unico indicatore con variazione da 0 a 100, denominato “informazioni rispetto ai tumori”: è l’indicatore su cui l’efficacia degli interventi “Salute senza frontiere” è stata maggiore, c’è infatti una differenza più consistente tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo (figura 25), segno che i corsi LILT sono riusciti a costruire un solido bagaglio di conoscenze in merito alla prevenzione della malattie oncologiche. Il punteggio medio nei due gruppi restituisce chiaramente l’efficacia del percorso.

Fig. 25: Indicatore “Informazioni rispetto ai tumori”: punteggi nei due gruppi

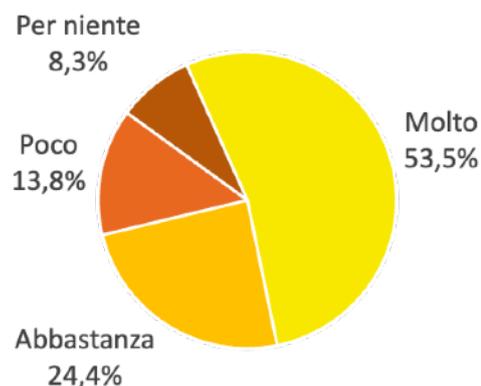


## La formazione e l’Ambasciatore della Salute

L’ultimo gruppo di domande era rivolto a valutare l’interesse verso le iniziative formative e l’utilità di una figura ponte tra la comunità dei connazionali e il sistema sanitario.

La presenza dell’ambasciatrice/ambasciatore LILT è valutata positivamente dalla maggior parte del campione, oltre la metà la considera una figura molto utile (53,5%) e sono pochissime le risposte negative in tal senso (figura 26). Come prevedibile sono soprattutto le persone del gruppo sperimentale, che hanno partecipato alle iniziative della LILT, ad aver compreso meglio il ruolo di intermediazione svolto da questa figura, come anello di congiunzione che facilita l’incontro tra i propri connazionali e un sistema sanitario che, a volte, risulta complesso e inaccessibile.

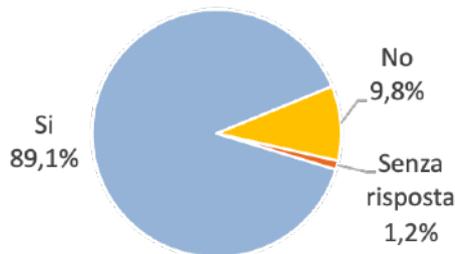
Fig. 26: Pensa che possa essere utile avere una figura di riferimento, nella comunità dei suoi connazionali, che possa fornire informazioni sanitarie? (valori percentuali)



	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
Molto	62,5	41,8
Abbastanza	21,3	27,1
Poco	9,9	19,8
Per niente	6,3	11,3
Totale	100	100

Una quota molto elevata di persone (9 su 10) dichiara un interesse positivo a seguire altri corsi informativi della LILT (figura 27), in particolare sono maggiormente propensi gli individui che hanno preso parte alla formazione “Salute senza frontiere”.

Fig. 27: Sarebbe interessato a partecipare a degli incontri informativi che parlano di salute e di prevenzione dei tumori? (valori percentuali)



	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
Si	97,2	80,0
No	2,8	20,0
Mancata risposta	1,2	1,1
Totale	100	100

Alla domanda aperta “dopo le attività della LILT a cui ha partecipato pensa che cambierà qualcosa nel suo stile di vita o nel suo rapporto con i sistemi sanitari?”, che è stata rivolta solo al gruppo sperimentale, quasi tutti hanno risposto positivamente (96,1%), soprattutto indicando un maggior ricorso alle visite mediche di controllo (allegato statistico - tabella 25). Riportiamo alcune delle risposte scritte:

- Assolutamente sì, ho imparato tante cose che non sapevo, è stato un aiuto molto importante
- Farò più visite per prevenire
- Sì, starò più attenta alle cure così da poter prevenire
- Sì, almeno so a chi rivolgermi oppure consigliare le mie amiche
- Sì, ho già cambiato il mio modo di mangiare
- Sì, farò più controlli
- Cambierà il mio stile di vita
- Starò più attenta alla salute e le darò importanza

## Per chi è stato maggiormente efficace il progetto “Salute senza frontiere”

Le iniziative di sensibilizzazione e gli interventi di prevenzione sanitaria rivestono un'importanza cruciale, soprattutto per le persone più fragili e vulnerabili della società. In generale la popolazione immigrata non rientra tout court in una popolazione debole, anche perché il campione è costituito, come si è visto, da persone con un'elevata anzianità migratoria, con percorsi di stabilizzazione e integrazione ben riusciti alle spalle, buona conoscenza del paese in cui vivono da molti anni. Accanto a loro vi sono altri individui immigrati, giunti in Italia da meno tempo e pertanto con minore conoscenza del sistema sanitario, a volte con oggettive difficoltà di accesso di tipo burocratico o linguistico, con situazioni di vita ancora precarie che li inducono a trascurare la propria salute.

È parso pertanto importante analizzare più nel dettaglio i risultati degli interventi LILT in relazione alle variabili socio-anagrafiche raccolte nel questionario.

Rispetto al genere, ad esempio, i corsi della LILT sono seguiti tradizionalmente più da donne che da uomini, forse perché più attente ai temi della prevenzione e della cura. Le donne partono anche generalmente da una consapevolezza più alta rispetto agli uomini, ma è proprio su questi ultimi (per quanto numericamente esigui all'interno del campione) che la formazione ha inciso di più. I punteggi medi calcolati sui quattro indicatori, infatti, sono generalmente più bassi rispetto alle donne nel gruppo di controllo, mentre nel gruppo sperimentale che ha partecipato al progetto “Salute senza frontiere” la situazione va riequilibrandosi.

In particolare i risultati migliori sono quelli relativi all'area delle malattie oncologiche, in cui la differenza tra gruppo sperimentale e di controllo è particolarmente marcata in entrambi i generi, ma denota una mancanza di informazioni sui tumori soprattutto tra gli uomini, che è stata affrontata efficacemente nei corsi della LILT (tabella 5).

Tab. 5: punteggi degli indicatori rispetto al genere\*

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
<b>Indicatore Prendersi cura di sé</b>		
Maschio	56	43
Femmina	52	50
<b>Indicatore Stile di vita sano</b>		
Maschio	65	60
Femmina	67	65
<b>Indicatore Importanza della prevenzione</b>		
Maschio	65	54
Femmina	63	61
<b>Indicatore Informazioni rispetto ai tumori</b>		
Maschio	58	33
Femmina	59	47

\* non è stata considerata la categoria “Genere non binario” per scarsità di risposte (<10)

L'anzianità migratoria è una variabile molto più complessa da leggere, perché i risultati più bassi su tutti gli indicatori si registrano tra le persone giunte in Italia più recentemente, ma in parte anche tra le persone che sono qui da molto tempo (oltre 30 anni), come visibile in tabella 6.

Questo induce a riflettere sulla necessità di proseguire con gli interventi LILT verso diverse categorie di persone che mostrano segni di fragilità su più fronti, non necessariamente risolti dopo una lunga permanenza sul territorio: l'accesso al sistema sanitario, il sapere a chi rivolgersi, la capacità di tutelare la propria salute vanno rafforzate in tutte le categorie di soggetti che presentano forme di vulnerabilità.

I risultati migliori, anche in questo caso, sono quelle relativi alla prevenzione oncologica, quindi sull'indicatore "informazioni rispetto ai tumori" dove la differenza tra i due gruppi sperimentale e di controllo è particolarmente marcata, ma anche alla capacità di prendersi cura della propria salute.

