



ECOLAB

**MIGRANTI  
MALATTIE NON TRASMISSIBILI  
E COMUNICAZIONE**

**AURELIO ANGELINI**

**BARBARA GHIRINGHELLI**

**DAVIDE JABES**

**DAVIDE MORO**

**ANNA RE**

**VINCENZO RUSSO**

**GIULIA SONGA**

**A CURA DI ANNA RE E VINCENZO RUSSO**

*Qanat*

© Copyright 2016 Qanat Edizioni

ECOLAB

Collana di Studi Culturali, del Territorio e dell'Ambiente

*direttore Aurelio Angelini*

*Editor, progetto grafico e impaginazione: Toni Saetta  
Fotografie: Anna Re*

I contenuti del volume sono tratti da due progetti di ricerca: "Applicazione dei modelli e modalità di integrazione e comunicazione in una società multiculturale. La progettualità MGF" (fase 1). Codice 2011B015; "Applicazione dei modelli e modalità di integrazione e comunicazione in una società multiculturale. La progettualità MGF" (fase 2). Codice 2011B015 finanziati dalla Direzione Generale dell'Assessorato al Welfare di Regione Lombardia che ha affidato il coordinamento a Éupolis Lombardia, Istituto superiore per la ricerca, la statistica e la formazione. La Direzione Generale dell'Assessorato al Welfare di Regione Lombardia ha concesso la liberatoria alla pubblicazione dei risultati che seguono.

Diritti riservati.

I testi e le immagini in questo libro sono di proprietà degli autori e sono protetti dalle leggi internazionali sul copyright.

A norma della legge sul diritto d'autore e del codice civile, è vietata la riproduzione anche parziale, e per qualsiasi uso, e con qualunque mezzo, in qualunque forma: meccanica, elettronica, digitale, incluso fotocopie, né trasmessa con mezzi conosciuti o sconosciuti, senza l'autorizzazione scritta degli autori e della Qanat Edizioni.

La responsabilità dei testi è esclusivamente attribuibile agli autori.

*All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission of the copyright holder.*

Printed in Italy

**Qanat**  
Editoria & Arti visive

**Qanat - Editoria e Arti Visive di Toni Saetta**  
*Sede legale:* Via Silvano Franzolin 9 - 90147 Palermo  
*Uffici:* Via Leonardo da Vinci 74 - 90145 Palermo  
Mobile 334.6227878  
www.qanat.it - info@qanat.it



ECOLAB

**ECOLAB**

Studi Culturali del Territorio e dell'Ambiente

*Collana diretta da*

Aurelio ANGELINI

*Comitato Scientifico*

Massimo SCALIA, Gianni MATTIOLI, Daniela FARGIONE, Serenella IOVINNO, Anna RE, Vincenzo RUSSO, Francesca FARIOLI, Valerio ANGELINI, Mario SALOMONE.

Il Comitato assicura attraverso un processo di peer review la validità scientifica dei volumi pubblicati.

La collana *Studi Culturali del Territorio e dell'Ambiente* si propone di approfondire e sviluppare tematiche, sia generali che specifiche, concernenti le culture dell'ambiente, del territorio, del paesaggio, della letteratura, del patrimonio culturale materiale e immateriale e gli stili di vita, nei suoi vari aspetti e rappresentazioni, come pure nelle sue applicazioni nel campo delle politiche sociali ed economiche, nella pianificazione specifica e strategica.

La collana di *Studi Culturali del Territorio e dell'Ambiente* intende contribuire alla riflessione sulla *società sostenibile*, a partire dall'ecologia sociale, economica e culturale, su scala *globale e locale*.

Gli studi che verranno pubblicati sono rivolti non solo agli studiosi, ma a tutti coloro che vogliono essere *fattori di un futuro sostenibile*.

*Comitato Redazionale*

Marco CORREALE, Angela GIURRANDINO, Massimiliano LOMBARDO, Piergiorgio PIZZUTO, Eliana RASERA, Lidia SCIMEMI.

<b>INTRODUZIONE</b>	11
<b>CAPITOLO 1</b>	15
<b>NON-COMMUNICABLE DISEASES (NCD)</b>	
Anna Re	
<b>1.1 Emergenza</b>	15
<b>1.2 Impatto</b>	15
<b>1.3 Rischio</b>	18
1.3.1 Tabacco	18
1.3.2. Scarsa attività fisica	19
1.3.3 Alcol	21
1.3.4 Errate abitudini alimentari	21
1.3.5 Ipertensione	22
1.3.6 Sovrappeso e obesità	22
1.3.7 Infezioni e cancro	23
1.3.8 Fattori ambientali	23
<b>1.4 Costi</b>	24
<b>1.5 Prevenzione e controllo</b>	25
<b>1.6 Monitoraggio</b>	27
<b>CAPITOLO 2</b>	29
<b>LA SALUTE DEI MIGRANTI</b>	
Aurelio Angelini	
<b>2.1 Aree critiche</b>	29
<b>2.2 Farmaci</b>	30
<b>2.3 Accesso ai servizi sanitari</b>	31
<b>2.4 Donne e bambini</b>	32
<b>2.5 Diabete: gestione della malattia cronica e aspetti psicologici</b>	34
Anna Prevedini	
2.5.1 Stili di vita e comportamenti di cura	34
2.5.2 Aderenza alle cure nel diabete	36
2.5.3 Interventi psicoeducativi tradizionali per i pazienti diabetici	36
2.5.4 Sapere non basta	37
2.5.5 Come promuovere efficacemente l'aderenza: nterventi comportamentali	38
2.5.6 Nuovi interventi psicosociali per i pazienti diabetici.	38

