



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche
ed Ostetriche

**Popolazione migrante in Italia
e accesso ai servizi sanitari**

Relatore:
Prof.ssa Emilia Prospero

Tesi di Laurea di:
Alice Lanari

A.A. 2023/2024

“Una volta ho letto che la scelta di emigrare nasce dal bisogno di respirare.

È così.

E la speranza di una vita migliore è più forte di qualunque sentimento”.

(“Nel mare ci sono i coccodrilli”, Fabio Geda)

INDICE

1. Introduzione	1
1.1 La migrazione: definizione e cause principali	1
1.2 I migranti: definizione e tipologie	1
1.3 Le caratteristiche della popolazione migrante in Italia	4
1.4 I bisogni di salute dei migranti	6
1.5 Immigrazione e accesso al sistema sanitario in Italia	7
1.6 La prevenzione: un problema aperto	9
2. Obiettivo	11
2.1 Obiettivi primo anno	11
2.2 Obiettivi secondo anno	11
3. Materiali e metodi	12
3.1 Disegno di studio	12
3.2 Richiesta al Comitato Etico	12
3.3 Strategie di ricerca	12
3.4 Popolazione e campionamento	14
3.5 Setting	14
3.6 Sviluppo e validazione del questionario	15
3.6.1 Fase 1: Elaborazione del questionario	16
3.6.2 Fase 2: Validità dei contenuti	17
3.6.3 Fase 3: Validità interna	19

3.7	Studio trasversale	21
3.8	Analisi statistiche	22
4.	<i>Risultati</i>	23
5.	<i>Discussione</i>	39
6.	<i>Conclusione</i>	45
7.	<i>Bibliografia</i>	47
8.	<i>Allegati</i>	55
	Allegato 1: Form di richiesta al comitato etico	55
	Allegato 2: Parere Comitato Etico	58
	Allegato 3: Questionario	59
	Allegato 4: Lettera di presentazione del progetto	65
	Allegato 5: Informativa al consenso del trattamento dei dati personali	66

1. Introduzione

1.1 La migrazione: definizione e cause principali

La migrazione è un fenomeno che da sempre caratterizza la storia dell'umanità ed è definita come “un processo di spostamento, sia attraverso i confini internazionali che dentro ad un paese, che coinvolge ogni tipo di spostamento delle persone, a prescindere dalle cause” (Council of Europe Portal – migrazione e migranti). L'Italia è storicamente meta di importanti fenomeni migratori provenienti dalla rotta del Mediterraneo e dai vicini Balcani. Le crisi politiche ed economiche, le disuguaglianze socioeconomiche, i conflitti, la globalizzazione ed i cambiamenti climatici sono solo alcune delle cause principali di migrazione (Silenzi, Marotta, Caredda, Sá Machado, Severoni, Rezza, 2023). Dopo il calo di migrazioni registrate durante la pandemia da Covid-19, con gli ultimi avvenimenti geopolitici, ed in particolare con lo scoppio del conflitto in Ucraina, i flussi hanno ripreso notevolmente a salire. Infatti, in Italia, al 1° gennaio 2023, gli stranieri presenti in Italia sono circa 5 milioni e 775 mila, 55mila in meno rispetto alla stessa data del 2022. La popolazione straniera residente in Italia è invece aumentata di circa 110.000 unità (XXIX Rapporto ISMU sulle migrazioni 2023).

Inoltre, la crisi climatica che stiamo vivendo ha un impatto notevole sui flussi migratori, in quanto i sempre più frequenti disastri idrogeologici, inondazioni, e condizioni meteorologiche estreme costringono milioni di persone a fuggire dalla loro abitazione, pur rimanendo entro i propri confini nazionali. Secondo l'Osservatorio degli Sfollati Interni (2022), nel 2021 la crisi ambientale ha generato 24 milioni di sfollati interni ed entro il 2050 si prevede che il cambiamento climatico provocherà lo sfollamento di 200-250 milioni di persone, colpendo circa il 3% della popolazione dell'Africa Subsahariana, dell'Asia meridionale e dell'America Latina (Rigaud et al., 2018).

1.2 I migranti: definizione e tipologie

La parola “migrante” è un concetto più complesso da definire, in quanto racchiude più significati a seconda del contesto e perché a livello internazionale non esiste una definizione universalmente condivisa. Secondo la definizione suggerita dall'OCSE (2013) vengono considerati immigrati le persone nate all'estero ma regolarmente

residenti in Italia. Tuttavia, la politica ed i costrutti sociali hanno fatto sì che nel linguaggio comune rientrano nella definizione di “migranti” solo una parte di tutti i cittadini stranieri residenti in Italia, i cosiddetti cittadini “extra-comunitari”, cioè non appartenenti all’Unione Europea e provenienti da paesi più poveri del nostro (Ambrosini, 2017, p. 2-3). In questa “etichetta sociale” vengono quindi esclusi cittadini svizzeri, francesi, portoghesi e dei vicini Balcani, ma anche calciatori o cantanti famosi, considerando immigrati solo persone svantaggiate e provenienti dai paesi più poveri del mondo, come ad esempio Africa o Asia, spesso vittime di emarginazioni sociali con importanti ricadute sulla loro salute mentale e fisica.

Esistono vari tipi di migranti, in base al motivo per cui decidono di migrare dal proprio paese. Il Glossario sulle Migrazioni (2019) è un documento in continuo aggiornamento sviluppato dallo IOM in cui sono racchiuse le definizioni dei principali status di migrante, con lo scopo di creare un linguaggio comune. Si distinguono in:

- 1) *migrante economico*: persona che si è mossa dal suo paese di origine per migliorare le sue condizioni di vita, cercando un lavoro;
- 2) *migrante irregolare*: una persona che si sposta o si è spostata attraverso un confine internazionale e non è autorizzato ad entrare o a soggiornare in uno Stato ai sensi delle leggi di tale Stato e agli accordi internazionali, oppure chi è arrivato regolarmente ma a cui è scaduto il visto o il permesso di soggiorno;
- 3) *migrante climatico*: è una persona costretta a lasciare la propria abitazione e il territorio in cui vive a causa di disastri naturali o degrado ambientale. Spesso il migrante climatico è uno “sfollato interno”, cioè si muove dal proprio territorio in un altro luogo ma all’interno di uno Stato. Tale categoria è destinata a crescere per l’attuale crisi climatica che stiamo vivendo e l’OIM stima che entro il 2050 ci potranno essere 200 milioni di migranti climatici nel mondo;
- 4) *rifugiato*: è un termine generico che indica una persona che è scappata dal proprio paese per cercare protezione in un altro. L’Alto Commissariato per i rifugiati delle Nazioni Unite (UNHCR) riconosce in tale categoria coloro che rientrano nei criteri stabiliti dal loro statuto: sono dunque titolari della protezione che l’agenzia Onu può offrirgli. Secondo la Convenzione di Ginevra del 1951, il rifugiato è una persona che, a causa di un fondato timore di persecuzione per motivi di razza, religione, nazionalità,

appartenenza a un particolare gruppo sociale o opinione politica, si trova fuori dal suo paese di origine e non può o, a causa di tale timore, non vuole avvalersi della protezione di quel paese; oppure chi, non avendo una nazionalità e trovandosi al di fuori del paese della sua abituale residenza, è impossibilitato, o, a causa di tale paura, non è disposto a tornarvi”.

5) *profugo*: persona scappata per motivi di sopravvivenza, solitamente a causa di guerre o conflitti, ma che non rientra necessariamente nella categoria di rifugiato.

6) *clandestino*: è un termine che non esiste né nelle definizioni internazionali né nel diritto dell’Unione Europea, ma si è diffuso in Italia a seguito della legge Bossi-Fini del 30 luglio 2002, n. 189, che ha introdotto alcune disposizioni contro le immigrazioni clandestine. Si distingue dunque dalla migrazione irregolare in quanto riguarda solo coloro che abbiano violato le regole sull’ingresso nel territorio e non abbiano alcun titolo legale per rimanervi (sono quindi esclusi i richiedenti asilo e chi lo ha ottenuto).

7) *richiedente asilo*: un individuo che richiede protezione internazionale. In paesi con procedure individualizzate, un richiedente asilo è qualcuno la cui richiesta non è stata ancora definitivamente decisa dal paese in cui lo ha presentato. Di solito entra nel territorio in maniera irregolare, ma dal momento in cui presentano la richiesta sono regolarmente soggiornanti e dunque non possono essere definiti clandestini.

Le persone che dunque decidono di fuggire da guerre, fame, disastri naturali o soprusi e migliorare le proprie condizioni di vita possono richiedere diverse forme di protezione, alcune internazionali, e altre che dipendono dal paese ospitante:

1) asilo politico: è la prima e più importante forma di protezione internazionale e può essere riconosciuta a un richiedente asilo da uno stato membro della convenzione di Ginevra del 1951, ovvero una serie di trattati delle Nazioni Unite in cui è contenuta la convenzione relativa allo statuto dei rifugiati. L’asilo politico consente di conseguire lo status di rifugiato, che la convenzione all’art. 1 lo definisce come “chiunque, nel giustificato timore d’essere perseguitato per la sua razza, la sua religione, la sua cittadinanza, la sua appartenenza ad un determinato gruppo sociale o le sue opinioni politiche, si trova fuori dallo Stato di cui possiede la cittadinanza e non può o, per tale timore, non vuole domandare la protezione di detto Stato”. Dal momento in cui viene

inoltrata la richiesta di asilo fino all'accoglimento della domanda, la persona assume lo "status di richiedente asilo", acquisendo il permesso di soggiorno e la possibilità di lavorare, nonché accedere al servizio sanitario nazionale o ai diritti allo studio.

2) protezione sussidiaria: è un'altra forma di protezione internazionale, prevista anche dall'Unione europea e recepita dal diritto italiano che viene riconosciuta a chi non rientri nella definizione di rifugiato. È stabilita dal D.Lgs 251/2007 e definisce la persona "nei cui confronti sussistono fondati motivi di ritenere che, se ritornasse nel Paese di origine (...) correrebbe un rischio effettivo di subire un grave danno come definito dal presente decreto e il quale non può o, a causa di tale rischio, non vuole avvalersi della protezione di detto Paese". I diritti che ne derivano sono simili all'asilo politico.

3) protezione speciale: è una protezione introdotta dal D. L. del 2018 n. 113, chiamato anche "decreto sicurezza", che aboliva la protezione umanitaria istituita dal testo unico sull'immigrazione nel 1998. Tale protezione prevede che: "non sono altresì ammessi il respingimento o l'espulsione di una persona verso uno Stato qualora esistano fondati motivi di ritenere che l'allontanamento dal territorio nazionale comporti una violazione del diritto al rispetto della sua vita privata e familiare, a meno che esso sia necessario per ragioni di sicurezza nazionale, di ordine e sicurezza pubblica nonché di protezione della salute nel rispetto della Convenzione relativa allo statuto dei rifugiati".

Infine, il ricongiungimento familiare è una procedura che può essere richiesta dallo straniero residente in Italia solo se è in possesso di alcuni requisiti: carta o permesso di soggiorno in corso di validità, un alloggio per ospitare i familiari che devono essere ricongiunti e un reddito minimo annuo che tenga conto anche dei familiari conviventi (Integrazionemigranti.gov.it - L'unità familiare). Come vedremo nel paragrafo successivo, tale procedura è uno dei principali motivi di ingresso di migranti nel nostro Paese.

1.3 Le caratteristiche della popolazione migrante in Italia

La popolazione migrante in Italia è estremamente eterogenea. Analizzando le etnie maggiormente presenti nel territorio nazionale, le prime dieci risultano essere gli albanesi, i marocchini, i bengalesi, i pakistani, gli indiani, gli egiziani, gli ucraini, gli inglesi, i cinesi e i nigeriani (ISTAT, 2022). In particolare, gli ucraini risultano essere

una presenza stabile nel nostro paese ancor prima dello scoppio della guerra, risultando, dopo la Polonia, il Paese dell'Unione Europea che ne ospitava il numero maggiore. Dopo l'inizio del conflitto, a fine settembre 2022, sono state registrate 159 mila richieste di protezione temporanea di persone in fuga (ISTAT, 2022). Da un punto di vista sociodemografico, la popolazione migrante in Italia risulta avere un'età media di circa 35 anni e una struttura di genere nell'insieme equilibrata, trattandosi nel 49% dei casi di donne, anche se con notevoli differenze all'interno dei singoli gruppi etnici e i minori rappresentano quasi il 21% dei migranti, superando anche la popolazione italiana che è pari al 15,3%. La maggior causa di ingresso nel nostro Paese è per motivi familiari, seguito dai motivi lavorativi. In crescita i permessi connessi alla protezione internazionale, registrando quasi 31 mila nuovi permessi nel 2021, soprattutto tra i cittadini del Pakistan, del Bangladesh e della Nigeria (ISTAT, 2022).

Negli ultimi anni la rotta del Mediterraneo è stata la principale porta di ingresso dei migranti in Italia. Secondo l'Unicef, l'Italia è il primo paese d'arrivo di rifugiati e migranti in Europa: oltre 22.700 gli arrivi nei primi 6 mesi del 2024, di cui più di 4,400 minori, con una forte diminuzione rispetto allo stesso periodo del 2023, anno in cui gli arrivi erano stati oltre 157.600 (UNICEF, 2024). Lampedusa rappresenta il principale punto d'arrivo via mare. Tantissime donne e bambini si mettono in viaggio dai loro Paesi d'origine, principalmente dell'Africa Subsahariana, fuggendo da guerre e persecuzioni, in cerca di una vita migliore, costretti ad attraversare il deserto prima ed il mare poi. Il viaggio è davvero pericoloso, poiché i migranti rischiano sia di essere abusati dai trafficanti, soprattutto donne e bambini, sia di morire lungo la traversata nel mare¹⁶. Infatti, il Mediterraneo ed è stato teatro, purtroppo, di numerosissimi naufragi. I numeri sono spaventosi: negli ultimi dieci anni si registrano quasi 30.000 morti (Save The Children, 2024); nei primi sei mesi del 2023 sono morti o dispersi circa 1300 migranti, registrando il dato più alto dal 2017 ed è una sottostima del numero reale (Missing Migrants Project Data, Organizzazione Internazionale per le migrazioni, 2024). Nei primi sei mesi del 2024, sono oltre 920 i morti e i dispersi in tutto il Mediterraneo, pari a più di 5 persone al giorno (Save The Children, 2024). L'Italia sta compiendo sforzi enormi in termini di operazioni di salvataggio in mare e gestione della migrazione nell'entroterra, ma sono necessari ulteriori sforzi (Silenzi, 2023). Tali condizioni

espongono dunque i migranti ad uno stress psicologico devastante che può mettere in pericolo la loro salute (Heywood, López-Vélez, 2019).

1.4 I bisogni di salute dei migranti

I migranti sono una popolazione eterogenea estremamente vulnerabile che può presentare diversi bisogni sanitari a seconda del proprio paese di origine, della propria cultura, religione e della fase del percorso migratorio (Greenaway, Castelli, 2019). Di solito i migranti e i rifugiati godono di buona salute, ma possono essere esposti a vari rischi. Infatti, generalmente, nel loro paese d'origine sono presenti sistemi sanitari mediocri e prima di arrivare nel Paese ospitante devono affrontare lunghi ed estenuanti viaggi, spesso in condizioni igieniche e di sicurezza scadenti, come ad esempio l'utilizzo di acque contaminate, che possono esporli a infezioni, incluse quelle prevenibili da vaccino.

Vengono però spesso segnalati anche altri problemi, come ad esempio i disturbi post-traumatici, depressione e ansia, legati soprattutto alla lunghezza del processo di richiesta di protezione internazionale e alle difficili condizioni socioeconomiche, come disoccupazione ed isolamento sociale. Anche i minori non accompagnati sono un gruppo particolarmente vulnerabile, in quanto possono essere oggetto di rapimento e tratta di esseri umani per la vendita e lo sfruttamento (OMS, 2018).

Per tali motivi, ad oggi lo status di migrante è riconosciuto come un determinante chiave della salute. Inoltre, i migranti spesso non riescono ad accedere all'assistenza sanitaria fornita dal Paese ospitante per vari motivi come la mancata conoscenza del sistema, dei loro diritti, delle difficoltà amministrative, delle barriere linguistiche, nonché della loro cultura (Figueiredo, Silva, Sharma, Neves, 2020; Hjelm, Bard, Nyberg, Apelqvist, 2003). Di solito, infatti, nei Paesi di origine non vi è la cultura della prevenzione, dei vaccini e della promozione di stili di vita sani²⁴. Il ritardo di accesso alle cure li espone quindi a maggiori rischi per la salute, come ad esempio lo sviluppo di malattie infettive, croniche ed oncologiche (Fang, Ragin, 2020; Heywood, 2019; Miller, Bowers, Payne, Moyer, 2019; Pelullo, Cantore, Lisciotta, Di Giuseppe, Pavia, 2021).