Tab. 6: punteggi degli indicatori rispetto all'anzianità migratoria

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
<b>Indicatore Prendersi cura di sè</b>		
In Italia da meno di 3 anni	51	48
da 3 a 10 anni	54	46
da 10 a 20 anni	50	48
Da 20 a 30 anni	53	55
Oltre 30 anni	52	40
<b>Indicatore Stile di vita sano</b>		
In Italia da meno di 3 anni	65	64
da 3 a 10 anni	64	65
da 10 a 20 anni	68	63
Da 20 a 30 anni	68	69
Oltre 30 anni	68	56
<b>Indicatore Importanza della prevenzione</b>		
In Italia da meno di 3 anni	58	58
da 3 a 10 anni	63	55
da 10 a 20 anni	62	61
Da 20 a 30 anni	65	64
Oltre 30 anni	60	50
<b>Indicatore Informazioni rispetto ai tumori</b>		
In Italia da meno di 3 anni	60	44
da 3 a 10 anni	60	44
da 10 a 20 anni	58	48
Da 20 a 30 anni	62	49
Oltre 30 anni	57	35

Dal punto di vista dell'età anagrafica (tabella 7) gli intervistati meno consapevoli sembrano essere quelli più giovani (under 30 anni), probabilmente anche per una preoccupazione minore sul proprio stato di salute rispetto a chi è più avanti con gli anni.

Nel gruppo di controllo, ad esempio, gli "under 30" mostrano punteggi sono più bassi sia sull'indicatore "prendersi cura di sé", sia sull'indicatore "informazioni rispetto ai tumori" se paragonati alle altre fasce d'età, tuttavia nel gruppo sperimentale sono quelli che raggiungono i punteggi più alti. Le attività della LILT sono state particolarmente efficaci nei confronti di questa fascia di popolazione.

Negli altri due indicatori le differenze tra i due gruppi sono molto marginali, ma se le consideriamo come un possibile effetto della formazione, vediamo qualche risultato raggiunto soprattutto nelle fasce più alte d'età in relazione allo "stile di vita sano" (tra i 50enni c'è uno scostamento di 6 punti percentuali tra i due gruppi) e "all'importanza della prevenzione" (tra i 40enni e i 50enni ci sono rispettivamente scostamenti di 6 e di 5 punti).

Tab. 7: punteggi degli indicatori rispetto all'età

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
<b>Indicatore Prendersi cura di sé</b>		
Meno di 30 anni	58	48
Da 30 a 40 anni	53	50
Da 40 a 50 anni	51	50
Da 50 a 60 anni	52	49
Da 60 anni e oltre	51	51
<b>Indicatore Stile di vita sano</b>		
Meno di 30 anni	62	60
Da 30 a 40 anni	65	68
Da 40 a 50 anni	67	67
Da 50 a 60 anni	69	63
Da 60 anni e oltre	68	65
<b>Indicatore Importanza della prevenzione</b>		
Meno di 30 anni	53	61
Da 30 a 40 anni	65	64
Da 40 a 50 anni	64	58
Da 50 a 60 anni	65	60
Da 60 anni e oltre	58	54
<b>Indicatore Informazioni rispetto ai tumori</b>		
Meno di 30 anni	62	45
Da 30 a 40 anni	57	46
Da 40 a 50 anni	60	46
Da 50 a 60 anni	61	45
Da 60 anni e oltre	55	43

Tab. 8: punteggi degli indicatori rispetto allo stato giuridico

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
<b>Indicatore Prendersi cura di sè</b>		
Ho acquisito la cittadinanza italiana	53	52
Ho fatto richiesta per le cittadinanza italiana	51	51
Ho la cittadinanza di un paese dell'UE	64	44
Ho un permesso di soggiorno di lunga durata	51	54
Ho un permesso di soggiorno di breve durata	54	45
Sono un richiedente asilo	58	53
Non ho il permesso di soggiorno (o mi è scaduto)	51	43
<b>Indicatore Stile di vita sano</b>		
Ho acquisito la cittadinanza italiana	67	68
Ho fatto richiesta per le cittadinanza italiana	67	64
Ho la cittadinanza di un paese dell'UE	50	63
Ho un permesso di soggiorno di lunga durata	69	66
Ho un permesso di soggiorno di breve durata	65	66
Sono un richiedente asilo	65	62
Non ho il permesso di soggiorno (o mi è scaduto)	61	60
<b>Indicatore Importanza della prevenzione</b>		
Ho acquisito la cittadinanza italiana	64	64
Ho fatto richiesta per le cittadinanza italiana	64	59
Ho la cittadinanza di un paese dell'UE	62	48
Ho un permesso di soggiorno di lunga durata	62	64
Ho un permesso di soggiorno di breve durata	62	60
Sono un richiedente asilo	69	54
Non ho il permesso di soggiorno (o mi è scaduto)	58	58
<b>Indicatore Informazioni rispetto ai tumori</b>		
Ho acquisito la cittadinanza italiana	56	51
Ho fatto richiesta per le cittadinanza italiana	65	53
Ho la cittadinanza di un paese dell'UE	68	47
Ho un permesso di soggiorno di lunga durata	59	45
Ho un permesso di soggiorno di breve durata	62	41
Sono un richiedente asilo	60	44
Non ho il permesso di soggiorno (o mi è scaduto)	56	41

Particolarmente interessante è l'analisi dei punteggi in relazione allo status delle persone dal punto di vista del titolo di soggiorno (tabella 8), perché evidenzia una stretta connessione tra la precarietà giuridica e le condizioni di vita determinate da essa e la possibilità di pensare alla

propria salute. Leggendo i punteggi per colonna con attenzione al gruppo di controllo vediamo che mostrano punteggi più bassi su quasi tutti gli indicatori le persone prive di un permesso di soggiorno o con titolo di soggiorno scaduto, i richiedenti asilo, chi ha un permesso di breve durata, gli stranieri comunitari dell'UE (che in questo campione sono soprattutto soggetti provenienti dai paesi dell'Est Europa, in particolare da Romania e Ucraina).

Se invece leggiamo la tabella in orizzontale comparando i due gruppi sperimentale e di controllo (che assumiamo come indicatori di efficacia dei corsi) vediamo che le differenze più marcate sono sugli indicatori "consapevolezza della prevenzione", in particolare per i richiedenti asilo (15 punti di scostamento) e per i migranti comunitari (14 punti di scostamento).

L'importanza di "prendersi cura di sé" e della propria salute è un risultato acquisito soprattutto per i cittadini comunitari (10 punti di scostamento), tra chi ha un permesso di breve durata (9 punti), tra chi non ha un permesso di soggiorno in corso di validità (8 punti). Quest'ultima categoria di soggetti fragili è anche quella con punteggi più bassi nello "stile di vita sano", sia nel gruppo sperimentale che in quello di controllo, probabilmente segno che le condizioni di vita non consentono di avere particolare cura nella propria alimentazione, non lasciano molto tempo da dedicare all'attività fisica, ecc.

Anche rispetto alla prevenzione oncologica i punteggi più bassi si registrano tra chi è senza permesso di soggiorno o ne ha uno di breve durata, con significativi scostamenti del gruppo sperimentale rispetto a quello di controllo, a dimostrazione che la formazione è stata particolarmente utile per queste categorie di soggetti più fragili.

Tab. 9a: punteggi degli indicatori rispetto all'area geografica di provenienza

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
<b>Indicatore Prendersi cura di sé</b>		
Africa	53	48
America Latina	55	51
Asia	51	48
Europa	53	50
<b>Indicatore Stile di vita sano</b>		
Africa	67	63
America Latina	66	67
Asia	67	65
Europa	66	64
<b>Indicatore Importanza della prevenzione</b>		
Africa	56	61
America Latina	71	54
Asia	63	63
Europa	64	60
<b>Indicatore Informazioni rispetto ai tumori</b>		
Africa	62	44
America Latina	55	49
Asia	60	49
Europa	56	41

Le aree geografiche di provenienza non forniscono di per sé molte informazioni, perché racchiudono flussi migratori estremamente diversificati. Ad una prima lettura notiamo risultati degni di nota sull'indicatore "informazioni rispetto ai tumori" soprattutto tra le persone di origine africana, perché gli scostamenti tra i due gruppi sperimentale e di controllo sono più significativi, tuttavia queste variazioni vanno analizzate più nel dettaglio, prendendo a riferimento i singoli paesi di provenienza (tabella 9b).