<b>CAPITOLO 3</b>	41
<b>LA COMUNICAZIONE CON I PAZIENTI MIGRANTI: IL PARERE DEGLI OPERATORI SOCIO-SANITARI (RISULTATI INDAGINE QUANTITATIVA)</b>	
Davide Jabes	
<b>3.1 Modelli di comunicazione con il paziente migrante con un focus sulle non-communicable diaseses: indagine qualitativa</b>	41
3.1.1 Campione	44
3.1.2 Risultati	44
<b>3.2 Modelli di comunicazione con il paziente migrante con un focus sulle non-communicable diaseses: indagine quantitativa</b>	56
3.2.1 Metodologia e campione	56
3.2.2 Risultati	57
<b>CAPITOLO 4</b>	69
<b>IL VISSUTO E LA PERCEZIONE DELLE FAMIGLIE MIGRANTI (RISULTATI ANALISI QUALITATIVA)</b>	
Barbara Ghiringhelli	
<b>4.1 Il perché di questa fase della ricerca</b>	69
<b>4.2 NCD: famiglie immigrate e stili di vita</b>	72
<b>4.3 Metodologia di intervista e campione</b>	73
<b>4.4 Esiti delle interviste</b>	74
<b>4.5 Suggestimenti e valutazioni emerse</b>	80
<b>4.6 Il parere dei migranti coinvolti nella fase di analisi neuroscientifica</b>	82
4.6.1 Esperienza personale del servizio sanitario nazionale	82
4.6.2 Stili di comunicazione, migranti e NCD	83
4.6.3 NCD	83
4.6.4 Fattori di rischio	84
4.6.5 Prevenzione NCD	84
<b>CAPITOLO 5</b>	85
<b>RACCOLTA E ANALISI DEL MATERIALE AUDIOVISIVO PRODOTTO ALL'ESTERO SULLE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI (NCD)</b>	
Davide Moro	
<b>5.1 Introduzione</b>	85
<b>5.2 Metodologia di analisi dei prodotti multimediali</b>	85
<b>5.3 Conclusioni e considerazioni critiche</b>	91
5.3.1 Rappresentazione del problema e proposta delle soluzioni	91
5.3.2 Stile narrativo	93

<b>CAPITOLO 6</b>	95
<b>AZIONE E COMUNICAZIONE</b>	
Anna Re	
<b>6.1 Azione</b>	95
<b>6.2 Comunicazione: Linee guida</b>	99
6.2.1 Prevenzione	100
6.2.2 Accesso ai servizi	100
6.2.3 Stili di vita	101
6.2.4 Alfabetizzazione sanitaria/ambientale	101
6.2.5 Cultura	101
6.2.6 Terapia	102
6.2.7 Operatori	102
6.2.8 Paziente & Operatore	102
6.2.9 Comunicazione	104
6.2.10 Ascolto	104
6.2.11 Formazione operatori	105
6.2.12 Formazione mediatori culturali	105
6.2.13 Mediazione di maggiorenni	105
<b>CAPITOLO 7</b>	107
<b>ANALISI NEUROSCIENTIFICA</b>	
<b>DEL MATERIALE COMUNICATIVO SULLE NCD</b>	
Vincenzo Russo e Giulia Songa	
<b>7.1 Emozioni e pubblicità sociale</b>	107
<b>7.2 Come misurare le emozioni: il neuromarketing</b>	110
<b>7.3 La ricerca</b>	112
<b>7.4 Fase uno</b>	113
7.4.1 Obiettivo e stimoli	113
7.4.2 I video	113
7.4.3 Il campione	118
7.4.4 Misure utilizzate	118
7.4.5 Procedura	122
7.4.6 Risultati	122
<b>7.5 Fase due</b>	125
7.5.1 Obiettivo e stimoli	125
7.5.2 Il campione	127
7.5.3 Risultati	127
7.5.4 Conclusioni	138
<b>Bibliografia</b>	139
<b>Sitografia</b>	153

## CAPITOLO 4

### IL VISSUTO E LA PERCEZIONE DELLE FAMIGLIE MIGRANTI (RISULTATI ANALISI QUALITATIVA)

#### 4.1 Il perché di questa fase della ricerca

I movimenti migratori si accompagnano a dinamiche culturali, identitarie, politiche ed economiche che si prestano a essere indagate dalla ricerca antropologica. In particolare, nell'Italia di oggi, sempre più multietnica e pluriculturale, l'importanza del sapere antropologico e dell'antropologia applicata stanno assumendo un valore fondamentale per una più ampia comprensione critica della realtà quotidiana. In Italia lo sviluppo dell'antropologia delle migrazioni ha seguito un percorso simile a quello avvenuto in altri Paesi d'immigrazione, sebbene in modo più accelerato. Al centro dell'attenzione si è registrata inizialmente una critica alle molteplici forme del razzismo contemporaneo, in seguito si è passati allo studio delle reti sociali, locali e transnazionali, poi alle strategie di inserimento nel mercato del lavoro e nel tessuto sociale del contesto di approdo, arrivando a studiare le differenziazioni interne alle comunità straniere in ordine al genere e alle generazioni. Nel tempo un crescente interesse ha assunto quello della cittadinanza, analizzata da differenti punti di osservazione, in particolare lo studio delle politiche di accoglienza e la possibilità di garanzia dei diritti, tra questi quello alla salute. La diversificazione dello scenario migratorio ha comportato inoltre vari tipi di approfondimento. Tra questi, nell'ambito del crescente dibattito sulla migrazione femminile in Italia, è opportuno segnalare i complessi studi che provano a misurarsi con le sfide etiche e politiche di alcune pratiche quali le Mutilazioni Genitali Femminili, le interruzioni di gravidanza, ecc. Ancora, per ciò che concerne le politiche locali nei confronti dei migranti, la ricerca è entrata direttamente nelle istituzioni e nei servizi per esplorarne ambivalenze, contraddizioni, linguaggi e pratiche. Nello specifico l'area della salute è apparsa da subito particolarmente "bisognosa" di studi di antropologia ai fini dell'individuazione di buone pratiche finalizzate a rendere sempre più *migrant friendly* strutture e servizi e per formare alle *competenze cliniche transculturali* gli operatori dell'area sanitaria. Il punto di certezza è che sia l'orientamento medico-ecologico sia quello critico-interpretativo sono approcci utili per comprendere i sistemi medici quali insiemi di rappresentazioni, conoscenze, pratiche e risorse che in un dato contesto sociale e culturale permettono di far fronte, di prevenire o di interpretare la malattia. *Sfera tecnica e sfera simbolico-*

