

Migrationsgerechte Prävention und Gesundheitsförderung:

Bedarfsanalyse zu den Programmen und Projekten im Bereich öffentliche Gesundheit im Kanton Tessin

Valeria Canova
in Zusammenarbeit mit Giona Mattei

Bericht erstellt vom SAH Tessin (Schweizerisches Arbeiterhilfswerk) im Auftrag des Amtes für Gesundheitsförderung und -evaluation (UPVS) des Gesundheits- und Sozialdepartements (DSS) des Kantons Tessin.

Bellinzona, 30. Juni 2011 (revidierte Fassung: Februar 2012)

Dank

Für das freundliche Entgegenkommen, die kompetenten Auskünfte und die geleistete Unterstützung danken wir:

- den Kolleginnen und Kollegen des SAH Tessin (Schweizerisches Arbeiterhilfswerk),
- dem Personal des Amtes für Gesundheitsförderung und -evaluation des DSS, insbesondere Annamaria Fahrländer,
- all jenen, die sich freundlicherweise bereit erklärt haben, die Fragen im Rahmen der Einzelinterviews zu beantworten oder den Text zu revidieren,

sowie allen Personen, mit ihren Tipps, Ratschlägen und Informationen die Erstellung dieses Berichts ermöglicht haben.

Finanzierung

Diese Analyse wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Rahmen des Nationalen Programms "Migration und Gesundheit" (Phase II: 2008-2013) finanziert.

Inhalt

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	4
1. EINLEITUNG	5
1.1 Ausgangslage und Ausrichtung der Analyse.....	5
1.2 Ziele.....	6
1.3 Struktur des Berichts.....	7
2. MIGRATIONSBEVÖLKERUNG IM TESSIN UND BEDARF IM GESUNDHEITSBEREICH	8
2.1 Migration und Gesundheitsdeterminanten.....	8
2.2 Ausländische Bevölkerung im Kanton Tessin.....	9
2.3 Migrantengruppen und Gesundheitsrisiken	12
2.3.1 Allgemein	12
2.3.2 Arbeitsbereich “Gesunde Ernährung und Bewegung”	13
2.3.3 Arbeitsbereich “Wohlbefinden, Unbehagen und Abhängigkeit”	13
2.3.4 Arbeitsbereich “Patientenrechte und angemessener Zugang zur Gesundheitsversorgung”	15
3. Analyse des Angebots der kantonalen Programme im Bereich öffentliche Gesundheit	17
3.1 Abgrenzung des analysierten Angebots	17
3.2 Gewährleistung des Grundsatzes des Chancengleichheit.....	18
3.2.1 Arbeitsbereich “Gesunde Ernährung und Bewegung”	18
3.2.2 Arbeitsbereich “Wohlbefinden, Unbehagen und Abhängigkeit”	19
3.2.3 Arbeitsbereich “Patientenrechte und angemessener Zugang zur Gesundheitsversorgung”	22
3.3 Festgestellte Hindernisse	24
3.4 Fazit.....	25
4. EMPFEHLUNGEN	28
5. ZUSAMMENFASSUNG DES BERICHTS	32
6. BIBLIOGRAPHIE	36
ANHAENGE	40
Anhang 1: Lista delle persone intervistate.....	40
Anhang 2: Schede descrittive dei progetti menzionati come good practices	44
Anhang 3: Strumento di controllo: check-list migrazione.....	49

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AAT	Aiuto Aids Ticino (Aids-Hilfe Tessin)
AS	Asylsuchende
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CPF	Centri Pianificazione Familiare EOC (Familienplanungszentren des Tessiner Spitalverbunds)
CFM	Commission fédérale pour les questions de migration (EKM, Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen)
DECS	Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport (Bildungs-, Kultur- und Sportdepartement des Kantons Tessin)
DSS	Dipartimento della sanità e della socialità (Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Tessin)
EKM	Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen
EOC	Ente ospedaliero cantonale (Tessiner Spitalverbund)
GMM	Erstes Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung (2004)
IMI	Interkulturelle Übersetzer/Vermittler
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OSC	Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (Sozialpsychiatrische Organisation des Kantons Tessin)
SAH	Schweizerisches Arbeiterhilfswerk
STD	Sexuell übertragbare Krankheiten
UFAG	Ufficio del sostegno a enti e attività per le famiglie e i giovani, DSS (Amt zur Unterstützung von Einrichtungen und Aktivitäten für Familien und Jugendliche)
UFSP	Ufficio federale della salute pubblica (BAG, Bundesamt für Gesundheit)
UMC	Ufficio del medico cantonale, DSS (kantonsärztlicher Dienst)
UPVS	Ufficio di promozione e valutazione sanitaria, DSS (Amt für Gesundheitsförderung und -evaluation)
UST	Ufficio federale di statistica (BFS, Bundesamt für Statistik)
USTAT	Ufficio di statistica (statistisches Amt des Kanton Tessin)

1. EINLEITUNG

1.1 Ausgangslage und Ausrichtung der Analyse

In der Schweiz sind rund 22% der ständigen Wohnbevölkerung¹ Ausländerinnen und Ausländer (BFS 2010). Die Migrationsbevölkerung² ist an den beiden Extremen der gesellschaftlichen Skala übervertreten: Auf der einen Seite steht eine Minderheit, die am oberen Ende der Lohnskala eingereiht ist und einen hohen Bildungsstand aufweist. Auf der anderen Seite steht eine Mehrheit, die sich oft gezwungen sieht, unsichere Arbeitsverhältnisse anzunehmen, oder die arbeitslos ist und deren Bildungsstand und Lohnniveau unter dem Durchschnitt der Bevölkerung liegen (OFSP 2007b).

Die sozialen Nachteile, die sich daraus ergeben, können sich in verschiedener Hinsicht auf die Gesundheit dieser Menschen auswirken, die unter verschiedenen Gesichtspunkten weniger gut ist als jene der einheimischen Bevölkerung. So besteht gemäss dem Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung von 2004 (nachfolgend GMM) bei verschiedenen Migrantengruppen³ ein ausgeprägteres Risikoverhalten in Bezug auf die Gesundheit. Zudem ist der Zugang dieser Gruppen zu den Leistungen des Gesundheitssystems erschwert. Ihr Wissen in Bezug auf gesundheitsfördernde Verhaltensweisen ist oft unzureichend und nicht selten treten im Kontakt mit den lokalen Gesundheitseinrichtungen sprachliche und kulturelle Probleme auf. In der nationalen Strategie "Migration und Gesundheit 2008-2013" wird deshalb festgehalten, dass die bestehenden nationalen Angebote im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung oft grosse Gruppen der Migrationsbevölkerung vernachlässigen. Die Anpassung dieser Angebote stellt somit ein vorrangiges Ziel für die öffentliche Gesundheit dar.

Im Kanton Tessin ist eine ähnliche demografische Verteilung festzustellen wie auf nationaler Ebene: 25,4% der Wohnbevölkerung sind ausländische Personen (USTAT 2011). Eine subjektive Auswertung der Anfragen der Personen, die sich an die Anlaufstellen des SAH Tessin⁴ wenden (Asylsuchende, Flüchtlinge, Migrantinnen mit unsicherem Aufenthaltsstatus, Personen ohne geregelten Aufenthalt, Migranten aus der EU in der ersten Zeit ihres Aufenthalts im Kanton und in der Schweiz), bestätigt zudem den Trend, der auf nationaler Ebene festgestellt wurde: Es besteht ein Bedarf, der mit dem vorhandenen kantonalen Angebot im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung nicht gedeckt werden kann. Deshalb ist anzunehmen, dass einige Programme, die auf die gesamte Bevölkerung ausgerichtet sind, sich nicht für Personen mit Migrationshintergrund eignen, oder dass die Botschaft die spezifische Zielgruppe nicht erreicht, obwohl Anstrengungen zur Anpassung des Angebots unternommen wurden.

¹ *Ständige Wohnbevölkerung*: Die ständige Wohnbevölkerung umfasst alle schweizerischen Staatsangehörigen mit Wohnsitz in der Schweiz, die ausländischen Staatsangehörigen mit einer Niederlassungs- oder Aufenthaltsbewilligung für mindestens zwölf Monate sowie die internationalen Funktionäre, die Diplomaten und ihre Familienangehörigen. Nicht zur ständigen Wohnbevölkerung zählen Asylsuchende, vorläufig aufgenommene Ausländerinnen und Ausländer sowie Schutzbedürftige (Wanders *et al.* 2004).

² *Migrationsbevölkerung / Personen mit Migrationshintergrund / Migrantinnen und Migranten*: Mit diesen Begriffen werden alle Personen bezeichnet, die im Ausland geboren sind oder bei denen mindestens ein Elternteil im Ausland geboren ist (Bülent *et al.* 2007).

³ Um den Text besser lesbar zu gestalten, wird zur Bezeichnung der Personen aus der Migrationsbevölkerung teilweise nur die männliche Form verwendet.

⁴ Das SAH Tessin ist eine humanitäre gemeinnützige Organisation, die seit 1984 besteht. Zu seinen Haupttätigkeiten zählen die Eingliederung und Integration von Asylsuchenden und Flüchtlingen, die Organisation von Beschäftigungs- und Ausbildungsprogrammen für Arbeitslose, die Rechtsberatung von Migranten und Ausländer, die Ausbildung und Vermittlung von interkulturellen Übersetzern/Vermittlern.

Für die Bedarfsanalyse zu den Programmen, auf die sich dieser Bericht bezieht, wurden drei Handlungsfelder des kantonalen Gesundheitsförderungsplans (2009-2011) ausgewählt, den das Amt für Gesundheitsförderung und -evaluation (UPVS) des Gesundheits- und Sozialdepartements (DSS) umsetzt. Diese Handlungsfelder werden für Personen mit Migrationshintergrund als vorrangig betrachtet.

A. Gesunde Ernährung und Bewegung

Aus den Schlussfolgerungen des GMM geht hervor, dass die Migrationsbevölkerung stärker von Übergewichtsproblemen betroffen ist als die Schweizer Bevölkerung. Die eingewanderten Personen bleiben zwar oft einer traditionellen, gesunden Ernährung treu, die zu einer tiefen Herz-Kreislauf-Mortalität führt. Doch ein Teil der Migrationsbevölkerung verändert das Ernährungsverhalten, womit sich die gesundheitlichen Voraussetzungen häufig verschlechtern (UFSP 2008a). In Bezug auf die Bewegung zeigt die Erhebung, dass ein Teil der Zugewanderten regelmässig eine körperliche Aktivität ausübt. Der Anteil der Personen, die nie Sport treiben, ist jedoch im Durchschnitt höher als bei den Schweizerinnen und Schweizern (OFSP 2007a).

B. Wohlbefinden, Unbehagen und Abhängigkeit

Psychische Unausgeglichenheit verstärkt sich in Problemsituationen: ungünstige sozioökonomische Verhältnisse, vermehrte Einsamkeit, übermässiger psychischer Druck, Arbeitslosigkeit, unzureichender Bildungsstand, Diskriminierung aufgrund des Geschlechts und Menschenrechtsverletzungen (UPVS 2009). Häufig betreffen diese Situationen ausländische Personen, die am Rand der Gesellschaft leben.

Das GMM zeigt auf, dass bei verschiedenen Gruppen der Migrationsbevölkerung, insbesondere bei den Jugendlichen, im Bereich Tabak- und Alkoholkonsum ein klares Risikoverhalten besteht (UFSP 2008a).

Zudem bestätigt eine subjektive Beurteilung der Bedürfnisse der Personen, die sich an die Anlaufstellen des SAH Tessin wenden, den Trend zu Alkoholmissbrauch und Drogenabhängigkeit (vor allem bei jungen Männern mit unsicherem Aufenthaltsstatus). In dieser Situation ist es für die Anlaufstellen schwierig, eine angemessene Reaktion in Bezug auf die Prävention und Information zu bieten.

C. Patientenrechte und angemessener Zugang zur Gesundheitsversorgung

Aus dem GMM geht hervor, dass Personen mit Migrationshintergrund beim Zugang zu Informationen und Leistungen des Gesundheitssystems oft benachteiligt sind. Dies ist auf spezifische Hindernisse wie die Fremdsprachigkeit oder die mangelnde Vertrautheit mit der lokalen Situation zurückzuführen. Es ist bekannt, dass ein Teil der Migrationsbevölkerung ungenügend über das Funktionieren des schweizerischen Gesundheitssystems informiert ist und deshalb die Angebote im Bereich Prävention, Gesundheitsförderung und medizinische Versorgung nicht optimal nutzt. Vor allem in den folgenden Bereichen ist ein Mangel an angemessenen Informationen festzustellen: Krebsvorsorge, sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie Risiken einer falschen Ernährung und von Bewegungsmangel (UFSP 2008a).

1.2 Ziele

Mit dieser Analyse werden vor allem die nachstehenden Ziele verfolgt:

1. Analyse des ausgewählten kantonalen Angebots an Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen und -projekten, um abzuklären, ob Massnahmen vorgesehen sind, die darauf ausgerichtet sind, den Migrantinnen und Migranten im Hinblick auf die Chancengleichheit den gleichberechtigten Zugang zur Information und zum Erwerb von Gesundheitskompetenzen zu gewährleisten.

2. Erarbeitung von Empfehlungen für Massnahmen, die eingeführt werden könnten, um den Einbezug und den Zugang der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in die künftigen Programme und Projekte im Bereich öffentliche Gesundheit zu fördern.

Die Analysen und Empfehlungen, die in diesem Bericht vorgelegt werden, dienen als Grundlage für die Erarbeitung der Strategie 2012-2016 des UPVS, da die ausgewählten Handlungsfelder weiterhin einen Schwerpunkt bilden werden, der auch der Migrationsbevölkerung zugute kommen sollte.

Die Ergebnisse dieser Analyse werden zudem von Nutzen sein, um zu beurteilen, ob es wünschenswert ist, im Bereich "Migration und Gesundheit" eine Koordination auf kantonaler Ebene (in Bezug auf die Gesundheitsförderung und den Zugang zur Gesundheitsversorgung) einzuführen.

Diese Koordination würde dazu beitragen, den Ansatz des *Migration Mainstreaming* umzusetzen, der den Grundsatz der gesundheitlichen Chancengleichheit aus einer umfassenden, strukturellen Perspektive betrachtet. Dieser Ansatz erfordert den Einbezug der grösstmöglichen Zahl von Akteuren, damit der Grundsatz für die Migrationsbevölkerung tatsächlich und dauerhaft Realität wird (OFSP 2008).

1.3 Struktur des Berichts

Die Fragen, auf die sich dieser Bericht bezieht, werden in der folgenden Reihenfolge bearbeitet:

Kapitel 2: **Migrationsbevölkerung im Tessin und Bedarf im Gesundheitsbereich**
- Welche Migrantengruppen sind im Kanton Tessin vertreten und welche dieser Gruppen sind am stärksten von den Gesundheitsrisiken betroffen, auf die sich die oben erwähnten Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme beziehen?

Kapitel 3: **Analyse des Angebots der kantonalen Programme im Bereich öffentliche Gesundheit**
- Wie wird der Grundsatz der Chancengleichheit der Migrantinnen und Migranten in den ausgewählten Programmen gewährleistet?
- Wie gut sind die Erreichbarkeit und die Partizipation der Migrantinnen und Migranten in den ausgewählten Programmen?
- Welches sind die Gründe, dass die bestehenden Programme diese Bevölkerungsgruppe nicht oder nur ungenügend erreichen?