1.5 Immigrazione e accesso al sistema sanitario in Italia

Il sistema sanitario italiano è un sistema sanitario nazionale (SSN) organizzato su base regionale che fornisce copertura universale gratuita per le cure ospedaliere e con partecipazione ai costi per le cure ambulatoriali e farmaceutiche (Legge 23 dicembre 1978, n. 833 - Istituzione del servizio sanitario nazionale). È basato sul principio dell'universalità, cioè garantisce l'accesso ai servizi sanitari a tutti i residenti, indipendentemente dalla loro origine etnica o status migratorio. Ciò significa che i migranti, inclusi coloro che non hanno la cittadinanza italiana, hanno diritto di accedere ai servizi sanitari. Il Decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 38 “Attuazione della direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché della direttiva 2012/52/UE, comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro stato membro” disciplina l'accesso all'assistenza sanitaria, che è garantito a tutta la popolazione migrante, sia a quella regolarmente residente che a quella irregolarmente presente. I cittadini stranieri titolari di permesso di soggiorno in corso di validità sono tenuti all'iscrizione al SSN, che consente ai cittadini stranieri e ai loro familiari di avere gli stessi diritti sanitari dei cittadini italiani e di scegliere il proprio medico di base o il pediatra per i minori. I migranti privi di permesso di soggiorno o il cui permesso è scaduto da più di 60 giorni hanno comunque diritto alle cure essenziali e urgenti richiedendo un apposito codice identificativo, chiamato Straniero Temporaneamente Presente o STP (straniero temporaneo), valido su tutto il territorio nazionale. Tale codice è anonimo, può essere usato solo per scopi medici, è valido per sei mesi e può essere rinnovato (Ministero del lavoro, 2021).

Tuttavia, ci sono alcuni fattori che possono limitare l'accesso effettivo ai servizi sanitari per i migranti:

- *documentazione*: coloro che non hanno documenti regolari o un permesso di soggiorno potrebbero incontrare difficoltà nell'accedere ai servizi sanitari, nonostante il principio dell'universalità. Lo stato di regolarità o irregolarità è quindi un'altra causa importante che impedisce l'accesso ai servizi sanitari, in quanto si teme che una condizione di irregolarità possa essere segnalata alle autorità (Figueiredo, 2020);

- lingua e barriere culturali: la lingua e le differenze culturali possono essere un ostacolo per comprendere il funzionamento del sistema sanitario e per comunicare con i medici e il personale sanitario. La letteratura scientifica indica la barriera linguistica come ostacolo principale (Figueiredo, 2020; OMS, 2018);
- religione: gli immigrati affrontano sfide di adattamento culturale che influiscono sui loro comportamenti e risultati in termini di salute, con informazioni sanitarie e fattori culturali che influenzano le loro azioni (Hamed, vol. 45, Issue 3, 2023). La religione riveste un ruolo di primaria importanza perché racchiude tutta la cultura del Paese di provenienza. Le convinzioni individuali sono determinate culturalmente e possono influenzare la salute, le pratiche di cura di sé, il tipo di assistenza sanitaria ricercata e il grado di concordanza. La distanza culturale e religiosa è essenziale per comprendere la pratica della cura di sé e il comportamento di ricerca delle cure (Hjelm, 2003). Lo studio di Bianco (2017) ha rilevato come le donne immigrate di origine asiatica avevano un tasso inferiore di partecipazione al Pap Test rispetto alle donne immigrate europee in quanto tale procedura risulta essere invasiva e più personale, motivo per il quale può ridurre l'aderenza agli screening e il rivolgersi al medico solo in stadi avanzati, in presenza di sintomi, riducendo la probabilità di guarire. Tale tendenza è stata evidenziata anche in Italia, nella Regione Marche, da un recente studio (Di Biagio, Bracci, Peconi, Gasperini, Manasse, Pompili, Sarti, Lanari, Prospero, 2024) che verrà citato nel paragrafo successivo.
- Titolo di studio e occupazione: i bassi livelli socioeconomici e di istruzione influiscono negativamente sull'accesso ai servizi sanitari e sono la causa delle disuguaglianze della salute. In particolare, il peso del cancro cervicale rimane sproporzionatamente elevato tra le donne socio economicamente svantaggiate (Downs, Smith, Scarinci, Flowers, Parham, 2008). Oltre l'85% dei tumori cervicali si verifica in donne con basso status socio-economico³⁵, conseguenza del fatto che le donne immigrate partecipano meno ai programmi di screening rispetto alle donne italiane (Bianco, 2017; Bianco, 2016; Di Biagio, 2024; Pelullo 2021).

- disponibilità di informazioni: i migranti potrebbero non essere a conoscenza dei loro diritti di accesso ai servizi sanitari o delle procedure da seguire per ottenere assistenza. Infatti, di solito il sistema sanitario italiano è molto diverso da quello del paese di origine dei migranti (Richter, Vallianatos, Green, Obuekwe, 2020) e non vi è cultura preventiva (Raynault, Féthière, Côté, 2020) non esistono né screening, né vaccini e non si è a conoscenza della loro gratuità (Heywood, 2019; Greenaway, 2019).

Per affrontare tali sfide, alcune organizzazioni non governative e istituzioni in Italia hanno implementato progetti e servizi mirati a migliorare l'accesso ai servizi sanitari per i migranti, ma sono necessarie maggiori politiche a supporto dei migranti e soprattutto un ulteriore impegno per capire le barriere di accesso ai servizi sanitari.

Tutelare la salute di rifugiati e migranti è dunque un obiettivo della nazione, sia perché quello della salute è un diritto fondamentale (Art. 32 della Costituzione italiana), sia perché è uno dei principi su cui si fonda il nostro SSN (Legge 23 dicembre 1978, n. 833 - Istituzione del servizio sanitario nazionale). L'assistenza sanitaria è il modo migliore per salvare vite umane, tagliare costi sanitari e proteggere la salute delle popolazioni residenti (OMS, 2018) Inoltre, tali popolazioni contribuiscono attivamente allo sviluppo dei paesi ospitanti e di quelli nativi ("Common Home", Migrazione e sviluppo in Italia – Caritas Europa, 2019, pag. 21).

1.6 La prevenzione: un problema aperto

Nonostante i programmi di orientamento, i servizi di interpretariato, il supporto legale e le iniziative volte a ridurre le barriere burocratiche, le disparità nella partecipazione agli interventi di prevenzione primaria continuano a persistere nel tempo ed appartenere ad una minoranza etnica vuol dire curarsi di meno e morire di più (De Jesus, 2021; Pelullo, 2021). La diversità di accesso agli screening è anche un fattore culturale e mancanza di alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*), cioè la capacità di ottenere, elaborare e capire informazioni sanitarie di base e accedere ai servizi di salute in modo da effettuare scelte consapevoli (Istituto Superiore di Sanità, 2018).

A titolo esemplificativo si riportano i risultati di un recente studio a cui ho partecipato condotto sui dati del Registro Tumori Marche. L'indagine ha evidenziato come le donne

straniere si ammalano di cancro della cervice uterina quasi dieci anni prima rispetto alle donne italiane (Tabella 1 e 2), e con maggiore probabilità di avere un'istologia a cellule squamose (Di Biagio, 2024).

Tabella 1: Età alla diagnosi dell'ICC (Cancro Cervicale Infiltrante) delle donne italiane e straniere.

Caratteristiche	Tutti	Italiane	Straniere	p-value
	n (%)	n (%)	n (%)	
Cancro Cervicale Infiltrante				
Totale	651 (100)	500 (77)	151 (23)	
Età alla diagnosi				
Media (range)	55 (20-93)	58 (20-93)	50 (24-79)	<0.0001

Tabella 2: Tassi di incidenza standardizzati per neoplasie infiltranti (ICC) e in situ (ISCC) per donne italiane e straniere con intervallo di confidenza (CI) al 95%. Regione Marche, 2010-2019.

	Italiane	Straniere
	(95% CI)	(95% CI)
ICC	7.9 (7.2-8.6)	26.5 (21.9-31.9)
ISCC	29.2 (27.7-30.7)	55.1 (48.9-61.9)

I risultati sottolineano ancora di più le disuguaglianze e la poca adesione ai programmi di screening anche nella Regione Marche.

Essendo quindi la migrazione un fenomeno notevolmente complesso per diversi aspetti, risultano necessari ulteriori sforzi nella ricerca al fine di comprendere i motivi dell'esitazione all'accesso al sistema sanitario e poter quindi costruire politiche sanitarie che possano ridurre le disuguaglianze e rendere equa la fruizione dei servizi sanitari soprattutto alle popolazioni più svantaggiate.

2. Obiettivo

L'obiettivo dello studio è indagare nella popolazione migrante conoscenze, attitudini e comportamenti relativamente ai servizi sanitari analizzando potenziali ostacoli alla espressione della domanda e alla fruizione dell'offerta.

2.1 Obiettivi primo anno

1. Ricerca bibliografica relativa all'argomento dei migranti e all'accesso ai servizi sanitari, tramite ricerca su banche date e siti scientifici.
2. Creazione del questionario
3. Richiesta di approvazione del progetto al Comitato Etico

2.2 Obiettivi secondo anno

1. Presentazione del progetto al personale docente che assisterà alla somministrazione dei questionari ai migranti al fine di sensibilizzare, informare e formare i docenti sull'argomento e sull'importanza della ricerca
2. Validazione del questionario:
 - validità del contenuto da parte del personale docente
 - studio pilota per il calcolo della consistenza interna
3. Somministrazione del questionario a tutti i corsi del CPIA di Pesaro-Urbino
4. Analisi dei dati al fine di individuare i fattori associati al mancato accesso ai servizi offerti attraverso l'utilizzo delle misure di associazione
5. Discussione dei dati
6. Limiti e conclusioni dello studio

Dopo tali fasi, sono previsti interventi di educazione sanitaria da attuare nelle classi del CPIA per aumentare la conoscenza in ambito sanitario e diminuire gli ostacoli al suo accesso.

3. Materiali e metodi

3.1 Disegno di studio

Lo studio è di tipo osservazionale trasversale.

3.2 Richiesta al Comitato Etico

Per poter condurre lo studio, è stato richiesto il parere al Comitato Etico dell'Università Politecnica della Marche in quanto la ricerca coinvolge esseri umani e la rilevazione dei loro dati personali, nonché la validazione di un nuovo questionario. I comitati etici sono stati sanciti dal Decreto del Ministero della Salute dell'8 febbraio 2013 "Criteri per la composizione il funzionamento dei comitati etici e sono degli organismi indipendenti che hanno la funzione di "garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere delle persone in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela". Nella Regione Marche la delibera della Giunta Regionale del 15 maggio 2023 n. 627 istituisce il CET (Comitato Etico Territoriale) delle Marche con sede presso l'Azienda Ospedaliera-Universitaria delle Marche. Senza l'approvazione del comitato etico non è possibile intraprendere nessuna sperimentazione o ricerca scientifica sugli esseri umani, a sottolineare il fatto che il bene delle persone è un diritto primario ed inviolabile (AIFA, 2014). Al fine di ricevere l'approvazione per iniziare lo studio, è stato necessario compilare il form apposito (Allegato 1: Form di richiesta al comitato etico) disponibile sul sito dell'Università all'indirizzo

https://www.univpm.it/Entra/Ateneo/Associazioni_e_comitati/Comitato_Etico_per_la_ricerca_di_Ateneo e allegare il protocollo dello studio, il questionario e la nota informativa ai partecipanti con il consenso informato. La richiesta è stata inviata in data 25/07/2023 ed è stata approvata in data 04/08/2023, prot. n. 0165650 (Allegato 2: Parere Comitato Etico).

3.3 Strategie di ricerca

Per prima cosa è stato formulato il quesito di ricerca attraverso il PICOST (Tabella 3). È stata effettuata una ricerca bibliografica sul tema dell'accesso ai servizi sanitari dei migranti utilizzando il motore di ricerca PubMed della National Library of Medicine.

La ricerca è stata effettuata utilizzando la combinazione delle seguenti parole chiave tradotte in inglese e gli operatori booleani AND e OR: "migranti", "refugees", "accesso ai servizi sanitari", "accesso alle cure", "prevenzione", "Papilloma Virus" prima nel setting internazionale e poi in quello italiano.

Criteri di inclusione:

- articoli pubblicati negli ultimi dieci anni
- pertinenza al tema di studio
- lingua inglese
- qualsiasi tipo di studio

Criteri di esclusione:

- studi non pertinenti con il tema di interesse
- studi la cui popolazione riguardava bambini e soggetti minorenni

La ricerca è stata inoltre integrata con una ricerca manuale di articoli correlati. Inoltre, sono stati consultati libri, riviste ed articoli scientifici, linee guida, leggi e siti internet.

Tabella 3: Metodo PICOST

P	Popolazione migrante presente sul territorio italiano
I	Indagine sulle possibili barriere di accesso ai servizi sanitari
C	/
O	Migliorare la fruizione dei servizi offerti
S	Medline-Pubmed
T	Ultimi cinque anni

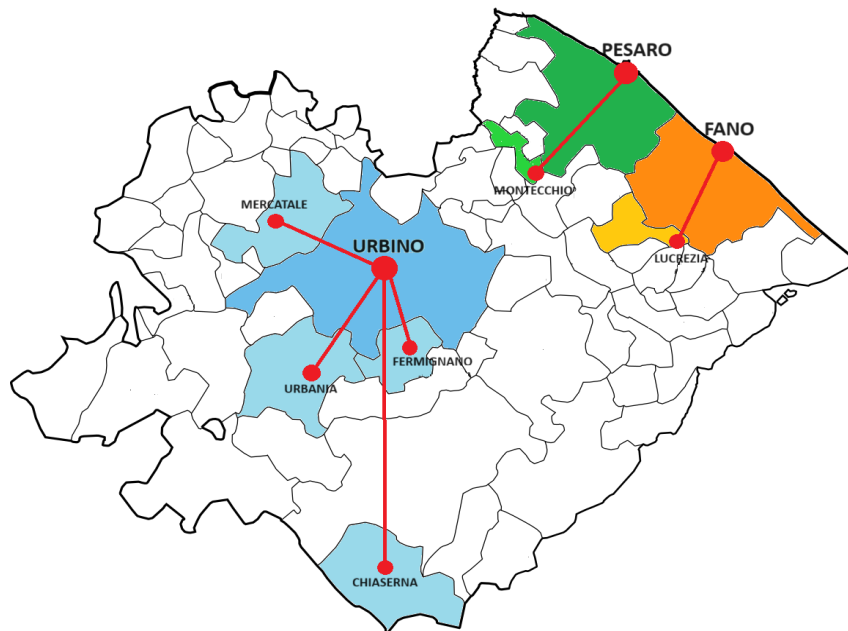
3.4 Popolazione e campionamento

Lo studio ha coinvolto gli studenti maggiorenni che frequentano i corsi di scuola di lingua italiana per stranieri del Centro Provinciale per l'Istruzione degli Adulti (C.P.I.A.) di Pesaro-Urbino. È stato utilizzato un campionamento non probabilistico con strategia di convenienza. Sono stati intervistati tutti gli studenti presenti in classe nelle giornate scelte per la raccolta dati. Gli studenti assenti al momento della raccolta dati non sono stati intervistati in seguito.

3.5 Setting

Lo studio si è svolto presso la scuola di lingua italiana per stranieri organizzata dal Centro Provinciale per l'Istruzione degli Adulti (C.P.I.A.) di Pesaro-Urbino che ha tre sedi associate (Fano, Pesaro, Urbino) e sei punti di erogazione dislocati su tutta la provincia (Lucrezia, Montecchio, Mercatale, Fermignano, Urbania, Chiaserna) che possono variare di anno in anno in base alle iscrizioni (Figura 1).

Figura 1: Mappa geografica delle sedi del CPIA della provincia di Pesaro-Urbino dell'anno scolastico 2023/2024.



Tale istituto si occupa di organizzare percorsi formativi per l'educazione permanente degli adulti, a cui si possono iscrivere anche adulti stranieri che intendono compiere percorsi di Alfabetizzazione e Apprendimento della Lingua Italiana (percorsi "AALP"). Tali percorsi permettono di conseguire un titolo attestante il raggiungimento di un livello di conoscenza della lingua italiana non inferiore al livello A2 del quadro comune europeo di riferimento delle lingue, elaborato dal Consiglio d'Europa. Il percorso completo ha una durata di 200 ore e si struttura in:

- 1) Accoglienza (ascolto dei bisogni formativi) - durata dieci ore
- 2) Livello A1 (contatto con la lingua italiana) - durata cento ore
- 3) Livello A2 (livello di sopravvivenza con la lingua) - durata ottanta ore
- 4) Formazione civica (integrato al livello A2) - durata dieci ore

Inoltre, per gli stranieri privi di scolarizzazione nel proprio paese di origine, o che hanno un alfabeto diverso da quello latino, vengono predisposti specifici moduli di livello "PreA1".