*culturale* sono pertanto due saperi fondamentali nel tentativo di curare (*to cure*) o di prendersi cura (*to care*). Infatti, dal punto di vista dell'antropologia medica, la salute e la malattia non sono considerabili stati puramente biologici, bensì processi complessi che hanno risvolti psichici, sociali, culturali e politici (Pizza 2005). Le dimensioni che si intersecano sono varie. Prima distinzione è quella tra *illness* e *disease* (Kleinman 1978; 1988; Good 2000) alle quali va aggiunto il concetto di *sickness* (Young 1982). *Illness* in riferimento alla malattia in quanto esperienza soggettiva e *disease* facente riferimento alla definizione biomedica di malattia, necessitano sempre più di tener conto anche dei fattori sociali e politici. Fattori questi ultimi centrali nel concetto di *sickness*. In altre parole, oltre alle caratteristiche etnico-culturali, a differenziare la situazione sanitaria delle persone (oltre al puro dato biomedico) sono i problemi socio-economici, quali la povertà, l'esclusione sociale, il minor accesso ai servizi sanitari e alle campagne di prevenzione, ecc. (Ward 1993; Singer, 1994). E facendo riferimento alla popolazione immigrata e all'area "salute e benessere" tali fattori vanno a costituire uno dei principali, se non il principale, fattore specifico aggiuntivo di vulnerabilità e pertanto di rischio. Oltre alla spiegazione e comprensione delle specificità culturali (nella accezione più ampia del termine) in ordine alla vita, alla morte, alla salute, alla malattia, al corpo, ecc., il sapere antropologico è sempre più chiamato in causa per offrire spiegazioni rispetto ai linguaggi e alle emozioni, sempre culturalmente connotate. L'antropologia è quindi oggi sollecitata, in quanto disciplina esperta delle culture e delle differenze culturali, a dare risposte relativamente ai problemi degli immigrati, a fornire elementi per interpretare comportamenti e disturbi, a fare riconoscere le differenze culturali, non escludendo mai il ruolo degli individui e le condizioni di disuguaglianza e mancanza di opportunità, a fornire metodi e strumenti, anche inerenti il linguaggio e l'aspetto comunicativo, alle professioni del sanitario. Così come è stato già accennato nelle precedenti ricerche, diverse sono le forme culturali attraverso le quali i soggetti umani esprimono la sofferenza, le emozioni, il dolore. In questo senso, operando una comparazione tra le rappresentazioni del corpo, della salute e della malattia raccolte presso le più diverse popolazioni, le ricerche etnografiche hanno contribuito a mostrare la costruzione culturale della corporeità e la variabilità della soglia fra salute e malattia, ponendo negli anni recenti sempre più attenzione dalle "concezioni e visioni" del mondo condivise, alle "pratiche", cioè alle azioni dei singoli soggetti. Tale aspetto è particolarmente importante in quanto, superando la concezione essenzialista della cultura intesa come una cosa "posseduta" dalle persone, pone l'attenzione all'individuo e alle sue dinamiche in termini di appartenenze, osservanze e cambiamenti, approccio che permette di riconoscere la dinamicità e la processualità della produzione materiale e simbolica culturale (Pizza 2005). Nella relazione con la persona migrante, tale

approccio richiede la capacità di individuare di volta in volta la collocazione della persona in termini di acculturazione e di inculturazione, di identificare nei comportamenti e nelle scelte ciò che è culturalmente connotato da ciò che non lo è, facendo riferimento a quella che è l'appartenenza culturale di origine e agli aspetti che più si riferiscono al contesto di accoglienza. In altre parole, l'antropologia invita a riflettere sulla fluidità dei confini tra la salute e la malattia, che variano nel tempo e nello spazio, a seconda dei vari contesti e delle esperienze di vita del singolo soggetto. Occorre anche considerare che quando l'incontro e la relazione con il migrante avviene in un contesto quale quello ospedaliero o in relazione all'esperienza della malattia e del dolore, la specifica e universale difficoltà del parlarne, va a rendere ancora più complicato l'accedere all'esperienza individuale della malattia, da sempre ritenuta una delle esperienze individuali meno socializzabili. Sono quindi: la concezione della malattia, il linguaggio del dolore, gli itinerari terapeutici, la ricerca delle cause, questioni alle quali si possono trovare risposte eterogenee, più o meno strutturate, e una pluralità di percorsi di cura. Ad esempio, in relazione alle malattie croniche, ogni atto quotidiano di risposta alla propria condizione di salute può configurarsi come primo passo di un percorso di cura. Importante è pertanto il riferimento al concetto di autocura (*self-care*), che non sta unicamente a indicare una scelta curativa individuale nata da un processo di autodidattica medica, bensì l'insieme dei sistemi tecnici, simbolici, dei saperi, delle rappresentazioni e delle pratiche messe in opera nella dimensione individuale, familiare e comunitaria per rispondere, prima ancora del ricorso ai professionisti della salute, alle minacce e agli eventi negativi avvertiti come rischiosi per la propria salute. Sbagliato quindi pensare all'autocura come una semplice reiterazione di modelli tradizionali in quanto non manca una dinamica dialogica, uno spazio di negoziazione con le istituzioni mediche e con gli strumenti della biomedicina. Le pratiche di autocura si inquadrano così nella più ampia cura di sé che costituisce lo spazio di attenzione alla propria persona e al proprio capitale di salute (pensiamo ai comportamenti legati all'osservazione di diete, ecc...) e che vanno a costituire quell'importante spazio dialettico che chiede di essere conosciuto, riconosciuto e gestito sia nell'ambito della gestione dei servizi, sia in ambito formativo e della pratica biomedica segnalando l'importanza e l'urgenza attuale di un maggiore confronto, ascolto e dialogo fra le istituzioni biomediche e i migranti portatori di saperi, credenze, esperienze individuali e collettive, differenti da quelle istituzionali. Tale necessità è anche sostenuta dalla considerazione che gli itinerari terapeutici fatti propri dai soggetti vengono scelti nell'ambito di uno spazio intimo, qualificato anche dallo scambio informale e quotidiano di rassicurazioni, informazioni, consigli prodotti dall'interazione del soggetto con le persone e le realtà a lui più vicine, e non solamente dall'incontro con l'istituzione sanitaria.

È l'intero patrimonio di risorse simboliche, relazionali e materiali del soggetto che interviene nel fronteggiare la malattia, ipotizzandone le cause, negoziandone i significati e valutandone i percorsi di cura. Dal concetto di autocura e di itinerario terapeutico, al concetto più problematico di modello esplicativo di Kleinman secondo il quale è l'intreccio conflittuale fra i molteplici modelli esplicativi, individuali, familiari, tradizionali, professionali, coinvolti nel confronto terapeuta-pazienti-familiari, che struttura la realtà clinica del rapporto di cura (Kleinman, 1980). E ancora il concetto di rete semantica introdotto da Byron Good che nell'ambito di una ricerca etnografica del 1977 sull'epilessia in Iran definisce "rete semantica di malattia" la rete delle parole, delle situazioni, dei sintomi e delle emozioni attraverso la quale il sofferente conferisce un significato alla propria malattia (Good, 1977). "Modello esplicativo" e "rete semantica", che verranno criticati da Allan Young (1982) in quanto ritenuti rappresentanti di un tipo ideale di sapere razionalistico, lontano dalla realtà, mentre per Young la complessità delle forme espressive che tentano di dare un senso narrativo alla malattia è ben più articolato. Per arrivare alle più recenti ricerche antropologiche sull'ipertensione che indicano il passaggio da un approccio culturalista alla *illness* a un approccio socio-politico alla comprensione della *disease* e della *sickness* (Blumhagen, 1980). È possibile pertanto dire che il patrimonio di conoscenze nell'ambito dell'antropologia medica (Quaranta 2006) evidenzia la necessità di esplorare le esperienze della corporeità e della malattia osservandole come processi sociali, storici, culturali e politici, che chiedono la capacità di individuare sofferenza individuale e incorporazione della sofferenza sociale.