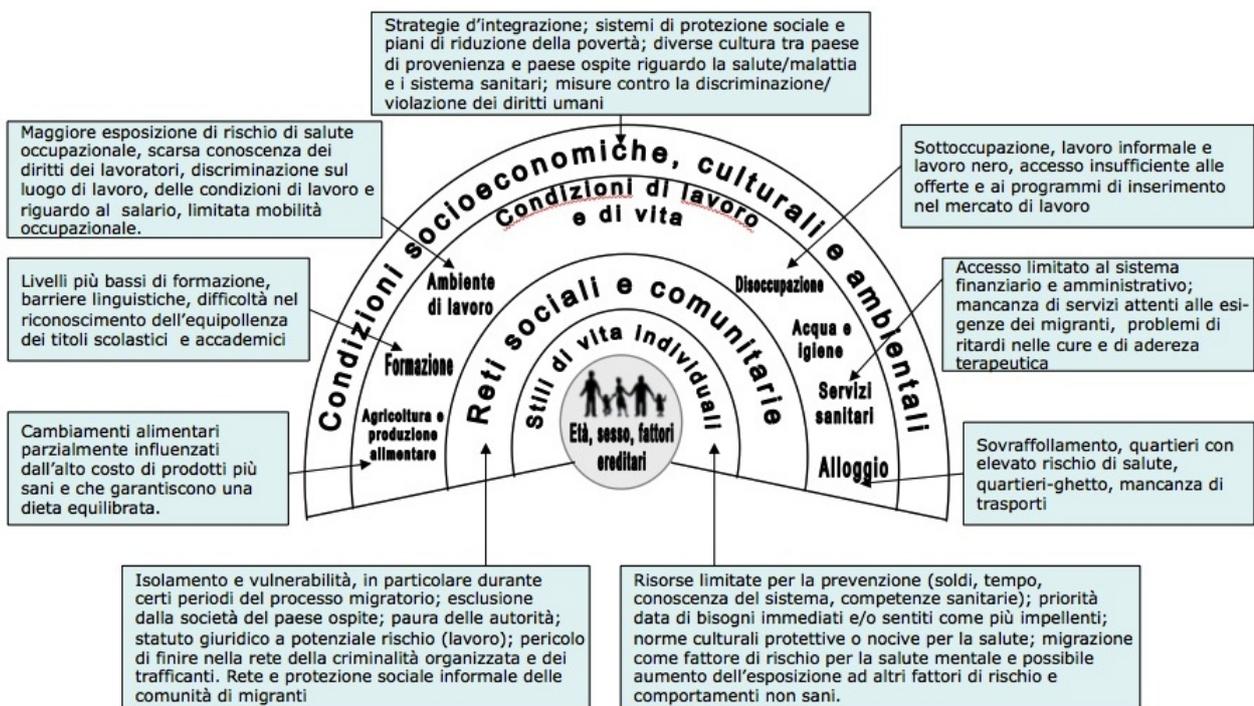
Kapitel 4: **Empfehlungen**
- Welche Massnahmen sind zu empfehlen, damit die Migrationsbevölkerung künftig besser erreicht wird?

2. MIGRATIONSBEVÖLKERUNG IM TESSIN UND BEDARF IM GESUNDHEITSBEREICH

2.1 Migration und Gesundheitsdeterminanten

Migration an sich macht nicht krank. Vielmehr sind es die spezifischen Umstände, die den Faktor Migration zu einem gesundheitlichen Risiko werden lassen (UFSP 2008a). Die Gesundheit der Ausländerinnen und Ausländer wird durch migrationspezifische Faktoren beeinflusst, die zur Folge haben können, dass diese Bevölkerungsgruppe stärker gefährdet ist als die Schweizerinnen und Schweizer (s. Abbildung 1).

Figura 1: Der Migration angepasste Gesundheitsdeterminanten



Fonte: Dahlgren and Whitehead, angepasst von Theodora Koller (Venedig WHO 2008) – Uebersetzung ins Italienische: Dienst für Gesundheitsförderung und –Evaluation, Kanton Tessin, 2010

Wie die Abbildung zeigt, sind mit dem Phänomen der Migration eine Vielzahl von Gesundheitsdeterminanten verbunden, die sich gegenseitig beeinflussen. Um den Grundsatz der gesundheitlichen Chancengleichheit⁵ zu verwirklichen, muss berücksichtigt werden, dass die gesundheitsbezogenen Vorteile und Risiken innerhalb der Migrationsbevölkerung selbst unterschiedlich verteilt sind. Denn diese Determinanten haben nicht die gleichen Auswirkungen, wenn die Gesundheit der armen, nicht italienischsprachigen Ausländerinnen und Ausländer, die in unsicheren Verhältnissen leben, mit jener der bessergestellten Gruppen anderer ausländischer Personen verglichen wird, die bessere gesundheitliche Voraussetzungen aufweisen können als die Tessiner "Working Poor" und die einheimischen Einelfernfamilien (Lehmann 2011).

⁵ In der zweiten Phase der Bundesstrategie "Migration und Gesundheit 2008-2013" verfolgt der Bund das Ziel, den Grundsatz der gesundheitlichen Chancengleichheit umzusetzen, um damit zum Abbau der vermeidbaren gesundheitlichen Benachteiligungen beizutragen (OFSP 2007b).

2.2 Ausländische Bevölkerung im Kanton Tessin

Für das Bild, das nachstehend von der ausländischen Wohnbevölkerung im Tessin gezeichnet wird, werden die wichtigsten Merkmale in Bezug auf die Nationalität, den Aufenthaltsstatus, das Alter und die Geschlechterverteilung zusammengefasst. Danach wird versucht, gestützt auf die vorliegenden sozioepidemiologischen Daten zu bestimmen, welche Gruppen im Zusammenhang mit den drei ausgewählten Handlungsfeldern (s. Kap. 1.1) des kantonalen Gesundheitsförderungsplans, der vom UPVS umgesetzt wird, am stärksten von gesundheitlichem Risikoverhalten betroffen sind.

Tabella 1: Popolazione straniera residente permanente e non⁶, al 31.12.2009, in Ticino (suddivisa secondo nazionalità, età e sesso)

Cittadinanza	Stato al 31 dicembre 2009	Percentuale (in % arrotondato)	Quota di giovani (in %) ⁷	Quota di anziani (in%) ⁸	Indice di mascolinità ⁹
Totale	338'033	100.0			
Svizzera	250'381	74.1	34.7	48.9	86.3
Estero	87'652	25.9	50.1	33.6	115.4

Cittadinanza	Stato al 31 dicembre 2009	Percentuale (in % arrotondato)	Quota di giovani (in %)	Quota di anziani (in%)	Indice di mascolinità
Totale estero	87'652	100.0			115.4
Europa	80'630	92.0	25.2	36.5	120.0
UE-27/AELS	67'984	77.6	22.9	42.2	126.1
Italia	49'928	57.0	21.2	51.0	137.9
Portogallo	7'380	8.4	34.5	2.4	115.5
Serbia e Montenegro	4'852	5.5	40.5	8.7	97.6
Germania	3'860	4.4	22.0	58.1	97.2
Croazia	2'542	2.9	34.2	8.2	94.6
Bosnia-Erzegovina	2'162	2.5	31.8	8.6	106.1
Spagna	1'508	1.7	21.7	25.7	93.3
Turchia	1'059	1.2	37.1	16.9	116.6
Macedonia	984	1.1	37.3	3.4	106.3
America	3592	4.1	27.4	6.9	49.6
Stati Uniti e Canada	925	1.1	57.0	17.0	74.0
America Latina e Caraibi	2'667	3.0	19.1	4.0	41.7
Asia	2'202	2.5	29.3	6.2	87.6
Africa	1'131	1.3	27.8	1.9	172.5
Oceania	59	0.1	-	-	-
Altri stati, stati sconosciuti	38	0.0	-	-	-

Fonte: Elaborazione dell'autrice da dati USTAT (2011)

Ausgehend von den Daten des kantonalen statistischen Amtes entsprach der Anteil der (ständigen und nicht ständigen) ausländischen Wohnbevölkerung im Dezember 2009 rund 26% der Gesamtbevölkerung des Kantons Tessin (s. Tabelle 1).

Aus dieser Momentaufnahme geht hervor, dass 92% der ausländischen Personen aus Europa und grösstenteils aus Staaten stammen, die der EU27/EFTA angehören (77,6%). Bei den europäischen Herkunftsländern dominiert Italien: Von dort stammen 57% der ausländischen Bevölkerung, gefolgt von Portugal (8,4%) und von Serbien und Montenegro (5,5%), wobei diese Kategorie auch Kosovo einschliesst. Danach folgen Deutschland, Kroatien, Bosnien-Herzegowina, Spanien, die Türkei und Mazedonien.

Bei den verbleibenden 8% der ausländischen Bevölkerung im Tessin herrscht Amerika mit 4,1% vor (wobei das relative Gewicht der Personen aus Lateinamerika höher ist als jenes der Zugewanderten aus Nordamerika). Aus Asien und Afrika stammen 2,5%

⁶ Die erfassten Ziffern betreffen die niedergelassene und nicht-niedergelassene ausländische Bevölkerungsrate (EU/EFTA Angehörige, nicht- EU/EFTA Angehörige), Folgende Aufenthaltsbewilligungen sind berücksichtigt: Aufenthaltsbewilligung (Ausweis B), Niederlassungsbewilligung (Ausweis C), vorläufig aufgenommene Ausländer (Ausweis F), Kurzaufenthaltsbewilligung (Ausweis L) und Asylsuchende (Ausweis N).

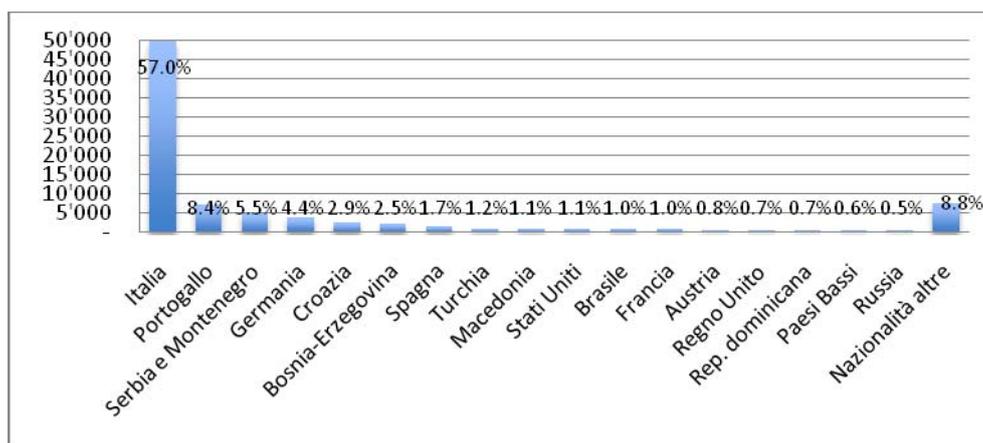
⁷ Anteil von Jugendlichen: Verhältnis von Anzahl Personen bis zum 19. Lebensjahr und Personen zwischen dem 20. und dem 59. Lebensjahr.

⁸ Anteil der älteren Personen: Verhältnis zwischen Personen mit 60+ Jahren und diejenigen zwischen dem 20 und dem 59 Lebensjahren.

⁹ Männer-Index: Anzahl Männer im Verhältnis zu 100 Frauen.

beziehungsweise 1,3% der ausländischen Personen. Diese Zahlen widerspiegeln die nationale Politik, die die Einwanderung von qualifizierten Arbeitskräften aus der EU fördert, vor allem aus den Nachbarländern und aus dem südeuropäischen Raum (UFSP 2008a). Dennoch ging die Zunahme der Bestände in den letzten zwei Jahrzehnten mit einer Diversifizierung der Herkunftsländer und einem Rückgang bei den Ausländerinnen und Ausländern aus den traditionellen Herkunftsländern, d. h. Italien und Spanien, einher (s. Grafik 1) (Greppi 2003).

Grafico 1: Popolazione straniera residente permanente e non, al 31.12.2009, in Ticino (suddivisa in base alle principali nazionalità d'origine)



Fonte: Elaborazione dell'autrice da dati USTAT (2011)

Werden die Daten nach Geschlecht analysiert, ist festzustellen, dass sich die Tessiner Bevölkerung aus mehr Frauen als Männern zusammensetzt, während dieses Verhältnis bei der ausländischen Bevölkerung umgekehrt ist. Ende 2009 belief sich der Männeranteil in der ausländischen Bevölkerung auf 53,7%, der Frauenanteil auf 46,3%. Allerdings bestehen je nach Nationalität erhebliche Unterschiede: Relativ hohe Männeranteile sind bei den Personen aus Südeuropa zu verzeichnen (Italien, Portugal und Türkei), während die aus Afrika stammende Bevölkerung einen starken Männerüberhang aufweist (Geschlechterverhältnis: 172,5), im Gegensatz zu den Personen aus Amerika (vor allem aus Lateinamerika, mit einem Geschlechterverhältnis von 41,7) und aus Asien.

Ein deutlicher Unterschied gegenüber der Tessiner Bevölkerung zeigt sich in der Altersstruktur der ausländischen Bevölkerung, da vor allem Personen im Alter von 20 bis 39 Jahren zuwandern (UFSP 2008a). In den letzten Jahren hat sich jedoch das Alter der eingewanderten Bevölkerung erhöht. Als Trend zeichnet sich ein ausgeprägterer Anstieg des Alters bei der ausländischen Bevölkerung aus den traditionellen Einwanderungsländern ab (Deutschland, Österreich, Frankreich, Italien und Spanien), eine Tendenz, die sich auch bei den neueren Migrationsströmen (Portugal und ehemaliges Jugoslawien) bestätigen könnte (Greppi 2003).

Zum Aufenthaltsstatus hingegen muss festgehalten werden, dass rund zwei Drittel der ausländischen Bevölkerung über eine Niederlassungsbewilligung (C) verfügen. Der grösste Teil des verbleibenden Drittels besitzt eine Aufenthaltsbewilligung (B), während die Kurzaufenthaltsbewilligungen (L) sowie die Bewilligungen für Asylsuchende (N) und für vorläufig Aufgenommene (F) kaum ins Gewicht fallen.

Zu beachten ist, dass der Kurzaufenthaltsstatus auch die Bewilligungen für Cabaret-Tänzerinnen einschliesst, die oft einer Beschäftigung im Sexgewerbe entsprechen. Gemäss den amtlichen Daten waren 2005 im Tessin 962 Personen¹⁰ für die Ausübung der

¹⁰ Die Zahlen umfassen alle Meldungen, die seit Beginn der Erfassungstätigkeit bei der Abteilung TESEU der Kantonspolizei zu den Personen eingegangen sind, die im Tessin der Prostitution nachgehen (2005). Die Zahlen geben

Prostitution registriert. Die Behörden weisen jedoch darauf hin, dass diese Zahl nur einen Teil der Realität beschreibt, da die Frauen, die legal im Sexgewerbe arbeiten, nur rund einem Drittel der Personen entsprechen, in diesem Sektor tätig sind (Interview Abteilung TESEU, kantonale Kriminalpolizei, 2011).