Per chi invece vuole proseguire gli studi, sono disponibili corsi che rilasciano licenza media e diploma di scuola superiore, denominati rispettivamente corsi di "Primo Livello – Medie" e "Primo Livello – Raccordo".

Si accede compilando un modulo online di preiscrizione, disponibile in varie lingue, in cui si deve scegliere il percorso che si vuole seguire, la sede in cui si vuole seguire il corso e poi vengono richieste le informazioni anagrafiche del corsista, la data di arrivo in Italia, le lingue parlate, il grado di istruzione, il permesso di soggiorno, la situazione lavorativa e se si soggiorna in una cooperativa. Tali corsi sono dislocati in numero disomogeneo nelle varie sedi.

3.6 Sviluppo e validazione del questionario

Al fine di condurre l'indagine, è stato predisposto un questionario ad hoc (Allegato 3: Questionario) per raccogliere i dati di nostro interesse in quanto non disponibile in letteratura. Il processo di sviluppo e validazione degli item del questionario si è composto di tre fasi:

1. Elaborazione di item sulla base della ricerca della letteratura effettuata, per rispettare lo scopo dello studio

2. Valutazione della validità dei contenuti inviando la prima bozza dello strumento ai docenti della scuola e modificando il questionario sulla base dei loro suggerimenti
3. Validazione del questionario attraverso la conduzione di uno studio pilota e misurazione della consistenza interna attraverso l'Alpha di Cronbach.

3.6.1 Fase 1: Elaborazione del questionario

Sulla base della ricerca bibliografica effettuata, è stato elaborato il questionario. La prima bozza di questionario è composta da 87 item, suddivisi in cinque sezioni, composti da domande aperte, categoriche e continue.

Le sezioni riguardano:

1. *Informazioni sociodemografiche*: genere, età, stato civile, titolo di istruzione, figli, religione praticata, paese di origine/nazionalità, anni o mesi di permanenza in Italia, livello di conoscenza della lingua italiana, anno di iscrizione al corso di lingua italiana, eventuale conoscenza di altre lingue, situazione lavorativa, status;
2. *Stato di salute*: percezione del proprio stato di salute, eventuali malattie o problemi di salute cronici, frequenza negli ultimi sei mesi di alcune condizioni, livello di soddisfazione nella pratica di attività religiose/spirituali;
3. *Livello di conoscenze in ambito sanitario*: conoscenza di corretta alimentazione, prevenzione delle malattie, vaccini, screening e della loro gratuità;
4. *Stile di vita*: abitudini alimentari (consumo di frutta e verdura, consumo di bevande alcoliche), attività sportiva, abitudine tabagica;
5. *Utilizzo dei servizi sanitari*: registrazione al Sistema Sanitario Nazionale, conoscenza, frequenza di utilizzo, motivo di ingresso e grado di soddisfazione dei servizi del Sistema Sanitario Nazionale (medico di base, visite specialistiche, consultorio, pronto soccorso, guardia medica, ospedale), effettuazione del vaccino contro l'HPV, fruizione dei programmi di screening italiani negli ultimi tre anni, preferenze riguardo al sesso del medico,

maggiori ostacoli all'accesso ai servizi sanitari, motivo del perché non si è mai sottoposti a vaccini e screening, interessamento ad eventuale formazione con personale dedicato riguardo ai servizi sanitari, come usufruirne e sulle abitudini e comportamenti per ridurre il rischio di malattie.

È stata predisposta inoltre la lettera di presentazione al progetto (Allegato 4: Lettera di presentazione del progetto) e la relativa informativa al questionario con consenso al trattamento dei dati personali (Allegato 5: Informativa e consenso al trattamento dei dati personali). In tale documento viene descritto lo scopo dello studio e spiegato che il questionario sarà anonimo. Le informazioni raccolte verranno trattate con la massima riservatezza e verranno utilizzate solo a scopo di ricerca, in forma aggregata e non a livello individuale ai sensi della legge vigente in materia di privacy (D.Lgs del 10 agosto 2018, n. 101 “Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati); Regolamento UE 2016/679 – GDPR (General Data Protection Regulation). I dati raccolti saranno successivamente soggetti ad elaborazione statistica e trasformati in forma totalmente anonima, al fine di essere inseriti in pubblicazioni e/o presentati in congressi, convegni e seminari a carattere scientifico. Al fine di facilitare la raccolta dati, il questionario è stato poi riportato sulla piattaforma Moodle disponibile all'indirizzo, https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSct0W8CFG9xPeDslsoX4gFZQjIbhvGoO9_wHL-yt4qDDCB7Vw/viewform sia trasformato in Qr code. Il questionario era anche disponibile in forma cartacea.

3.6.2 Fase 2: Validità dei contenuti

In data 11/03/2024 presso la Sede Amministrativa del CPIA di Pesaro-Urbino di Villa Caprile (PU), è stato presentato il progetto di ricerca ed i suoi obiettivi a tutto il personale docente operante nelle scuole. È stato predisposto materiale informativo ad hoc e, in particolare, è stato presentato loro il questionario al fine di ricevere dei

suggerimenti di modifica sulla base della loro esperienza per rendere le domande più adatte al campione. È stato quindi chiesto loro di indicare se ciò che era descritto negli item del questionario realizzato, rispetto all’oggetto di studio considerato, fosse “Essenziale – Utile, ma non essenziale – Non necessario). La Validità di Contenuto (VDC) è accettabile se almeno il 50% dei giudici considera essenziale l’item. A tale incontro erano presenti 16 docenti ma il questionario è stato visionato da un totale di 20 docenti. Il questionario è stato somministrato per via cartacea ai presenti e tramite mail ai docenti assenti. Il response rate è stato del 100% (20/20 docenti reclutati). Si è utilizzata la seguente formula:

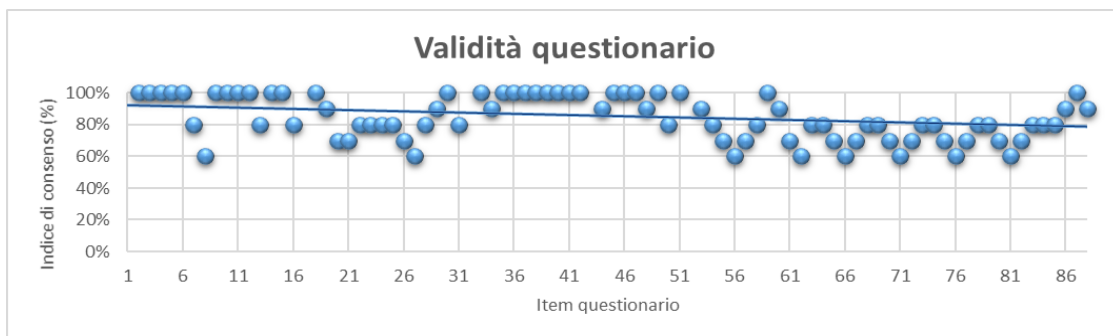
Figura 2: indice di consenso

$$Vc = \frac{G\alpha - (0,5 \times Gt)}{(0,5 \times Gt)}$$

Abbreviazioni: Vc=indice di consenso;
 $G\alpha$ =n° dei giudici che ha valutato l’item come essenziale; Gt = n° totale dei giudici

I risultati relativi ai singoli questionari si riportano qui di seguito nel “Grafico 2”.

Grafico 2: Diagramma di dispersione relativo alla validità del Questionario "Salute-Migranti"



Come si può evincere dal grafico, tutti gli item del questionario riportano un indice di consenso percentualmente pari o maggiore al 50% e si può quindi concludere che il questionario ha una validità di contenuto accettabile.

I professori hanno anche dato suggerimenti di modifica di alcune domande, al fine di renderle maggiormente comprensibili a chi ha conoscenza base della lingua italiana.

Il questionario è stato modificato secondo i seguenti punti:

- Domanda 4 (Parte 1): Titolo di istruzione – è stata riformulata la domanda in “Quanti anni hai studiato?”, togliendo le opzioni di risposta, poiché i titoli di studio

italiani potrebbero non corrispondere a quelli dei paesi di provenienza dei migranti, generando quindi confusione ed incomprensione.

- Domanda 6 (Parte 1): Religione: si tolgono le opzioni "ateo" e "agnostico", in quanto di difficile comprensione. Viene aggiunto "Nessuna religione" e altre religioni più comuni come Induismo, Buddhismo, Testimone di Geova. Inoltre, la domanda viene spostata nell'ultima sezione del questionario, come ultima domanda. I professori, infatti, ritengono che chiedere tale informazione all'inizio del questionario possa intimorire o far sentire giudicati lo studente.

- Domanda 11 (Parte 1): Occupazione – Viene riformulata la domanda in “Che lavoro fai?”, di più facile comprensione. Vengono inserite le categorie dei lavori commerciali e dei trasporti. Sulla base dell'esperienza degli insegnanti, spesso hanno incontrato camionisti e driver, oppure chi lavora nei negozi.

- Domanda 4 (Parte 2): Ti ritieni soddisfatto di come riesci a praticare le attività religiose/spirituali? – è stata modificata in: "Ti ritieni soddisfatto di come riesci a praticare la tua religione in Italia?"

- Domanda 1 (Parte 4): "Cucini regolarmente i tuoi pasti?" – Viene riformulata in: “Mangi regolarmente pasti cucinati in casa (da te o da altre persone)?” poiché i pasti potrebbero non essere cucinati dalla persona intervistata ma dalla moglie/sorella, quindi comunque non viene consumato cibo pronto o confezionato ma semplicemente cucinato da altre persone.

- Domanda 3 (Parte 5): Visite specialistiche – Viene inserito tra le opzioni anche il dentista.

- Domanda 10 (Parte 5): "Hai preferenze riguardo al sesso del medico?" – Viene aggiunta l'opzione “preferenza in base alla visita da sostenere”.

Al fine di raccogliere risultati più attendibili, il questionario è stato tradotto in quattro lingue: inglese, francese, spagnolo e arabo.

3.6.3 Fase 3: Validità interna

È stato condotto uno studio pilota dal 04/04/2024 al 09/04/2024 su un campione di 32 studenti per verificare la chiarezza, la correttezza, l'ordine delle domande del questionario e il tempo richiesto per il completamento. È stata selezionata la sede di

Pesaro centro – Istituto A. Olivieri per la conduzione dello studio pilota. È stata inclusa una classe per ogni corso di lingua italiana: una di Pre-A1, una di A1, una di A2, una di Primo Livello – Raccordo e una di Primo Livello – Medie. Non è stato possibile includere il corso di B1 in quanto non attualmente istituito nella Provincia. I partecipanti idonei allo studio erano migranti che avevano più di 18 anni, che risiedevano in Italia e che erano in grado sia di comprendere gli scopi dello studio sia di dare il consenso per la partecipazione al sondaggio. In ogni classe è stato presentato il progetto attraverso una breve introduzione esplicativa dell'obiettivo dello studio e dei riferimenti normativi in materia di trattamento e protezione dei dati personali (Regolamento Europeo 679/2016). Ad ogni partecipante è stato richiesto di dare il proprio consenso scritto, firmando l'apposito modulo di consenso informato (Allegato 5). L'indagine è risultata anonima e autosomministrata. In alcune classi il questionario è stato proiettato sulla lavagna multimediale e spiegato dagli insegnanti, al fine di rendere le domande più comprensibili e di ricevere risposte più accurate. Il questionario è stato somministrato sia in forma cartacea che tramite web attraverso la piattaforma Google Moduli, inquadrando l'apposito Qr Code. Su un totale di 32 questionari somministrati, 22 sono stati somministrati in forma cartacea e 10 tramite web. Per chi aveva maggiore difficoltà di comprensione linguistica, è stata preferita la forma cartacea.

Il tempo di somministrazione variava significativamente in base al livello del corso di italiano: per i livelli più bassi (Pre-A1 e A1), il tempo di somministrazione è stata di circa 60 minuti; per i livelli più alti (A2, Primo livello medie e raccordo), il tempo era di circa 20 minuti.

Una volta raccolti i dati ottenuti dal campione della fase pilota, è stato possibile calcolare la consistenza interna del questionario attraverso il coefficiente α di Cronbach, al fine di completare il processo di validazione del questionario. I dati raccolti sono stati opportunamente inseriti su fogli elettronici Excel e analizzati con statistica descrittiva e inferenziale. L' α di Cronbach del questionario "Salute-Migranti" è risultato essere dell'86,7%.

3.7 Studio trasversale

Dal 28/04/2024 al 30/05/2024 è stato condotto lo studio trasversale in tutte le sedi del CPIA della Provincia di Pesaro-Urbino. Sono stati inclusi tutti gli studenti maggiorenni di tutti i corsi per ogni livello di lingua italiana attivi nel periodo scelto per la raccolta dati (Tabella 4). È stato escluso un corso di Pre-Alfabetizzazione in quanto gli studenti erano analfabeti e quindi non in grado di comprendere gli obiettivi dello studio e rispondere al questionario. Il progetto è stato presentato in ogni classe, spiegando gli obiettivi principali e il beneficio dello studio, accompagnato da una lettera di presentazione (Allegato 4). Prima di iniziare la somministrazione del questionario, è stato chiesto a coloro che decidevano volontariamente di partecipare al progetto di leggere e firmare l'informativa al consenso al trattamento dei dati personali e il consenso informato (Allegato 5). In seguito, attraverso la lavagna multimediale, il questionario è stato proiettato in classe e spiegato dai professori, domanda per domanda, al fine di migliorare la comprensione dei quesiti e raccogliere dati affidabili. Il campionamento è stato di tipo non probabilistico di convenienza sulla base delle presenze giornaliere. Chi risultava assente, non è stato incluso nello studio in un secondo momento. Su un totale di 678 iscritti, i frequentanti effettivi risultavano 550. In base alle presenze nelle giornate scelte per la raccolta dati, i pazienti eleggibili risultavano 399. Sono stati però esclusi: 31 minorenni, 6 studenti italiani e 4 persone che non hanno dato il consenso. Il response rate è stato di 358/550 (65%).

Tabella 4: Studenti iscritti ai corsi attivi nel periodo 28/04/2024-30/05/2024 nel CPIA della Provincia di Pesaro-Urbino inclusi nello studio.

SEDE		CORSI				
		Pre-A1	A1	A2	Primo Livello – Medie	Primo Livello – Raccordo
FANO	Fano Centro		44	61	20	6
	Lucrezia		16	20		
PESARO	Pesaro Centro	10	121	101	19	15
	Montecchio	15	53	23		
URBINO	Urbino centro	12	22	13	6	
	Mercatale	30	40			
	Chiaserna	20				
	Fermignano	12		7		
	Urbania		12			

3.8 Analisi statistiche

Sui dati ottenuti dallo studio, sono state effettuate analisi statistiche descrittive e inferenziali. Le variabili dicotomiche e categoriali sono presentate come frequenza assoluta e percentuale. Le variabili continue sono presentate come media e deviazione standard (DS) se normalmente distribuite; altrimenti come mediana e intervallo interquartile (IQR: Q1-Q3). Si è considerato un livello di significatività $\alpha = 0.05$. È stato utilizzato il test del chi-quadro per determinare l'associazione tra le variabili nominali dicotomiche. È stato utilizzato il software statistico SPSS (versione 23.0).

4. Risultati

Sono stati intervistati 358 studenti su un totale di 545 frequentanti, per un response rate del 66%. Sono stati esclusi 31 minorenni, 6 studenti italiani e 4 studenti che non hanno dato il consenso.

1) Informazioni socio-demografiche

Le caratteristiche socio-demografiche e professionali del campione sono riassunte nella Tabella 9.