#### 4.2 NCD: famiglie immigrate e stili di vita

Le considerazioni sopra riportate e il quadro demografico attuale del nostro Paese che vede significativa la presenza straniera sempre più spalmata nelle diverse classi di età, hanno portato alla costruzione di una seconda parte di indagine qualitativa orientata all'approfondimento della conoscenza degli stili di vita di alcune famiglie straniere avente l'obiettivo di soffermarsi sui temi oggetto della ricerca.

Si è deciso di ascoltare la voce delle famiglie per una presa di coscienza e verifica del livello di conoscenza, consapevolezza, sensibilizzazione e orientamento che appartiene alle famiglie migranti residenti in Lombardia in ordine alle NCD. Tale fase di ricerca, da considerarsi esplorativa, non rappresentativa di quella che può essere la situazione delle famiglie straniere in ordine a tale tema, si è concretizzata nella raccolta di un gruppo di testimonianze di vita familiare in ordine alla consapevolezza ed eventualmente all'azione positiva in termini di prevenzione e cura delle NCD.

L'interesse su questo aspetto nasce anche dal fatto che tali malattie sono strettamente correlate a stili di vita e abitudini dove quindi l'azione positiva è fondamentale rispetto alla prevenzione ed eventuale cura. Azione positiva che vede nell'ambito familiare il primo importante luogo di socializzazione e di condivisione delle "buone pratiche" per una "buona salute".

Corpo, salute, malattia, alimentazione, cura, ecc. sono tutti aspetti e realtà certamente culturalmente connotate nel loro valore simbolico e non solo, nella loro conoscenza in termini di saperi e nella loro espressione quotidiana in ordine ai comportamenti considerati scorretti o al contrario raccomandati in talune circostanze.

La famiglia in tal senso è il luogo del possibile cambiamento, anche culturale, in ordine a una maggiore consapevolezza di corretti stili di vita, dove la bontà è rintracciabile nel mantenimento della salute e del benessere. Proprio per questo però, le famiglie sono anche il contesto di trasmissione di abitudini e comportamenti errati, o perlomeno non adeguati.

La significatività della famiglia, la centralità odierna del benessere psicologico e fisico dei suoi componenti di prima e di seconda generazione, e delle successive, richiedono interventi atti a fornire ai componenti la famiglia quelle informazioni, competenze, abilità e strumenti che possano aiutarli per una positiva risposta alle NCD.

#### 4.3 Metodologia di intervista e campione

La metodologia scelta è stata quella di un'intervista semi-strutturata; a tutti gli intervistati è stata fornita una descrizione del progetto e ne sono state illustrate le finalità. L'attenzione è stata focalizzata sulla conoscenza delle NCD e sullo stile di vita familiare in ordine ad aspetti quali alimentazione, attività fisica, controlli medici.

Come modalità narrativa, si è scelto di trattare diversi argomenti ritenuti fondamentali riguardo al vissuto in Italia, lasciando il più possibile liberi i testimoni di narrare il proprio percorso di vita lasciando a loro la possibilità di parlare liberamente. L'incontro con le famiglie è avvenuto nella loro abitazione.

I temi prioritari affrontati nelle interviste sono stati i seguenti:

- Famiglia (qui/là)
- Migrazione
- Salute, malattia
- Conoscenza delle NCD
- Alimentazione, alcol, attività fisica, ecc.
- Reti e relazioni comunicative e di aiuto

Si è cercato un gruppo di famiglie (cinque) il più possibile eterogeneo rispetto alla nazionalità di origine, le famiglie individuate sono state informate circa il progetto e le sue finalità, e sono stati quindi intervistati i suoi componenti maggiorenni, per raccogliere la loro esperienza.

**Famiglia 1:**

4 componenti, moglie, marito, 2 figli maschi di 4 e 6 anni entrambi nati in Italia. Nazionalità indiana. Religione sikh.

**Famiglia 2:**

3 componenti, moglie, marito, 1 figlio maschio di 11 anni nato in Perù. Nazionalità peruviana. Religione cattolica.

**Famiglia 3:**

4 componenti, moglie, marito, 2 figli, un maschio di 14 anni e una femmina di 17 anni. I figli sono nati in Egitto. Nazionalità egiziana. Religione musulmana.

**Famiglia 4:**

5 componenti, moglie, marito, 3 figli, un maschio di 17 anni; un maschio di 14 anni; una femmina di 11 anni. I primi due figli nati in Ghana, la terza in Italia. Nazionalità ghanese. Cittadinanza italiana. Religione cattolica.

**Famiglia 5:**

3 componenti, moglie, marito, 1 figlio maschio. Il figlio è nato in Italia. Nazionalità filippina. Religione cattolica.

#### 4.4 Esiti delle interviste

*Famiglia 1:*

*4 componenti, moglie, marito, 2 figli maschi di 4 e 6 anni entrambi nati in Italia. Nazionalità indiana. Religione sikh.*

La fam. 1 residente nella campagna cremonese è in Italia da 8 anni. Moglie e marito sono arrivati insieme dall'India, appena dopo il matrimonio. L'arrivo in tale contesto territoriale non è stato casuale ma la scelta del luogo è dipesa dalla presenza su tale territorio di una delle più importanti comunità indiane presenti in Italia.

Nello specifico gli indiani residenti in provincia di Cremona sono oggi circa ottomila, di cui la metà professa la religione sikh, a Pessina Cremonese sorge il Gurdwara più grande d'Italia, luogo di culto sikh dove si svolgono sia funzioni religiose che riunioni di fedeli. (L'India è un paese molto diversificato in ordine non solo alla sua composizione etnica ma anche alla religione. La grande maggioranza della popolazione è induista -attorno all'80%- , a seguire musulmani,

cristiani, sikh, buddisti, giainisti e zoroastriani.) Sono integrati soprattutto per la loro fama di "grandi e capaci lavoratori" e svolgono attività prevalentemente in agricoltura e nella zootecnia.