Denn neben der amtlich registrierten Migrationsbevölkerung halten sich im Tessin auch Personen ohne gültige Aufenthaltsbewilligung, sogenannte "Sans-Papiers"¹¹, auf. Nach den neuesten Schätzungen, die 2004 in einem Bericht des Bundesamtes für Migration vorgelegt wurden, wird davon ausgegangen, dass im Tessin rund 2000 Personen ohne geregelten Aufenthalt leben, die hauptsächlich aus dem Balkan, aus Rumänien und aus osteuropäischen Drittländern stammen (Efonayi-Mäder *et al.* 2010).

Obwohl die ausländischen Personen mit unsicherem Aufenthaltsstatus innerhalb der ausländischen Bevölkerung im Tessin eine Minderheit darstellen, ist es aufschlussreich, ihre soziodemografischen Merkmale genauer zu betrachten, da diese Personen besonders gefährdet sind, auch in gesundheitlicher Hinsicht.

Tabella 2: Popolazione straniera residente in situazione di soggiorno provvisorio¹², al 31.12.2009, in Ticino (suddivisa secondo nazionalità, età e sesso)

Cittadinanza	Permessi F	Permessi N	Soggiorno provvisorio (in % arrotondato)	Quota di giovani (in %)	Quota di anziani (in%)	Indice di mascolinità
Totale permessi F e N	709	621	100.0%	25.4	33.6	164.9
Europa	303	167	35.3	25.2	0.4	110.8
Serbia e Montenegro	253	63	23.8	40.5	8.7	103.9
Turchia	25	37	4.7	37.1	16.9	138.5
Bosnia-Erzegovina	15	30	3.4	31.8	8.6	95.7
Altri stati europei	10	37	3.5	-	-	-
Africa	202	218	31.6	27.8	1.9	218.2
Eritrea	34	80	8.6	19.7	0.0	256.3
Somalia	86	25	8.3	40.2	2.4	382.6
Angola	42	11	4.0	60.3	2.9	82.8
Nigeria	1	47	3.6	25.7	0.0	587.5
Zaire	26	11	2.8	55.3	2.6	54.2
Altri stati africani	13	44	4.3	-	-	-
Asia	196	218	31.1	29.3	6.2	195.7
Iraq	98	68	12.5	44.8	2.9	207.4
Sri Lanka	20	42	4.7	45.8	6.8	287.5
Afghanistan	33	21	4.1	79.5	5.1	184.2
Mongolia	3	32	2.6	57.7	0.0	59.1
Altri stati asiatici	42	55	7.3	-	-	-
Altri stati	8	18	2.0	-	-	-

Fonte: Elaborazione dell'autrice da dati USTAT (2011)

Die Ausländerinnen und Ausländer, die sich in einem Asylverfahren befinden (Ausweis N) oder vorläufig aufgenommen wurden (Ausweis F), stammen hauptsächlich aus Afrika (31,6%), Asien (31,1%), aus den Nachfolgestaaten Jugoslawiens (27,2%) und aus der Türkei (4,7%). Eine Besonderheit dieser Bevölkerungsgruppe ist der hohe Männerüberschuss (Geschlechterverhältnis: 164,9); dies gilt vor allem für die Personen aus Afrika (218,2) und aus Asien (195,7). Schliesslich weisen die Personen, die im Rahmen eines Asylverfahrens in die Schweiz einreisen, einen hohen Jugendquotienten auf, während der Altersquotient sehr tief ist (s. Tabelle 2).

somit die derzeitige Situation nicht genau wieder, da sich nicht alle Personen bei der Aufgabe der Berufstätigkeit abmelden.

Die diesbezüglich erhobenen Daten weisen auf ein deutliches Vorherrschen von Personen aus Rumänien und aus anderen osteuropäischen Ländern hin. Zudem stammt ein bedeutender Teil dieser Personen aus Lateinamerika, während Personen aus Afrika und Asien eine Minderheit darstellen.

¹¹ *Sans-Papiers*: In der Schweiz wohnhafte Ausländerinnen und Ausländer ohne ordnungsgemässe, von den zuständigen Behörden ausgestellte Aufenthaltsgenehmigung.

¹² Die berücksichtigten Aufenthaltsbewilligungen für diese Daten betreffen die vorläufig aufgenommenen Ausländer (Ausweis F) und die Asylsuchenden (Ausweis N).

2.3 Migrantengruppen und Gesundheitsrisiken

2.3.1 Allgemein

Um die Gesundheitssituation der Migrationsbevölkerung zu beurteilen, stehen auf nationaler wie auf kantonaler Ebene nur relativ wenige, bruchstückhafte und zuweilen widersprüchliche Daten¹³ zur Verfügung. Denn die meisten Gesundheitsstatistiken enthalten keine Indikatoren zur Migration und falls sie solche enthalten, beschränken sich diese meist auf die Nationalität (OFSP 2007b). Die Autorinnen dieser Bedarfsanalyse sind sich bewusst, dass die Herkunft keine direkten Auswirkungen auf die Gesundheit hat, dass sie jedoch in Verbindung mit weiteren Faktoren eine Rolle spielt (s. Abbildung 1). Denn die Kategorie und die Dauer des Aufenthalts, die sozioökonomischen Verhältnisse, die geschlechts- und altersbezogenen Bedingungen, die Struktur des sozialen Netzes und das Bestehen von Stressfaktoren vor, während und nach der Migrationsepisode sind für die Gesundheit der Migrantinnen und Migranten von zentraler Bedeutung (Weiss 2003, in OFSP 2007a).

Die wichtigsten und neuesten Informationen wurden dem GMM entnommen, das 2004 auf nationaler Ebene durchgeführt wurde. Dabei wurden Personen verschiedener Nationalitäten zu ihrem Gesundheitszustand und ihrem Gesundheitsverhalten befragt. Allerdings wurden nur einige Nationalitäten berücksichtigt: Frankreich, Deutschland, Österreich, Italien, Portugal, die Türkei, die Länder des ehemaligen Jugoslawien¹⁴ und Sri Lanka. Die Schlussfolgerungen der Studie lassen sich somit nur teilweise auf andere Zuwanderergruppen übertragen. Insbesondere fehlen Daten zu den Personen aus Asien, Afrika und Lateinamerika (UFSP 2007b).

Die Resultate des GMM weisen darauf hin, dass der Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung generell schlechter ist als jener der Einheimischen, mit Ausnahme der Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich; was die Gruppe der aus Italien eingewanderten Personen anbelangt, ist er etwas besser, während er in den tamilischen und kosovoalbanischen Bevölkerungsgruppen deutlich schlechter ist. Die Gruppe der türkischen Eingewanderten zeichnet sich hingegen durch ausgeprägte Heterogenität aus (Eckert *et al.* 2006). Diese Situation lässt sich teilweise mit den sozioökonomischen Verhältnissen erklären: Eine Analyse der Resultate des GMM belegt klar, dass diese Verhältnisse einen Einfluss auf die Gesundheit haben. Dies gilt für Frauen wie für Männer (Gabadinho und Wanner 2007). Wie bereits erwähnt sind Migrantinnen und Migranten an den beiden Extremen der gesellschaftlichen Skala übervertreten: Einer Minderheit mit einem hohen Bildungsstand, die am oberen Ende der Lohnskala eingereiht ist, steht einer Mehrheit gegenüber, die sich oft gezwungen sieht, unsichere Arbeitsverhältnisse anzunehmen, oder die arbeitslos ist und deren Bildungsstand und Lohnniveau unter dem Durchschnitt der Bevölkerung liegen. Diese Situation betrifft vor allem Personen aus Nichtmitgliedstaaten der EU (OFSP 2007b). Dieser Bevölkerungssektor ist besonders stark von Ungleichheiten betroffen und soll mit den Überlegungen dieser Analyse erreicht werden.

Durch die Ausrichtung auf jene Sektoren der öffentlichen Gesundheit, auf die sich die ausgewählten kantonalen Programme und Projekte beziehen, lassen sich Überlegungen anstellen, um die Migrantengruppen – wenn auch nur annähernd – zu erfassen, die von den entsprechenden kantonalen Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten erreicht und in diese einbezogen werden müssen.

¹³ Für den Kanton Tessin wurde generell festgestellt, dass zum Migrationsbereich allgemein und zur Gesundheit der Migrationsbevölkerung im Besonderen kaum spezifische Studien vorliegen (abgesehen von einigen Arbeiten wie zum Beispiel jenen von Testa-Mader *et al.*, 1999 und 2002).

¹⁴ Der Begriff «ehemaliges Jugoslawien» wird im Rahmen des GMM (2004) zu methodischen Zwecken verwendet und umfasst die Staatsangehörigen von Kroatien, Serbien, Montenegro und Bosnien-Herzegowina. Denn viele Personen sind unabhängig von ihrer Nationalität weiterhin als Personen aus dem «ehemaligen Jugoslawien» registriert. Dies verunmöglichte eine genauere Unterteilung.

2.3.2 Arbeitsbereich “Gesunde Ernährung und Bewegung”

Obwohl manche zugewanderten Personen regelmässig eine **körperliche Aktivität** ausüben, trifft dies auf viele nicht zu: Der Anteil der Personen, die nie Sport treiben, ist im Durchschnitt höher als bei den Schweizerinnen und Schweizern (wobei die entsprechenden Anteile bei den Personen aus Italien und aus Sri Lanka sehr hoch sind). Das GMM zeigt auch gegenläufige Trends auf: So sind Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus der Türkei generell sportlicher als Schweizer, vor allem im jüngeren Alter. Die zugewanderten Frauen hingegen treiben deutlich weniger Sport, während in der Schweizer Bevölkerung praktisch kein Geschlechtsunterschied besteht (OFSP 2007a). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass eingewanderte Personen häufig körperlich sehr anstrengende Berufe ausüben.

Die eingewanderten Personen bleiben zwar oft einer traditionellen, gesunden **Ernährung** treu, die zu einer tiefen Herz-Kreislauf-Mortalität führt. Doch ein Teil der Migrationsbevölkerung verändert das Ernährungsverhalten nach der Einreise in die Schweiz, womit sich die gesundheitlichen Voraussetzungen verschlechtern (UFSP 2008a). Das GMM belegt, dass die Migrationsbevölkerung stärker von Gewichtsproblemen betroffen ist als die Einheimischen; bei einem erheblichen Teil besteht Übergewicht und der Anteil der adipösen Personen ist oft höher als jener der Personen mit Normalgewicht. Der höchste Anteil von adipösen Personen wurde bei den Asylsuchenden (AS) aus Kosovo festgestellt (21%). Allgemein sind viele Kosovo-Albanerinnen und Kosovo-Albaner übergewichtig (62%); der gleiche Anteil lässt sich auch bei der aus Italien zugewanderten Bevölkerung feststellen (OFSP 2007a).

Generell sind ausländische Schulkinder besonders von Adipositas betroffen (Oehling *et al.* in OFSP 2007b). Die entsprechenden Prozentsätze verschlechtern sich mit zunehmendem Alter: In der Altersgruppe der 51- bis 60-Jährigen sind über 90% der aus der Türkei stammenden Bevölkerung übergewichtig, und auch bei den zugewanderten Personen aus den Nachfolgestaaten Jugoslawiens, aus Italien und aus Portugal sind die Statistiken für diese Altersgruppe sehr ungünstig (80%).

2.3.3 Arbeitsbereich “Wohlbefinden, Unbehagen und Abhängigkeit”

In Bezug auf die **psychische Gesundheit** schätzt die Migrationsbevölkerung den eigenen Gesundheitszustand generell schlechter ein als die Einheimischen und weist eine höhere Prävalenz von psychischen Störungen auf. Am meisten betroffen scheinen Personen mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus zu sein (AS und Personen ohne geregelten Aufenthalt), die unter anderem häufig an Einsamkeit leiden (UFSP 2008a).

Eine im Tessin durchgeführte Studie zur psychischen Gesundheit der Migrationsbevölkerung zeigt, dass die Mehrheit der einheimischen Bevölkerung jemanden kennt, an den sie sich bei Bedarf wenden kann, während dieser Anteil bei den ausländischen Personen deutlich kleiner ist, insbesondere bei jenen, die sich erst seit Kurzem im Tessin aufhalten (Testa-Mader *et al.* 2002).

Gemäss den Resultaten des GMM geben 60% der Befragten türkischer Nationalität an, sich psychisch nicht ausgeglichen zu fühlen. Besonders betroffen sind die Frauen dieser Gemeinschaft: Bei ihnen ist der Anteil der Personen, die wegen psychischer Probleme in Behandlung sind, am höchsten (23% der ständigen Wohnbevölkerung). Gleich darauf folgen die Personen aus Kosovo (19%).

Der **Tabakkonsum** ist nur in bestimmten Gruppen stärker verbreitet als bei den Schweizerinnen und Schweizern: Besonders hoch ist der Raucheranteil bei den Personen aus der Türkei, leicht erhöht bei den Personen aus den Nachfolgestaaten Jugoslawiens und sehr tief bei den Zugewanderten aus Sri Lanka (Eckert *et al.* 2006). Bei den anderen Gruppen, die im Rahmen des GMM befragt wurden, sind die Zahlen ähnlich wie in der Schweizer Bevölkerung. Bei den Männern wurde in allen Gruppen ein höherer Konsum verzeichnet als bei den Frauen, wobei der Geschlechtsunterschied grösser ist als der Unterschied zwischen den Nationalitäten.

In allen Gruppen der Migrationsbevölkerung ist der **Alkoholkonsum** weniger verbreitet als in der Schweizer Bevölkerung. Bei den Zugewanderten aus Portugal und Italien ist jedoch eine höhere Zahl von Personen zu verzeichnen, die mindestens einmal täglich Alkohol konsumieren. Wie beim Tabak ist die Alkoholabstinenzquote bei den ausländischen Frauen höher als bei den Männern (UFSP 2008a).

In Bezug auf die **Risiken einer Drogenabhängigkeit** weisen die Resultate der Schweizerischen Gesundheitsbefragung darauf hin, dass junge Ausländer mehr suchterzeugende Substanzen (Tabak, Kokain, Heroin) konsumieren als junge Schweizer, während zwischen den jungen Ausländerinnen und Schweizerinnen kein Unterschied festzustellen ist (UFSP 2008a). Nach dem GMM ist jedoch die Prävalenzrate des Drogenkonsums bei den ausländischen Personen allgemein tiefer als bei den Schweizer Staatsangehörigen (mit Ausnahme der Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich). Nach den Daten, die im Rahmen dieses Monitorings erhoben wurden, spielen Drogen im Asylbereich kaum eine Rolle. Die Autoren räumen allerdings ein, dass die Illegalität des Drogenkonsums die Verlässlichkeit der Resultate möglicherweise beeinflusst hat.

Das Problem der Substanzabhängigkeit (Alkohol, Tabak und in einigen Fällen Betäubungsmittel) wurde im Verlauf der geführten Interviews bestätigt (s. Anhang 1), vor allem aus Sicht der Fachleute, die mit Personen zu tun haben, deren Aufenthaltsstatus unsicher ist, die jung und einsam sind und über kein soziales Unterstützungsnetz verfügen.