Tabella 9: Informazioni socio-demografiche dei 358 studenti intervistati del CPIA del Pesaro Urbino nel periodo 28/04/2024 – 30/04/2024.

	n	%
Genere		
Maschio	167	47
Femmina	184	51
Non risposta	6	2
Età		
18-24	77	22
25-34	139	39
35-44	82	23
45-64	45	13
> 64	7	2
Non risposta	8	2
Stato civile		
Single	136	39
Sposato	179	51
Divorziato	12	3
In una relazione	19	5
Vedova/o	4	1
Anni di studio		
≤ 5	72	20
5-10	71	20
11-16	147	41
> 17	45	13
Non risposta	23	6

Figli		
0	181	51
1	55	15
2	61	17
3	28	8
> 4	21	6
Non risposta	5	2
Paese di origine		
Asia	76	21
Africa	185	52
America	45	13
Europa	47	13
Non risposta	5	1
Corso di lingua italiana		
Pre-A1	37	11
A1	165	47
A2	125	35
Primo Livello – Medie	20	6
Primo Livello - Raccordo	7	2
Conoscenza di altre lingue		
1	195	55
2	98	27
3	42	12
4	6	2
Occupazione		
Disoccupato	68	19
Studente	61	17
Casalinga	65	18
Collaboratore domestico	18	5
Caregiver-Badante	18	5
Lavoratore nel settore commerciale	16	5
Lavoratore manuale – settore industriale	37	11
Altro (cameriera, addetto alle pulizie, lavapiatti)	75	20
Status		
Regolare	250	71
Irregolare	15	4
Richiedente asilo	86	25
Religione		
Musulmana	174	49
Cattolica	95	27
Ortodossa	25	7
Altre (induismo, buddismo, ecc)	23	6
Non pratico nessuna religione	15	4
Preferisco non rispondere	26	7

La maggior parte degli intervistati erano donne 184/358 (51%) e 139/358 (39%) dei partecipanti aveva un'età compresa tra i 24 e 35 anni. Riguardo il livello di istruzione, 147/358 (41%) del campione dichiara di aver studiato dagli 11 ai 16 anni. Il 51% del

campione è sposato e il 165/358 (49%) ha almeno un figlio. Il 52% (185/358) proviene da un Paese Africano, seguito dall'Asia 76/358 (21%), Europa 47/358 (13%) ed America 45/358 (13%). La maggior parte del campione risiede in Italia da meno di 5 anni: in particolare, 163/358 (46%) da meno di un anno e 120/358 (34%) da 13 mesi a 5 anni. La maggior parte 146/358 (42%) dichiara di conoscere abbastanza l'italiano, nonostante 202/358 (58%) è iscritto a corsi di lingua italiana di base (A1-PreA1). La totalità della popolazione conosce altre lingue. Le lingue più parlate sono: inglese, francese, spagnolo e arabo. Il 46% del campione ha un'occupazione, di cui il 5% svolge il ruolo di caregiver-badante, 37/358 (11%) lavora nel settore industriale e 75/358 (20%) svolge altri lavori, come ad esempio l'addetto alle pulizie, la cameriera o il lavapiatti. Il 54% (194/358) non lavora, di cui 68/358 (19%) è disoccupato e 65/358 (18%) fa la casalinga. Sul totale delle donne, 120/184 (65%) è disoccupato, fa la casalinga o è studentessa. Al contrario, sul totale degli uomini, solo 75/167 (21%) non ha un lavoro. La maggior parte 250/358 (71%) ha un permesso di soggiorno regolare; 86/358 (25%) è richiedente asilo e 15/358 (4%) è irregolare. La religione maggiormente professata è quella musulmana (49%), seguita dal cattolicesimo (27%).

2) Stato di salute

L'89% (315/358) del campione percepisce il suo stato di salute da buono a ottimo e 282/358 (79%) dichiara di non soffrire di alcuna malattia o problema di salute della durata superiore ai sei mesi. Il 21% (74/358) sostiene invece di soffrire di patologie croniche; in particolare, 13/73 (18%) di essi dichiara di soffrire di diabete, seguito da ipertensione 10/73 (14%), 6/73 (8%) problemi respiratori e altri disturbi in percentuali minori, come problemi cardiaci, problemi neurologici, problemi articolari, anemia. Solo una persona ha affermato di soffrire di Epatite B (1,4%).

La tabella 10 descrive la frequenza di insorgenza di alcuni segni e sintomi negli ultimi sei mesi. Il mal di testa è la condizione che si è presentata con maggiore frequenza nel campione: 137/358 (38%) almeno una volta a settimana, 36/358 (7%) almeno tre volte a settimana. A seguire, i disturbi del sonno: 77/358 (22%) almeno 1 volta a settimana e 37/358 (10%) più di 3 volte a settimana; anche l'affaticamento, i disturbi gastro-

intestinali e le vertigini/giramenti di testa si sono presentati almeno una volta settimana con una percentuale del 17-19%.

Tabella 10: Distribuzione segni e sintomi negli ultimi sei mesi dei 358 studenti intervistati del CPIA del Pesaro Urbino nel periodo 28/04/2024 – 30/04/2024.

	0=Mai	1-2 volta/sett	> 3 volte/sett
Mal di testa	143 (40%)	137 (38%)	26 (7%)
Disturbi del sonno	171 (48%)	77 (22%)	37 (10%)
Vertigini e giramenti di testa	193 (54%)	62 (17%)	17 (5%)
Difficoltà a rilassarti	201 (56%)	19 (5%)	26 (7%)
Affaticamento	176 (49%)	69 (19%)	30 (8%)
Perdita di peso	218 (61%)	37 (10%)	13 (4%)
Disturbi gastro- intestinali	191 (53%)	61 (17%)	20 (6%)
Difficoltà a respirare/senso di mancanza d'aria	219 (61%)	30 (8%)	18 (5%)

La maggior parte del campione 307/358 (87%) si ritiene soddisfatta di riuscire a praticare la propria religione in Italia, con un livello > 3 sulla scala Likert.

3) Livello di conoscenza in ambito sanitario

Il 94% (335/358) dei partecipanti allo studio sa che una corretta alimentazione è importante per mantenere un buono stato di salute e 269/358 (76%) ha avuto indicazioni su come farlo. In particolare, 117/358 (44%) di essi dichiara di aver ricevuto indicazioni da social media/internet, 104/358 (39%) dai familiari/amici, 87/358 (32%) da personale sanitario e 36/358 (13%) dalla TV. La quasi totalità del campione 343/358 (96%) sa che è importante introdurre frutta e verdura nella propria alimentazione.

Riguardo l'ambito della prevenzione delle malattie, 270/358 (77%) del totale sa cosa significa; 326/358 (92%) sa cosa è un vaccino ma 107/358 (30%) di essi non sa che sono gratuiti in Italia. Più della metà del campione 221/358 (62%) sa che esistono degli screening per individuare alcune malattie oncologiche prima che diano dei sintomi, ma 201/358 (57%) non sa che sono gratuiti. Inoltre, 239/358 (68%) non è a

conoscenza del fatto che il Papilloma Virus colpisce anche il genere maschile. Sul totale del campione maschile, solo 42/137 (31%) sa che il Papilloma Virus colpisce anche gli uomini.

4) Stile di vita

Il 92% del totale mangia pasti cucinati in casa e 93/358 (26%) mangia almeno 3 porzioni di frutta e verdura al giorno. A tavola, quotidianamente, 327/358 (92%) del campione beve acqua, seguito 48/358 (14%) bevande zuccherate e 15/358 (4%) che beve vino/birra.

Per quanto riguarda l'attività fisica, 279/358 (78%) sostiene di fare regolarmente attività fisica, con una media di 3.9 volte alla settimana.

L'82% non è un fumatore, 18/358 (5%) è un ex-fumatore e solo 47/358 (13%) dichiara di fumare regolarmente, con una media di 6.7 sigarette al giorno. Infine, 1057/358 (30%) afferma di bere occasionalmente (ad esempio 1-2 volte a settimana) bevande alcoliche; 241/358 (69%) dichiara invece di non bere mai alcolici. Solo lo 0.9% (3/358) beve alcolici quotidianamente.

5) Utilizzo dei servizi sanitari

L'82% del totale sostiene di essere registrato al Sistema Sanitario Nazionale, e quindi di possedere la tessera sanitaria. Il 75% del campione afferma di sapere dove si trova il proprio medico di medicina generale e 197/358 (57%) c'è stato negli ultimi 12 mesi, con una media di 3 volte a persona. I motivi sono stati diversi: fare impegnativa, prescrivere analisi, consulto, controllo generale, per patologie croniche (diabete, tiroide, anemia) e patologie acute (giramenti di testa, bronchite, incidente con la moto, male alla mano, gamba e colonna vertebrale). Il 135/358 (80%) ritiene di essere stato soddisfatto (livello > o uguale a 3 sulla scala Likert da 1 a 4).

Per quanto riguarda le visite specialistiche, 179/358 (57%) del totale ha effettuato visite specialistiche nell'ultimo anno. Il 40% (73/183) riferisce di essere andato dal ginecologo, seguito dal dentista 68/183 (37%). A seguire abbiamo il cardiologo e il dermatologo 19/358 (10%). In percentuale minore troviamo il neurologo (5%),

l'ortopedico (6%), il l'endocrinologo, il gastroenterologo, l'oculista. Il 51% (41/358) ritiene di sentirsi abbastanza soddisfatta (livello 3 della scala Likert).

Per quanto concerne il consultorio materno infantile, solo 101/358 (30%) sa dove si trova e solo 38/358 (11%) è andato negli ultimi 12 mesi, per una media di 2 volta all'anno. I motivi sono stati: visita ginecologica, vaccinazioni dei figli, fare mammografia. Il 65% di chi è andato riferisce un livello di soddisfazione > 3 sulla scala Likert.

Il 56% afferma di sapere dove si trova il Pronto Soccorso e solo 63/358 (19%) dichiara di esserci stato negli ultimi 12 mesi, per una media di 1,7 volte per persona. I motivi dichiarati sono stati diversi: eventi traumatici, colica renale, fratture agli arti, dolore addominale, gravidanza, problemi agli occhi, allergia, mal di testa, per accompagnare il proprio figlio, ma anche per raffreddore e influenza. Il 55% (30/63) riferisce un livello di soddisfazione 4, 15/63 (27%) 3.

Il 43% è a conoscenza di dove si trova il servizio di Guardia Medica e 291/358 (87%) riferisce di non aver avuto necessità di andare negli ultimi 12 mesi, con una media di 1,9 volte a persona. I motivi dichiarati sono stati: mal di denti, mal di testa, gastrite, per accompagnare il figlio, febbre, tosse. Il 46% riferisce un livello di soddisfazione 4.

Il 72% (246/358) sa dove si trova l'ospedale e 84/358 (25%) di essi c'è andato negli ultimi 12 mesi, con una media di 2 volte a persona. Coloro che hanno fatto accesso in ospedale ha usufruito esclusivamente di consulenze specialistiche e analisi laboratoristiche (colonscopia, visita otorino, visita infettivologo), per fare analisi del sangue e visite ginecologiche. Nessuno riferisce di essere stato ricoverato. In generale, il livello di soddisfazione è alto (l'82% riferisce un livello > 3).

Per quanto riguarda la vaccinazione contro l'HPV, 286/358 (81%) riferisce di non averlo mai ricevuto e solo 56/358 (16%) lo ha ricevuto nel proprio paese d'origine. Il 4% lo ha ricevuto in Italia.

Per quanto riguarda la fruizione dei programmi di screening negli ultimi tre anni e di che tipo, si fa riferimento alla Tabella 11. Solo 50/358 (15%) del totale ha usufruito dei programmi di screening in Italia negli ultimi 3 anni. L'82% (40/50) di essi è composto da donne, il 14% da uomini e il 4% ha preferito non indicare il proprio sesso. Il 40% (20/50) ha un'età compresa tra i 25 e i 34 anni, 13/50 (26%) tra i 35 e i

44 anni, 14/50 (28%) tra i 45 e i 64 anni. Il 58% proviene da un paese africano, il 22% (11/50) da un paese europeo, 6/50 (12%) da un paese dell’America e 4/50 (8%) da un paese asiatico. Il 12% (6/50) è in Italia da meno di 12 mesi, il rimanente 88% è in Italia da più di 13 mesi. Il 26% dichiara di avere una conoscenza della lingua italiana di livello base, il rimanente 72% dichiara di avere una conoscenza della lingua italiana di livello sufficiente-buona. Il 40% (21/50) è iscritto ad un corso di livello base della lingua italiana, il 60% ad un livello intermedio-avanzato. Il 20% (10/50) ha una scolarità di meno 5 anni, il rimanente 80% ha invece studiato più di 6 anni. La maggior parte ha effettuato il Pap-Test (64%). Chi si è sottoposto al Pap-Test, 36/52 (69%) lo ha fatto tramite lo screening gratuito, 16/69 (31%) privatamente dal ginecologo.

Tabella 11: Analisi descrittiva del tipo di screening effettuato dei 358 studenti intervistati dei CPIA del Pesaro Urbino nel periodo 28/04/2024 – 30/04/2024.

	n	%
Fruizione programmi di screening		
Sì	50	14
Screening eseguito		
Pap-Test	32	64
Mammografia	12	24
Sangue Occulto Fecale (SOF)	2	4
Non specificato	2	2
Modalità Pap-Test		
Screening gratuito	33	69
Privatamente	6	31

Per quanto riguarda la preferenza del sesso del medico, 209/358 (59%) dichiara di non avere preferenza, 69/358 (20%) dipende dal tipo di visita che si deve sostenere, 54/358 (15%) preferisce sia una donna e 22/358 (6%) preferisce sia un uomo.

Il 95/358 (27%) riferisce di non avere ostacoli all’accesso ai servizi sanitari. Del rimanente 73%, il 56% (146/358) afferma che i maggiori ostacoli all’accesso ai servizi sanitari siano a livello istituzionale. Il 76% (120/158) di essi riferisce problematiche riguardo ai lunghi tempi di attesa per accedere ai servizi sanitari, seguito da 33/158 (21%) per problematiche relative ai lunghi tempi di attesa per risposte ad esami, e

28/158 (18%) che dichiara difficoltà di trasporto ed incompatibilità con gli orari di apertura.

Il 44% che dichiara di aver ostacoli a livello personale, 98/149 (66%) riferisce problemi linguistici, costi eccessivi 29/148 (20%), 23/149 (15%) caratteristiche del medico (genere/disponibilità) e una piccola parte 8/149 (5%) riferisce di essersi sentito discriminato in quanto migrante.

Chi non si è mai sottoposto ad uno screening è la maggior parte della popolazione 304/358 (85%). Di essi, l'80% ha indicato i motivi per cui non li ha mai eseguiti. L'86% (208/241) ritiene di non avere informazioni, 15/241 (6%) riferisce di avere paura/imbarazzo/motivi religiosi e la stessa percentuale riferisce che la distanza dall'ambulatorio è eccessiva/i tempi di attesa sono troppo lunghi. 12/241 (5%) non crede nella possibilità di prevenire le malattie.

Chi non si è mai vaccinato 168/358 (47%), 137/168 (82%) ritiene di non avere informazioni, 18/168 (11%) ritiene che possano causare danni, 11/168 (7%) ritiene che la distanza dall'ambulatorio sia eccessiva/i tempi di attesa sono troppo lunghi e 7/168 (4%) ritiene che siano inutili.

L'80% ritiene utile partecipare ad incontri in cui il personale dedicato spieghi quali sono i servizi sanitari e come usufruirne e il 269/348 (77%) è interessato a partecipare ad incontri in cui personale dedicato spieghi quali siano le abitudini ed i comportamenti che possono ridurre il rischio di malattie.

Analizzando le donne di età compresa tra i 25 e 64 anni (151/184) e quindi eleggibili per il Pap-Test, solo il 41/151 (27%) ha effettuato il Pap-Test e, tra di esse, 28/41 (68%) ha usufruito dei programmi di screening gratuito e 13/41 (31%) privatamente dal ginecologo.

Analizzando le donne di età compresa tra i 45 e i 74 anni (32/184) e quindi eleggibili per lo screening mammografico, solo 2/32 (6%) ha effettuato la mammografia e, tra di esse, solo una attraverso lo screening gratuito.

Analizzando gli studenti di fascia di età compresa tra i 50 e i 69 anni (41/358) e quindi eleggibili per lo screening del Sangue Occulto Fecale (SOF), solo una persona ha effettuato lo screening raccomandato.

Analizzando il campione di studenti maschile (176/358), 125/176 (71%) non è a conoscenza che il Papilloma Virus può infettare anche gli uomini.

È stato effettuato del test del chi-quadro per determinare se due variabili qualitative nominali dicotomiche sono tra loro associate o indipendenti. La tabella 12 riassume le risposte e i risultati dell'analisi statistica in riferimento alla sezione III – Livello di conoscenza in ambito sanitario del questionario rispetto alle corrette abitudini alimentari.

Tabella 12: Analisi descrittiva delle risposte positive dei 358 studenti intervistati dei CPIA del Pesaro Urbino nel periodo 28/04/2024 – 30/04/2024 rispetto alla conoscenza delle corrette abitudini alimentari.