Seppur con usanze e tradizioni molto diverse da quelle locali, la cultura del lavoro ha per loro rappresentato il migliore strumento di integrazione. All'arrivo la coppia si è subito inserita, prima ancora che nel contesto italiano, nel contesto della comunità di connazionali presenti sul territorio con la volontà di riuscire non solo a mantenere ma anche a vivere quella che è la tradizione culturale e religiosa d'origine in ambito familiare e comunitario. Poco dopo il loro arrivo in Italia e la sistemazione lavorativa del marito come lavoratore agricolo, lei casalinga, nascono il primo e il secondo figlio.

La presenza dei figli, come per tutte le famiglie straniere, determina e favorisce quelli che sono i contatti con i servizi e le strutture territoriali, in particolare sanità e scuola. Ciò che marito e moglie evidenziano è l'importanza rispetto al "come si trovano", dell'essere arrivati in un territorio dove già da anni le strutture erano abituate al contatto con persone "dalle loro caratteristiche": straniere, indiane, sikh. A loro dire la presenza della comunità non solo li ha aiutati nel ritrovare "un pezzo di casa qui" ma anche nella relazione con i servizi. Non sono mancati inizialmente difficoltà linguistiche e di orientamento che avevano però messo in conto. E' nel trattare l'argomento salute/ malattia e stile di vita che emerge in maniera molto netta l'appartenenza culturale e religiosa e la volontà di viverla anche nel nuovo contesto.

I sikh sono in grande maggioranza vegetariani, nonostante la loro possibilità di mangiare carne. Che non deve però essere abbattuta secondo le regole ebraiche e musulmane, ritenute crudeli. La religione sikh disapprova l'uso di droghe, di alcol e del tabacco. Di per sé quindi il mantenimento delle proprie tradizioni e abitudini alimentari alle quali sono particolarmente legati anche perché prescrizioni religiose, vanno a costituire una buona base di partenza per l'adozione di comportamenti a favore di salute e benessere. Rispetto alle NCD non vi è una particolare conoscenza e la coppia dice di non avere mai incontrato messaggi - volantini, comunicazioni, ecc. - specifici a riguardo. Dimostrano interesse a capirne di più... "anche perché in Italia i sikh rischiano di ammalarsi per il troppo lavoro, molte ore, poca paga e condizioni non ideali". Si rileva che se non tutto, molto per loro passa dalla comunità, dal tempio e dalla scuola (quest'anno il figlio ha fatto la prima elementare) e sono queste le tre realtà che vedono come attivabili per far conoscere percorsi di informazione a riguardo.

*Nota: in casa la lingua parlata è il punjabi, il marito parla discretamente l'italiano, la moglie in maniera appena sufficiente, in tale caso, una comunicazione - informazione, prevenzione - dovrebbe rispondere alla necessità linguistica.*

*Famiglia 2:*

*3 componenti, moglie, marito, 1 figlio maschio di 11 anni nato in Perù. Nazionalità peruviana. Religione cattolica.*

La fam. 2 ha un percorso di migrazione articolato, 8 anni fa ad arrivare è la mamma, raggiunta, grazie ad un percorso di ricongiungimento familiare, dal figlio all'età di 7 anni, ultimo, il padre, in Italia da soli due anni. La mamma oggi parla bene l'italiano ed è ben integrata (così si descrive e dichiara), lavora come domestica, il padre fa lavori saltuari, aiuta a fare traslochi, a volte fa l'autista di furgoncini. Il figlio ha finito quest'anno le scuole elementari a Milano, città dove vivono. Lei parla molto bene l'italiano, lui meno, il figlio sembra parlarlo bene e, mi dicono i genitori, preferirlo oggi allo spagnolo e al quechua, lingua nativa oggi parlata in alcune zone del Perù, tra queste quella di provenienza del nucleo familiare, importante eredità del passato inca.

Si evidenziano le difficoltà del ricomporre la famiglia a tappe e in un arco di tempo piuttosto ampio e nella narrazione emerge la fatica dei singoli componenti a ricostruire uno stile di vita familiare anche nei più semplici comportamenti del quotidiano. "A un certo punto quello che piaceva e voleva mangiare mio marito non piaceva e non era quello che voleva mio figlio - il marito piatti peruviani, il figlio piatti italiani. Ora lui (il marito) è arrivato da quasi due anni e stiamo trovando un equilibrio, ma come per il cibo per tante cose non è stato facile! D'altronde qui non è possibile mangiare come là, io devo lavorare non ho tanto tempo da dedicare alla cucina, non si trovano tutte le cose di là, anche il clima è diverso...e poi mio figlio andando a scuola ha cambiato i gusti". Rispetto alle NCD risultano avere una conoscenza di massima delle malattie cardio-vascolari, del diabete e del cancro. In casa stanno bene ma hanno sia familiari che amici in Italia e in Perù che ne soffrono (in particolare il riferimento è ad una cugina alla quale hanno diagnosticato un tumore). Il tema più interessante è stato quello dei fattori di rischio. A parte il tema dell'alimentazione, dove si riscontra che la famiglia ha abitudine a consumare spesso pasti fuori (fast food) anche non insieme, visto gli orari del lavoro della signora che tre volte la settimana si ferma la notte presso la signora da cui lavora e l'abitudine del figlio e del padre di stare "molto fuori casa", il problema sul quale l'attenzione si sofferma è quello dell'uso/abuso di alcol.

Il fenomeno dell'abuso alcolico è oggi uno dei drammi della migrazione. Nella lettura del fenomeno non si devono sottovalutare le condizioni psicologiche e la vulnerabilità psichica che, di fronte alle difficoltà del passaggio e insediamento migratorio, possono indurre le persone ad abusare di sostanze e in particolare di alcol anche perché le ragioni di tale abuso sono sempre multifattoriali, comprendendo fattori biologici, psichici, sociali e culturali spes-

so strettamente interconnessi e correlati tra loro. Diverse le motivazioni che vanno a giustificare il consumo di alcol in Italia da parte della popolazione peruviana. Queste le parole della donna "si beve per dimenticare la difficoltà della migrazione, si beve per stare insieme, ma poi si esagera e quando lo si fa spesso diventa un'abitudine, si beve perché si è soli e non considerati, non si è felici, i giovani bevono per dimostrarsi grandi". Ciò che è certo è che a un certo punto la persona si misura sul progetto, su ciò che ha guadagnato e su ciò che ha perso lungo il percorso migratorio a livello familiare, sociale e professionale. E spesso il conto non è positivo. L'abuso di alcol viene riferito soprattutto per gli uomini, le cui motivazioni appaiono strettamente connesse alle condizioni di vita, in particolare lavorative e di ruolo in famiglia e nella società in cui si trovano, mentre le donne si avvicinerebbero al bere perché tristi, isolate, con storie familiari non ideali. Entrambi, marito e moglie dichiarano, su domanda diretta, di riconoscere il valore di un progetto di sensibilizzazione sulle conseguenze di tale abuso, così come dell'importanza di un regime alimentare sano. Non hanno mai letto nulla a riguardo nei servizi, né in altri luoghi e non si ricordano né nel paese di origine né in Italia alcun tipo di comunicazione legata ai "corretti stili di vita" né alle malattie non trasmissibili. Come veicoli della comunicazione vedrebbero le scuole, ma anche volantini nei parchi, la pubblicità nelle metropolitane e sui mezzi pubblici, spot in tv.