Es ist sehr schwierig, verlässliche Daten zur **sexuellen und reproduktiven Gesundheit** der in der Schweiz ansässigen Migrationsbevölkerung zu finden. Immerhin ist bekannt, dass ungeeignete Verhütungsmassnahmen bei den ausländischen Frauen oft zu ungewollten Schwangerschaften führen (Addor *et al.* 2003; Bollini und Wanner 2006; Wolff *et al.* 2006, in OFSP 2007b). Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass die Prävalenz von Schwangerschaftsabbrüchen bei eingewanderten Frauen mit und ohne Aufenthaltsberechtigung höher ist und dass die vorgeburtliche Versorgung weniger in Anspruch genommen wird (Carbajal *et al.* 2006 und Wolff *et al.* 2008, in Wyssmüller *et al.* 2009). Die Notwendigkeit, mehr Informationen zur Familienplanung abzugeben, die sich vor allem an junge, erst kürzlich eingereiste Frauen mit unsicherem Aufenthaltsstatus richten, wurde durch die Interviews bestätigt, die mit den Fachpersonen des Migrationsbereichs und den interkulturellen Übersetzern/Vermittlern¹⁵ (nachfolgend IMI) geführt wurden.

In Bezug auf die **sexuell übertragbaren Infektionen** ist bekannt, dass bei den Personen, die aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz zuwandern, insbesondere aus der Region südlich der Sahara, ein erhöhtes HIV- und somit Aids-Risiko besteht. Eine weitere Risikogruppe sind die Personen, die im Sexgewerbe arbeiten, in dem ein hoher Anteil von ausländischen Frauen beschäftigt ist (UFSP 2008a).

Ein weiteres Problem, das Frauen aus bestimmten Ländern betrifft, ist die **Genitalverstümmelung**. Da diese Praxis vor allem in Somalia, Äthiopien und Eritrea verbreitet ist, gelten Migrantinnen aus den afrikanischen Ländern südlich der Sahara als besonders gefährdet (UNICEF 2005). Nach den verfügbaren Zahlen halten sich in der Schweiz 6000 bis 7000 zugewanderte Mädchen und Frauen auf, die in ihrer Kindheit im Herkunftsland beschnitten wurden oder heute von dieser Praxis bedroht sind (Renteria 2008, in Wyssmüller *et al.* 2009).

¹⁵ In Bezug auf den Bereich des interkulturellen Übersetzens und Vermittelns und die entsprechenden Berufsbezeichnungen siehe Mattei 2011.

2.3.4 Arbeitsbereich “Patientenrechte und angemessener Zugang zur Gesundheitsversorgung”

In Bezug auf die **Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen** bestehen einige Unterschiede zwischen der Migrationsbevölkerung und der schweizerischen Bevölkerung. Das GMM zeigt, dass die Migrationsbevölkerung häufiger eine Ärztin oder einen Arzt aufsucht als die Einheimischen; Frauen konsultieren tendenziell häufiger als Männer und ältere Menschen häufiger als junge (OFSP 2007a).

Allerdings wenden sich Migrantinnen und Migranten weniger oft an eine Fachärztin oder einen Facharzt als schweizerische Staatsangehörige und suchen die Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktiker eher aufgrund eines Unfalls oder einer Krankheit als für Vorsorgeuntersuchungen auf (Vranjes *et. al.* 2006; Calmonte *et al.* 2000, in OFSP 2007b).

Diese Tendenz ist in der Migrationsforschung bekannt. Sie lässt sich teilweise durch sprachliche und soziokulturelle Verständigungsschwierigkeiten der Migrationsbevölkerung erklären, aber auch durch die Fehlbehandlungen, die sich daraus ergeben können (OFSP 2007a). Eine im Tessin durchgeführte Untersuchung zur Nutzung der psychiatrischen Dienste durch die ausländischen Erwachsenen zeigt zum Beispiel, dass für ausländische Personen deutlich mehr Medikamentenverordnungen ausgestellt werden als für Schweizerinnen und Schweizern (82% gegenüber 53%), insbesondere für zugewanderte Personen mit geringeren Italienischkenntnissen (Testa-Mader *et al.* 2002). Diesbezüglich weisen zahlreiche Studien darauf hin, dass die Migrationsbevölkerung Bedarf nach Informationen in der Muttersprache hat. Besonders vermisst werden Erklärungen zur Krankenversicherung, zu konkreten medizinischen Behandlungen, zu Möglichkeiten von Vorsorgeuntersuchungen sowie Hinweise, wie sich Ärztinnen und Ärzte finden lassen, mit denen in der gewünschten Muttersprache kommuniziert werden kann (UFSP 2008a). In Bezug auf das Tessin wird eine engmaschige Information über das Gesundheitssystem und über dessen räumliche Organisation als sehr wichtig erachtet, auch um die Anerkennung der Nachfrage zu fördern (Testa-Mader *et al.* 2002). Die unzureichenden Informationen über die stationären und ambulanten Leistungen werden durch die Tatsache bestätigt, dass die ausländischen Personen im Tessin gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (2007) die Notfallaufnahmen häufiger in Anspruch nehmen als die einheimische Bevölkerung: Diese Einrichtungen werden von 15,9% der Migrantinnen und Migranten gegenüber 9% der Schweizerinnen und Schweizer einmal pro Jahr genutzt (Fahrländer 2009). Die geringe Vertrautheit mit dem Funktionieren des Gesundheitssystems und der Gesundheitsdienste im Tessin wurde von den Fachpersonen des Migrationsbereichs und von den interviewten IMI klar bestätigt. Diese weisen darauf hin, dass es sich dabei um ein grundlegendes Bedürfnis aller Zugewanderten und noch vermehrt der erst kürzlich Eingereisten handelt.

Die **Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen** ist je nach Art der Untersuchung sehr unterschiedlich. Das GMM zeigt, dass die Häufigkeit von Kontrollen im Rahmen der Krebsvorsorge (Prostata, PAP-Test, Brustuntersuchung) bei den Befragten aus Sri Lanka und aus den Nachfolgestaaten Jugoslawiens relativ tief ist. Allgemein geben deutlich weniger ausländische Frauen an, von ihrer Gynäkologin oder ihrem Gynäkologen Angaben, praktische Anleitungen oder weitere Informationen zum Brustkrebsscreening erhalten zu haben. Auch die Fähigkeit zur Selbstuntersuchung der Brust ist bei den zugewanderten Frauen deutlich weniger entwickelt (Rommel *et al.* 2006, in OFSP 2007b). Gemäss den Schlussfolgerungen des GMM unterziehen sich schweizerische Staatsangehörige eher einem HIV-Test als ausländische Personen (besonders tiefe Anteile verzeichnen diesbezüglich tamilische Befragte sowie Personen aus der Türkei und aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawien). Die hier aufgeführten Indikatoren deuten zusammen mit der höheren perinatalen Morbidität und Mortalität, den tieferen Durchimpfungsraten sowie der allgemein geringeren Inanspruchnahme von medizinischen Vorsorgemassnahmen darauf hin, dass der Zugang zum Gesundheitssystem für zugewanderte Personen im Vergleich zu den Schweizerinnen und Schweizern erschwert ist (Weiss 2003, in OFSP 2007b).

Dieses Kapitel soll mit einer allgemeinen Überlegung zur Gesundheit der Personen abgeschlossen werden, die sich in einer **Situation mit unsicherem Aufenthaltsstatus** befinden: AS, vorläufig aufgenommene Flüchtlinge und Personen ohne geregelten Aufenthalt. Wie bereits erwähnt, beeinflusst der Aufenthaltsstatus die sozioökonomische Situation der Migrationsbevölkerung. Dies stellt in Verbindung mit einem Gefühl der Ungewissheit und fehlenden Perspektiven zweifellos einen **bedeutenden Risikofaktor für die Gesundheit** dar (Achermann *et al.* 2006; Hunkeler *et al.*, 2006)¹⁶.

Die hier dargelegte Situation in Bezug auf die Präsenz der ausländischen Bevölkerung im Tessin sowie die Überlegungen zur gesundheitlichen Gefährdung bestimmter Gruppen bestätigen, dass es wichtig ist, die Gesundheitsförderungsprogramme auf die Vielfalt abzustimmen, mit der sich der Kanton konfrontiert sieht. Dieser Vielfalt muss bezüglich der Lebensstile, der herrschenden Vorstellungen und der Wertesysteme Rechnung getragen werden. Denn diese Faktoren bestimmen Verhaltensweisen, die die Gesundheit beeinflussen, die Wahrnehmung der Informationen und somit die Möglichkeit, die Migrationsbevölkerung oder die Personen zu erreichen, die weiteren besonders gefährdeten Gruppen angehören.

¹⁶ Diesbezüglich ist daran zu erinnern, dass Personen ohne geregelten Aufenthalt und abgewiesene AS vom Sozialhilfesystem des Asylbereichs ausgeschlossen sind. Falls sich ein gesundheitlicher Bedarf ergibt, haben beide Personenkategorien nur das Recht, Nothilfe zu beantragen.

3. Analyse des Angebots der kantonalen Programme im Bereich öffentliche Gesundheit

Nach Whitehead (1991) erfordert gesundheitliche Chancengleichheit, dass alle eine faire Chance erhalten, ihr Gesundheitspotenzial frei zu entfalten und dass konkreter niemand durch vermeidbare Benachteiligungen an der Entfaltung seines Potenzials gehindert wird (Bülent 2007). Damit dieser Grundsatz auf die gesamte ausländische Bevölkerung angewandt werden kann, muss die Dimension "Migration" bei allen Massnahmen im Gesundheits- und Präventionsbereich angemessen berücksichtigt werden.

3.1 Abgrenzung des analysierten Angebots

In diesem Kapitel wird analysiert, wie der Grundsatz der Chancengleichheit in einigen der wichtigsten Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte, die vom UPVS und von den Partnerorganisationen¹⁷ im Zeitraum 2009-2011 durchgeführt werden, gegenüber der Migrationsbevölkerung umgesetzt wird. Die Programme in den zuvor ausgewählten Handlungsfeldern (s. Kap. 1.1) werden im Folgenden kurz beschrieben.

A. Gesunde Ernährung und Bewegung

Ernährung und körperliche Bewegung sind prioritäre Themen des UPVS und stehen im Zentrum des kantonalen Programms "Peso corporeo sano". Dieses Massnahmenpaket für ein gesundes Körpergewicht erstreckt sich über einen Zeitraum von vier Jahren (2008-2012). Es umfasst verschiedene Projekte, die darauf ausgerichtet sind, die Zunahme von Übergewicht und Adipositas im Kanton Tessin zu bekämpfen.

Die zahlreichen Projekte dieses Programms richten sich hauptsächlich an Klein- und Schulkinder im Alter von vier bis elf Jahren, aber auch an die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Lehrpersonen, Eltern, Ärzteschaft, Erzieherinnen und Erzieher usw.) sowie allgemein an die Bevölkerung.

B. Wohlbefinden, Unbehagen und Abhängigkeit

Mit den Projekten, die in diesem Arbeitsbereich durchgeführt werden, soll die Kompetenz der Personen verbessert werden, mit den Schwierigkeiten in ihrem Leben fertigzuwerden. Ziel ist es, den Substanzgebrauch, suchtartige Verhaltensweisen und Suizide einzudämmen. In Zusammenarbeit mit den verschiedenen Akteuren im Kanton unterstützt das UPVS in diesem Bereich spezifische Präventionsprojekte in den Bereichen Sucht, sexuell übertragbare Krankheiten und Gewalt in der Schule, strukturelle Massnahmen zur Tabak- und Alkoholprävention sowie Informationen zu Themen wie Gefühlsleben, Fertilität und Sexualität.

C. Patientenrechte und angemessener Zugang zur Gesundheitsversorgung

Zum Thema der Patientenrechte hat das UPVS im Verlauf der Jahre verschiedene Informationskampagnen im Hinblick auf einen angemessenen, auf Informationen abgestützten Zugang zur Gesundheitsversorgung durchgeführt. Damit werden die folgenden Ziele angestrebt: Verbesserung der Kompetenzen der Bürgerinnen und Bürger und Verringerung von deren Passivität gegenüber einem immer komplexeren Gesundheitssystem, Förderung des Bewusstseins bei den Patientinnen und Patienten für die Bedeutung der eigenen Gesundheit, vor allem auf präventiver Ebene durch die Übernahme von angemessenen Verhaltensweisen, und Sensibilisierung der

¹⁷ Das UPVS arbeitet bei der Konzeption und Umsetzung der Gesundheitsförderungsaktionen mit verschiedenen Einrichtungen und Partnerorganisationen zusammen. Um die Analyse besser lesbar zu gestalten, werden keine näheren Angaben zu den Partnerorganisationen der Projekte und Programme aufgeführt, die in diesem Kapitel analysiert werden. Für nähere Informationen kann unter folgender Adresse eine Liste der Partner mit den entsprechenden Links abgerufen werden: <http://www4.ti.ch/dss/dsp/upvs/chi-siamo/associazioni-partner/>

Gesundheitsfachleute für die Bedeutung einer kooperativeren Beziehung zu den Patientinnen und Patienten.

3.2 Gewährleistung des Grundsatzes des Chancengleichheit

3.2.1 Arbeitsbereich “Gesunde Ernährung und Bewegung”¹⁸

Das Programm zum Thema gesundes Körpergewicht umfasst insgesamt 17 Projekte, die in Zusammenarbeit mit zahlreichen lokalen Partnern durchgeführt werden. Es besteht aus Haupt- und Ergänzungsmodulen, aus Aktivitäten zur Vernetzung von Kenntnissen und Erfahrungen im Kanton, aus Aktivitäten mit Einbezug der Medien (Informationen für die Bevölkerung) und aus Aktivitäten im Bereich Policy (Massnahmen, die darauf ausgerichtet sind, dauerhafte positive Veränderungen des Lebensumfelds zu fördern).

Zu den Hauptmodulen zählt das Projekt *“Movimento e gusto con l’equilibrio giusto”*, mit dem das richtige Gleichgewicht von Ernährung und Bewegung vermittelt werden soll. Das Ziel besteht darin, die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der Botschaft mittels standardisierter Massnahmen für alle Einrichtungen zu sensibilisieren und zu schulen: interaktive Veranstaltungen für die Eltern und Ausbildung der Lehrpersonen.

Im Rahmen des Projekts wurde diverser Informations- und Lehrmaterial erarbeitet. Obwohl ein Teil des Materials die Sensibilisierung der Lehrpersonen für das Thema “Interkulturalität und Ernährung” betrifft, ist in der Regel keine sprachliche Anpassung der eigentlichen Informationsträger festzustellen (sondern es werden übersetzte Publikationen anderer Organisationen verwendet). Was den Einbezug der zugewanderten Eltern anbelangt, wurden keine besonderen Aktivitäten für sie durchgeführt und sie wurden nicht als vorrangige Zielgruppen entsprechend dem Risikoverhalten einiger Gruppen aufgenommen (s. Kap. 2.3.2). Dennoch haben an den interaktiven Veranstaltungen, die im Verlauf des Schuljahrs 2010-2011 durchgeführt wurden, verschiedene ausländische Eltern teilgenommen (31,5%). Am besten vertreten waren die italienischen Eltern (11,2%), gefolgt von den spanischen und portugiesischen (6,2%), während Eltern aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawien nur in beschränktem Umfang an diesen Veranstaltungen teilnahmen (2%).

Das zweite Hauptprojekt, *“Meglio a piedi”*, richtet sich an die lokalen Behörden, an die Eltern und die Schulen. Es soll die sichere Gestaltung der Schulwege mit dem Ziel fördern, bei den Schülerinnen und Schülern der Gemeindeschulen langfristig den Langsamverkehr als wichtigstes Verkehrsmittel einzuführen. Es wurden keine besonderen Massnahmen für den Einbezug der Migrationsbevölkerung getroffen, da dieses Projekt Massnahmen zur Begrenzung des Verkehrs als gleiche öffentliche Dienstleistung für alle anbieten möchte.