	CORRETTA ALIMENTAZIONE	INDICAZIONI CORRETTA ALIMENTAZIONE	FRUTTA E VERDURA
GENERE M	157 (95%)	124 (76%)	158 (95%)
GENERE F	172 (94%)	140 (77%)	178 (97%)
P-VALUE	0.331	0.472	0.160
AFRICANI	173 (95%)	141 (77%)	175 (95%)
ALTRI PAESI	162 (94%)	128 (75%)	168 (98%)
P-VALUE	0.447	0.360	0.109
MUSULMANI	160 (93%)	134 (79%)	166 (96%)
ALTRA RELIGIONE	150 (95%)	113 (72%)	152 (97%)
P-VALUE	0.247	0.096	0.355
≤12 MESI	149 (93%)	120 (75%)	155 (96%)
>12 MESI	184 (96%)	147 (77%)	185 (97%)
P-VALUE	0.136	0,414	0,281
< 5 ANNI DI STUDIO	68 (95%)	48 (68%)	67 (93%)
> 6 ANNI DI STUDIO	248 (95%)	204 (78%)	257 (98%)
P-VALUE	0.569	0.048	0.063
CORSO BASE	188 (94%)	142 (71%)	194 (96%)
CORSO INTERMEDIO- AVANZATO	142 (95%)	122 (81%)	144 (96%)
P-VALUE	0.100	0.021	0.596
LIVELLO LINGUA 1-2	122 (96%)	90 (71%)	121 (95%)
LIVELLO LINGUA 3-4	206 (93%)	171 (78%)	213 (97%)
P-VALUE	0.196	0.119	0.404
DISOCCUPATI	213 (95%)	173 (78%)	214 (96%)
LAVORATORI	118 (92%)	94 (77%)	123 (97%)
P-VALUE	0.191	0.308	0.383

Corso base: somma degli studenti che frequentano corso base di lingua italiana; Corso intermedio-avanzato: somma degli studenti che frequentano i corsi intermedi-avanzati di lingua italiana.

≤ 12 mesi: studenti che vivono in Italia da 12 mesi o meno; > 12 mesi: studenti che vivono in Italia da più di 12 mesi.

Livello lingua 1-2: studenti che dichiarano di avere una conoscenza nulla/scarsa della lingua italiana; Livello lingua 3-4: studenti che dichiarano di avere una conoscenza della lingua italiana sufficiente/buona.

Africani: studenti provenienti dai Paesi del continente africano; Altri Paesi: studenti provenienti da altri continenti.

Musulmani: studenti che praticano la religione musulmana; altre religioni: studenti che praticano altre religioni o sono atei

< 5 anni di studio: studenti che nella loro vita hanno studiato per meno di 5 anni; >6 anni: studenti che nella loro vita hanno studiato per più di 6 anni. Disoccupati: studenti non lavoratori. Includono studenti, disoccupati, casalinghe.

Lavoratori: chi ha regolarmente un lavoro a contratto.

Le colonne centrali riportano: frequenza assoluta, frequenza percentuale, p-value (test chi-quadro). Il p-value, evidenziato in grassetto, indica la significatività statistica (livello di significatività $\alpha=0.05$).

Per quanto riguarda il gruppo delle domande relative alla conoscenza delle corrette abitudini alimentari a tavola, è risultato che chi ha studiato meno di cinque anni ha meno probabilità di aver ricevuto indicazioni su come alimentarsi nella maniera corretta rispetto a chi ha studiato per più di sei anni, in maniera statisticamente significativa ($p = 0.048$). Inoltre, chi frequenta un corso di italiano base (Pre-A1 e A1) ha meno probabilità di aver ricevuto indicazioni su come alimentarsi nella maniera corretta rispetto a chi frequenta un corso di italiano intermedio avanzato (A2, Medio, Raccordo), con una differenza statisticamente significativa ($p = 0.021$). Non sono risultate differenze statisticamente significative tra il genere maschile e femminile, tra chi proviene da Paesi Africani e gli altri paesi, tra chi pratica la religione musulmana e le altre religioni, tra chi è in Italia da meno di un anno e più di un anno, tra chi ha una conoscenza bassa della lingua italiana e alta e tra i lavoratori e i disoccupati.

La tabella 13 riassume invece le risposte e i risultati dell'analisi statistica in riferimento alla sezione III – Livello di conoscenza in ambito sanitario del questionario rispetto alla conoscenza della prevenzione delle malattie. Dall'analisi statistica, è risultato che le donne hanno una maggiore probabilità rispetto agli uomini di conoscere la prevenzione delle malattie, gli screening oncologici offerti dal SSN e che il Papilloma Virus può infettare anche gli uomini, con una differenza statisticamente significativa (rispettivamente $p=0.016$, $p=0.011$, $p=0.002$).

Per quanto riguarda l'origine geografica, chi proviene dai paesi Africani ha minore probabilità rispetto a chi proviene dagli altri paesi del mondo di sapere che il Papilloma Virus può infettare anche gli uomini ($p=0.017$).

Per quanto riguarda la religione, è risultato che chi professa la religione musulmana ha maggiore probabilità rispetto a chi professa le altre religioni di sapere che gli screening oncologici sono gratuiti ($p=0.002$), ma minore probabilità di essere a conoscenza che il Papilloma Virus può infettare anche gli uomini (0.009).

Se si prende invece in considerazione il tempo di permanenza in Italia, chi è in Italia da meno di 12 mesi ha meno probabilità rispetto a chi è in Italia da più di 12 mesi di sapere che i vaccini sono gratis ($p=0.003$), che esistono degli screening oncologici per

intercettare alcuni tumori prima che compaiono ($p=0.002$) e che sono gratuiti (0.007), con una differenza statisticamente significativa.

Per quanto riguarda gli anni di studio, è risultato che chi ha studiato meno di cinque anni ha minore probabilità rispetto a chi ha studiato più di sei anni di sapere in cosa consiste la prevenzione delle malattie, con una differenza statisticamente significativa ($p=0.026$).

Per quanto riguarda i corsi di italiano cui sono iscritti gli studenti, è risultato che chi frequenta i corsi base di italiano, ha meno probabilità, rispetto a chi frequenta corsi di livello intermedio-avanzato, di sapere in cosa consiste la prevenzione delle malattie, che i vaccini in Italia sono gratuiti, che esistono dei programmi di screening oncologici e che sono gratuiti e di sapere che il Papilloma Virus può infettare anche gli uomini, con una differenza statisticamente significativa ($p < 0.001$, $p = 0.002$, $p = 0.010$, $p = 0.010$).

Per quanto riguarda il livello di conoscenza di lingua italiano dichiarato, è risultato che chi ha dichiarato di sapere la lingua poco ha meno probabilità rispetto a chi conosce la lingua in maniera sufficiente/buona di sapere che i vaccini in Italia sono gratuiti e che gli screening oncologici sono gratuiti, con una differenza statisticamente significativa (rispettivamente $p = 0.041$ e $p = 0.005$).

Per quanto riguarda la condizione lavorativa rispetto ai disoccupati, non ci sono state differenze statisticamente significative in nessuna categoria.

Tabella 13: Analisi descrittiva delle risposte positive dei 358 studenti intervistati dei CPIA del Pesaro Urbino nel periodo 28/04/2024 – 30/04/2024 rispetto alla conoscenza della prevenzione delle malattie.

	PREVENZIONE DELLE MALATTIE	CONOSCENZA VACCINO	VACCINI GRATIS	CONOSCENZA SCREENING	SCREENING GRATUITI	HPV UOMINI
GENERE M	118 (72%)	149 (90%)	158 (95%)	93 (56%)	65 (39%)	42 (25%)
GENERE F	148 (82%)	171 (94%)	178 (97%)	124 (69%)	85 (47%)	72(40%)
P-VALUE	0.016	0.107	0.160	0.011	0.087	0.002
AFRICANI	139 (76%)	168 (92%)	127 (69%)	118 (64%)	84 (46%)	49 (27%)
ALTRI PAESI	131 (77%)	158 (92%)	123 (72%)	103 (60%)	69 (40%)	65 (38%)
P-VALUE	0.530	0.570	0.318	0.237	0.149	0.017
MUSULMANI	131 (77%)	157 (92%)	121 (70%)	113 (65%)	88 (52%)	46 (27%)
ALTRA RELIGIONE	121 (77%)	147 (93%)	113 (72%)	95 (61%)	56 (35%)	63 (40%)
P-VALUE	0.552	0.418	0.423	0.215	0.002	0.009
≤12 MESI	118 (73%)	144 (89%)	102 (63%)	87 (54%)	58 (36%)	50 (31%)
>12 MESI	150 (79%)	180 (94%)	147 (75%)	133 (69%)	94 (50%)	63 (34%)
P-VALUE	0.132	0.052	0.003	0.002	0.007	0.326
< 5 ANNI DI STUDIO	47 (67%)	66 (93%)	50 (69%)	41 (57%)	24 (35%)	18 (26%)
> 6 ANNI DI STUDIO	207 (79%)	241 (92%)	183 (70%)	166 (64%)	120 (46%)	88 (34%)
P-VALUE	0.026	0.548	0.527	0.185	0.065	0.144
CORSO BASE	138 (70%)	180 (91%)	127 (63%)	107 (54%)	75 (38%)	54 (27%)
CORSO INTERMEDIO-AVANZATO	128 (86%)	140 (93%)	117 (78%)	111 (74%)	76 (51%)	59 (40%)
P-VALUE	< 0.001	0.222	0.002	< 0.001	0.010	0.010
LIVELLO LINGUA 1-2	90 (72%)	114 (91%)	81 (64%)	72 (57%)	42 (34%)	41 (34%)
LIVELLO LINGUA 3-4	174 (80%)	206 (93%)	162 (73%)	143 (65%)	107 (49%)	71 (32%)
P-VALUE	0.076	0.238	0.041	0.091	0.005	0.457
DISOCCUPATI	171 (77%)	206 (93%)	158 (71%)	135 (61%)	93 (42%)	71 (32%)
LAVORATORI	94 (76%)	114 (89%)	88 (69%)	82 (64%)	57 (45%)	43 (34%)
P-VALUE	0.477	0.215	0.383	0.313	0.298	0.355

Corso base: somma degli studenti che frequentano corso base di lingua italiana; Corso intermedio-avanzato: somma degli studenti che frequentano i corsi intermedi-avanzati di lingua italiana.

≤ 12 mesi: studenti che vivono in Italia da 12 mesi o meno; > 12 mesi: studenti che vivono in Italia da più di 12 mesi.

Livello lingua 1-2: studenti che dichiarano di avere una conoscenza nulla/scarsa della lingua italiana; Livello lingua 3-4: studenti che dichiarano di avere una conoscenza della lingua italiana sufficiente/buona.

Africani: studenti provenienti dai Paesi del continente africano; Altri Paesi: studenti provenienti da altri continenti.

Musulmani: studenti che praticano la religione musulmana; altre religioni: studenti che praticano altre religioni o sono atei

< 5 anni di studio: studenti che nella loro vita hanno studiato per meno di 5 anni; >6 anni: studenti che nella loro vita hanno studiato per più di 6 anni.

Disoccupati: studenti non lavoratori. Includono studenti, disoccupati, casalinghe.

Lavoratori: chi ha regolarmente un lavoro a contratto.

Le colonne centrali riportano: frequenza assoluta, frequenza percentuale, p-value (test chi-quadro). Il p-value, evidenziato in grassetto, indica la significatività statistica (livello di significatività $\alpha=0.05$).

La Tabella 14 riassume le risposte e i risultati dell'analisi statistica in riferimento alla sezione V – Utilizzo dei servizi sanitari del questionario.

Tabella 14: Analisi descrittiva delle risposte positive dei 358 studenti intervistati dei CPIA del Pesaro Urbino nel periodo 28/04/2024 – 30/04/2024 rispetto all'utilizzo dei servizi sanitari.

	MEDICO DI MEDICINA GENERALE	CONSULTORIO MATERNO- INFANTILE	PRONTO SOCCORSO	GUARDIA MEDICA	OSPEDALE
GENERE M	110 (66%)	40 (24%)	84 (52%)	66 (40%)	112 (69%)
GENERE F	149 (81%)	61 (35%)	105 (60%)	79 (45%)	130 (74%)
P-VALUE	0.002	0.021	0.081	0.239	0.177
AFRICANI	132 (73%)	43 (25%)	93 (54%)	69 (40%)	122 (70%)
ALTRI PAESI	128 (77%)	58 (36%)	97 (29%)	79 (48%)	123 (76%)
P-VALUE	0.250	0.017	0.170	0.078	0.145
≤12 MESI	102 (64%)	36 (23%)	67 (44%)	52 (34%)	105 (68%)
>12 MESI	161 (83%)	65 (35%)	124 (67%)	96 (51%)	141 (76%)
P-VALUE	< 0.001	0.011	< 0.001	0.001	0.063
< 5 ANNI DI STUDIO	52 (74%)	17 (25%)	33 (49%)	26 (39%)	43 (63%)
> 6 ANNI DI STUDIO	195 (75%)	80 (32%)	149 (59%)	114 (45%)	193 (76%)
P-VALUE	0.527	0.207	0.107	0.242	0.030
CORSO BASE	131 (66%)	36 (19%)	79 (42%)	55 (29%)	125 (65%)
CORSO INTERMEDIO- AVANZATO	128 (85%)	64 (43%)	111 (76%)	92 (63%)	119 (80%)
P-VALUE	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	0.002
LIVELLO LINGUA 1-2	95 (77%)	29 (25%)	60 (51%)	45 (37%)	84 (71%)
LIVELLO LINGUA 3-4	164 (74%)	71 (33%)	129 (60%)	101 (47%)	158 (73%)
P-VALUE	0.359	0.075	0.074	0.056	0.378
DISOCCUPATI	146 (73%)	60 (31%)	100 (52%)	82 (42%)	131 (68%)
LAVORATORI	113 (76%)	40 (27%)	89 (62%)	64 (44%)	113 (77%)
P-VALUE	0.280	0.269	0.082	0.450	0.029

Corso base: somma degli studenti che frequentano corso base di lingua italiana; Corso intermedio-avanzato: somma degli studenti che frequentano i corsi intermedi-avanzati di lingua italiana.

≤ 12 mesi: studenti che vivono in Italia da 12 mesi o meno; > 12 mesi: studenti che vivono in Italia da più di 12 mesi.

Livello lingua 1-2: studenti che dichiarano di avere una conoscenza nulla/scarsa della lingua italiana; Livello lingua 3-4: studenti che dichiarano di avere una conoscenza della lingua italiana sufficiente/buona.

Africani: studenti provenienti dai Paesi del continente africano; Altri Paesi: studenti provenienti da altri continenti.

Musulmani: studenti che praticano la religione musulmana; altre religioni: studenti che praticano altre religioni o sono atei

< 5 anni di studio: studenti che nella loro vita hanno studiato per meno di 5 anni; >6 anni: studenti che nella loro vita hanno studiato per più di 6 anni.

Disoccupati: studenti non lavoratori. Includono studenti, disoccupati, casalinghe.

Lavoratori: chi ha regolarmente un lavoro a contratto.

Le colonne centrali riportano: frequenza assoluta, frequenza percentuale, p-value (test chi-quadro). Il p-value, evidenziato in grassetto, indica la significatività statistica (livello di significatività $\alpha=0.05$).

Dall'analisi statistica, è risultato che il genere femminile ha maggiore probabilità rispetto al genere maschile di conoscere dove si trova il Medico di Medicina Generale e il servizio di consultorio materno-infantile, con una differenza statisticamente significativa ($p=0.002$ e $p=0.021$).

Per quanto riguarda il paese di provenienza, chi proviene dal Continente Africano ha minore possibilità rispetto a chi proviene dagli altri Paesi del mondo, di sapere dove si trova il consultorio materno-infantile ($p=0.017$).

Per quanto riguarda il tempo di permanenza in Italia, chi è in Italia da meno di 12 mesi ha minore probabilità rispetto a chi è in Italia da più di 12 mesi, di conoscere i servizi del Medico di Medicina Generale, Consultorio Materno-Infantile, pronto soccorso e guardia medica.

Per quanto riguarda gli anni di studio, è risultato che chi ha studiato meno di 5 anni ha minore probabilità, rispetto a chi ha studiato più di 6 anni, di conoscere dove si trova l'ospedale, con una differenza statisticamente significativa ($p=0.030$).

Per quanto riguarda il corso di italiano cui gli studenti sono iscritti, coloro che sono iscritti ad un corso intermedio-avanzato hanno maggiore probabilità, rispetto a chi è iscritto ad un corso base, di sapere dove stanno tutti i servizi menzionati, con una differenza statisticamente significativa (medico di medicina generale, consultorio materno-infantile, pronto soccorso, guardia medica $p<0.001$, ospedale $p=0.002$).

Per quanto riguarda l'occupazione, è risultato che chi ha un lavoro ha maggiore probabilità, rispetto a chi è disoccupato, di sapere dove si trova l'ospedale ($p=0.029$).

Nella Tabella 15 è stata effettuata un'ultima analisi statistica: si sono considerate le donne nella fascia di età compresa tra i 25 e i 64 anni, e quindi eleggibili per il Pap-Test, e si è considerata la loro fruizione ai programmi di screening in funzione di religione professata e paese di origine.

Tabella 15: Analisi descrittiva delle risposte positive dei 358 studenti intervistati dei CPIA del Pesaro Urbino nel periodo 28/04/2024 – 30/04/2024 rispetto all'utilizzo dei servizi sanitari rispetto alla fruizione degli screening.