Le differenze più ampie sono tra i cittadini del Senegal e dello Sri Lanka, per cui si può presupporre una maggiore efficacia informativa delle attività LILT (rispettivamente 21 e 22 punti di scostamento tra gruppo sperimentale e di controllo); a seguire peruviani, romeni, ucraini.

Sono risultati particolarmente apprezzabili, soprattutto perché è su queste collettività che la LILT ha concentrato i propri sforzi in termini di coinvolgimento: il progetto ha registrato un impatto maggiore tra senegalesi, srilankesi, ucraini, perché probabilmente non esisteva una base di conoscenze precedentemente condivisa tramite il passaparola.

Tab. 9b: punteggi degli indicatori rispetto alla nazionalità

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
<b>Indicatore Informazioni rispetto ai tumori</b>		
Filippine	58	53
Senegal	60	39
Sri Lanka	64	42
Ucraina	55	41
Perù	60	44
Romania	51	36

La variabile "titolo di studio" (tabella 10) incide sia sull'indicatore "importanza della prevenzione" che su quello "informazioni rispetto ai tumori": a livelli di istruzione più bassi corrispondono generalmente punteggi inferiori (soprattutto nel gruppo di controllo).

In particolare chi ha frequentato solo la scuola dell'obbligo, corsi di alfabetizzazione linguistica o al più la scuola secondaria ha punteggi più bassi nella conoscenza delle malattie oncologiche e nei percorsi di diagnosi e della malattia (punteggi tra 37 e 43), ma se ha l'opportunità di partecipare a progetti come "Salute senza frontiere" acquisisce un bagaglio di informazioni pari, quand'anche superiore, a chi ha titoli di studio più alti (lo scostamento tra i due gruppi sperimentale e di controllo arriva sino a 25 punti).

Pertanto le attività formative della LILT consentono di recuperare questo gap di conoscenza e per questo sono particolarmente significative; forniscono alle persone degli strumenti di equità sociale: alla base delle possibilità di accesso al sistema sanitario vi è il sapere dove reperire informazioni corrette, quali esami diagnostici effettuare, a chi rivolgersi in caso di sospetto oncologico. Tutto ciò amplia le possibilità di cura e consente di prendere decisioni più informate riguardo alla propria salute.

Tab. 10: punteggi degli indicatori rispetto all'istruzione

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
<b>Indicatore Prendersi cura di sè</b>		
Nessuna o solo corsi di italiano	51	49
Scuola dell'obbligo / primaria o simili	50	43
Scuola secondaria	54	45
Istruzione superiore	51	55
Istruzione universitaria	53	50
<b>Indicatore Stile di vita sano</b>		
Nessuna o solo corsi di italiano	62	64
Scuola dell'obbligo / primaria o simili	63	58
Scuola secondaria	67	64
Istruzione superiore	68	67
Istruzione universitaria	68	66
<b>Indicatore Importanza della prevenzione</b>		
Nessuna o solo corsi di italiano	59	51
Scuola dell'obbligo / primaria o simili	59	56
Scuola secondaria	62	58
Istruzione superiore	63	61
Istruzione universitaria	65	62
<b>Indicatore Informazioni rispetto ai tumori</b>		
Nessuna o solo corsi di italiano	60	38
Scuola dell'obbligo / primaria o simili	62	37
Scuola secondaria	62	43
Istruzione superiore	58	50
Istruzione universitaria	58	47

Le due variabili successive - casa e lavoro - si intrecciano con quella relativa allo status giuridico: chi ha un permesso di soggiorno temporaneo o è in attesa di un titolo di soggiorno vive in uno stato di incertezza che si riverbera sulle condizioni lavorative e abitative.

La disponibilità di un alloggio riflette il percorso migrante: chi è arrivato da meno tempo più facilmente condivide lo spazio con altri connazionali, i richiedenti asilo sono inseriti in strutture di accoglienza, qualcuno dorme presso il proprio datore di lavoro; molti migranti vivono in abitazioni inadeguate, di scarsa qualità, a volte sovraffollate e queste condizioni possono compromettere la salute e il benessere in generale.

L'inserimento sul mercato del lavoro è precario, in settori ad alto rischio, in posizioni occupazionali faticose, usuranti, poco retribuite e dove i diritti dei lavoratori sono scarsamente tutelati. La necessità di lavorare per riuscire a rinnovare il permesso di soggiorno, ripagare il viaggio o inviare rimesse ai familiari rimasti in patria, come sappiamo, porta gli individui ad un iper-investimento nel lavoro e quindi a trascurare la propria salute.

Tab. 11: punteggi degli indicatori rispetto alla condizione occupazionale\*

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
<b>Indicatore Prendersi cura di sè</b>		
Lavoro a tempo pieno / in modo continuativo	52	50
Lavoro diverse ore a settimana in modo continuativo	55	56
Lavoro in modo sporadico e non continuativo	50	46
Sono disoccupato e sto cercando lavoro	50	46
Sono una casalinga	48	50
Sono uno studente	62	48
<b>Indicatore Stile di vita sano</b>		
Lavoro a tempo pieno / in modo continuativo	67	63
Lavoro diverse ore a settimana in modo continuativo	68	66
Lavoro in modo sporadico e non continuativo	62	64
Sono disoccupato e sto cercando lavoro	68	64
Sono una casalinga	64	69
Sono uno studente	87	66
<b>Indicatore Importanza della prevenzione</b>		
Lavoro a tempo pieno / in modo continuativo	63	61
Lavoro diverse ore a settimana in modo continuativo	63	61
Lavoro in modo sporadico e non continuativo	72	55
Sono disoccupato e sto cercando lavoro	66	58
Sono una casalinga	51	63
Sono uno studente	60	56
<b>Indicatore Informazioni rispetto ai tumori</b>		
Lavoro a tempo pieno / in modo continuativo	58	46
Lavoro diverse ore a settimana in modo continuativo	61	51
Lavoro in modo sporadico e non continuativo	61	35
Sono disoccupato e sto cercando lavoro	61	41
Sono una casalinga	60	50
Sono uno studente	60	46

\* non sono state considerate le categorie "Pensionato/a" e "invalido/a" per scarsità di risposte (<10)

Nel gruppo di controllo i punteggi più bassi si registrano soprattutto tra i lavoratori precari occupati in modo sporadico e non continuativo e tra i disoccupati (tabella 11). Ad esempio nel gruppo di controllo i punteggi sull'indicatore "informazioni rispetto ai tumori" sono rispettivamente di 35 e 41, molto più bassi rispetto a tutte le altre categorie. Simile la situazione sugli altri indicatori, dove punteggi piuttosto bassi vengono registrati anche dagli studenti, probabilmente per motivazioni differenti (i più giovani - abbiamo già visto - si preoccupano meno per la propria salute).

Nuovamente i risultati più significativi del progetto si registrano sull'indicatore "informazioni rispetto ai tumori" e sono particolarmente evidenti per i lavoratori precari occupati in modo sporadico e non continuativo (lo scostamento tra gruppo sperimentale e di controllo arriva a 26 punti) e per le persone in cerca di lavoro (scostamento di 20 punti).

I punteggi più bassi sui quattro indicatori si registrano in relazione alle persone che vivono da sole o insieme ad altri connazionali/immigrati, in entrambi i casi si può presupporre un percorso migratorio più recente o più fragile rispetto a chi è già riuscito a ricongiungere in Italia il proprio nucleo familiare, che porta con sé una carenza di informazioni o difficoltà nell'accesso al sistema sanitario. Incrociando la domanda sulla condizione abitativa con la seconda domanda del questionario ("in generale come si rapporta col medico?") si nota anche che chi vive insieme ad amici o con altri connazionali più frequentemente non ha un medico a cui rivolgersi.