Das letzte Hauptmodul betrifft das Projekt *“Fourchette verte Ticino”*. Mit diesem Label sollen Kantinen und Restaurants ausgezeichnet werden, die ausgewogene Gerichte anbieten. Ausserdem werden die Köchinnen und Köche ausgebildet, die in den verschiedenen Einrichtungen arbeiten. Das Projekt richtet sich somit an Führungskräfte und Angestellte von Kantinen und Restaurants im Bereich der Gemeinschaftsgastronomie (wie Schulkantinen und Altersheime).

Die Ergänzungsmodule weisen keine spezifischen Aktivitäten auf, die darauf ausgerichtet sind, die Projekte auf die Migrationsbevölkerung abzustimmen, und bei den durchgeführten Evaluationen wurde nicht systematisch berücksichtigt, ob die Migrantinnen und Migranten erreicht wurden.

Eine Ausnahme bildet das Projekt *“Strumento domestico - Il piatto equilibrato”*, das den im Tessin lebenden Familien konkrete Ideen für die Zusammenstellung von ausgewogenen Gerichten und Wochenmenüs vermitteln möchte. Bei der Erarbeitung dieser Publikation wurden die wichtigsten Nationalitäten berücksichtigt, die im Tessin vertreten sind, um

¹⁸ Nähere Informationen zu den Projekten dieses Arbeitsbereichs sind auf folgender Seite verfügbar: <http://www4.ti.ch/dss/dsp/upvs/progetti/alimentazione-e-movimento/alimentazione-e-movimento/>

Rezepte auszuwählen, die kulturell auf sie abgestimmt sind. Diese Rezepte werden in einer einfachen, bildhaften Sprache präsentiert.

Das Projekt "FAN" ("*Famiglia, Attività fisica, Nutrizione*") ist auf die Förderung von angemessenen Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten in der Familie ausgerichtet. In Bezug auf die Evaluationsprozesse sieht es vor, die erreichten Familien mit Hilfe der neuen Technologien zu erfassen, wobei auch nach der Herkunft gefragt wird. Die ersten Resultate zeigen eine stärkere Beteiligung von italienischen Eltern (8,3%), eine geringere von Eltern aus nord- und osteuropäischen Ländern (2,2% bzw. 0,6%) und eine sehr geringe Teilnahme von Eltern aus Spanien und Portugal (0,4%) und aus dem ehemaligen Jugoslawien (0,2%).

Das Fehlen von systematischen Überlegungen zum Einbezug der Dimension "Migration" kann darauf zurückzuführen sein, dass die Projekte darauf abzielen, die Bevölkerungssegmente, die die Zielgruppen bilden, gesamthaft zu erreichen. Dabei stehen eher die sozioökonomisch benachteiligten Schichten allgemein im Zentrum, denen einige Migrantinnen und Migranten angehören, ohne dass eine spezielle Ausrichtung auf die Letzteren erfolgt.

Aus den Interviews mit den kantonalen Verantwortlichen geht jedoch hervor, dass diese beabsichtigen, den ethnischen Minderheiten bei der nächsten Durchführung dieses Programms besondere Beachtung zu schenken. Dies wird von Gesundheitsförderung Schweiz bestätigt, die das Programm mitfinanziert. Die Stiftung hat erklärt, dass sie im Rahmen aller kantonalen Programme, die auf ein gesundes Körpergewicht abzielen, mehr Projekte fördern möchte, die auf die Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung ausgerichtet sind, da diesem Aspekt noch nicht genügend Rechnung getragen werde (Schopper 2010).

3.2.2 Arbeitsbereich "Wohlbefinden, Unbehagen und Abhängigkeit"¹⁹

Im Rahmen der Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik, die auf die psychische Gesundheit ausgerichtet ist, wurde beschlossen, jene Bevölkerungsgruppen anzusprechen, für die die Entscheidungen zur Art der wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und umweltbezogenen Entwicklung die grössten gesundheitlichen Auswirkungen haben: Jugend, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und ältere Menschen (UPVS 2009).

Was die **Jugend** anbelangt, umfasst dieses Handlungsfeld zahlreiche Projekte, die zurzeit die verschiedenen Formen von Abhängigkeit, die Sexualität und allgemeiner die Gesundheitsförderung in der Schule betreffen.

Die meisten dieser Initiativen werden in den Schulen durchgeführt und über das "*Forum per la promozione della salute a scuola*" (DSS und DECS) koordiniert. Dieses Forum zur Gesundheitsförderung in der Schule ist ein beratendes Organ, das eine aktive Beteiligung ermöglicht und einen bereichsübergreifenden Ansatz für die Prävention und Gesundheitsförderung verfolgt. Sein Ziel besteht darin, die Lebensqualität in der Schule zu verbessern und die Bedürfnisse und Probleme der verschiedenen Schulsektoren und Altersgruppen zu erfassen. Das Forum stellt eine Anlaufstelle dar, über die eine kohärente Sicht von Gesundheit und Gesundheitsdeterminanten definiert werden soll. Zudem soll es die Festlegung von gemeinsamen Leitlinien ermöglichen, um eine Richtung für die Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten vorzugeben, die sich an die verschiedenen Schuleinrichtungen im Kanton richten, sie zu evaluieren und zu unterstützen²⁰.

Aus den Interviews ging hervor, dass das Forum keine speziellen Aktivitäten unternimmt, um die Dimension "Migration" zu berücksichtigen. Unter anderem sieht es keine Vertretung dieses Sektors vor (im Gegensatz zur Dimension "Gender"). Im Rahmen der Erarbeitung der Leitlinien der "*Gruppo di lavoro per l'educazione sessuale nelle scuole ticinesi*" (GLES,

¹⁹ Nähere Informationen zu den Projekten dieses Arbeitsbereichs sind auf folgender Seite verfügbar: <http://www4.ti.ch/dss/dsp/upvs/progetti/benessere-disagio-e-dipendenze/>

²⁰ Website des Forums: <http://www.ti.ch/forumsalutescuola>

Arbeitsgruppe für Sexualpädagogik in den Tessiner Schulen) wurden jedoch innerhalb des Forums Überlegungen zur Interkulturalität angestellt. Dabei wurde der Schluss gezogen, dass die Sexualerziehung zwar die persönlichen Überzeugungen respektieren müsse, dass sie jedoch zugleich unabhängig vom Geschlecht, von der sexuellen Ausrichtung, der ethnischen Herkunft, der Kultur oder der Religion auf die verschiedenen Bedürfnisse der Personen eingehen müsse (GLES 2006).

Im Rahmen der Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in den Schulen sind auch die Veranstaltungen der Familienplanungszentren (CPF) des Tessiner Spitalverbands (EOC) zu erwähnen, an denen 2009 rund 2900 Schülerinnen und Schüler im Alter von 15 bis 18 Jahren teilgenommen haben²¹. Die Ausbildungsmassnahmen²² richteten sich im Allgemeinen an die ganze Klasse, ohne dass die Informationen auf die Herkunftskultur der Schülerinnen und Schüler abgestimmt wurden. Bei Bedarf wurden jedoch sprachlich angepasste Lehrmittel verwendet.

Der wichtigste Partner des UPVS in Bezug auf die Prävention der sexuell übertragbaren Krankheiten (MST) ist die Aids-Hilfe Tessin (AAT), die sich in der Erziehung der Jugendlichen engagiert, aber auch in weiteren Bereichen tätig ist. Zu den wichtigsten Aktivitäten dieses Vereins zählt das Projekt "*Scuole e sessualità*", das seit Jahren immer wieder neu aufgelegt wird. Es beschränkt sich nicht auf die HIV/Aids-Prävention, sondern behandelt in den Schulen allgemein das Thema Sexualität. Die Angebote richten sich an die Klassen des nachobligatorischen Bereichs. Um eine vermehrte Öffnung der Aktivitäten für die ausländischen Jugendlichen zu erreichen, wurden auch Interventionen im Rahmen der Integrationsvorlehre durchgeführt. Dieses schulische Angebot, das von ausländischen Jugendlichen mit einer Aufenthaltsbewilligung besucht wird, stützt sich auf Italienischunterricht, um die soziale, schulische und berufliche Eingliederung zu fördern.

Ein weiteres wichtiges Projekt ist "*Screening per tutti*", das entstanden ist, um die niederschwellige Früherkennung der MST zu fördern und für die Risiken von ungeschütztem Geschlechtsverkehr zu sensibilisieren. Zur Verbreitung der Informationen, die sich vor allem an spezifische Zielgruppen richten (homosexuelle Männer, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter), wurde eine Broschüre erarbeitet, die Kurzbeschreibungen der verschiedenen MST sowie Angaben enthält, wo die Tests anonym und kostengünstig durchgeführt werden können. Im Sexgewerbe arbeiten vorwiegend ausländische Frauen, oft ohne Aufenthaltsberechtigung. Um die Publikation in diesem Bereich wirkungsvoller verbreiten zu können, wurde sie auch auf Spanisch, Portugiesisch und Rumänisch übersetzt (ursprünglich waren insgesamt neun Sprachen geplant, doch aufgrund von Finanzierungsproblemen liessen sich nicht alle Übersetzungen realisieren).

Zu den Dienstleistungen, die die AAT anbietet, gehört auch "*Zonaprotetta*". Dieses niederschwellige Beratungsangebot stellt Informationsmaterial zu den MST in verschiedenen Sprachen und Broschüren zu Sexualität und Empfängnisverhütung zur Verfügung, die sich vor allem an Jugendliche richten. Die Benutzerinnen und Benutzer haben freien Zugang zu diesem Ort und können kostenlos Material und Präservative mitnehmen. Für allfällige Fragen und Erläuterungen ist eine Ansprechperson anwesend.

²¹ Die Aktivitäten im Rahmen der Erziehung zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit, die von den CPF EOC angeboten werden, sind nicht im kantonalen Gesundheitsförderungsplan enthalten, der vom UPVS umgesetzt wird. Angesichts der hohen Zahl von Jugendlichen, die jährlich damit erreicht werden, und der Spezifität dieser Massnahmen sollen sie jedoch hier erwähnt werden.

²² Nach Ansicht der Beraterinnen und Berater der CPF EOC sollten diese Aktivitäten auch die erwachsene ausländische Bevölkerung einbeziehen, die sonst mit den Erziehungs- und Beratungsleistungen in diesem Bereich kaum erreicht wird. Eine Ausnahme bilden die Personen, die den regionalen Beratungsstellen von der Ärzteschaft oder von anderen Stellen (vor allem Antenna MayDay, Projekt Primis, Aids-Hilfe Tessin und SAH Tessin) zugewiesen werden oder sich direkt an sie wenden. Gemäss dem Tätigkeitsbericht 2009 entsprach die Beratungstätigkeit für die zugewanderten Personen einem Anteil von 36,4% (davon waren 20% Italienerinnen und Italiener). Angesichts der Bedürfnisse und der Unterschiede, die bei dieser Art von Klientel bestehen, werden die CPF über PLANeS Aktualisierungen und Leitlinien im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit für Migrantinnen und Migranten nutzen.

Schliesslich ist die AAT durch punktuelle Präventionsaktivitäten auch bei verschiedenen Stellen und Organisationen präsent, die im Migrationsbereich tätig sind: Aufnahmezentren für AS des Roten Kreuzes, Integrationsvorlehre und Verein Opera Prima (s. Anhang 1).

Die Projekte zum Thema Abhängigkeit werden hauptsächlich in Zusammenarbeit mit dem Verein Radix Italienische Schweiz durchgeführt, der generell bei seiner Vorgehensweise eine besondere Sensibilität gegenüber der Dimension "Migration" aufzeigt.

Die Interventionen bei Jugendlichen zum Thema Abhängigkeit im weiteren Sinn bilden einen grundlegenden Teil der Aktivitäten, die von diesem Verein durchgeführt werden.

Aufgrund eines Mandats, das das BAG der Stiftung Radix erteilt hat, läuft seit dem Jahr 2000 bis heute das Projekt "*Rete svizzera italiana delle scuole che promuovono la salute*". Das Netzwerk gesundheitsfördernde Schulen der italienischen Schweiz veranlasst die Einrichtungen, die sich ihm angeschlossen haben, sich zu einem Ort zu entwickeln, an dem die Kommunikation, der Dialog und das Wohlbefinden aller Beteiligten (Schülerinnen und Schüler, Lehrpersonen, Eltern) gefördert werden. Unter den zahlreichen Einrichtungen, die sich mit einem Projekt beteiligen, befindet sich auch die Integrationsvorlehre, die von zugewanderten Jugendlichen im Alter von 15 bis 21 Jahren besucht wird. Diese pädagogische Einrichtung, die sich vorwiegend an eingewanderte Jugendliche richtet, wird über eine Beteiligung und einen Austausch auch von anderen Projekten von Radix angesprochen: Ein Beispiel dafür sind die jährlich stattfindenden Workshops "*Indipendenze*", die den Schulen der Oberstufe und den Berufsschulen des Kantons Tessin zu den Themen Sucht und Wohlbefinden allgemein angeboten werden.

Generell scheint Radix bei den Interventionen in den Schulen der Oberstufe nach Möglichkeit bestrebt zu sein, die mit der Interkulturalität verbundenen Aspekte stets zu berücksichtigen. Zu diesem Zweck wird sprachlich angepasstes Material eingesetzt, die Vielfalt thematisiert und die Durchführung von Kampagnen gefördert, die von den (zugewanderten und einheimischen) Jugendlichen selbst realisiert werden.

Schliesslich ist auf die Zusammenarbeit von Radix mit Organisationen hinzuweisen, die im Tessin im Migrationsbereich tätig sind, wie dem Gesundheitsdienst des Roten Kreuzes und dem Projekt Derman (mittels punktuellen Informationsaktivitäten zu suchtbezogenen Themen).

Bezüglich der Informations- und Sensibilisierungsaktivitäten im Suchtbereich, die sich an die Bevölkerung ausserhalb der Schulen und der oben erwähnten Strukturen richten, ist auf das Bestehen von umfangreichem Material in verschiedenen Sprachen hinzuweisen. Allerdings ist es aus zeitlichen Gründen nicht möglich, Verbreitungsarbeit zu leisten, die sich spezifisch an die Migrationsbevölkerung richtet.

Was die **Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer** angeht, wurde 2003 das "*Laboratorio di psicopatologia del lavoro*" geschaffen. Anfänglich führte das Labor für die Psychopathologie der Arbeit Studien und Analysen zu den Beschwerden und Problemen durch, die sich dem Arbeitsumfeld zuschreiben lassen. Seit 2006 widmet es sich jedoch auch der individuellen Betreuung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern und Arbeitslosen. 2010 wurden etwa 300 Personen betreut: 70% waren schweizerischer und 21% italienischer Nationalität, während die übrigen aus anderen europäischen Ländern stammten (7,5%) oder der Kategorie "andere" angehörten (1,5%).

Ein weiterer Tätigkeitsbereich sind die Workshops, die mittleren und grossen Unternehmen angeboten werden und die sich auf Präventionskurse sowie auf Interventionsangebote bei Konflikten beziehen. Ein letzter Tätigkeitsschwerpunkt ist auf Selbsthilfegruppen ausgerichtet (mit denen Kompetenzen entwickelt werden sollen, um Situationen des Unbehagens zu bewältigen).