	FRUIZIONE PROGRAMMI DI SCREENING	P-VALUE
MUSULMANE	15 (25%)	0.703
ALTRA RELIGIONE	23 (29%)	
AFRICANE	20 (28%)	0.423
ALTRI PAESI	19 (25%)	
ASIATICHE	3 (13%)	0.096
ALTRI PAESI	36 (28%)	

Non sono state rilevate differenze statisticamente significative in nessuna delle categorie studiate.

5. Discussione

I risultati principali dello studio dimostrano come l'accesso ai servizi sanitari sia un fenomeno influenzato dall'intersezione di molteplici fattori sociali, culturali e linguistici, in cui i livelli di istruzione e conoscenza linguistica rivestono un ruolo fondamentale nella prevenzione delle malattie e del corretto utilizzo dei servizi sanitari. La popolazione intervistata è una popolazione nel complesso giovane, la maggior parte di età inferiore ai 50 anni e prevalentemente di sesso femminile. Infatti, l'89% del campione percepisce il suo stato di salute da buono ad ottimo e il 79% riferisce di non soffrire di malattie croniche, contrariamente ad una revisione della letteratura di Lezano et al. (2020), che ha riscontrato un'elevata incidenza di malattie croniche in alcuni studi sulle popolazioni migranti. Tuttavia, gli intervistati riferiscono di soffrire frequentemente di disturbi come mal di testa, disturbi del sonno e affaticamento, come riportato anche da altri studi condotti in Europa (Riza et al, 2020). Tale risultato è in linea con la letteratura di riferimento che sottolinea come i migranti siano a maggior rischio di sviluppare disturbi mentali, tra i quali ansia e depressione, soprattutto tra coloro che hanno uno status legale incerto (Silenzi et al, 2023; Riza et al, 2020, Barsanti et al, 2018; Baglio et al, 2017). Tra gli intervistati, però, i regolari erano più del 70% e gli irregolari rappresentano soltanto il 4,3% del totale, indicazione del fatto che i sintomi sopra descritti compaiono in maniera importante anche in chi non ha uno status legale incerto. In letteratura è descritto inoltre quello che viene denominato "effetto immigrato sano", un'ipotesi secondo la quale decide di emigrare solo chi è in buone condizioni di salute, e cioè in grado di affrontare un viaggio lungo in pessime condizioni igienico-sanitarie (Baglio et al., 2017). Ciò spiegherebbe il buono stato di salute della popolazione, stato che, però, potrebbero peggiorare a causa delle condizioni di vita generalmente precarie e scarso accesso alle cure (Baglio et al., 2017; Rawal et al, 2021). Analizzando il 21% dei migranti che dichiara di soffrire di malattie croniche, le maggiori patologie riferite sono soprattutto diabete e ipertensione, e la maggior parte proviene da paesi Africani. Un'importante metanalisi di Rawal et al, 2021, infatti, ha studiato come, all'arrivo nei paesi ospitanti, i migranti internazionali sperimentano cambiamenti nello stile di vita che, nel tempo, li predispongono a un rischio maggiore di malattie non trasmissibili, come diabete e malattie cardiovascolari. Numerosi studi

italiani (Listorti et al, 2023; Piombo et al., 2020; Montesi et al, 2016) si sono occupati di tale argomento. In Italia, circa il 5% della popolazione soffre di diabete, e la distribuzione della prevalenza appare positivamente associata allo svantaggio economico e sociale. Inoltre, un gruppo italiano di ricercatori ha esaminato le variazioni etniche nella prevalenza del diabete di tipo 2, che richiedono programmi mirati di intervento precoce e gestione del diabete per i gruppi ad alto rischio (Listorti et al., 2023). Lo studio di Piombo (2020) rivela come gli immigrati hanno una prevalenza maggiore di sviluppare diabete rispetto agli italiani, soprattutto tra coloro che provengono dai paesi sud-est asiatici, seguiti poi dagli africani settentrionali e subsahariani. La progressione del diabete è influenzata dai comportamenti alimentari e il controllo della dieta è un aspetto critico nella gestione della malattia. Le abitudini alimentari hanno molte implicazioni culturali e simboliche. Le linee guida raccomandano che ogni paziente riceva un'adeguata educazione all'autogestione in base alle caratteristiche culturali e socioeconomiche. Inoltre, uno studio condotto in Svezia ha anche dimostrato come, nella pianificazione della cura del diabete, sia fondamentale prendere in considerazione anche la cultura e la religione, in quanto influisce in maniera determinante nella pratica della cura di sé e nella ricerca delle cure (Hjelm, 2003).

Nello studio Southall e Brent Revisited (Eriksen et al., 2015), i gruppi socialmente svantaggiati, compresi i migranti e le minoranze etniche, hanno maggiori probabilità di essere esposti ad ambienti obesogeni e di sperimentare stili di vita più vulnerabili come un'alimentazione non sana, l'inattività fisica, il fumo di tabacco e il consumo eccessivo di alcol. Tuttavia, la maggior parte del campione studiato dichiara di seguire un corretto stile di vita: il 92% mangia regolarmente pasti cucinati in casa, con una media di 3 porzioni al giorno di frutta e verdura, il 92% dichiara di bere acqua a tavola (solo il 14% bevande zuccherate e il 4,2% vino o birra), il 78% fa attività fisica regolarmente e l'82% non fuma. Il 70% dichiara di non bere mai alcolici, un dato importante data la grande quota di giovani nel campione. Tale risultato non in linea con altri studi potrebbe essere associato al fatto che quasi la metà del campione è di religione musulmana e alle regole imposte dalla religione stessa, che vieta il consumo di alcol e fumo. Anche l'analisi statistica effettuata conferma che non ci sono differenze statisticamente significative tra i gruppi studiati per quanto riguarda la conoscenza sull'importanza di introdurre frutta e

verdura nella propria alimentazione e sulla conoscenza che mangiare bene vuol dire anche stare in salute. Tali conoscenze non sono quindi influenzate dai livelli di istruzione, conoscenza linguistica, paese di provenienza e tempo di permanenza in Italia, ma potrebbero essere legate ad alimentazioni povere tipiche del paese di provenienza degli intervistati. Il livello di istruzione ed essere iscritti a corsi di italiano di livello intermedio-avanzato è invece risultato statisticamente significativo per quanto riguarda l'aver ricevuto delle indicazioni su come alimentarsi in maniera corretta.

Per quanto riguarda il livello di conoscenze in ambito sanitario, l'analisi statistica ha evidenziato differenze importanti nelle diverse categorie studiate. In generale, possiamo affermare che avere una buona conoscenza della lingua italiana significa avere maggiori conoscenze sulla prevenzione delle malattie, sui vaccini, sugli screening oncologici offerti dal Sistema Sanitario Nazionale e che il Papilloma Virus può infettare anche gli uomini. La barriera linguistica è infatti il principale ostacolo che i migranti incontrano ed è un risultato che trova ampiamente conferma nella letteratura di riferimento (Figueiredo, 2020; Lefebvre, 2019; Heywood et al, 2019). Il 66% degli studenti riferisce infatti che le barriere linguistiche sono il principale problema per la fruizione dei servizi.

Inoltre, l'analisi statistica evidenzia che chi professa la religione musulmana ha maggiore probabilità rispetto a chi professa le altre religioni di sapere che gli screening oncologici sono gratuiti ($p=0.002$), ma minore probabilità di essere a conoscenza che il Papilloma Virus può infettare anche gli uomini ($p=0.009$). La religione riveste un ruolo di primaria importanza perché racchiude tutta la cultura del Paese di provenienza. Le convinzioni individuali sono determinate culturalmente e possono influenzare la salute, le pratiche di cura di sé, il tipo di assistenza sanitaria ricercata e il grado di concordanza. La distanza culturale e religiosa è essenziale per comprendere la pratica della cura di sé e il comportamento di ricerca delle cure (Hjelm, 2003).

Il generale, in tasso di adesione agli screening oncologici è risultato essere molto basso: solo il 15% del totale ha usufruito dei programmi di screening in Italia negli ultimi 3 anni e lo screening più fruito è stato il Pap-Test. Chi si è sottoposto al Pap-Test, il 69% lo ha fatto tramite lo screening gratuito, il 31% privatamente dal ginecologo. Tale

risultato è ampiamente confermato dalla letteratura di riferimento e tutti gli studi condotti in Italia concordano nel dire che le donne immigrate partecipano meno ai programmi di screening rispetto alle donne italiane (Di Biagio, 2024; Pelullo et al, 2021; Bianco et al, 2017; Bianco et al, 2016; Francovich et al, 2017). Le ragioni possono essere molteplici. Infatti, di solito il sistema sanitario italiano è molto diverso da quello del paese di origine dei migranti (Richter, 2020) e non vi è cultura preventiva (Raynault, 2020), non esistono né screening, né vaccini e non si è a conoscenza della loro gratuità (Heywood, 2019; Greenway, 2019). Lo studio di Bianco (2017) ha rilevato come le donne immigrate di origine asiatica avevano un tasso inferiore di partecipazione al Pap-Test rispetto alle donne immigrate europee in quanto tale procedura risulta essere invasiva e più personale, motivo per il quale può ridurre l'aderenza agli screening e il rivolgersi al medico solo in stadi avanzati, in presenza di sintomi, riducendo la probabilità di guarire. Lo studio di Di Biagio et al. (2024), condotto nelle Marche, ha dimostrato che le donne immigrate si ammalano circa 8 anni prima rispetto alle italiane di cancro alla cervice uterina, soprattutto nella fascia di età compresa tra i 40 e i 59 anni che è coperta dagli screening oncologici. La maggior parte del campione (86%) dichiara di non essersi mai sottoposta ad uno screening perché non ha informazioni e solo un 6,2% per paura, imbarazzo o motivi religiosi. È quindi fondamentale e urgente che le politiche sanitarie si orientino verso interventi sanitari culturalmente e linguisticamente appropriati che rispondano ai bisogni specifici delle comunità di immigrati (Di Biagio et al, 2024). La regione Lazio, ad esempio, per migliorare l'adesione allo screening del Pap-Test, ha pubblicato sul loro sito degli opuscoli multilingua per i tre screening gratuitamente offerti dal sistema Sanitario Nazionale (Disponibile al link: <https://www.salutelazio.it/programmi-di-screening-oncologici>).

Per quanto riguarda l'utilizzo dei servizi sanitari, in generale, essere in Italia da più di 12 mesi e avere una buona conoscenza della lingua italiana vuol dire conoscere meglio tutti i servizi offerti dal Sistema Sanitario Nazionale, con una differenza statisticamente significativa. Infatti, alcuni servizi come la guardia medica e il consultorio materno-infantile risultano poco conosciuti e quindi, di conseguenza, non utilizzati. Spesso, l'unica porta di accesso è il pronto soccorso e uno studio retrospettivo italiano ha

evidenziato che vi è un uso eccessivo dei servizi di emergenza da parte dei migranti, soprattutto per quelli privi di documenti (Barsanti, 2018), ma anche delle strutture ospedaliere, in quanto è stata osservata un'alta percentuale di ricoveri inappropriati, legati a condizioni prevenibili. Anche il Programma Nazionale Esiti 2023, un importante strumento di valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo, ha evidenziato come la popolazione straniera mostra tassi più elevati di ospedalizzazione rispetto alla popolazione italiana per alcune condizioni prevenibili, come infezioni del tratto urinario, complicanze del diabete a medio e lungo termine e ipertensione arteriosa. La disparità potrebbe sia essere influenzata dall'accesso limitato all'assistenza territoriale da parte degli immigrati, sia dalle variazioni nella prevalenza di condizioni patologiche tra i gruppi etnici. Tuttavia, nella nostra popolazione emerge che il 75% sa dove si trova il Medico di Medicina Generale e il 57% c'è stato almeno una volta negli ultimi 12 mesi, che insieme al pronto soccorso, risulta il servizio più conosciuto ed utilizzato. È importante quindi il rafforzamento della figura del medico di medicina generale al fine di aiutare la persona migrante ad orientarsi di più nel sistema sanitario e, attraverso un'adeguata educazione sanitaria, potrebbe aumentare la partecipazione agli screening e la prevenzione di alcune malattie non trasmissibili, favorendo i corretti stili di vita (Heywood, 2019).

Attualmente, nel percorso di alfabetizzazione istituito dal CPIA (Centro Provinciale di Istruzione per gli Adulti), è previsto un modulo di educazione civica solo per i frequentanti il corso di livello A2. In tale corso, infatti, viene spiegato come funziona il Sistema Sanitario Italiano, cosa è e a cosa serve la tessera sanitaria, quali sono i servizi del territorio e come usufruirne, ma non vi è una parte dedicata alla prevenzione delle malattie e agli screening oncologici. Alla luce dei risultati dello studio, tuttavia, sarebbe necessario inserire tali argomenti ed estenderli anche ai corsi di livello base di italiano. Il CPIA, infatti, è un importantissimo punto di incontro per i migranti e l'inserimento di alcune tematiche a tutti i livelli di istruzione potrebbe portare ad un aumento considerevole di alfabetizzazione sanitaria. È fondamentale, infatti, investire sulla prevenzione, non solo per un miglioramento della salute generale, ma anche per una riduzione dei costi del Sistema Sanitario Nazionale.

I punti di forza dello studio includono un questionario articolato e completo che ha permesso di analizzare numerosi indicatori riguardo le attitudini dei migranti verso la prevenzione delle malattie e l'utilizzo dei servizi offerti dal Sistema Sanitario Italiano.

I limiti dello studio includono questionari basati su informazioni auto-riportate. Anche se i professori hanno spiegato le domande una per una in classe, gli studenti potrebbero aver interpretato le domande in maniera non corretta a causa della barriera linguistica, soprattutto nei corsi di lingua base. Inoltre, la lunghezza del questionario ha reso i tempi di somministrazione piuttosto lunghi. Inoltre, gli studenti potrebbero non aver risposto in maniera sincera per la vicinanza con i compagni di banco.

6. Conclusione

Il presente studio ha evidenziato le numerose barriere che i migranti incontrano nell'accesso ai servizi sanitari in Italia, con un focus particolare sull'importanza della prevenzione e della partecipazione agli screening oncologici. È emerso chiaramente come fattori socio-culturali, linguistici e di conoscenza del sistema sanitario influenzino significativamente la fruizione dei servizi offerti.

Dai risultati ottenuti, si evidenzia che una scarsa conoscenza della lingua italiana e una limitata familiarità con il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) sono tra i principali ostacoli che impediscono ai migranti di usufruire dei servizi sanitari disponibili. È quindi evidente l'importanza di sviluppare politiche sanitarie culturalmente e linguisticamente appropriate.

Inoltre, il ruolo dei Medici di Medicina Generale (MMG) è cruciale per migliorare l'accesso alle cure. Il rafforzamento di questa figura potrebbe facilitare l'integrazione dei migranti nel sistema sanitario, fornendo informazioni e supporto continuo. Questo approccio non solo migliorerebbe la salute generale dei migranti, ma ridurrebbe anche i costi del SSN attraverso una maggiore prevenzione e gestione delle malattie croniche.

Un'altra raccomandazione chiave emersa dallo studio riguarda l'integrazione dell'educazione sanitaria nei programmi di alfabetizzazione per adulti offerti dai CPIA. Estendere i moduli di educazione sanitaria a tutti i livelli di corsi di lingua italiana potrebbe aumentare significativamente l'alfabetizzazione sanitaria dei migranti, facilitando una maggiore partecipazione agli screening e una migliore comprensione del sistema sanitario italiano.

Infine, la promozione della prevenzione attraverso campagne di informazione mirate e l'implementazione di servizi di interpretariato potrebbe ridurre ulteriormente le barriere all'accesso ai servizi sanitari. Investire nella prevenzione non è solo un dovere morale, ma anche una strategia efficace per migliorare la salute pubblica e ridurre le disuguaglianze sanitarie.

In conclusione, per migliorare l'accesso ai servizi sanitari e la salute dei migranti, è necessario un approccio olistico che consideri tutte le dimensioni della loro esperienza di vita. Le politiche sanitarie devono essere inclusive e orientate alla promozione della salute, garantendo che tutti, indipendentemente dalla loro provenienza, abbiano l'opportunità di vivere in salute e con gli stessi diritti di accesso alle cure degli italiani, come garantito dalla Costituzione Italiana e dai principi del Sistema Sanitario Italiano.