Chi vive in famiglia, all'opposto, si rivolge più spesso al medico anche quando sta bene per tenere sotto controllo la propria salute (probabilmente anche per un effetto di assistenza vicendevole dei membri del nucleo familiare che si prendono cura gli uni degli altri); chi vive da solo tende invece a trascurarsi un po' di più, rivolgendosi al medico solo quando inizia a stare proprio male. In sintesi si può concludere che il progetto è stato efficace soprattutto per le persone più vulnerabili, che vivono da sole o in condizioni abitative precarie.

Tab. 12: punteggi degli indicatori rispetto alla condizione abitativa\*

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
<b>Indicatore Prendersi cura di sé</b>		
Vivo con la mia famiglia	52	51
Vivo da solo	55	43
Vivo insieme a connazionali/altri immigrati	52	48
Vivo insieme ad amici	55	45
<b>Indicatore Stile di vita sano</b>		
Vivo con la mia famiglia	67	66
Vivo da solo	67	62
Vivo insieme a connazionali/altri immigrati	63	64
Vivo insieme ad amici	52	63
<b>Indicatore Importanza della prevenzione</b>		
Vivo con la mia famiglia	63	61
Vivo da solo	68	49
Vivo insieme a connazionali/altri immigrati	57	61
Vivo insieme ad amici	62	57
<b>Indicatore Informazioni rispetto ai tumori</b>		
Vivo con la mia famiglia	60	48
Vivo da solo	56	35
Vivo insieme a connazionali/altri immigrati	61	41
Vivo insieme ad amici	50	35

\* non sono state considerate le categorie "Vivo presso il datore di lavoro" o "Vivo in un centro di accoglienza o altra struttura collettiva" per scarsità di risposte (<10)

Tab. 13: punteggi degli indicatori rispetto alla confessione religiosa\*

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
<b>Indicatore Prendersi cura di sè</b>		
Buddista	46	41
Cattolico	56	49
Musulmano	51	47
Ortodosso	54	49
Protestante/evangelico	52	53
Non credo in nessuna religione	60	54
<b>Indicatore Stile di vita sano</b>		
Buddista	71	43
Cattolico	65	64
Musulmano	69	67
Ortodosso	67	63
Protestante/evangelico	66	69
Non credo in nessuna religione	67	68
<b>Indicatore Importanza della prevenzione</b>		
Buddista	68	61
Cattolico	63	55
Musulmano	57	67
Ortodosso	65	59
Protestante/evangelico	61	62
Non credo in nessuna religione	51	62
<b>Indicatore Informazioni rispetto ai tumori</b>		
Buddista	64	30
Cattolico	59	47
Musulmano	58	42
Ortodosso	54	40
Protestante/evangelico	59	60
Non credo in nessuna religione	69	43

\* non sono state considerate le categorie "induista", "ateo/ o agnostico", per scarsità di risposte (<10)

I risultati degli indicatori incrociati con la confessione religiosa (tabella 13) in realtà vanno letti congiuntamente con le nazionalità di provenienza perché, soprattutto in alcuni casi, c'è una perfetta coincidenza tra paese di origine e religione, ad esempio tutti i buddisti del campione provengono dallo Sri Lanka, nazionalità rispetto a cui si è già visto che il progetto ha ottenuto risultati significativi. I punteggi medi dei vari indicatori non dipendono dalla confessione religiosa, perché tenendo sotto controllo la variabile "nazionalità" le differenze si annullano o diventano insignificanti.

Più interessante invece l'ultima variabile presa in considerazione, che non fa parte di quelle socio-anagrafiche, ma che riportiamo in relazione ai quattro indicatori perché mostra, ancora una volta, come il progetto "Salute senza frontiere" sia pertinente soprattutto nei confronti degli immigrati che versano in condizioni di fragilità. La figura del medico curante (tabella 14) svolge un ruolo cruciale nella gestione della salute di un individuo e rappresenta il primo punto di contatto per i pazienti; senza questa figura le persone possono imbattersi in informazioni fuorvianti, che possono portare a diagnosi errate o a trattamenti inadeguati.

È interessante notare come su tutti gli indicatori le persone del gruppo di controllo abbiano sistematicamente punteggi inferiori al gruppo sperimentale, soprattutto quando non hanno un medico di riferimento. Sui primi tre indicatori "prendersi cura di sé", "stile di vita sano" e "importanza della prevenzione" le attività della LILT sono state efficaci sia perché c'è uno scostamento significativo nei punteggi dei due gruppi, sia perché i punteggi di chi non ha un medico curante, avendo partecipato alla formazione, sono diventati simili a quelli di chi invece ha un medico di riferimento. In poche parole il progetto "Salute senza frontiere" è stato fondamentale nel sopperire alla scarsità di informazioni sanitarie delle persone che purtroppo non hanno un medico di base.

Tab. 14: punteggi degli indicatori rispetto alla presenza del medico curante

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
<b>Indicatore Prendersi cura di sé</b>		
Si	52	51
No / non lo so	49	40
<b>Indicatore Stile di vita sano</b>		
Si	67	66
No / non lo so	65	59
<b>Indicatore Importanza della prevenzione</b>		
Si	63	62
No / non lo so	59	53
<b>Indicatore Informazioni rispetto ai tumori</b>		
Si	59	46
No / non lo so	56	39

## Conclusioni

---

Quasi 500 persone di origine immigrata sono state i referenti per valutare l'efficacia del progetto "Salute senza frontiere" che promuove la prevenzione della salute in tutta Italia. Ripartite tra gruppo sperimentale (chi ha seguito la formazione LILT) e gruppo di controllo (chi non vi ha preso parte) hanno compilato un questionario articolato su vari temi: l'importanza della prevenzione, lo stile di vita, la cura di sé e le conoscenze sui tumori.

Si è cercato di capire quanto gli immigrati siano consapevoli della propria salute e se dispongano degli strumenti necessari per prendersene cura. Le condizioni di vita e gli ostacoli concreti limitano le opportunità di tutelarsi e prendersi cura di sé: nell'accesso ai servizi sanitari, ad esempio, si riscontrano una serie di difficoltà di tipo economico, burocratico e linguistico come lunghi tempi di attesa, costi elevati delle visite e difficoltà nella comprensione dei referti medici. Due persone su dieci non hanno un medico di famiglia, inoltre per chi è arrivato in Italia da meno tempo il sistema sanitario può risultare complesso. Comprendere come muoversi, quali visite è importante effettuare, essere consapevoli della necessità della prevenzione non risolve tutti i problemi, ma può comunque portare a sviluppare comportamenti più sani, sapere quali strumenti si hanno per tutelare la propria salute e come ridurre il rischio di ammalarsi.

I risultati hanno evidenziato la validità del percorso svolto, soprattutto in merito alla prevenzione oncologica: il gruppo sperimentale infatti ha acquisito una buona consapevolezza di come affrontare questa patologia, dove reperire le informazioni corrette, quali esami effettuare, conoscenze che non sono invece diffuse allo stesso modo nel gruppo di controllo. Ad esempio la maggior parte delle persone intervistate crede che sia possibile ridurre il rischio di sviluppare un tumore, con percentuali più elevate tra i partecipanti a corsi della LILT rispetto al gruppo di controllo. In caso di preoccupazioni oncologiche i soggetti del gruppo sperimentale tendono ad affidarsi di più al proprio medico curante e a considerare utili le informazioni da lui fornite. C'è una maggiore consapevolezza degli esami preventivi da svolgere, che includono visite ginecologiche e pap-test, mentre le analisi del sangue (indicate in misura maggiore nel gruppo di controllo) sono meno appropriate per la diagnosi oncologica.