Aus den geführten Interviews geht hervor, dass sich die Befragten zwar der erheblichen Gefährdung bestimmter Gruppen der Migrationsbevölkerung bewusst sind. Dennoch wurden bisher noch keine Interventionen bei dieser Zielgruppe realisiert, da sich die Aktivitäten eher nach der Häufigkeit der Probleme und nicht nach anderen Kriterien richten.

In Bezug auf die **älteren Menschen** sieht das kantonale Programm vor, den Risiken eines Verlusts der Selbstständigkeit vorzubeugen und die Faktoren zu fördern, die der Selbstständigkeit förderlich sind. Die Massnahmen erfolgen hauptsächlich im Rahmen des

Projekts “PIPA”, das unter der Federführung des gleichnamigen Vereins steht. Dieser setzt sich vor allem für die Verhütung von Unfällen bei älteren Menschen ein. Das Problem wird unter dem Gesichtspunkt der Lebensqualität der älteren Menschen angegangen, indem mit den lokalen Stellen zusammengearbeitet wird, die mit dieser Zielgruppe konfrontiert sind. In Bezug auf die Anstrengungen, die unternommen wurden, um die Informationstätigkeit an die Migrationsbevölkerung anzupassen, lassen sich keine besonderen Aktivitäten feststellen. Dank der unterschiedlichen Herkunft der Vorstandsmitglieder war jedoch bei einigen Ausbildungsveranstaltungen eine sprachliche und teilweise kulturelle Anpassung möglich (ein Beispiel sind einige Seminare, die sich an den Verein *Adentro* richten, in dem Zugewanderte aus Spanien zusammengeschlossen sind). Die Massnahmen betreffen überwiegend die gesamte Alterskategorie, die die Zielgruppe darstellt, und es wurden keine spezifischen Überlegungen zur Erreichung der Migrantinnen und Migranten angestellt, obwohl sich das Alter der ausländischen Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten erhöht hat (s. Kap. 2.2).

3.2.3 Arbeitsbereich “Patientenrechte und angemessener Zugang zur Gesundheitsversorgung”²³

Seit 1989 das kantonale Gesetz über die Gesundheitsförderung und die Koordination im Gesundheitsbereich in Kraft getreten ist, hat sich die Information der Bürgerinnen und Bürger über gesundheitliche Themen zu einem kantonalen Schwerpunkt entwickelt. Ab diesem Zeitpunkt hat das UPVS in regelmässigen Abständen Informationskampagnen zum Thema angemessener, auf Informationen abgestützter Zugang zur Gesundheitsversorgung organisiert.

Im Zusammenhang mit der Revision des Gesundheitsgesetzes im Jahr 2000 wurde beschlossen, bei der Bevölkerung eine neue Informationskampagne zu lancieren. Dazu wurde eine illustrierte Broschüre in italienischer Sprache erstellt, die an alle Haushalte, an alle Dienste des Gesundheits- und Sozialbereichs im Kanton, an die Gemeindekanzleien und an die Gewerkschaftsorganisationen versandt wurde. In dieser Broschüre wurden die wichtigsten Rechte, die das kantonale Gesetz gewährleistet, sowie Vorgehensweisen und Anregungen präsentiert, um eine aktivere Beziehung zwischen Patient und Arzt zu fördern (die Informationen wurden anschliessend durch Fernsehspots, Radiosendungen, Zeitungsinterviews und Werbebanner bekräftigt).

Zu dieser Kampagne fand eine interessante Evaluation statt, bei der versucht wurde, die Bevölkerungsgruppen zu ermitteln, die in Bezug auf den Zugang zu den Informationen und/oder zur Gesundheitsversorgung benachteiligt sind (Martinoni 2002). Dabei wurde festgestellt, dass – im Bewusstsein der Unterschiede innerhalb der erfassten Zielgruppen (unter anderem “Personen ausländischer Herkunft”) – die einzelnen Gruppen einheitlich behandelt wurden. Die Kampagne scheint die Personen, die den Gruppen mit ausländischer Herkunft angehörten, nur teilweise erreicht zu haben. Dies sei darauf zurückzuführen, dass weder die Inhalte (da anderen Schwerpunkte bestehen) noch die Art der Verbreitung (mangelnde Abstimmung auf die sprachlichen und kulturellen Muster, Widerstand gegen schriftliche Botschaften und mangelnde Zusammenarbeit mit Personen, die Vertrauen geniessen, wie zum Beispiel IMI) angemessen waren.

Die Aktivitäten des UPVS zu den Patientenrechten wurden 2008 mit der Informationskampagne “*La sua cartella sanitaria: i suoi diritti*” fortgesetzt. Im Rahmen dieser Kampagne, die sich auf die Rechte im Zusammenhang mit dem Patientendossier bezog, wurde für die italienischsprachigen Patientinnen und Patienten in den öffentlichen Spitälern und Pflegeeinrichtungen eine Broschüre auf Italienisch übersetzt. 2009 wurden mehrere Merkblätter zu den Patienten- und Konsumentenrechten und -pflichten publiziert. Auch bei diesen Aktionen ist nicht festzustellen, dass besondere Strategien in Betracht gezogen wurden, um die Botschaft auf die Migrationsbevölkerung abzustimmen.

²³ Nähere Informationen zu den Projekten dieses Arbeitsbereichs sind auf folgender Seite verfügbar: <http://www4.ti.ch/dss/dsp/upvs/progetti/diritti-dei-pazienti-accesso-consapevole-alle-cure/>

Zu den Rechten, die in diesem Arbeitsbereich behandelt werden, gehört auch das Recht auf Information über die Früherkennung. Diesbezüglich läuft seit 2006 eine spezifische Kampagne zur Mammografie-Untersuchung, die sich an alle Frauen im Kanton richtet. Das Ziel besteht darin, Informationen über den Einsatz, die Vorteile, die Grenzen und die Unsicherheiten zu vermitteln, die mit dem mammografischen Screening verbunden sind. Damit sollen die Frauen in die Lage versetzt werden, die eigene Situation zu verstehen und zu beurteilen und danach zu entscheiden, ob sie sich einer Mammografie unterziehen möchten. 2008 wurden allen im Tessin wohnhaften Frauen im Alter von 30 bis 75 Jahren Broschüren zugesandt.

In Bezug auf die Verbreitung der Informationen wurden folgende Massnahmen getroffen, um der besonderen Situation der zugewanderten Frauen Rechnung zu tragen: teilweise sprachliche Anpassung der Broschüre (schweizerische Amtssprachen und Englisch) sowie Bestrebungen zur Verwendung einer einfachen Sprache. In der Phase der Ermittlung von allfälligen spezifischen Zielgruppen wurden keine besonderen Aktivitäten unternommen, da sich die Kampagne an die gesamte weibliche Bevölkerung richtet, und es wurde auch nicht Kontakt mit dem Netzwerk der Migrantinnen und Migranten aufgenommen. Der Evaluationsbericht zu dieser ersten Phase (Fahländer *et al.* 2009) enthält keine Überlegungen zur Erreichung der ausländischen Frauen. In den Interviews mit den Mitgliedern der Arbeitsgruppe, die sich mit dieser Kampagne befasst, kam jedoch das Bestreben zum Ausdruck, sich in nächster Zukunft eingehender mit diesem Thema auseinanderzusetzen.

Im Rahmen der Prävention von Gebärmutterhalskrebs und weiterer Erkrankungen, die durch das humane Papillomavirus hervorgerufen werden, hat der kantonsärztliche Dienst (UMC) 2010 ein kantonales Programm lanciert, um weibliche Jugendliche und junge Frauen zu erreichen und zur Impfung zu bewegen. Obwohl diese Aktion nicht Teil des Programms im Bereich öffentliche Gesundheit bildet, das vom UPVS umgesetzt wird, soll sie hier erwähnt. Der Einbezug der Migrationsbevölkerung erfolgte über ein Schreiben an die Eltern der Oberstufenschülerinnen, das entsprechend der Herkunft der Familie übersetzt wurde²⁴ (gleiches Vorgehen wie 2008 für die Hepatitis-B-Impfung).

Was schliesslich die Information über die Möglichkeiten des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und die Förderung der eigenen Rechte (nicht nur im Gesundheitsbereich) anbelangt, soll an dieser Stelle eines der Projekte erwähnt werden, das zurzeit im Hinblick auf die Gewährleistung der Chancengleichheit eine vorbildliche Lösung vorsieht: Das Projekt "Primis" (Prävention, Information und interkulturelle Vermittlung im Sexgewerbe) der AAT richtet sich an alle Personen, die im Tessiner Sexmarkt arbeiten (grösstenteils ausländische Frauen). Ziel dieser Aktivitäten ist es, Prostituierte und Cabaret-Tänzerinnen direkt über die Themen Gesundheit und MST zu informieren. Über ein Team von Sprach- und Kulturmittlern leistet "Primis" aufsuchende Aufklärungsarbeit, indem die Personen direkt an ihrem Arbeitsort besucht werden, um mit ihnen über die Themen Prävention, Empfängnisverhütung und Gesundheit allgemein zu sprechen. Bei diesen Gesprächen werden Präventionsmaterial (Präservative, Gleitmittel, Femidom) sowie sprachlich angepasste Informationsbroschüren abgegeben. Zudem werden die Nummern der telefonischen Anlaufstelle für die verschiedenen Sprachen (Russisch, Spanisch, Portugiesisch und Rumänisch) hinterlassen, damit die interkulturellen Vermittlerinnen bei Bedarf erreicht werden können. 2010 wurden 635 im Sexgewerbe tätige Frauen erreicht, die überwiegend aus Rumänien, Brasilien, aus der Dominikanischen Republik und aus Kolumbien stammten (Aiuto Aids Ticino 2011)²⁵. Schliesslich organisiert

²⁴ Die Schreiben des UMC an die Eltern wurden in die folgenden sechs Sprachen übersetzt: Albanisch, Portugiesisch, Serbokroatisch, Spanisch, Deutsch und Türkisch (<http://www4.ti.ch/dss/dsp/umc/cosa-facciamo/medicina-scolastica/campagna-hpv>).

²⁵ Seit Juli 2005 koordinieren Primis und Antenna MayDay im Auftrag des Staatsrats das Unterstützungsnetz für Personen, die sich prostituieren. Diesem Netzwerk, einer Erweiterung des Projekts Primis, gehören verschiedene spezialisierte Stellen an (EOC, CPF EOC, OSC, regionales Einsatzteam, Frauenhaus und Casa Armònia), an die sich Personen unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus unentgeltlich wenden können. 2010 konnte das Unterstützungsnetz die Anfragen von 204 Personen entgegennehmen. Die Gründe, die diese Frauen bewogen, sich an das Netzwerk zu wenden, hingen vor allem mit der Gesundheit und insbesondere mit den MST und der Familienplanung zusammen (Aiuto Aids Ticino 2011).

Primis regelmässig Ausbildungsveranstaltungen zu verschiedenen Themen (Prävention, Empfängnisverhütung, Rechte und Rechtsvorschriften), um zugewanderte Frauen, die im Sexgewerbe tätig sind, zu schulen, damit sie die Botschaften zu Prävention und Gesundheitsschutz als Multiplikatorinnen weitergeben können (mit den letzten Ausbildungsaktivitäten wurden vor allem lateinamerikanische Frauen erreicht).

3.3 Festgestellte Hindernisse

Die unzureichende Umsetzung von Massnahmen zum Einbezug und zur Erreichung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den analysierten Projekten ist nach Ansicht der befragten Verantwortlichen auf die folgenden Hindernisse zurückzuführen:

- **Finanzielle Mittel:** Das Problem des Fehlens von Finanzmitteln und die Tatsache, dass es relativ schwierig ist herauszufinden, bei welchen Stellen diese Mittel beantragt werden können, wurden vor allem von den Partnerorganisationen des UPVS als erhebliches Hindernis bezeichnet. Eine Befragte erklärte beispielsweise: "Die Projekte sehen keinen Budgetposten für die Abstimmung auf die Migrationsbevölkerung vor; wir tun dies nur, weil wir es als wichtig erachten, doch es erfordert mehr Energie und bedeutet Mehrarbeit."
- **Personal:** Es wird darauf hingewiesen, dass die Berücksichtigung der Dimension "Migration" mit Mehrarbeit und einer ungewohnten und aufwendigen Vorgehensweise verbunden ist. Oft reicht das verfügbare Personal nicht aus, um dem Aspekt Migration Rechnung zu tragen (da dieses Thema bei der Ausrichtung des Handelns nicht immer im Vordergrund steht).
- **Transkulturelle Kompetenzen:** Um die sprachlichen und kulturellen Barrieren zu überwinden, wird der Bedarf nach vermehrter Ausbildung und gemeinsamer Nutzung von "good practices" geäussert, da ein Mangel an transkulturellen Kompetenzen besteht, die notwendig sind, um die Bedürfnisse einer kulturell immer heterogeneren Bevölkerung besser zu berücksichtigen.
- **Beteiligung der Migrantinnen und Migranten:** Der Prozess der Ermittlung und Auswahl der Schlüsselpersonen²⁶, die über ihre aktive Beteiligung in die Steuerung der verschiedenen Phasen eines Projekts einbezogen werden sollten, wird als komplex erachtet. Gerade diese ungenügende Beteiligung wird übrigens von den Fachpersonen, die im Migrationsbereich tätig sind, und von den interviewten IMI als Faktor betrachtet, der die Erreichung eines wichtigen Teils der Migrationsbevölkerung behindert.
- **Koordination:** Es fehlt an Ansprechpartnern, die auf kantonaler Ebene formell im Bereich "Migration und Gesundheit" tätig sind. Auch steht kein Kontaktnetz zur Verfügung, auf das im Bedarfsfall nach formellen Modalitäten zurückgegriffen werden kann. Es wird auf die Notwendigkeit einer Anlaufstelle hingewiesen, damit die Stellen und Organisationen, die im Tessin in diesem Bereich tätig sind, sowie die bestehenden Kooperationsmöglichkeiten bekannt sind und anerkannt werden.
- **Kantonale Strategie:** Innerhalb des UPVS besteht zwar ein starkes Bewusstsein für den Kausalzusammenhang zwischen Wohlbefinden und sozioökonomischen und umweltbezogenen Gesundheitsdeterminanten.

²⁶ Schlüsselpersonen: Personen mit einem Migrationshintergrund, die zudem über spezifische Kompetenzen verfügen, die sie anderen Migrantinnen und Migranten der gleichen ethnischen oder nationalen Herkunft zur Verfügung stellen möchten. Sie nehmen verschiedene Rollen ein: Neben ihren spezifischen fachlichen Kompetenzen (zum Beispiel im Bereich der interkulturellen Übersetzung/Vermittlung oder der Gesundheit) verfügen diese Personen auch über persönliche (staatsbürgerliches und gesellschaftliches Engagement) und soziale Kompetenzen (gleichzeitiger Zugang zu einem schweizerischen institutionellen Netzwerk und zu Migrantengruppen) (CFM 2009).

- **Politischer Wille:** Gemäss den interviewten Verantwortlichen ist es nicht immer einfach, politische Anerkennung für den Einbezug der Komponente Migration in die Projekte zu erhalten. Es fehlt das Bewusstsein für die Tatsache, dass eine Verbesserung der Gesundheit der Migrationsbevölkerung einen direkten Einfluss auf den Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung der Schweiz hätte.

3.4 Fazit

Mit dieser Analyse konnten einige Projekte ermittelt werden, die der Migrationsbevölkerung Chancengleichheit beim Zugang zu den Informationen über die Prävention und Gesundheitsförderung gewährleisten, wie zum Beispiel das Projekt *“Primis”*.