*Nota: in casa parlano l'italiano anche per la preferenza dimostrata dal figlio e l'esigenza che il marito impari meglio la lingua, in ordine alla comunicazione il tema centrale sarebbe quello dell'importanza di adottare nel quotidiano comportamenti di salute soprattutto in ordine ai consumi quotidiani (cibo, alcol, movimento)*

*Famiglia 3:*

*4 componenti, moglie, marito, 2 figli, un maschio di 14 anni e una femmina di 17 anni. I figli sono nati in Egitto. Nazionalità egiziana. Religione musulmana.*

La biografia della migrazione familiare segna l'arrivo del padre 12 anni fa e a seguire, circa due anni dopo l'arrivo di moglie e figli, questi ultimi nati entrambi in Egitto. Sono l'esempio di una migrazione riuscita da un punto di vista lavorativo/economico, il padre con un cugino gestisce due ristoranti-pizzeria nella zona sud di Milano.

La difficoltà fin dall'inizio, a detta del padre, è stata quella di riuscire ad educare i nostri figli e di farli "crescere bene" a Milano. La centralità dell'argomento educazione dei figli è anche correlata al fatto che i due figli sono oggi adolescenti, tanto è vero che sollecitati sui temi dell'alcol, del consumo di tabacco,

dell'alimentazione, dell'uso di sostanze, ecc. le risposte della coppia fanno sempre riferimento al problema pensato per i giovani, e mai su di loro o i loro coetanei. "Per i giovani qui credo ci sia un problema, chi è arrivato qui con tanta fatica non può che dedicarsi al lavoro e impegnarsi, non cade in queste cose, il rischio è per i giovani". Vivere correttamente, vivere cioè secondo uno stile di vita che abbia al centro valori (anche in ordine a ciò che fa bene e ciò che fa male alla salute) agli occhi di questa famiglia non sembra facile. "Noi siamo musulmani e fortunatamente abbiamo tante regole che ci aiutano".

Le prescrizioni e i divieti alimentari accompagnano l'individuo anche nella migrazione essendo strettamente correlati non solo con un territorio e uno spazio, ma con un'identità culturale e religiosa. Pertanto il divieto della carne di maiale, del consumo di carne non halal e il consumo di bevande alcoliche, con il principio della moderazione sono punti di riferimento anche per le famiglie egiziane in terra di emigrazione. "L'imam del centro che frequentiamo e dove i nostri figli hanno studiato un po' di arabo parla di queste difficoltà a fare crescere bene i figli qui...anche rispetto alle malattie che ci diceva "ho proprio sentito parlare per la prima volta di diabete proprio lì perché davano delle indicazioni per il Ramadan e se non ho capito male, forse qualche servizio della salute si sta interessando nello specifico ai musulmani che hanno questo problema".

Altre comunicazioni non le hanno viste, qualche volta delle "comunicazioni e avvisi sul cibo arrivano dalla scuola, noi vogliamo solo che si rispetti la nostra regola per i nostri figli nelle scuole". Il fatto di avere dei ristoranti ha fatto loro avvicinare molto alla cucina italiana non venendo però meno il rispetto delle regole religiose in ordine ai divieti, alla macellazione e all'alcol.

Ritengono interessante sapere qualcosa di più su come si possono prevenire certe malattie.

*Nb: tutti in famiglia parlano e comprendono bene l'italiano, pensando a una campagna informativa e di prevenzione, il problema di comunicazione non sarebbe linguistico ma relativo all'inserimento di concetti ed esempi che possano essere utili in relazione ad alcune pratiche culturali e religiose (vedi diabete-ramadan)*

*Famiglia 4:*

*5 componenti, moglie, marito, 3 figli, un maschio di 17 anni; un maschio di 14 anni; una femmina di 11 anni. I primi due figli nati in Ghana, la terza in Italia. Nazionalità ghanese. Cittadinanza italiana. Religione cattolica.*

Questa famiglia, residente e incontrata a Brescia, si è ricomposta in Italia dopo un percorso di ricongiungimento, sono qui da tanto tempo, circa 13 anni e

il nucleo ha da poco anche la cittadinanza italiana. Il primo ad arrivare è stato il padre e poi la moglie e i due figli nati in Ghana. Il loro percorso di inserimento è stato facilitato da un prete e dalla catena migratoria che fa sì che Brescia sia un territorio privilegiato per la comunità ghanese, oggi significativa nella città e provincia bresciana.

Inseriti lavorativamente, sia la madre che il padre; inseriti socialmente, scuola, oratorio, i figli. La famiglia (a partire dall'arredamento della casa, luogo dell'intervista) mantiene fortemente vivi alcuni aspetti della tradizione e delle abitudini del paese d'origine. In particolare parlando della vita di famiglia la madre sottolinea quanto è importante per loro che i figli rispettino i valori che a loro volta sono stati insegnati a loro, quali "educazione, rispetto per gli anziani e i genitori, aiuto tra fratelli".

La loro narrazione riporta sempre a una vita di comunità e, alla domanda diretta di che tipo di condivisione nel quotidiano c'è con gli italiani, la risposta evidenzia una divisione di ambiti, "noi ci troviamo bene, lavoriamo in due cooperative dove ci sono sia stranieri sia italiani ma quando non lavoriamo generalmente siamo tra di noi, siamo in tanti qui, anche molti cugini e parenti...ogni tanto a casa viene qualche amico italiano dei figli...siamo sempre in tanti a tavola, c'è sempre qualcuno con noi...non andiamo mai come famiglia al ristorante...neanche McDonald, se usciamo andiamo a casa di altri amici e parenti del Ghana e ogni tanto organizziamo delle feste di comunità nella Chiesa e mangiamo tutti lì...cibo? ...i nostri piatti che piacciono a tutti".