Risultati moderatamente positivi anche in termini di sensibilizzazione alla prevenzione: nel gruppo sperimentale le persone hanno compreso di più la necessità di controllare periodicamente la propria salute o di quanto sia cruciale rivolgersi al medico all'insorgere dei primi sintomi, senza indugiare incorrendo in rischi di aggravamento. Ricordiamo che la necessità di accettare qualsiasi lavoro per poter rinnovare il permesso di soggiorno, ripagare il viaggio o inviare rimesse ai famigliari rimasti in patria porta gli individui ad un iper-investimento nel lavoro e quindi a trascurare la propria salute.

Le persone che hanno partecipato alla formazione hanno sviluppato una percezione più chiara che la salute dipende dalle proprie scelte personali: sono più consapevoli dei benefici di una diagnosi precoce (7 persone su dieci la pensano così contro 6 persone su dieci del gruppo di controllo), considerano meno la difficoltà economica come un ostacolo di accesso alle cure.

Significativi anche i risultati relativi all'alimentazione: chi ha seguito i corsi della LILT ha sviluppato una maggiore consapevolezza del legame tra salute e condizioni di vita, con un forte accento sull'importanza di una dieta sana (ad esempio riconosce più facilmente i rischi legati al consumo di alcuni alimenti come la carne rossa rispetto a quanto avviene nel gruppo di controllo). Anche sul consumo di alcol, il gruppo sperimentale ha dimostrato maggiore consapevolezza rispetto ai rischi per la salute, in particolare tra le persone di età superiore ai 50 anni. Meno incisive invece le attività per quanto riguarda il tabagismo e la necessità di svolgere attività fisica come strategie efficaci nella prevenzione delle malattie.

Il progetto però è stato particolarmente efficace ed utile per le persone più vulnerabili. La popolazione immigrata non rientra tout court in una popolazione debole, anche perché il campione è costituito da persone con un'elevata anzianità migratoria, con percorsi di stabilizzazione e integrazione ben riusciti alle spalle e buona conoscenza del paese in cui vivono da molti anni. Accanto a loro, però, vi sono altri individui immigrati, giunti in Italia da meno tempo, con oggettive difficoltà di accesso di tipo burocratico o linguistico, che versano in condizioni di vita precarie sia dal punto di vista lavorativo che abitativo. La precarietà giuridica, in particolare, influenza le possibilità di prendersi cura della propria salute, a partire dalla disponibilità di un medico curante a cui rivolgersi.

Le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari sono numerose, non solo gli ostacoli giuridici e le barriere linguistiche o le fragilità psicologiche (si pensi alla situazione post-traumatica di molti richiedenti asilo), ma anche la consapevolezza dei propri diritti e la capacità di esercitarli. Dai dati emerge chiaramente che i migranti privi di permesso di soggiorno o con permessi temporanei registrano punteggi più bassi in termini di consapevolezza della prevenzione.

Per queste persone, che spesso partono da una base di conoscenze del sistema sanitario molto più bassa, l'impatto del progetto è stato maggiore, configurandosi come un canale di promozione della "cittadinanza sanitaria". Non basta infatti riconoscere dei diritti sulla carta per far sì che il diritto alla tutela della propria salute venga effettivamente esercitato: per far ciò occorrono informazioni, capacità di azione nel sapere a chi rivolgersi, quali esami effettuare, come approcciare un sistema sanitario che talvolta si conosce poco. Il progetto "Salute senza frontiere" da questo punto di vista accompagna e promuove la salute degli immigrati più fragili.

## ALLEGATO STATISTICO

Tab. 1a: Attualmente ha un medico di famiglia?

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo	Totale
Si	228	163	391
No	22	41	63
Non lo so	3	13	16
Totale	253	217	470

Tab. 1b: Attualmente ha un medico di famiglia per status giuridico

	Si	No / Non lo so	Totale
Ho acquisito la cittadinanza italiana	76	1	77
Ho fatto richiesta per le cittadinanza italiana	35	5	40
Ho la cittadinanza di un paese dell'Unione europea	10	3	13
Ho un permesso di soggiorno di lunga durata	131	16	147
Ho un permesso di soggiorno di breve durata	61	9	70
Sono un richiedente asilo	14	9	23
Al momento non ho il permesso di soggiorno (o mi è scaduto)	7	22	29
Altro	4	1	5
Mancante risposte	53	13	66
Totale	391	79	470

Tab. 2a: In generale come si rapporta col medico?

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo	Totale
Mi rivolgo al medico anche quando sto bene, per fare dei controlli sulla salute	47	39	86
Mi rivolgo al medico appena ho i primi sintomi di una malattia	50	30	80
Mi rivolgo al medico quando i sintomi di una malattia durano da un po' di tempo	65	54	119
Mi rivolgo al medico solo quando sto proprio male, per esempio non riesco ad andare a lavorare	86	78	164
Non ho un medico a cui rivolgermi	5	16	21
Totale	253	217	470

Tab. 2b: In generale come si rapporta col medico per situazione abitativa

	Vivo con la mia famiglia	Vivo da solo	Vivo insieme a connazionali/ altri immigrati	Vivo insieme ad amici
Mi rivolgo al medico anche quando sto bene, per fare dei controlli sulla salute	18,9%	13,2%	6,9%	9,1%
Mi rivolgo al medico appena ho i primi sintomi di una malattia	15,5%	23,7%	20,7%	18,2%
Mi rivolgo al medico quando i sintomi di una malattia durano da un po' di tempo	27,8%	18,4%	31,0%	18,2%
Mi rivolgo al medico solo quando sto proprio male, per esempio non riesco ad andare a lavorare	33,1%	39,5%	34,5%	45,5%
Non ho un medico a cui rivolgermi	4,7%	5,3%	6,9%	9,1%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tab. 3: Incontra qualcuna di queste difficoltà nei servizi di cura? (massimo 3 risposte)

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo	Totale
Le visite mediche costano troppo	82	63	145
Ho poco tempo a disposizione	83	62	145
E' difficile capire i referti medici (sono scritti in un linguaggio troppo tecnico)	51	46	97
Non si riesce ad accedere ai servizi sanitari gratuiti perché i tempi di attesa sono troppo lunghi	115	98	213
Non so a quali servizi sanitari posso rivolgermi	30	34	64
Ho altre cose più importanti da fare	8	11	19
Altro	1	1	2
Totale	370	315	685

Tab. 4: Se avvertisse i sintomi di una malattia o se fosse preoccupato di ammalarsi di qualcosa, dove cercherebbe informazioni su questa malattia? (massimo 2 risposte)

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo	Totale
Ne parlerei con i miei familiari o chiederei ad amici	71	58	129
Mi rivolgerei ad un medico di cui mi fido	165	127	292
Mi rivolgerei al pronto soccorso	58	36	94
Cercherei di farmi un'idea della malattia su internet, perché oggi in rete si trovano molte informazioni utili	58	57	115
Chiederei un consiglio all'associazione di connazionali che frequento perché con loro ho un rapporto di fiducia	9	12	21
Ne parlerei all'Ambasciatore LILT della Salute	24	16	40
Non saprei proprio a chi rivolgermi	5	14	19
Altro	0	1	1
Totale	390	321	711

Tab. 5: Secondo lei a che età bisognerebbe iniziare a pensare alla propria salute?

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo	Totale
Prima dei 30 anni	133	126	259
Dai 30 ai 40 anni	49	40	89
Dai 40 ai 50 anni	51	33	84
Dai 50 ai 60 anni	16	11	27
Dai 60 ai 70 anni	3	5	8
Dopo i 70 anni	1	2	3
<b>Totale</b>	<b>253</b>	<b>217</b>	<b>470</b>

Tab. 6: A volte ci si ammala in certi momenti della vita, perché si vive una situazione difficile. Secondo lei le persone si ammalano soprattutto:

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo	Totale
Quando sono deboli	50	36	86
Quando sono tristi	8	17	25
Quando sono sole	13	10	23
Quando lavorano troppo e/o fanno lavori faticosi e dannosi	72	50	122
Quando sono stressate o hanno forti preoccupazioni	101	86	187
In nessuno dei casi precedenti	5	11	16
Altro	4	7	11
<b>Totale</b>	<b>253</b>	<b>217</b>	<b>470</b>

Tab. 7: Secondo lei, per quali motivi alcune persone si ammalano più facilmente? (massimo 2 risposte)

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo	Totale
Perché mangiano cibi dannosi	92	46	138
Perché fumano	22	26	48
Perché bevono troppi alcolici	11	17	28
Perché non fanno attività fisica	22	26	48
Perché non controllano abbastanza la propria salute	94	95	189
Altro	12	7	19
<b>Totale</b>	<b>253</b>	<b>217</b>	<b>470</b>

Tab. 8: Si può fare qualcosa per evitare di ammalarsi? Ci può fare qualche esempio?