Generell wird im Bereich der HIV/Aids-Prävention und im Suchtbereich der Dimension *“Migration”* angemessen Rechnung getragen, auch weil die Partnerorganisationen des UPVS, die hauptsächlich in diesem Bereich tätig sind (AAT und Radix Italienische Schweiz), sich bewusst sind, wie wichtig die kulturelle Anpassung der Projekte ist, und für diesen Aspekt sensibilisiert sind.

Auch in anderen Projekten wurden Massnahmen zum vermehrten Einbezug der Migrationsbevölkerung festgestellt. Diese Massnahmen wurden vor allem über die sprachliche Anpassung der verwendeten Lehrmittel²⁷ (auch wenn diese nicht immer mit Aktivitäten einhergingen, die eine mündliche Information und einen Austausch vorsahen) und über einige Evaluationsaktivitäten umgesetzt, die darauf ausgerichtet waren, die Erreichung von benachteiligten Gruppen zu beurteilen.

In Bezug auf die getroffenen Massnahmen und die unternommenen Anstrengungen sollen als Beispiel und ohne Anspruch auf Vollständigkeit einige Projekte erwähnt werden, die als vorbildlich betrachtet werden (*“good practices”*), obwohl sie vor dem Zeitraum 2009-2011 durchgeführt wurden, auf den sich diese Analyse bezieht (für eine genauere Beschreibung s. Anhang 2).

1. ***“PIPADES”***

Mit dem Ziel, die gesamte Bevölkerung für das Thema Haushaltunfälle bei Kindern zu sensibilisieren, wurde mit einer Gruppe von zugewanderten Müttern ein Ausbildungsangebot erarbeitet, um die Risikofaktoren besser zu erfassen und die Information zur Verhütung dieser Unfälle besser zu organisieren. Daraus entstand eine kulturell und sprachlich angepasste Publikation (Merkblätter und DVD).

2. ***“Rispetto la mia salute: progetto di prevenzione nel carcere”***

Dieses Projekt zur Gesundheitsförderung in Haftanstalten sah Ausbildungs- und Sensibilisierungsanlässe für das Wachpersonal zu den Risikofaktoren, denen Personen im Freiheitsentzug ausgesetzt sind, und zu den diesbezüglichen Schutzstrategien vor. Zudem wurden Veranstaltungen für die inhaftierten Personen zu allgemeinen Themen im Zusammenhang mit Gesundheit und Wohlbefinden organisiert, die unter Berücksichtigung des Geschlechts und der Herkunftskultur erarbeitet wurden.

²⁷ In den meisten Fällen gaben die Befragten an, dass das sprachlich angepasste Material, das im Rahmen der Projekte eingesetzt wird, von der Internetplattform www.migesplus.ch stammt. Auf dieser Website stehen zahlreiche Informationsbroschüren zu verschiedenen Gesundheitsthemen zur Verfügung, die sich direkt in der Muttersprache an die Migrantinnen und Migranten richten.

3. **“Promozione della salute in una realtà multiculturale”**
Dieses Projekt zur Gesundheitsförderung in einem multikulturellen Umfeld richtete sich an die Schülerinnen und Schüler der Integrationsvorlehre, die zuvor keine Gelegenheit erhalten hatten, die Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten in Anspruch zu nehmen, die in den Tessiner Schulen angeboten werden. Im Rahmen des Projekts wurden Informationen zu den folgenden Themen abgegeben: Sexualität, Familienplanung, MST- und HIV/Aids-Prävention, Prävention von Misshandlungen und sexuellem Missbrauch. Zudem wurde über die Dienstleistungen des kantonalen Versorgungsnetzes im Gesundheits- und Sozialbereich informiert.
4. **“Giornale In-Dipendenza”**
Diese Zeitungsbeilage zum Thema Suchtprävention wurde in einer ersten Projektphase über verschiedene Tessiner Tageszeitungen verbreitet. Da mit diesen Überlegungen auch die in der Schweiz lebenden Personen erreicht werden sollten, die die lokale Sprache nicht beherrschen, wurde die Beilage sprachlich und inhaltlich angepasst und danach als Einzelausgabe über die wichtigsten Zeitungen der ausländischen Gemeinschaften in der Schweiz veröffentlicht.
5. **“SUPPORT”**
Über dieses nationale Projekt wurden Personen, Migrantengruppen und -organisationen unterstützt, die ein Gesundheitsförderungsprojekt in ihrer eigenen Gemeinschaft durchführen wollten. Im Hinblick auf die Chancengleichheit sollten damit auch Gemeinschaften mit geringem Organisationsgrad zur Durchführung von Projekten befähigt werden.
6. **“Sensibilizzazione su tematiche relative alla riduzione del rischio”**
Dieses Ausbildungsangebot zur Sensibilisierung für Themen im Zusammenhang mit der Risikominderung richtete sich unter anderem an das Betriebs- und Aufsichtspersonal der Aufnahmezentren für AS des Roten Kreuzes. Behandelt wurden die Übertragungswege von HIV und anderen MST, die verfügbaren Therapien, das Zusammenleben mit HIV-positiven Personen und die Verbreitung von diesbezüglichen Präventionsbotschaften unter den Bewohnerinnen und Bewohnern dieser Zentren.
7. **“Prevenzione dell’HIV/Aids presso la popolazione straniera”**
Um auch der ausländischen Bevölkerung den Zugang zu wichtigen Gesundheitsinformationen zu ermöglichen, wurden die ausländischen Personen im Rahmen der HIV/Aids-Prävention direkt in die Präventionsaktionen einbezogen. Das Ziel bestand darin, dass sie die Botschaften zu HIV/Aids in ihrer eigenen Sprache und nach ihren Vorstellungen und Strategien an ihre Gemeinschaften weitergeben.

In Anbetracht der durchgeführten Analyse in den drei ausgewählten Handlungsfeldern (s. Kap. 3.2) und der oben aufgeführten Aktionen, die als *good practices* angesehen werden, lässt sich festhalten, dass zwar Anstrengungen unternommen wurden, damit die Projekte, die sich an die gesamte Bevölkerung richten, der Dimension “Migration” Rechnung tragen. Dennoch sind es vor allem die spezifisch für die Migrantinnen und Migranten konzipierten Programme, mit denen die Migrationsbevölkerung am wirksamsten erreicht wurde.

Leider ist es nicht möglich, **einen strukturellen Mangel, der den chancengleichen Zugang zu den Gesundheitsinformationen und den systematischen Einbezug der Migrationsbevölkerung behindert, insbesondere der besonders gefährdeten Gruppen, mit punktuellen Präventions- und Gesundheitsförderungsaktionen zu kompensieren, die sich an spezifische Gruppen richten.**

So zeigt ein kürzlich erschienener Bericht über die sozialen Ungleichheiten in Bezug auf die Gesundheit, dass der Kanton Tessin zwar seit 30 Jahren eine explizite und strukturierte Diskussion über die sozialen und verhaltensbezogenen Gesundheitsdeterminanten führt. Doch im Vergleich zu anderen Kantonen scheint er weniger auf die besonders benachteiligten Bevölkerungsgruppen (Personen am Rand der Gesellschaft, in unsicheren Verhältnissen, ohne geregelten Aufenthalt usw.) und auf die kulturellen und sprachlichen Barrieren fokussiert zu sein, die für Migrantinnen und Migranten bestehen (Lehmann 2011).

Abschliessend ist festzuhalten, dass im Rahmen der Analyse der derzeitigen und früheren Programme festgestellt wurde, dass zwar ein Problembewusstsein besteht und dass Massnahmen getroffen und beachtliche Anstrengungen unternommen werden. **Dennoch muss das kantonale Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramm, das unter der Federführung des UPVS steht, neu ausgerichtet werden, um der ausländischen Bevölkerung den Zugang zu gewährleisten. Damit die gesundheitliche Chancengleichheit entsprechend dem festgestellten Bedarf erreicht werden kann, muss systematisch sichergestellt werden, dass die Dimension "Migration" berücksichtigt wird (s. Kap. 2).**

4. EMPFEHLUNGEN

Die Migrantinnen und Migranten dürfen in den Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten nicht vernachlässigt werden, damit nicht eine wichtige Bevölkerungsgruppe übergangen wird, was im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu Risiken und zusätzlichen Kosten führen könnte. Deshalb sind die nachstehenden allgemeinen Empfehlungen darauf ausgerichtet, eine transkulturelle Öffnung der Angebote zu fördern.

➤ ABKLÄRUNG DES BEDARFS

Es liegen keine systematischen und vollständigen sozioepidemiologischen Daten zur Gesundheit und zum Risikoverhalten der Migrationsbevölkerung in der Schweiz vor. Daher wird empfohlen, **die interdisziplinäre Forschung zu fördern**, die auf die Bestimmung des allgemeinen und spezifischen Bedarfs der Migrantinnen und Migranten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung ausgerichtet ist, und zugleich **die Erfahrung und die Meinungen von Schlüsselpersonen und von Gesundheits- und Sozialfachleuten zu nutzen**, die Kontakt zum Migrationsbereich haben.

Mit diesen Informationen lassen sich verschiedene Probleme innerhalb bestimmter Gruppen der Migrationsbevölkerung aufzeigen. Sie sind notwendig, um gezielte Massnahmen zu rechtfertigen, die andernfalls nicht durchgeführt würden (zu denken ist beispielsweise an das Problem der Verstümmelung weiblicher Genitalien). Ausserdem werden diese Informationen benötigt, um die Programme, die auf die Deckung des Gesundheitsbedarfs der gesamten Bevölkerung ausgerichtet sind, in geeigneter Weise zu überarbeiten, indem die Migration als Faktor betrachtet wird, der wie andere Faktoren entscheidende Auswirkungen auf die Gesundheit haben kann.

➤ FESTLEGUNG DER ZIELGRUPPE

Da Migrantinnen und Migranten oft in sozioökonomisch schwierigen Verhältnissen leben, besteht zuweilen die Tendenz, die gesamte Migrationsbevölkerung der Kategorie Benachteiligte zuzuweisen, obwohl die gesundheitlichen Vorteile und Risiken innerhalb der Gruppe unterschiedlich verteilt sind. Auch wenn die ethnische Zugehörigkeit und der Aufenthaltsstatus wahrscheinlich die bedeutsamsten Variablen sind, sollte jenen Untergruppen der Migrationsbevölkerung vermehrt Beachtung geschenkt werden, die als potenzielle Hochrisikogruppen erscheinen (UFSP 2008b).

Denn es ist davon auszugehen, dass bestimmte Faktoren (sozioökonomische Situation, Bildungsstand, Geschlecht, Aufenthaltsstatus usw.), die die gesundheitliche Gefährdung erhöhen und die Ressourcen schwächen können, eine kumulative Wirkung entfalten. Deshalb ist es wichtig, **nicht zu verallgemeinern, sondern eine differenzierte Kategorisierung vorzunehmen**, um gestützt darauf die Massnahmen festzulegen, die sich am besten eignen, um die ausgewählte Gruppe zu erreichen.

➤ ANPASSUNG DER KOMMUNIKATION

Ist die Zielgruppe ermittelt, geht es darum, sie zu erreichen, indem die Kommunikations- und Wertesysteme der Adressatinnen und Adressaten sowie deren Vorstellungen und Risikowahrnehmung genau berücksichtigt werden.

Denn die Kommunikationsprobleme, die sich aus den **sprachlichen und kulturellen Unterschieden** ergeben, stellen ein Hindernis für die Erreichung eines Teils der Migrationsbevölkerung dar (mit Ausnahme eines grossen Teils der italienischen Bevölkerung, bei der die Kommunikation durch die Sprache, die kulturelle Nähe und eine seit mehreren Jahrzehnten anhaltende Einwanderung

erleichtert wird). Dies hat zur Folge, dass die Inhalte der Botschaften und die Informationsinstrumente angepasst werden müssen.

In den Interviews wurde betont, wie wichtig die Bereitstellung von **Lehrmaterial ist, das in die entsprechenden Sprachen übersetzt ist**. Zugleich wurde bestätigt, dass dies nicht ausreicht. Idealerweise sollten diese Materialien **mit Hilfe von Personen überarbeitet werden, die der Kultur der Adressatinnen und Adressaten angehören**, auf deren Bedürfnisse abgestimmt und über besondere Kanäle verbreitet werden. Bei der Erarbeitung der Botschaften und der Informationsinstrumente ist zu berücksichtigen, dass der Bildungsstand und die sprachlichen Kompetenzen der Adressatinnen und Adressaten möglicherweise sehr heterogen sind; als zweckmässig wird eine Beschränkung von geschriebenem Text und eine Bevorzugung von **bebilderten und videogestützten Materialien** erachtet. Zudem wird darauf hingewiesen, dass es wichtig ist, **Gelegenheiten für interaktive Begegnungen, für einen Austausch und eine gemeinsame Nutzung** zu schaffen, bei denen diese Materialien abgegeben werden können, da sich die Adressatinnen und Adressaten offensichtlich besser über das "gesprochene Wort" erreichen lassen.

Schliesslich wird einstimmig auf die **Notwendigkeit** hingewiesen, **IMI in Anspruch nehmen zu können**. Dabei wird vor allem auf die Fachpersonen verwiesen, die im Rahmen des Projekts "*Derman*"²⁸ ausgebildet werden, das auf interkulturelles Übersetzen und Vermitteln ausgerichtet ist.

➤ **ANPASSUNG DER KOMMUNIKATIONSKANÄLE UND DES KOMMUNIKATIONSUMFELDS**

In den Interviews wurde die Notwendigkeit betont, die Kanäle, die dem Lebensstil der Personen entsprechen, sowie deren Begegnungsorte zu eruieren, um die Botschaften dort hinzubringen, wo die Konzentration der Migrationsbevölkerung hoch ist.

Gemäss den Angaben, die in den Interviews gemacht wurden, sollten **vor allem die folgenden Kanäle gewählt werden**²⁹:

- die ethnischen, nationalen oder religiösen Migrantenorganisationen;
- die weiteren themenbezogenen Migrantengruppen, -organisationen und -netzwerke;
- die Schlüsselpersonen (zum Beispiel die IMI);
- das unmittelbare persönliche Umfeld (Eltern und Freundeskreis);
- die Schule (auch unter Einbezug der zugewanderten Eltern);
- die Stellen, die zwingend aufgesucht werden: Einwohnerdienste der Gemeinden, medizinische Dienste (vor allem Allgemeinmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe), Sozialdienste und Sprachkurse³⁰.

➤ **ZUSAMMENARBEIT MIT DEN MIGRANTINNEN UND MIGRANTEN**

Aus den obigen Empfehlungen lässt sich ableiten, dass **in allen Phasen eines Projekts** (grundsätzliche Überlegungen, Erstellung des Konzepts, Abklärung des Bedarfs, Festlegung der Zielgruppe, Konzeption von Arbeitsmethoden und -instrumenten, Durchführung und Evaluation) vermehrt **mit den Migrantinnen**

²⁸ Dieses Projekt des SAH Tessin fördert die sprachlich abgestimmte Kommunikation und die interkulturelle Verständigung, die notwendig ist, um den Migrantinnen und Migranten innerhalb der Dienste einen gleichberechtigten Zugang und Gleichbehandlung zu gewährleisten und Vorurteile und interkulturelle Missverständnisse zu verhindern. Der Vermittlungsdienst Derman stellt über 40 Übersetzerinnen und Übersetzer aus der ganzen Welt für über 40 Sprachen zur Verfügung, die bei Verständigungsproblemen zwischen Kulturen und/oder bei Problemen der soziokulturellen Integration eine Vermittlungsrolle übernehmen können. Link: <http://www.sos-ti.ch/>

²⁹ Die bevorzugt zu wählenden Kommunikationskanäle, die in den Interviews genannt wurden, bestätigen teilweise die Resultate des Berichts der EKM von 2009.