Delicato il tema della salute/malattia. Emerge molto il piano culturale, delle credenze e delle pratiche. Non è facile parlarne, vi è riconoscimento del fatto che la medicina in Italia è buona (anche perché "gratis") ma su tutto il resto la conversazione tende subito a finire. D'altronde l'aspetto e la consapevolezza della cronicità, così come quello del senso e del perché della malattia, sono due aspetti che fanno riferimento a un mondo culturale e religioso altro e a categorie mentali molto differenti. A grandi linee l'esistenza di queste malattie (non trasmissibili) è da loro conosciuta, ma sulla prevenzione e sulle cure nulla. E' da ricordare che nel contesto di origine una persona sovrappeso, se non obesa, può essere l'emblema della salute, del benessere, della fecondità.

*Nb. La famiglia parla e comprende bene l'italiano. Una campagna di comunicazione dovrebbe essere in grado di toccare il tema della cronicità e della prevenzione, riuscendo a lavorare su un percorso di adattamento/negoziazione tra le concezioni di salute/malattia del modello di riferimento di origine e il concetto di salute/malattia del contesto di integrazione.*

*Famiglia 5:*

*3 componenti, moglie, marito, 1 figlio maschio di 6 anni. Il figlio è nato in Italia. Nazionalità filippina. Religione cattolica.*

La coppia si è conosciuta e sposata in Italia. Luogo di incontro Milano, dove la comunità filippina è significativa non solo per una questione di presenze ma per la sua capacità aggregativa e di attivazione comunitaria. Forse perché giovani (e perché hanno studiato entrambi in Italia) o perché diventati famiglia in Italia sono, tra le coppie incontrate, quella in cui meglio si evidenzia la presenza nelle abitudini del quotidiano familiare di un doppio riferimento culturale – filippino/italiano. Il cibo, le frequentazioni, le scelte in futuro per il figlio, dimostrano un'apertura con radici, la compresenza di due mondi di riferimento, integrati con consapevolezza e coerenza.

Il tema salute/malattia è trattato con serenità, interessante il racconto della loro esperienza di aiuto tra connazionali rispetto ai bisogni del quotidiano dei malati. Per ciò che riguarda le malattie non trasmissibili, queste ultime sono da loro conosciute sia in termini di problematiche sia in termini di possibili buoni comportamenti. Emerge come la comunità sia non solo ambito di socializzazione, svago, mutuo aiuto e condivisione di appartenenze (prima di tutto quella religiosa) ma anche luogo di comunicazione “tanti filippini e filippine sono infermieri, oss o badanti, o vivono come aiuto domestico nelle case di italiani dove ci sono anziani, la realtà delle cure e di ciò che è bene fare per la salute è da queste persone conosciuta e a volte ne parliamo”.

Colgono con interesse l'idea di progetti di prevenzione rivolti alla comunità, ma anche a italiani e stranieri di altra provenienza.

La comunità sembra giocare un importante ruolo anche per il sostegno del disagio e quindi “tra di noi ci sono pochi problemi di alcol e droghe, tante attività si organizzano per i giovani proprio per dare loro una proposta positiva”.

*NB. La coppia comunica e comprende molto bene l'italiano, l'intervista rinforza l'importanza del coinvolgimento e dell'attivazione delle comunità e delle associazioni straniere in percorsi e progetti di sensibilizzazione e di prevenzione.*

#### 4.5 Suggerimenti e valutazioni emerse

Dalle interviste emerge come a tutt'oggi non sono state ancora attuate opportune politiche di educazione sanitaria atte ad informare esaurientemente gli immigrati sulle conseguenze date da obesità, abuso di alcolici, sedentarietà, alimentazione non corretta, sulle malattie non trasmissibili, sulla loro prevenzione e cura.

Al contempo si registra un desiderio da parte delle persone intervistate di acquisire informazioni per la promozione della propria salute e il mantenimento di una situazione di benessere.

La testimonianza di alcune famiglie evidenzia una mancanza di familiarità con le risorse per la salute/benessere presenti nel territorio.

Di particolare interesse il potenziale ruolo riconosciuto dagli intervistati alla comunità etnica e religiosa – luoghi di ritrovo, luoghi di culto, media etnici – quali luoghi di promozione di campagne di prevenzione, sensibilizzazione se non di vera e propria educazione sanitaria.

Nello specifico:

*- l'importanza di un'azione di educazione sanitaria alla prevenzione*

Se le persone straniere non aderiscono ai programmi di medicina preventiva ciò dipende essenzialmente dal fatto che non sanno di cosa si tratta.

C'è una grande disponibilità ad acquisire abitudini utili per la protezione della salute.

*- l'importanza del confronto sulla categoria mentale “malattia cronica”*

Necessità di verificare sempre l'esistenza o meno della categoria mentale “malattia cronica”. A volte sentirsi dire che le cose vanno bene può significare solo che si è guariti, non che si è in equilibrio terapeutico. E questa convinzione comporta delle conseguenze in ordine al mantenimento come all'adozione di comportamenti orientati alla salute. Emerge la necessità di soffermarsi sulla spiegazione del che cosa è una malattia cronica e che cosa è una malattia curabile ma non guaribile.

*- la condizione di rischio specifica del migrante*

Emerge chiaramente dalle interviste la presenza tra gli immigrati di indicatori di rischio specifici in relazione ai fattori di rischio individuati delle NCD: sociali (emarginazione), economici (disoccupazione, basso reddito o frustrazioni lavorative, impossibilità di assentarsi dal lavoro per controlli medici), familiari (solitudine) e culturali (inadeguatezza nel nuovo contesto dei comportamenti e delle abitudini legate allo stile di vita del paese di origine, così come di alcune credenze).

*- l'importanza, ai fini della ideazione e realizzazione di campagne informative sulla prevenzione e cura delle NCD della considerazione degli aspetti culturali, delle specifiche religiose e delle abitudini della persona e della comunità straniera.*

Il modello di percezione e gestione della salute – come la persona percepisce la propria salute, quindi i comportamenti della persona nei confronti della salute, l'influenza di queste sulle sue attività, e lo stato di salute in rapporto alla formulazione di piani per il futuro. Il modello di alimentazione della persona – abitudini alimentari, preferenze. Il modello di attività ed esercizio fisico. Tali piani in riferimento alla cultura, alle credenze e alle abitudini degli individui.