<b>Alcune frasi del gruppo sperimentale</b>	<b>Alcune frasi del gruppo di controllo</b>
Fare sempre i controlli medici	Ascoltare il proprio corpo, mangiare bene e fare i controlli
Mangiare sano e fare attività fisica	Fare le analisi di base e non aspettare troppo a rivolgersi al medico
Fare attività fisica e stare attenti a cosa mangiare	Evitare grassi saturati, poco sale e prodotti conservati
Camminare e fare esercizio	Dovremmo mangiare cibo sano e fare attività fisica
Farsi fare i controlli medici	Mangiare sano e anche molto
Mangiare sano, fare esercizio, non stressarsi	Mangiare bene e fare attività fisica
Curare la propria salute, fare visite generali	Prenditi cura della tua salute fisica e psicologica
Fare i controlli medici regolarmente	Avere abitudini sane nella vita
Avere una corretta alimentazione e una vita sana	Fare controlli medici costanti
Disciplina e mangiare sano	Mangiare bene e prendere le vitamine
Mangiare sano, dormire bene, evitare lo stress	Dieta equilibrata e prendere le vitamine giuste
Mangiare sano, non bere alcolici, non fumare	Dormire bene e non fumare
Fare la prevenzione	Prevenire meglio che curare
Fare controlli medici costanti	Controllarsi regolarmente
Smettere di fumare e fare più controlli sulla salute	Dieta bilanciata, attività fisica, vita regolare, prevenzione
Mangiando più verdure e fare esercizio	Sport e seguire le prescrizioni del medico
Cibi buoni e attività fisica	Fare attività fisica e bere tanta acqua
Seguire una sana abitudine	Prendere medicinali
Rivolgersi subito al dottore se qualcosa non va bene	Forse riuscire a vivere più sereni potrebbe aiutare ad ammalarsi molto di meno
Seguire uno stile di vita sano	Non mangiare cibo spazzatura
Assumi cibo sano e fai almeno 2 ore di esercizio fisico al giorno	Stare bene con se stessi, amare di più se stessi, avere più tempo per se stessi...
Controlli periodici, alimentazione sana, attività fisica	Smettere di fumare e bere, condurre una vita più sana
Fare attività fisica, mangiare sano, fare controlli	Conducete uno stile di vita sano, fate un check-up
Stile di vita salutare e regolare controllo screening	Almeno una volta all'anno sottoporsi ad una visita medica
Bisogna avere più informazioni sul benessere fisico e i diritti dei lavoratori sulla malattia	Prevenzione della salute. Visite mediche. Analisi di sangue. Attività fisica. Vita felice.
Controllare periodicamente la propria salute	Dormire bene
Fare controlli regolarmente	Riguardarsi un pò di più.. a volte basta poco
Mangiare bene e fare sport e dormire 8h	Essere felice
Stile di vita sano e controlli periodici	Usage mascherina, evitare lo stress, Meditare
Fare esami di prevenzione	É necessario consultare subito un medico
Fare controlli frequentemente	La nostra vita dipende da due cose, cosa mangiamo, e cosa pensiamo!

Tab. 9: I termini medici non sono mai facili da capire quando non si svolge quel tipo di lavoro. Ad esempio secondo lei c'è differenza tra prevenzione primaria e diagnosi precoce?

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo	Totale
Non c'è differenza, sono la stessa cosa (n° risposte da 0 a 50)	90	60	150
Si c'è differenza, sono due cose diverse (n° risposte da 51 a 100)	163	117	280
Mancate risposte		40	40
Totale	253	217	470
Punteggio medio da 0 a 100	56,8	61,7	58,8

Tab. 10: Dicono che alcune malattie si possono prevenire con uno stile di vita sano. Ma cosa significa avere uno stile di vita sano? Ordinare le risposte, per prima quella che conta di più per avere uno stile di vita sano e poi quelle che contano di meno.

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
Fare attività fisica regolarmente	1°	1°
Andare dal medico per controllare la propria salute	2°	2°
Mangiare cibi biologici	3°	5°
Non fumare	4°	3°
Mangiare almeno tre volte al giorno	5°	4°
Essere magri	6°	6°

Tab. 11: Secondo lei esistono dei cibi che, se mangiati troppo spesso, possono diventare dannosi per la salute? (massimo 3 risposte)

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo	Totale
Carni rosse e salumi	176	120	296
Dolci	159	142	301
Cibi molto salati	183	130	313
Uova	16	26	42
Formaggi, latte, latticini	36	46	82
Carni bianche	12	16	28
Pesce	18	21	39
Cibi molto speziati	67	57	124
Altro	1	2	3
Totale	668	560	1.228

Tab. 12: Le capita di bere vino o alcolici fuori dai pasti?

	<b>Gruppo sperimentale</b>	<b>Gruppo di controllo</b>	<b>Totale</b>
Non ne bevo mai	167	115	282
Più o meno una volta al mese	55	65	120
Circa una volta a settimana	21	28	49
Più di tre volte a settimana	5	6	11
Si, quasi tutti i giorni	5	3	8
<b>Totale</b>	<b>253</b>	<b>217</b>	<b>470</b>

Tab. 13: All'incirca quante sigarette fuma al giorno?

	<b>Gruppo sperimentale</b>	<b>Gruppo di controllo</b>	<b>Totale</b>
Nessuna, non fumo	233	185	418
Nessuna perché ho smesso di fumare	8	7	15
Meno di 5 al giorno	7	7	14
Da 5 a 10 al giorno	3	8	11
Da 10 a 20 al giorno	0	6	6
Più di 20 al giorno	2	4	6
<b>Totale</b>	<b>253</b>	<b>217</b>	<b>470</b>

Tab. 14: Quante volte fa attività fisica in una settimana (fa sport, va in palestra, va a correre...)?

	<b>Gruppo sperimentale</b>	<b>Gruppo di controllo</b>	<b>Totale</b>
Tutti i giorni	38	26	64
3 o più volte a settimana	31	36	67
2 volte a settimana	24	32	56
1 volta a settimana	47	38	85
Mai o meno di una volta a settimana	113	85	198
<b>Totale</b>	<b>253</b>	<b>217</b>	<b>470</b>

Tab. 15: Ci si ammala indipendentemente da quello che facciamo, è una questione di fortuna, dipende dal destino o dalla volontà divina

	<b>Gruppo sperimentale</b>	<b>Gruppo di controllo</b>	<b>Totale</b>
Risposte in disaccordo con l'affermazione (n° risposte da 0 a 50)	139	97	236
Risposte in accordo con l'affermazione (n° risposte da 51 a 100)	114	80	194
Totale	253	177	430
Punteggio medio da 0 a 100	42,2	43,3	45,0

Tab. 16: Ci si ammala perché si fanno poche visite di controllo e non si va dal medico quando si sta bene e in salute

	<b>Gruppo sperimentale</b>	<b>Gruppo di controllo</b>	<b>Totale</b>
Risposte in disaccordo con l'affermazione (n° risposte da 0 a 50)	87	66	153
Risposte in accordo con l'affermazione (n° risposte da 51 a 100)	166	111	277
Totale	253	177	430
Punteggio medio da 0 a 100	60,8	60,1	60,5

Tab. 17: Ci si ammala perché non ci si cura immediatamente ai primi sintomi della malattia, si va dal medico solo quando si sta proprio male

	<b>Gruppo sperimentale</b>	<b>Gruppo di controllo</b>	<b>Totale</b>
Risposte in disaccordo con l'affermazione (n° risposte da 0 a 50)	60	45	105
Risposte in accordo con l'affermazione (n° risposte da 51 a 100)	193	132	325
Totale	253	177	430
Punteggio medio da 0 a 100	70,6	69,0	69,9

Tab. 18: Ci si ammala perché non si hanno i soldi per curarsi

	<b>Gruppo sperimentale</b>	<b>Gruppo di controllo</b>	<b>Totale</b>
Risposte in disaccordo con l'affermazione (n° risposte da 0 a 50)	155	93	248
Risposte in accordo con l'affermazione (n° risposte da 51 a 100)	98	84	182
Totale	253	177	430
Punteggio medio da 0 a 100	38,4	46,4	41,7

Tab. 19: Tra le varie malattie ci sono i tumori. Si può fare qualcosa per diminuire il rischio di avere un tumore?