7. Bibliografia

1. AIFA, Comitati etici: funzioni e stato della riorganizzazione. Disponibile al link: <https://www.aifa.gov.it/-/comitati-etici-funzioni-e-stato-della-riorganizzazione>
2. Ambrosini M. (2017), *Migrazioni*, Milano, EGEA.
3. Art. 32 della Costituzione. Disponibile all'indirizzo: <https://www.governo.it/costituzione-italiana/parte-prima-diritti-e-doveri-dei-cittadini/titolo-ii-rapporti-etico-sociali#:~:text=32.,garantisce%20cure%20gratuite%20agli%20indigenti>
4. Baglio, G., Di Palma, R., Eugeni, E., & Fortino, A. (2017). Capitolo 8: Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute? [Undocumented immigrants: what do we know about their health?]. *Epidemiologia e prevenzione*, 41(3-4 (Suppl 1)), 57–63. <https://doi.org/10.19191/EP17.3-4S1.P057.066>
5. Barsanti S. (2018). Hospitalization among migrants in Italy: Access to health care as an opportunity for integration and inclusion. *The International journal of health planning and management*, 10.1002/hpm.2516. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/hpm.2516>
6. Bianco, A., Larosa, E., Pileggi, C., Nobile, C. G. A., & Pavia, M. (2017). Cervical and breast cancer screening participation and utilisation of maternal health services: a cross-sectional study among immigrant women in Southern Italy. *BMJ open*, 7(10), e016306. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016306>
7. Bianco, A., Larosa, E., Pileggi, C., Nobile, C. G. A., & Pavia, M. (2016). Utilization of health-care services among immigrants recruited through non-profit organizations in southern Italy. *International journal of public health*, 61(6), 673–682. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0820-1>
8. Brisson, M., & Drolet, M. (2019). Global elimination of cervical cancer as a public health problem. *The Lancet. Oncology*, 20(3), 319–321. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(19\)30072-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(19)30072-5)
9. “Common Home”, Migrazione e sviluppo in Italia – Caritas Europa, pag. 21. Disponibile al link in formato pdf:

<https://inmigration.caritas.it/sites/default/files/documenti/2021-05/common%20home%20MIND.pdf>

10. Convenzione di Ginevra o Convenzione sullo status dei rifugiati, 1951, art. 1. Disponibile al link in formato pdf https://www.unhcr.org/it/wp-content/uploads/sites/97/2016/01/Convenzione_Ginevra_1951.pdf
11. Council of Europe Portal – Migrazione e migranti. Disponibile al link: Council of Europe Portal – Migrazione. Disponibile al link <https://www.coe.int/it/web/compass/migration#2>
12. Decreto Legge 4 ottobre 2018, n. 113 “Disposizioni urgenti in materia di protezione internazionale e immigrazione, sicurezza pubblica, nonché misure per la funzionalità del Ministero dell'interno e l'organizzazione e il funzionamento dell'Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata.” Disponibile al link: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/10/04/18G00140/sg>
13. Decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 38 “Attuazione della direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché della direttiva 2012/52/UE, comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro stato membro”. Disponibile all'indirizzo: <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=48510>
14. Decreto del Ministero della Salute dell'8 febbraio 2013 “Criteri per la composizione il funzionamento dei comitati etici”. Disponibile al link: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/04/24/13A03474/sg>
15. Deliberazione della Giunta regionale del 15 maggio 2023, n. 627 D.M. 26.01.2023 – “Istituzione del Comitato Etico Territoriale (CET) con sede presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria "(AOU) delle Marche. Disponibile al link: <https://bur.regione.marche.it/bur/PDF/2023/N47%20del%2026%20maggio%2023.pdf>
16. De Jesus, M., Rodrigue, C. M., Rahmani, S., & Balamou, C. (2021). Addressing Cancer Screening Inequities by Promoting Cancer Prevention Knowledge, Awareness, Self-Efficacy, and Screening Uptake Among Low-Income and

- Illiterate Immigrant Women in France. *International journal of public health*, 66, 1604055. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1604055>
17. Di Biagio K., Bracci R., Peconi C., Gasperini B., Manasse S., Pompili M., Sarti D., Lanari A., Prsopero E., in press. (2024). Disparities in Incidence and Severity at Diagnosis of Cervical Cancer Among Italian and Immigrant Women in Central Italy: A Decade-long Analysis.
 18. D.Lgs del 10 agosto 2018, n. 101 “Disposizioni per l’adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati). Disponibile al link: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2018-09-04&atto.codiceRedazionale=18G00129&elenco30giorni=true
 19. D.Lgs 19 novembre 2007, n. 251 “Attuazione della direttiva 2004/83/CE recante norme minime sull'attribuzione, a cittadini di Paesi terzi o apolidi, della qualifica del rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta”. Disponibile al link: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2008/01/04/007G0259/sg>
 20. Downs, L. S., Smith, J. S., Scarinci, I., Flowers, L., & Parham, G. (2008). The disparity of cervical cancer in diverse populations. *Gynecologic oncology*, 109(2 Suppl), S22–S30. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2008.01.003>
 21. Eriksen, A., Tillin, T., O'Connor, L., Brage, S., Hughes, A., Mayet, J., McKeigue, P., Whincup, P., Chaturvedi, N., & Forouhi, N. G. (2015). The impact of health behaviours on incident cardiovascular disease in Europeans and South Asians--a prospective analysis in the UK SABRE study. *PloS one*, 10(3), e0117364. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117364>
 22. Fang, C. Y., & Ragin, C. C. (2020). Addressing Disparities in Cancer Screening among U.S. Immigrants: Progress and Opportunities. *Cancer prevention*

- research (Philadelphia, Pa.)*, 13(3), 253–260. <https://doi.org/10.1158/1940-6207.CAPR-19-0249>
23. Figueiredo, C., Silva, P. M., Sharma, V., & Neves, A. L. (2020). Enhancing patient safety and access to care to populations at risk of exclusion: the example of the Portuguese-speaking migrant community in South London. *Acta medica portuguesa*, 33(3), 158–160. <https://doi.org/10.20344/amp.12196>
24. Francovich, L., Di Napoli, A., Giorgi Rossi, P., Gargiulo, L., Giordani, B., & Petrelli, A. (2017). Capitolo 3: La prevenzione dei tumori femminili nelle donne immigrate residenti in Italia [Cervical and breast cancer screening among immigrant women resident in Italy]. *Epidemiologia e prevenzione*, 41(3-4 (Suppl 1)), 18–25. <https://doi.org/10.19191/EP17.3-4S1.P018.061>
25. Glossario sulle migrazioni dell'Organizzazione Internazionale Migranti (IOM). Disponibile al link in formato pdf: https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf
26. Greenaway, C., & Castelli, F. (2019). Infectious diseases at different stages of migration: an expert review. *Journal of travel medicine*, 26(2), taz007. <https://doi.org/10.1093/jtm/taz007>
27. Hamed Ahmadinia, “Breaking the barriers: The impact of health information and cultural factors on immigrant health in the Nordic countries” Library & Information Science Research, Volume 45, Issue 3, 2023. <https://doi.org/10.1016/j.lisr.2023.101253>
28. Heywood, A. E., Castelli, F., & Greenaway, C. (2019). Migration Health: Highlights from Inaugural International Society of Travel Medicine (ISTM) Conference on Migration Health. *Current infectious disease reports*, 21(12), 48. <https://doi.org/10.1007/s11908-019-0705-6>
29. Heywood, A. E., & López-Vélez, R. (2019). Reducing infectious disease inequities among migrants. *Journal of travel medicine*, 26(2), tay131. <https://doi.org/10.1093/jtm/tay131>
30. Hjelm, K., Bard, K., Nyberg, P., & Apelqvist, J. (2003). Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of

- different origin living in Sweden. *International journal of nursing studies*, 40(6), 627–643. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(03\)00020-8](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(03)00020-8)
31. Immigrazione, come, dove, quando - Manuale d'uso per l'integrazione, Ministero del lavoro, 2021. Disponibile in pdf al link: <https://www.integrazionemigranti.gov.it/AnteprimaPDF.aspx?id=1835>
32. Integrazionemigranti.gov.it - L'unità familiare. Disponibile al link: <https://integrazionemigranti.gov.it/it-it/Ricerca-norme/DettaglioNorma/id/7/Lunita-familiare>
33. ISTAT. Report del 25 Ottobre 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/files//2022/10/Report-cittadini-non-comunitari-2022.pdf>
34. Istituto Superiore di Sanità, L'alfabetizzazione sanitaria (Health Literacy). Disponibile al link: <https://www.cuore.iss.it/progetti/health-literacy/>
35. Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., Azzedine, F., Riza, E., Karnaki, P., Zota, D., & Linos, A. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC public health*, 20(1), 1039. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>
36. Lefebvre, O., & Maille, D. (2019). Accès aux droits, accès aux soins : quels obstacles pour les migrants ? [Access to rights, access to care: what obstacles for migrants ?]. *La Revue du praticien*, 69(5), 567–574.
37. Legge Bossi-Fini del 30 luglio 2002, n. 189 “Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo”. Disponibile al link: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2002/08/26/002G0219/sg>
38. Legge 23 dicembre 1978, n. 833 - Istituzione del servizio sanitario nazionale. Disponibile al link: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/sg>
39. Listorti, E., Torbica, A., Cella, S. G., Fiorini, G., Corrao, G., & Franchi, M. (2023). A Cohort Study on Diabetic Undocumented Migrants in Italy: Can Charitable Organizations Contribute to Higher Adherence?. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 2794. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042794>

40. Mediterraneo, aumentano i morti e le tragedie: lo rivela la rappresentazione grafica dei dati dell'UNHCR,2022. Disponibile al link: [https://www.unhcr.org/it/notizie- storie/notizie/mediterraneo-aumentano-i-morti-e-le-tragedie-lo-rivela-la-rappresentazione- grafica-dei-dati-dellunhcr/](https://www.unhcr.org/it/notizie-storie/notizie/mediterraneo-aumentano-i-morti-e-le-tragedie-lo-rivela-la-rappresentazione-grafica-dei-dati-dellunhcr/)
41. Miller, B. C., Bowers, J. M., Payne, J. B., & Moyer, A. (2019). Barriers to mammography screening among racial and ethnic minority women. *Social science & medicine* (1982), 239, 112494. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112494>
42. Missing Migrants Project Data, Organizzazione Internazionale per le migrazioni. Disponibile all'indirizzo: <https://missingmigrants.iom.int/downloads>
43. OCSE (2013), "Immigrati e popolazione straniera", in *OECD Factbook 2013: Economic, Environmental and Social Statistics*, OECD Publishing, Parigi, <https://doi.org/10.1787/factbook-2013-6-en>
44. Pelullo, C. P., Cantore, F., Lisciotta, A., Di Giuseppe, G., & Pavia, M. (2021). Organized Breast and Cervical Cancer Screening: Attendance and Determinants in Southern Italy. *Cancers*, 13(7), 1578. <https://doi.org/10.3390/cancers13071578>
45. Piombo, L., Nicoletta, G., Barbarossa, G., Tubili, C., Pandolfo, M. M., Castaldo, M., Costanzo, G., Mirisola, C., & Cavani, A. (2020). Outcomes of Culturally Tailored Dietary Intervention in the North African and Bangladeshi Diabetic Patients in Italy. *International journal of environmental research and public health*, 17(23), 8932. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238932>
46. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugeeand migrant health, 2019. Disponibile al link: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311347/9789289053846-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
47. Rigaud KK, De Sherbinin A, Jones B et al. Groundswell: Preparing for internal climate migration. The World Bank, Washington, D.C. 2018.
48. Richter, S., Vallianatos, H., Green, J., & Obuekwe, C. (2020). Intersection of Migration and Access to Health Care: Experiences and Perceptions of Female

- Economic Migrants in Canada. *International journal of environmental research and public health*, 17(10), 3682. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103682>
49. Rawal, L., Sahle, B. W., Smith, B. J., Kanda, K., Owusu-Addo, E., & Renzaho, A. M. N. (2021). Lifestyle interventions for type 2 diabetes management among migrants and ethnic minorities living in industrialized countries: a systematic review and meta-analyses. *BMJ open diabetes research & care*, 9(1), e001924. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2020-001924>
50. Raynault, M. F., Féthière, C., & Côté, D. (2020). Social inequalities in breast cancer screening: evaluating written communications with immigrant Haitian women in Montreal. *International journal for equity in health*, 19(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01322-0>
51. Regolamento UE 2016/679 – GDPR (General Data Protection Regulation) <https://www.garanteprivacy.it/regolamentoue>
52. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugee and migrant health. Pubblicato a gennaio 2019 dall’OMS Europa. Disponibile al link in formato pdf: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311347/9789289053846-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
53. Riza, E., Karnaki, P., Gil-Salmerón, A., Zota, K., Ho, M., Petropoulou, M., Katsas, K., Garcés-Ferrer, J., & Linos, A. (2020). Determinants of Refugee and Migrant Health Status in 10 European Countries: The Mig-HealthCare Project. *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 6353. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176353>
54. Salute Lazio – Programmi di screening oncologici. Disponibile al link: <https://www.salutelazio.it/programmi-di-screening-oncologici>
55. Save the Children – “Migranti: altri due naufragi nel Mediterraneo che, con più di 5 persone al giorno morte o disperse nel 2024, si conferma essere una delle rotte più letali al mondo. Negli ultimi 10 anni sono più di 29.800 le vittime.” Disponibile al link: <https://www.savethechildren.it/press/migranti-altri-due-naufragi-nel-mediterraneo-che-con-piu-di-5-persone-al-giorno-morte-o>

56. Silenzi, A., Marotta, C., Caredda, E., Sá Machado, R., Severoni, S., & Rezza, G. (2023). Climate change, human migration and health nexus: what do we know about public health implications on a global scale?. *Climate change, human migration and health nexus: what do we know about public health implications on a global scale?. Epidemiologia e prevenzione*, 47(3), 39–43. <https://doi.org/10.19191/EP23.3.S1.A559.037>
57. UNHCR. Global trends. Forced displacement in 2021. Geneva: UNHCR; 2022. Available from: <file:///Users/mariacristinassd/Downloads/62a9d1494.pdf>
58. UNICEF – Rifugiati e Migranti in Europa. Disponibile all'indirizzo: <https://www.unicef.it/emergenze/rifugiati-migranti-europa/#:~:text=L'Italia%20%C3%A8%20il%20primo,Mediterraneo%20erano%20stati%20oltre%20157.600>
59. XXIX Rapporto ISMU sulle migrazioni 2023 (Comunicato stampa del 13 febbraio 2024). Disponibile all'indirizzo: <https://www.ismu.org/xxix-rapporto-sulle-migrazioni-2023-comunicato-stampa-13-2-2024/>

8. Allegati

Allegato 1: Form di richiesta al comitato etico



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

Dipartimento
di Scienze
Biomediche
e Sanità Pubblica
DISBSP

RICHIESTA DI PARERE AL COMITATO ETICO PER LA RICERCA DI ATENEО DELL'UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

La sottoscritta Prof.ssa Emilia Prospero, Professore Ordinario presso il Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica dell'Università Politecnica delle Marche, consapevole del ruolo e delle funzioni del Comitato Etico per la Ricerca di Ateneo, secondo quanto stabilito dall'art. 4 del Regolamento del Comitato Etico per la Ricerca di Ateneo dell'Università Politecnica delle Marche, richiede un parere sul progetto di ricerca dal titolo: *"Popolazione migrante in Italia e accesso ai servizi sanitari"*. Si tratta di una ricerca che ha lo scopo di indagare l'accesso ai servizi sanitari e alla prevenzione primaria e secondaria della popolazione migrante, analizzandone potenziali barriere.

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni mendaci, allega:

- il form per la richiesta di parere del Comitato Etico per la Ricerca di Ateneo debitamente compilato
 - Protocollo dello studio, Allegato 1
 - Questionario, Allegato 2
- la nota informativa ai partecipanti e raccolta del consenso informato.

Ancona, 07/06/2023

Firma del richiedente



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

FORM PER LA RICHIESTA DI PARERE AL COMITATO ETICO PER LA RICERCA DI ATENEO DELL'UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Ogni sezione del form deve essere debitamente compilata, se pertinente con il progetto di ricerca presentato.
Il richiedente è invitato a inserire altresì tutte le informazioni integrative (ad es. criteri di inclusione ed esclusione dei partecipanti alla ricerca e collegate motivazioni) che siano giudicate funzionali al rilascio del parere da parte del Comitato.