#### 4.6 Il parere dei migranti coinvolti nella fase di analisi neuroscientifica

Le precedenti interviste qualitative sono state integrate con una specifica fase di indagine qualitativa svolta con il coinvolgimento dei soggetti migranti coinvolti nella fase di indagine neuroscientifica descritta più avanti. Le interviste sono state condotte nel periodo maggio-giugno 2014 da diversi intervistatori addestrati appositamente per l'impegno in questione e sono state rielaborate da uno degli intervistatori con la collaborazione di un team di lavoro interdisciplinare.

I soggetti coinvolti in tale indagine sono circa 40 (16 in una prima fase di test reale e 24 in una successiva fase di post test di verifica). Al campione (cittadini migranti di prima e seconda generazioni) che ha effettuato i test neuro scientifici presso il Brain Lab IULM, sono state effettuate delle interviste (anonime) per verificare il grado di percezione, valutazione e utilizzo del servizio sanitario nazionale e come si pone nei confronti delle NCD rispetto alla prevenzione, informazione e cura.

Al fine di raccogliere le esperienze dei migranti:

- 1- è stata realizzata la traccia dell'intervista semi-strutturata, della durata di circa 20 minuti ed è stata somministrata in modalità face-to-face;
- 2- è stata realizzata una griglia di lettura per l'analisi delle interviste, per poter rileggere tutte le interviste in base alla medesima chiave di lettura interpretativa;

Gli obiettivi tematici e i risultati delle interviste sono di seguito riportati:

##### 4.6.1 Esperienza personale del servizio sanitario nazionale

È stato prima di tutto chiesto all'intervistato se gli fosse stato assegnato un medico del servizio sanitario. La maggior parte afferma di avere un medico, di andarci raramente, soprattutto in caso di eventi che non si risolvono attraverso l'automedicazione. La maggioranza inoltre si ritiene soddisfatta del proprio medico dal punto di vista professionale e personale, qualcuno (3) si lamenta

della relazione personale che non sempre lo soddisfa. Allo stesso modo si considerano soddisfatti coloro (una minoranza) che sono dovuti ricorrere al servizio ospedaliero.

Non si rilevano particolari problemi rispetto ai servizi offerti e fruiti del sistema sanitario nazionale dal punto di vista burocratico, comunicativo/linguistico/culturale. Il campione era composto da persone che conoscono l'italiano, quindi i documenti forniti dal medico, e le conversazioni con il personale sanitario sono risultate in genere gestite facilmente. Una minoranza dei soggetti ascoltati riporta di aver avuto problemi di comunicazione al loro arrivo in Italia e che in particolari casi fortunati hanno incontrato medici che parlavano lingue per loro più facilmente comprensibili dell'italiano, come inglese, francese, spagnolo. Rispetto alle prime generazioni il problema linguistico permane soprattutto se all'arrivo i nuovi migranti non si ricongiungono con familiari o amici. L'ospedale è percepito da tutti in modo positivo, alcuni non si sono mai serviti del servizio, e chi lo ha fatto lo attribuisce prevalentemente a problemi minori o semplici traumi/fatture. Data l'età relativamente bassa dei soggetti intervistati non si rilevano ricoveri per patologie gravi o legate alle NCD.

##### 4.6.2 Stili di comunicazione, migranti e NCD

La comunicazione con il medico e il rapporto che si instaura sono elementi fondamentali per il successo della terapia. Molti riferiscono che il medico deve essere un amico, una persona con cui ci si sente a proprio agio, ma altrettanti pongono come prerogativa irrinunciabile la professionalità. Gli aggettivi più utilizzati per descrivere la comunicazione con gli operatori sanitari sono: calda, amichevole, chiara, professionale.

##### 4.6.3 NCD

Dalle interviste svolte si rileva che gli intervistati sono a conoscenza di cosa siano il diabete, le malattie cerebro-vascolari, il cancro, le malattie respiratorie e le malattie cardiovascolari, anche se non conoscono l'espressione "malattie non trasmissibili" o "non-communicable diseases". La maggior parte non soffre di queste malattie e riferisce in rari casi di avere avuto amici o parenti affetti da tali malattie. Nonostante la conoscenza, si riscontra una scarsa considerazione nei confronti delle malattie non trasmissibili e del rischio delle complicanze croniche di tali malattie. Le persone ne hanno sentito parlare, ma ridotta è la loro reale conoscenza, così come la conoscenza delle problematiche associate a sovrappeso, obesità, abuso di alcol, cattiva alimentazione. Emerge anche che l'aspetto della cronicità sia di difficile comprensione.

#### 4.6.4 Fattori di rischio

Rispetto ai fattori di rischio che portano a contrarre queste malattie vengono individuati principalmente l'eccessivo utilizzo di tabacco e il consumo eccessivo di alcol. Gli altri: insufficiente attività fisica, poco movimento; abitudini alimentari sbagliate; pressione alta; sovrappeso e obesità; fattori ambientali (lavorare in luoghi malsani a contatto con sostanze/materiali pericolosi), vengono meno citati. In particolari molti non associano pericoli particolari al cibo se non nel caso sia avariato e riferiscono come ulteriore fattore di rischio le "droghe" in generale. Emerge occasionalmente che i "cibi grassi" possono essere dannosi, anche se non viene specificato quali grassi siano pericolosi, se i saturi o gli insaturi. Lo zucchero e il sale non sono segnalati come sostanze da usare con moderazione. Va detto che i migranti che risiedono in Italia appartengono principalmente alla fascia di età 15-49, e così anche i nostri intervistati, che difficilmente sono già portatori delle patologie legate ai fattori di rischio NCD.

#### 4.6.5 Prevenzione NCD

La prevenzione non viene fatta, soprattutto nessuno parla di screening effettuati o di avere intenzione di effettuarne e di effettivi stili di vita volti a contrastare le potenziali patologie. Generici comportamenti di prevenzione riferiti andrebbero approfonditi per una valutazione del loro essere effettivamente comportamenti di salute: andrebbe meglio indagato il significato di "mangiare meno", "mangiare sano", "mangiare bene", "fare un po' di attività fisica", ecc..

Sulle attività di sensibilizzazioni non ci sono trend dominanti che emergono dalle risposte degli intervistati, a parte una certa tendenza a citare la televisione, i mass media e la famiglia come luogo fondamentale per l'educazione ad una vita sana, e poi vengono suggeriti: incontri con le comunità sul territorio; strutture mobili itineranti sul territorio; attività di prevenzione nei luoghi di lavoro; attività di prevenzione nelle scuole; stampa di materiale illustrativo (brochure, volantini); produzione di video; iniziative su internet, siti internet, social network.