	<b>Gruppo sperimentale</b>	<b>Gruppo di controllo</b>	<b>Totale</b>
Risposte in disaccordo con l'affermazione (n° risposte da 0 a 50)	50	54	104
Risposte in accordo con l'affermazione (n° risposte da 51 a 100)	203	123	326
Totale	253	177	430
Punteggio medio da 0 a 100	73,0	68,9	71,3

Tab. 20: Se temesse di avere un tumore, dove cercherebbe informazioni più precise su questa malattia? (massimo 2 risposte)

	<b>Gruppo sperimentale</b>	<b>Gruppo di controllo</b>	<b>Totale</b>
Ne parlerei con i miei familiari o chiederei ad amici	47	43	90
Mi rivolgerei ad un medico di cui mi fido	199	132	331
Mi rivolgerei al pronto soccorso	46	25	71
Cercherei di farmi un'idea della malattia su internet, perché oggi in rete si trovano moltissime informazioni utili	31	31	62
Chiederei un consiglio all'associazione di connazionali che frequento perché con loro ho un rapporto di fiducia	14	12	26
Ne parlerei all'Ambasciatore LILT della Salute	67	18	85
Non saprei proprio a chi rivolgermi	7	12	19
Altro	1	1	2
Totale	412	274	686

Tab. 21: Se temesse di avere un tumore quali visite farebbe tra queste? (massimo 3 risposte)

	<b>Gruppo sperimentale</b>	<b>Gruppo di controllo</b>	<b>Totale</b>
Pap-test	154	63	217
Visita ginecologica	160	81	241
Visita senologica o ecografia al seno	152	67	219
Mammografia	117	71	188
Esame della prostata	17	31	48
Analisi del sangue	86	99	185
Nessuna di queste	5	7	12
Altro	2	8	10
Totale	693	427	1.120

Tab. 22: Se temesse di avere un tumore, quali informazioni considera più utili per potersi curare? (massimo 2 risposte)

	<b>Gruppo sperimentale</b>	<b>Gruppo di controllo</b>	<b>Totale</b>
Mi fido completamente del mio medico curante (medico di base se presente o altro medico di fiducia)	156	79	235
Cerco di sentire il parere di un secondo medico	99	98	197
Ne parlerei con i miei famigliari o con i miei amici	27	22	49
Cerco comunque altre informazioni in internet per avere un quadro più completo di come si può curare questa malattia	34	25	59
Chiederei informazioni al medico che avevo nel mio paese di origine perché mi fido di lui o perché nel mio paese di origine ci sono medicinali che qui non si usano	28	15	43
Tra i miei connazionali in Italia c'è un medico molto bravo, chiederei un parere e un consiglio a lui	10	12	22
Non andrei dal medico perché ho il timore di essere rinviato al mio Paese	2	3	5
Ne parlerei all'Ambasciatore LILT della Salute	73	18	91
Altro	1	0	1
<b>Totale</b>	<b>430</b>	<b>272</b>	<b>702</b>

Tab. 23: Pensa che possa essere utile avere una figura di riferimento, nella comunità dei suoi connazionali, che possa fornire informazioni sanitarie

	<b>Gruppo sperimentale</b>	<b>Gruppo di controllo</b>	<b>Totale</b>
Molto	158	74	232
Abbastanza	54	48	102
Poco	25	35	60
Per niente	16	20	36
<b>Totale</b>	<b>253</b>	<b>177</b>	<b>430</b>

Tab. 24: Ha partecipato a degli incontri di formazione della LILT nel corso del 2024?

	<b>Gruppo sperimentale</b>	<b>Gruppo di controllo</b>	<b>Totale</b>
Si	253		253
No		177	177
Senza risposta		40	40
<b>Totale</b>	<b>253</b>	<b>217</b>	<b>470</b>

Tab. 25: Dopo le attività della LILT a cui ha partecipato pensa che cambierà qualcosa nel suo stile di vita o nel suo rapporto con i sistemi sanitari?

<b>Alcune frasi del gruppo sperimentale</b>
Si, farò più controlli
Si starò più attenta alla cura così da poter prevenire
Si
Mi farò più visite
Farò più visite
Stare più attenti alla salute e darle importanza
Si, camminerò molto di più
Si molto utile
Mi farò visitare
Si, cambierà lo stile di mia vita
Stare attenti alla propria salute
Forse
Sicuramente si, lo stile di vita e il controllo
Mangiare meglio
Non lo so
Si, almeno so a chi rivolgermi oppure consigliare alle amiche
Si, molto
Forse
Yes
Si
Yes
Yes I am more concerned with my health
Si dovrei fare più visite mediche
Si, sarò più attenta
Fare attività fisica
Non lo so, forse
Farò i controlli annuali
Si molto
Ci proverò, ma non so
Si, ho già cambiato il mio modo di mangiare
No lo so
No
Assolutamente sì, ho imparata tante cose che non sapevo, è un aiuto molto importante

Tab. 26: Sarebbe interessato a partecipare a degli incontri informativi che parlano di salute e di prevenzione dei tumori?

	<b>Gruppo sperimentale</b>	<b>Gruppo di controllo</b>	<b>Totale</b>
Si	243	140	383
No	7	35	42
Senza risposta	2	3	5
<b>Totale</b>	<b>252</b>	<b>178</b>	<b>430</b>

Tab. 27: Genere

	<b>Gruppo sperimentale</b>	<b>Gruppo di controllo</b>	<b>Totale</b>
Femmina	229	137	366
Maschio	16	23	39
Genere non binario		3	3
<b>Totale</b>	<b>245</b>	<b>163</b>	<b>408</b>

Tab. 28: Fasce d'età

	<b>Gruppo sperimentale</b>	<b>Gruppo di controllo</b>	<b>Totale</b>
meno di 30 anni	19	35	54
da 30 a 40 anni	37	28	65
da 40 a 50 anni	78	50	128
da 50 a 60 anni	77	32	109
da 60 anni e oltre	34	18	52
<b>Totale</b>	<b>245</b>	<b>163</b>	<b>408</b>

Tab. 29a: Area geografica di provenienza

	<b>Gruppo sperimentale</b>	<b>Gruppo di controllo</b>	<b>Totale</b>
Africa	39	29	68
America Latina	20	35	55
Asia	157	35	192
Europa	29	64	93
<b>Totale</b>	<b>245</b>	<b>163</b>	<b>408</b>

Tab. 29b: Nazionalità di provenienza

Paese di nascita	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo	Totale
Philippines	106	24	130
Sri Lanka	50	4	54
Ukraine	17	29	46
Peru	15	20	35
Senegal	23	3	26
Italy	4	13	17
Romania	5	7	12
Nigeria	9		9
Ivory Coast	2	7	9
Albania		6	6
Cameroon	1	4	5
Egypt		5	5
Pakistan	1	3	4
Venezuela		4	4
Bolivia	2	1	3
Ecuador	2	1	3
Gambia		3	3
Brazil	1	2	3
Tunisia		2	2
Russia	2		2
Georgia		2	2
Hungary		2	2
Costa d'Avorio		2	2
Chile		2	2
Africa - altri paesi	4	3	7
Asia - altri paesi		2	2
Europa - altri paesi	1	7	8
America - altri paesi		5	5
<b>Totale</b>	<b>245</b>	<b>163</b>	<b>408</b>