Nome e cognome del richiedente	Emilia Prospero
Personale UNIVPM coinvolto nella conduzione della ricerca	Emilia Prospero
Titolo della ricerca (in italiano e in inglese)	Popolazione migrante in Italia e accesso ai servizi sanitari Migrant population in Italy and access to healthcare
Data di inizio e di conclusione della ricerca (anche se solo previste)	Data inizio ricerca 01/09/2023 Data fine ricerca 01/12/2023
Soggetto finanziatore della ricerca (inserire UNIVPM se la ricerca è condotta attraverso fondi della Ricerca Scientifica di Ateneo)	UNIVPM
Breve descrizione del progetto di ricerca (scopi e risultati attesi)	L'obiettivo dello studio è indagare nella popolazione migrante conoscenze, attitudini e comportamenti relativamente ai servizi sanitari analizzando potenziali ostacoli alla espressione della domanda e alla fruizione dell'offerta. I risultati consentiranno la valutazione delle problematiche che ostacolano la fruizione dei servizi sanitari da parte della popolazione migrante.
Descrizione della metodologia di ricerca adottata	Studio cross-sectional mediante questionario
Persone coinvolte nella ricerca (escluso il personale deputato allo svolgimento dell'attività di ricerca): numero, genere, età, caratteristiche, ecc.	Persone immigrate maggiorenni, raggiunte attraverso scuole di lingua italiana per stranieri
Eventuali rischi per le persone coinvolte nella ricerca (escluso il personale deputato allo svolgimento dell'attività di ricerca)	Non ci sono rischi per le persone coinvolte.
Modalità di reclutamento e formazione delle persone coinvolte nella ricerca	Personale infermieristico in formazione / Docenti delle scuole di lingua italiana per stranieri, adeguatamente formati



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

Modalità di raccolta dei dati e delle informazioni utili alla ricerca	I dati verranno raccolti tramite questionari anonimi somministrati dai docenti di lingua italiana
Modalità di conservazione e di gestione dei dati raccolti attraverso l'attività di ricerca	I dati aggregati verranno conservati e gestiti presso la sezione di Igiene del Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica dell'Università Politecnica delle Marche
Nome e cognome dell'addetto/i alla ricerca chiamato/i alla raccolta dei dati	Alice Lanari
Nome e cognome dell'addetto alla ricerca chiamato a supervisionare la raccolta dei dati	Emilia Prospero
Eventuali questioni o problematiche di rilievo etico	
Ulteriori informazioni utili per l'espressione del parere da parte del Comitato Etico	

Allegato 2: Parere Comitato Etico

Prot.n.0165650 del 04/08/2023 - AOO:CLE - Classif.III/11



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

Ancona, 4th August 2023

TO WHOM IT MAY CONCERN

Based on documents provided by Prof. Emilia Prospero on 25th July 2023 concerning the research project entitled: "Migrant population in Italy and access to healthcare", the Research Ethics Committee of the Università Politecnica delle Marche

CERTIFIES

that the described research design complies with the Research Integrity Code of the Università Politecnica delle Marche which is available at: https://www.univpm.it/Entra/Ateneo/Associazioni_e_comitati/Comitato_Etico_per_la_ricerca_di_Ateneo/Regolamento_del_Comitato_Etico_per_la_Ricerca_di_Ateneo/L/1.

According to art. 4 of the Research Ethics Committee Regulations of the Università Politecnica delle Marche, this certification does not replace those that, according to the law, must be issued by Ethics Committees for clinical trials, by Ethics Committees of other bodies, such as hospitals, or by the Committee in charge of animal welfare established at the Università Politecnica delle Marche.

The President of the Research Ethics Committee
of the Università Politecnica delle Marche
Prof. Marco Gatti

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Marco Gatti'.

Comitato etico per la ricerca di Ateneo
ricerca.etica@univpm.it
www.univpm.it

Allegato 3: Questionario



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

Dipartimento
di Scienze
Biomediche
e Sanità Pubblica
DISBSP

Allegato 2

Popolazione migrante in Italia e accesso alle cure

QUESTIONARIO - ITALIANO

I. Informazioni sociodemografiche

1. Di che genere sei?

- a. Maschio
- b. Femmina
- c. Altro
- d. Preferisco non rispondere

2. Quanti anni hai? _____

3. Qual è il tuo stato civile?

- a. Single (nubile/celibe)
- b. Sposata/o
- c. Vedova/o
- d. Divorziata/o
- e. In una relazione

4. Quanti anni hai studiato? _____

5. Hai figli?

- a. Sì
 - b. No
- 5.a Se Sì, quanti? _____

6. Qual è il tuo Paese di origine? _____

7. Da quanto tempo sei in Italia? (indicare mesi o anni) _____

8. Qual è il tuo livello di conoscenza della lingua italiana? Fai una X sulla faccina corrispondente:



NULLO



SCARSO



SUFFICIENTE



BUONO

9. A che corso di lingua italiana sei iscritta/o?

- a. Pre-Alfabetizzazione
- b. A1
- c. A2
- d. B1
- e. Primo Livello – Medie
- f. Primo Livello – Raccordo

10. Conosci altre lingue?

- a. Sì
- b. No

11.a Se Sì, quali? _____

11. Che lavoro fai?

- a. Disoccupato
- b. Studente
- c. Pensionato
- d. Casalinga
- e. Collaboratore domestico
- f. Caregiver-badante
- g. Lavoratore nel settore commerciale
- h. Lavoratore nel settore dei trasporti
- i. Lavoratore manuale – settore agricoltura
- j. Lavoratore manuale – settore costruzioni
- k. Lavoratore manuale – settore artigiano
- l. Lavoratore manuale – settore industriale
- m. Lavoratore sedentario
- n. Altro: _____

12. Status (permesso di soggiorno):

- a. Regolare
- b. Irregolare
- c. Richiedente asilo

II. Stato di salute

1. Come percepisci la tua salute in generale? Fai una X sulla faccina corrispondente:



NULLO



SCARSO



SUFFICIENTE



BUONO

2. Soffri di qualche malattia o problema di salute cronici (che durano da almeno 6 mesi)?

- a. Sì
- b. No

2.a Se Sì, quali? (Più di una risposta possibile)

- 2.a.1. Cancro
- 2.a.2. Diabete
- 2.a.3. Ipertensione
- 2.a.4. Problemi cardiaci
- 2.a.5. Problemi neurologici
- 2.a.6. Problemi respiratori
- 2.a.7. Infezioni (ad es.: Epatite, HIV, etc)
- 2.a.8. Altro _____

2.a.8.1. Se hai risposto "Infezioni", quale? _____

3. Negli ultimi sei mesi, hai sofferto di una o più delle seguenti condizioni? Fai una X nella casella corrispondente in base alla frequenza per ogni disturbo:

	0=Mai	1 volta/sett	2 volte/sett	3 volte/sett	4 volte/sett	5=Ogni giorno
a. Mal di testa						
b. Disturbi del sonno						
c. Vertigini e giramenti di testa						
d. Difficoltà a rilassarti						
e. Affaticamento						
f. Perdita di peso						
g. Disturbi gastro-intestinali						
h. Difficoltà a respirare/senso di mancanza d'aria						

4. Ti ritieni soddisfatto di come riesci a praticare la tua religione in Italia? Fai una X sulla faccina corrispondente:



NULLO



SCARSO



SUFFICIENTE



BUONO

III. Livello di conoscenza in ambito sanitario

1. Sai che una corretta alimentazione è importante per mantenere un buono stato di salute?

- a. Sì
- b. No

2. Hai mai avuto indicazioni su come alimentarti in maniera corretta?

- a. Sì
- b. No

2.a Se Sì, da chi? (più di una risposta possibile)

- 2.a.1 Social media/internet
- 2.a.2 TV
- 2.a.3 Familiari/amici
- 2.a.4 Personale sanitario

3. Conosci l'importanza di introdurre frutta e verdura nella tua alimentazione?

- a. Sì
- b. No

4. Sai cosa vuol dire prevenzione delle malattie?

- a. Sì
- b. No

5. Sai cos'è un vaccino?

- a. Sì
- b. No

6. Sei a conoscenza del fatto che le vaccinazioni sono gratuite?
- Sì
 - No
7. Sei a conoscenza del fatto che, attraverso esami specifici (screening), alcune malattie possono essere individuate prima che diano dei sintomi?
- Sì
 - No
8. Sei a conoscenza del fatto che esistono programmi di screening gratuiti, cioè di esami per individuare i segni prima che si manifesti la malattia?
- Sì
 - No
9. Sei a conoscenza del fatto che il Papilloma virus (HPV) può colpire anche gli uomini?
- Sì
 - No

IV. Stile di vita

1. Mangi regolarmente pasti cucinati in casa (da te o da altre persone)?
- Sì
 - No, mangio cibi già pronti
2. Quante porzioni di frutta e verdura al giorno consumi? (Ad esempio: 1 mela = 1 porzione) _____
3. A tavola, durante i pasti, cosa bevi? (Quotidianamente)
- Acqua
 - Bevande zuccherate (coca cola, aranciate etc)
 - Vino, birra
4. Fai attività fisica (sport, bicicletta, camminate etc)?
- Sì
 - No
- 4.a Se Sì, quanti giorni a settimana? _____
5. Sei fumatore?
- Sì
 - Ex-fumatore
 - No
- 5.a Se Sì, quante sigarette fumi al giorno/settimana? _____
6. Hai assunto bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni? (Un bicchiere di vino, una lattina di birra, oppure un drink di superalcolici)
- Non bevo mai alcolici
 - Occasionalmente (ad esempio 1-2 volte a settimana)
 - Quotidianamente (tutti i giorni)

V. Utilizzo dei Servizi Sanitari

1. Sei registrato/a al Sistema Sanitario Nazionale (hai la tessera sanitaria)?

- a. Sì
- b. No

	2. Medico di base	3. Visite specialistiche	4. Consultorio	5. Pronto soccorso	6. Guardia medica	7. Ospedale
a. Sai dove si trova?	Sì NO	/	Sì NO	Sì NO	Sì NO	Sì NO
b. Ci sei stato negli ultimi 12 mesi?	Sì NO	Sì NO	Sì NO	Sì NO	Sì NO	Sì NO
b.1 Quante volte?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
c. Per quale ragione?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
d. Quanto sei stato soddisfatto del servizio ricevuto? 1= PER NIENTE 2= POCO 3= ABBASTANZA 4= MOLTO	0 0 0 0 1 2 3 4	0 0 0 0 1 2 3 4	0 0 0 0 1 2 3 4	0 0 0 0 1 2 3 4	0 0 0 0 1 2 3 4	0 0 0 0 1 2 3 4

3.a.1 Se hai effettuato visite specialistiche negli ultimi 12 mesi, di quale tipologia? (più di una risposta)

- a. Ginecologo
- b. Neurologo
- c. Oncologo
- d. Dermatologo
- e. Cardiologo
- f. Endocrinologo
- g. Dentista
- h. Altro: _____

8. Hai mai ricevuto vaccinazioni contro l'HPV (Papilloma Virus Umano)?

- a. Sì, in Italia
- b. Sì, nel mio paese d'origine
- c. No

9. Hai usufruito dei programmi di screening in Italia negli ultimi 3 anni?

- a. Sì
- b. No

9.a Se sì, quali? (Più di una risposta possibile)

9.a.1 Pap-Test (tra i 25 e i 64 anni)

9.a.2 Mammografia (tra i 45 e i 74 anni)

9.a.3 Sangue Occulto Fecale (SOF) (tra i 50 e i 69 anni)

9.a.1.1 Se ti sei sottoposta al Pap-Test, con che modalità?

9.a.1.1.1 Screening gratuito, presso l'ambulatorio territoriale

9.a.1.1.2 Privatamente dal ginecologo

10. Hai preferenza riguardo al sesso del medico?

- a. Nessuna preferenza
- b. Preferisco che sia un uomo
- c. Preferisco sia una donna
- d. Dipende dal tipo di visita che devo sostenere

11. Quali sono i maggiori ostacoli all'accesso ai servizi sanitari?

- a. A livello del Sistema Sanitario
- b. A livello personale

11.a Se hai scelto a livello del Sistema Sanitario, quali sono?

- 11.a.1 Lunghi tempi di attesa per accedere ai servizi sanitari
- 11.a.2 Lunghi tempi di attesa per risposte ad esami
- 11.a.3 Difficoltà di trasporto e incompatibilità con orari di apertura
- 11.a.4 Altro: _____

11.b Se hai scelto a livello personale quali sono?

- 11.b.1 Caratteristiche del medico (genere/disponibilità)
- 11.b.2 Hai percepito di essere discriminato in quanto migrante
- 11.b.3 Barriere linguistiche
- 11.b.4 Costi
- 11.b.5 Altro: _____

12. Se non ti sei mai sottoposto/a ad uno screening, quali sono state le ragioni? (anche più di una risposta)

- a. Non ho informazioni
- b. Paura / Imbarazzo / Motivi religiosi
- c. Non credo nella possibilità di prevenire le malattie
- d. La distanza dall'ambulatorio è eccessiva / Tempi di attesa troppo lunghi

13. Se non sei vaccinato/a, quali sono le ragioni? (anche più di una risposta)

- a. Non ho informazioni
- b. Possono causare danni
- c. Sono inutili
- d. La distanza dall'ambulatorio è eccessiva / Tempi di attesa troppo lunghi

14. Ritieni utile partecipare ad incontri in cui il personale dedicato ti spieghi quali sono i servizi sanitari e come usufruirne?

- a. Sì
- b. No

15. Sei interessato a partecipare ad incontri in cui il personale dedicato ti spieghi quali sono le abitudini e i comportamenti che possono ridurre il rischio di malattie?

- a. Sì
- b. No

16. Religione:

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| a. Cattolica | g. Induismo |
| b. Musulmana | h. Buddismo |
| c. Testimone di Geova | i. Ebraismo |
| d. Ortodossa | j. Non pratico nessuna religione |
| e. Religione tradizionale cinese | k. Preferisco non rispondere |
| f. Religioni africane | l. Altro: _____ |

Allegato 4: Lettera di presentazione del progetto



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

Dipartimento
di Scienze
Biomediche
e Sanità Pubblica
DISBSP

Gentile studente/studentessa,

stiamo conducendo una ricerca con l'obiettivo di **indagare nella popolazione migrante residente in Italia:**

- **gli ostacoli nell'accesso ai servizi sanitari italiani;**
- **il livello di conoscenza nell'ambito della prevenzione delle malattie.**

La invitiamo a partecipare e per questo la invitiamo a compilare il questionario. Per garantire la più ampia libertà di esprimere le sue considerazioni, il questionario rimarrà rigorosamente anonimo.

Le chiediamo sincerità nel rispondere alle domande: sarà un aiuto preziosissimo per la ricerca e ci consentirà di individuare le strategie più appropriate per migliorare la salute di chi arriva in Italia.

In accordo con il comitato etico dell'Università Politecnica delle Marche, troverà i documenti allegati da firmare per presa visione delle informazioni circa la ricerca in corso e per esprimere il suo consenso al trattamento dei dati personali che, lo ribadiamo, saranno raccolti nel rispetto dell'anonimato ed elaborati in forma aggregata

Se non dispone di un dispositivo elettronico per la compilazione del questionario, glielo forniremo cartaceo.

Se si trova in difficoltà e non riesce ad interpretare il significato di qualche domanda, chieda aiuto al suo professore 😊

Per la compilazione del questionario, scansioni il Qr Code:



SCAN ME!

La ringraziamo per la sua collaborazione e il tempo che ci dedicherà!

Allegato 5: Informativa al consenso del trattamento dei dati personali



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

Dipartimento
di Scienze
Biomediche
e Sanità Pubblica
DISBSP

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La invitiamo a partecipare ad un progetto di ricerca volto ad indagare l'accesso ai servizi sanitari e alla prevenzione primaria e secondaria da parte della popolazione migrante, analizzandone modalità e potenziali ostacoli.

A tale scopo è stato predisposto un questionario in forma anonima, nel rispetto delle norme di buona Pratica Clinica ed Etica della Ricerca (Decreto del Ministero della Salute 14/07/1997), che le verrà somministrato da docenti e dal personale dedicato.

Ai sensi della legge vigente (n.196 del 2003; GDPR 679/2016) le informazioni raccolte con il questionario verranno trattate con la massima riservatezza e verranno utilizzate solo a scopo di ricerca, in forma aggregata e non a livello individuale. I dati raccolti saranno successivamente soggetti ad elaborazione statistica e trasformati in forma totalmente anonima, al fine di essere inseriti in pubblicazioni e/o presentati in congressi, convegni e seminari a carattere scientifico.

Consenso informato alla partecipazione al progetto

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____

residente in _____, via _____

DICHIARA

- di aver letto il foglio informativo ricevuto, di aver compreso sia le informazioni in esso contenute sia le informazioni fornite in forma orale dal personale addetto al progetto di ricerca;
- di aver compreso che la partecipazione al progetto è del tutto volontaria e libera, che ci si potrà ritirare dal progetto in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza che ciò comporti alcuno svantaggio o pregiudizio;
- di aver compreso che la partecipazione a questo progetto non comporterà il riconoscimento di alcun vantaggio di natura economica diretto o indiretto.

Conseguentemente, il/la sottoscritto/a

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE a partecipare al progetto, nella consapevolezza che tale consenso è manifestato liberamente ed è revocabile in ogni momento senza che ciò comporti alcuno svantaggio o pregiudizio.

_____, _____ (luogo e data)

_____ (firma del partecipante)