Tab. 30a: anzianità migratoria

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo	Totale
meno di 3 anni	21	52	73
da 3 a 10 anni	25	25	50
da 10 a 20 anni	69	29	98
da 20 a 30 anni	85	40	125
oltre 30 anni	35	7	42
Totale	235	153	388

Tab. 30b: anzianità migratoria condizioni lavorativa

	meno di 3 anni	Da 3 a 10 anni	da 10 a 20 anni	da 20 a 30 anni	oltre 30 anni
Lavoro a tempo pieno e/o in modo continuativo	11,0%	38,0%	36,7%	49,6%	40,5%
Lavoro diverse ore a settimana (meno di 36 ore) in modo continuativo	12,3%	18,0%	27,6%	26,4%	26,2%
Lavoro in modo sporadico e non continuativo	5,5%	10,0%	12,2%	11,2%	11,9%
Sono disoccupato e sto cercando lavoro	38,4%	10,0%	7,1%	3,2%	7,1%
Sono una casalinga	13,7%	24,0%	12,2%	8,0%	11,9%
Sono uno studente	15,1%	0,0%	2,0%	0,8%	0,0%
Invalido	1,4%	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%
Pensionato	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%
Senza risposta	2,7%	0,0%	1,0%	0,8%	0,0%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%

Tab. 31: istruzione

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo	Totale
nessuna o solo corsi di italiano	10	12	22
Scuola dell'obbligo / primaria o simili (all'incirca sino a 5 anni di scuola)	37	22	59
Scuola secondaria (da 6 anni a 9 anni di scuola)	43	26	69
Istruzione superiore da 10 a 14 anni di scuola)	82	40	122
Istruzione universitaria (oltre 15 anni di scuola)	72	63	135
Totale	244	163	407

Tab. 32a: condizione sul mercato del lavoro

	<b>Gruppo sperimentale</b>	<b>Gruppo di controllo</b>	<b>Totale</b>
Lavoro a tempo pieno e/o in modo continuativo	102	52	154
Lavoro diverse ore a settimana (meno di 36 ore) in modo continuativo	65	27	92
Lavoro in modo sporadico e non continuativo	26	14	40
Sono disoccupato e sto cercando lavoro	21	29	50
Sono una casalinga	26	24	50
Sono uno studente	1	14	15
Invalido	2	0	2
Pensionato	1	0	1
<b>Totale</b>	<b>244</b>	<b>160</b>	<b>404</b>

Tab. 32a: condizione sul mercato del lavoro per anzianità migratoria

	<b>Numero medio di anni in Italia</b>
Lavoro a tempo pieno e/o in modo continuativo	19
Lavoro diverse ore a settimana (meno di 36 ore) in modo continuativo	19
Lavoro in modo sporadico e non continuativo	20
Sono disoccupato e sto cercando lavoro	8
Sono una casalinga	13
Sono uno studente	5
Invalido	6
Pensionato	31
<b>Totale</b>	<b>17</b>

Tab. 33: condizione abitativa

	<b>Gruppo sperimentale</b>	<b>Gruppo di controllo</b>	<b>Totale</b>
Vivo con la mia famiglia	198	119	317
Vivo da solo	23	15	38
Vivo insieme a connazionali/altri immigrati	14	15	29
Vivo insieme ad amici	3	8	11
Vivo in un centro di accoglienza o altra struttura collettiva	2	3	5
Vivo presso il datore di lavoro	4	3	7
<b>Totale</b>	<b>244</b>	<b>163</b>	<b>407</b>

Tab. 34: provincia di residenza

	<b>Gruppo sperimentale</b>	<b>Gruppo di controllo</b>	<b>Totale</b>
Bergamo		1	1
Bologna		2	2
Campobasso	14	22	36
Chieti		1	1
Como	3	3	6
Firenze		7	7
Lecco	1	3	4
Milano	188	99	287
Monza-Brianza	34	20	54
Napoli		1	1
Padova		1	1
Pavia	2		2
Udine		1	1
Varese	1		1
<b>Totale</b>	<b>243</b>	<b>161</b>	<b>404</b>

Tab. 35: religione

	<b>Gruppo sperimentale</b>	<b>Gruppo di controllo</b>	<b>Totale</b>
Cattolico	66	59	125
Protestante/evangelico	88	20	108
Ortodosso	22	36	58
Musulmano	25	21	46
Buddista	39	4	43
Induista	0	1	1
Non credo in nessuna religione	3	17	20
Ateo o agnostico	1	3	4
Altro	1	2	3
<b>Totale</b>	<b>245</b>	<b>163</b>	<b>408</b>

Tab. 36a: status giuridico

	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo	Totale
Ho acquisito la cittadinanza italiana	52	25	77
Ho fatto richiesta per le cittadinanza italiana	24	16	40
Ho la cittadinanza di un paese dell'Unione europea	2	11	13
Ho un permesso di soggiorno di lunga durata	110	37	147
Ho un permesso di soggiorno di breve durata	42	28	70
Sono un richiedente asilo	4	19	23
Non ho il permesso di soggiorno (o mi è scaduto)	10	19	29
Altro	0	5	5
<b>Totale</b>	<b>244</b>	<b>160</b>	<b>404</b>

Tab. 36b: status giuridico per anzianità migratoria

	meno di 3 anni	Da 3 a 10 anni	da 10 a 20 anni	da 20 a 30 anni	oltre 30 anni	Totale
Ho acquisito la cittadinanza	0,0%	6,0%	14,3%	26,4%	40,5%	17,3%
Ho fatto richiesta per le cittadinanza italiana	0,0%	6,0%	12,2%	14,4%	14,3%	10,1%
Ho la cittadinanza di un paese dell'Unione europea	2,7%	6,0%	3,1%	2,4%	2,4%	3,1%
Ho un permesso di soggiorno di lunga durata	17,8%	30,0%	51,0%	43,2%	28,6%	37,1%
Ho un permesso di soggiorno di breve durata	26,0%	40,0%	17,3%	7,2%	9,5%	17,8%
Sono un richiedente asilo	26,0%	6,0%	0,0%	0,8%	0,0%	5,9%
Al momento non ho il permesso di soggiorno (o mi è scaduto)	24,7%	6,0%	2,0%	4,0%	2,4%	7,5%
Altro (specificare)	1,4%	0,0%	0,0%	0,8%	2,4%	0,8%
Senza risposta	1,4%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%
<b>Totale</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

## Riferimenti bibliografici

Ambrosini M. (2020). *L'invasione immaginaria. L'immigrazione oltre i luoghi comuni*. Roma-Bari: Laterza.

Ambrosini M. e Campomori F. (2024). *Le politiche migratorie*. Bologna: Il Mulino.

Fiorio C., Frattini T. e Riganti A. (2024). Il contributo economico dell'immigrazione. In IDOS (2024). *Dossier statistico immigrazione*. Roma: IDOS, pp.332-338.

Molli S.M. (2018). *Gli stranieri stanno bene. Salute e integrazione degli immigrati*. Una ricerca della Fondazione Franco Verga. Milano: ITL

Piore M. (1979). *Birds of Passage. Migrant Labour and Industrial Societies*. New York: Cambridge University Press.

Zini A. (2024). Analisi del fabbisogno di manodopera domestica in Italia: prospettive per il 2025 e interventi normativi recenti. In IDOS (2024). *Dossier statistico immigrazione*. Roma: IDOS, pp. 307-310.

Il progetto è stato parzialmente finanziato dal Community Award Program 2023 di Gilead

**Community Award**  
PROGRAM  
UN'INIZIATIVA GILEAD