³⁰ Das Umfeld der Sprachkurse ist besonders interessant, um Personen, die erst seit Kurzem im Tessin leben, grundlegende Informationen zum Funktionieren des Gesundheitssystems und zu den Zugangsmöglichkeiten abzugeben.

und Migranten zusammengearbeitet werden muss, damit die Massnahmen nicht nur “für” sie, sondern auch “mit” ihnen realisiert werden.

Da es praktisch unmöglich ist, mit Sicherheit zu bestimmen, wer die Gemeinschaften vertritt, wird empfohlen, sich auf die IMI und deren Vermittlungsstellen zu stützen, um die Schlüsselpersonen zu eruieren, die in das Projekt einbezogen werden sollten.

Eine besondere Möglichkeit der Zusammenarbeit bietet die **Ausbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren**, die aufgrund ihrer Kontakte in der Gemeinschaft, der sie angehören, für eine bessere Verbreitung von Gesundheitsinformationen sorgen können.

Schliesslich geht aus den Interviews klar hervor, dass es wichtig ist, Aktivitäten in Zusammenarbeit und im Austausch mit den **zugewanderten Frauen** durchzuführen.

➤ **TRANSKULTURELLE KOMPETENZEN**

Es wird angeregt, die **transkulturelle Ausbildung der Fachpersonen** des Bereichs öffentliche Gesundheit zu fördern, die notwendig ist, um den Bedarf zu erfüllen, der sich aus der kulturellen Vielfalt ergibt.

➤ **EINSATZ VON KONTROLLINSTRUMENTEN**

Es wird empfohlen, mit Hilfe einer **Checkliste Migration** (s. Anhang 3) zu überprüfen, ob die Bevölkerung mit Migrationshintergrund systematisch in die Projekte und Programme im Bereich öffentliche Gesundheit einbezogen wird. Mit diesem Kontrollinstrument lässt sich anhand von Fragen beurteilen, ob geeignete Massnahmen getroffen wurden, um die Migrationsbevölkerung zu erreichen. Zudem kann damit aufgezeigt werden, in welchen Bereichen noch Verbesserungen möglich sind.

Anhand der Resultate dieses Überprüfungsprozesses lassen sich die Fortschritte beurteilen, die in den Projekten bezüglich der Berücksichtigung der Dimension “Migration” erzielt wurden, und Empfehlungen erarbeiten, die verbreitet werden können, damit die positiven Erfahrungen bekannt werden und allenfalls wiederholt werden können.

➤ **ERARBEITUNG EINER GESAMTSTRATEGIE**

Eine allgemeinere Empfehlung betrifft die Erarbeitung einer **einheitlichen kantonalen Gesamtstrategie**, die sich bereichsübergreifend auf alle durchgeführten Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote auswirkt, damit die Dimension “Migration” mit dem Ziel in die Struktur der Projekte und Programme einfließt, **eine Verzettelung der Massnahmen zu verhindern**.

Die Strategie sollte die Migration sowie weitere Dimensionen berücksichtigen, die zu Ungleichheiten führen können (zum Beispiel die Dimension “Gender”), mit dem Ziel, das Gefälle der gesundheitlichen Voraussetzungen nicht zu erhöhen. Zudem sollte im Rahmen dieser Strategie die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, für alle Stellen, die sich auf horizontaler Ebene mit der Prävention und Gesundheitsförderung befassen, Anlaufstellen bezüglich der Migration zu schaffen (als Beispiel könnte das Forum für die Gesundheitsförderung in der Schule dienen).

➤ **EINFÜHRUNG EINER KOORDINATION IM BEREICH “MIGRATION UND GESUNDHEIT”**

Eine umfassende, bereichsübergreifende Strategie, die darauf abzielt, dass die Dimension “Migration” im Tessiner Gesundheitswesen besser berücksichtigt wird, sollte unterstützt werden, indem auf kantonaler Ebene **eine Koordination im Bereich “Migration und Gesundheit” eingeführt wird**.

Diese Koordination würde es ermöglichen, wissensbezogene und organisatorische Synergien zu nutzen, die hilfreich sind, um ein Gesundheitssystem zu erreichen, das zweckmässig auf die kulturelle Vielfalt eingeht, indem bereits bestehende Formen der Zusammenarbeit ausgebaut und neue geschaffen werden, ein

multidisziplinärer Diskussions- und Reflexionsraum bereitgestellt wird und eine formelle Plattform zur Verfügung steht, auf die entsprechend dem Bedarf zurückgegriffen werden kann.

Damit liessen sich die verfügbaren finanziellen und personellen Ressourcen gezielt nutzen (ohne Doppelspurigkeiten und Kompetenzüberschneidungen), indem zweckmässig auf die Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote eingewirkt wird, die sich an die Migrationsbevölkerung richten, und indem deren Zugang zum Gesundheitssystem verbessert wird.

5. ZUSAMMENFASSUNG DES BERICHTS

Einleitung

Über ein Fünftel der Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Tessin stammt aus dem Ausland. Die Fachliteratur zeigt, dass bei einem Teil dieser Personen ein erhöhtes Risikoverhalten im Gesundheitsbereich besteht und dass ihr Zugang zu den Leistungen des schweizerischen Gesundheitssystems im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung erschwert ist.

In Bezug auf die Prävention und Gesundheitsförderung wird in der nationalen Strategie "Migration und Gesundheit 2008-2013" festgehalten, dass die bestehenden nationalen Angebote oft grosse Gruppen der Migrationsbevölkerung vernachlässigen. Die Anpassung dieser Angebote stellt deshalb ein vorrangiges Ziel für die öffentliche Gesundheit dar.

In diesem Bericht wird analysiert, ob das kantonale Angebot an Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen und -projekten, das vom UPVS umgesetzt wird und das hauptsächlich den Zeitraum 2009-2011 betrifft, den Migrantinnen und Migranten den chancengleichen Zugang zur Information und zum Erwerb von Gesundheitskompetenzen erleichtert. Ausserdem enthält der Bericht Empfehlungen zu den Massnahmen, die getroffen werden sollten, um den Einbezug der Migrationsbevölkerung in die künftigen Projekte im Bereich öffentliche Gesundheit und ihren Zugang zu diesen Projekten zu fördern. Diese Empfehlungen werden als Grundlage für die Erarbeitung der Strategie 2012-2016 des UPVS dienen, die auch der Migrationsbevölkerung zugute kommen soll.

Migrationsbevölkerung im Tessin und Bedarf im Gesundheitsbereich

Die Gesundheit der ausländischen Personen wird durch migrationsspezifische Faktoren beeinflusst (wie Aufenthaltsstatus und Dauer des Aufenthalts, Herkunft, sozioökonomisch schwierige Lage, Schwierigkeiten bei der beruflichen Eingliederung, Bruch mit dem sozialen Netz im Herkunftsland, geringe sprachliche Kompetenzen, Art des Migrationsverlaufs usw.). Diese Faktoren können dazu führen, dass diese Bevölkerungsgruppe stärker gefährdet ist als die Schweizerinnen und Schweizer.

Innerhalb der Migrationsbevölkerung im Tessin (rund 26%) sind die gesundheitsbezogenen Vorteile und Risiken unterschiedlich verteilt, entsprechend den Merkmalen dieser Bevölkerungsgruppe, die nachstehend beschrieben werden.

- Herkunft: 92% der Ausländerinnen und Ausländer stammen aus Europa. Bei den europäischen Herkunftsländern dominiert Italien (57%), gefolgt von Portugal (8,4%) und von Serbien und Montenegro (5,5%). Bei den aussereuropäischen Herkunftsregionen steht Amerika mit 4,1% an der Spitze, während 2,5% der ausländischen Personen aus Asien und 1,4% aus Afrika stammen.
- Geschlecht: In der Tessiner Bevölkerung ist der Anteil der Frauen höher als jener der Männer. Bei den ausländischen Personen ist dieses Verhältnis umgekehrt (53,7% Männer und 46,3% Frauen). Allerdings bestehen je nach Nationalität erhebliche Unterschiede.
- Alter: In Bezug auf das Alter besteht ein deutlicher Unterschied gegenüber der Tessiner Bevölkerung, da vor allem Personen im Alter von 20 bis 39 Jahren zuwandern. In den letzten Jahren hat sich das Alter der Migrationsbevölkerung jedoch erhöht.
- Aufenthaltsstatus: Der grösste Teil der ausländischen Bevölkerung hält sich ständig in der Schweiz auf: 69% dieser Personen verfügen über eine Niederlassungsbewilligung (C) und 27% sind im Besitz einer Aufenthaltsbewilligung (B). Nur ein geringer Teil der ausländischen Bevölkerung sind Personen mit einem

unsicheren Aufenthaltsstatus (rund 4%), doch diese sind in gesundheitlicher Hinsicht besonders gefährdet.

Auf nationaler wie auf kantonaler Ebene stehen nur relativ wenige und bruchstückhafte Informationen zur Verfügung, um die Gesundheitssituation der Migrationsbevölkerung zu beurteilen.

Gemäss den Resultaten der bedeutendsten und neuesten Studie, die auf nationaler Ebene durchgeführt wurde (GMM 2004), ist der Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung generell schlechter als jener der Einheimischen, mit Ausnahme der Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich.

Diese Analyse konzentriert sich auf jene Sektoren der öffentlichen Gesundheit, die mit den ausgewählten Arbeitsbereichen des UPVS zusammenhängen. Im Rahmen der Analyse wurden für die Personen mit Migrationshintergrund die folgenden prioritären Handlungsfelder ermittelt (allerdings bestehen je nach Herkunft und Aufenthaltsstatus erhebliche Unterschiede):

- Arbeitsbereich "Gesunde Ernährung und Bewegung": Übergewicht und Bewegungsmangel.
- Arbeitsbereich "Wohlbefinden, Unbehagen und Abhängigkeit": Psychische Unausgeglichenheit, Tabak- und Alkoholkonsum, Risiken einer Drogenabhängigkeit sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit (ungeeignete Verhütungsmassnahmen, geringere Inanspruchnahme der vorgeburtlichen Versorgung, HIV-Risiko, Verstümmelung weiblicher Genitalien).
- Arbeitsbereich "Patientenrechte und angemessener Zugang zur Gesundheitsversorgung": Keine angemessene und auf Informationen abgestützte Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen (starke Inanspruchnahme der Notfallstrukturen und teilweise der Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktiker, aber unterdurchschnittliche Inanspruchnahme der Fachärztinnen und Fachärzte) sowie geringe Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (*Screening* zur Krebsprävention, HIV).

Die gesundheitliche Gefährdung bestimmter Gruppen der Migrationsbevölkerung wird durch die Forschung und die Aussagen der Gesundheits- und Sozialfachleute und der interviewten IMI bestätigt. Dies belegt, wie wichtig es ist, die Gesundheitsförderungsprogramme an die Vielfalt anzupassen, mit der sich der Kanton Tessin konfrontiert sieht. Dieser Vielfalt muss somit bezüglich der Lebensstile, der herrschenden Vorstellungen und der Wertesysteme Rechnung getragen werden. Denn diese Faktoren bestimmen das Gesundheitsverhalten, die Wahrnehmung der Informationen und die Möglichkeit, die Migrationsbevölkerung zu erreichen.

Analyse des Angebots der kantonalen Programme im Bereich öffentliche Gesundheit

Generell hat die Untersuchung der kantonalen Programme im Bereich öffentliche Gesundheit aufgezeigt, dass in Bezug auf die sozialen und verhaltensbezogenen Gesundheitsdeterminanten eine klare und strukturierte Vorstellung besteht: Die Migrantinnen und Migranten werden als eine von mehreren besonders benachteiligten Gruppen betrachtet. Doch diese gesundheitspolitische Vorstellung führt nicht dazu, dass systematisch Massnahmen getroffen werden, um diese Personen spezifisch zu erreichen und einzubeziehen.

Gemäss den interviewten Projekt- und Programmleitungen bestehen die folgenden Hindernisse: Mangel an finanziellen und personellen Mitteln, Mangel an transkulturellen Kompetenzen, Schwierigkeit, die Migrantinnen und Migranten selbst in die Steuerung der

verschiedenen Phasen eines Projekts einzubeziehen, mangelnde Koordination und Fehlen einer ausdrücklichen kantonalen Strategie in diesem Bereich und schliesslich die Schwierigkeit, politische Anerkennung zu erhalten.

Die Analyse der drei Arbeitsbereiche des UPVS, die für diese Analyse ausgewählt wurden, hat jedoch aufgezeigt, dass beachtliche Massnahmen getroffen werden, um sicherzustellen, dass die Projekte, die sich an die gesamte Bevölkerung richten, die Dimension "Migration" berücksichtigen. Diese Projekte sehen vor allem Folgendes vor:

- die Verwendung von sprachlich angepasstem Material (das aber nur teilweise auf die Kultur abgestimmt wird);
- die Zusammenarbeit mit stark sensibilisierten Partnerorganisationen, die offensichtlich die Dimension "Migration" in die Kultur ihrer Strukturen aufgenommen haben (dies ist bei der AAT und bei Radix Italienische Schweiz der Fall).

Es wurde auch auf einige in den letzten Jahren realisierte Projekte hingewiesen, die nicht in den berücksichtigten Analysezeitraum fielen. Sie werden als vorbildliche Lösungen betrachtet, die zweckmässige Massnahmen zur Erreichung der Migrationsbevölkerung vorsehen (sprachliche und kulturelle Anpassung des Informationsmaterials, in Kombination mit Aktivitäten, die auf einen direkten Austausch ausgerichtet sind, Zusammenarbeit mit den Migrantennetzwerken und mit den kantonalen Fachpersonen, die im Migrationsbereich tätig sind, Ausbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren usw.).

Leider ist es nicht möglich, einen strukturellen Mangel, der den chancengleichen Zugang zu den Gesundheitsinformationen und den systematischen Einbezug der Migrationsbevölkerung behindert, insbesondere der besonders gefährdeten Gruppen, mit punktuellen Aktionen zu kompensieren, die sich an spezifische Gruppen richten.

Abschliessend ist festzuhalten, dass das kantonale Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramm, das unter der Federführung des UPVS steht, neu ausgerichtet werden muss, um der ausländischen Bevölkerung den Zugang zu gewährleisten. Damit gesundheitliche Chancengleichheit erreicht werden kann, muss systematisch sichergestellt werden, dass die Dimension "Migration" berücksichtigt wird.

Empfehlungen

Damit die Migrationsbevölkerung von den kantonalen Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten nicht vernachlässigt wird, was im Bereich der öffentlichen Gesundheit Risiken und zusätzliche Kosten verursachen könnte, werden die folgenden Empfehlungen abgegeben:

- **Abklärung des Bedarfs**
Die interdisziplinäre Forschung fördern und zugleich die Erfahrung und die Meinungen der Schlüsselpersonen und der Fachleute des Gesundheits-, Sozial- und Migrationsbereichs nutzen, um den Bedarf der Migrationsbevölkerung im Gesundheitsbereich zu bestimmen.
- **Festlegung der Zielgruppe**
Nicht verallgemeinern, sondern eine differenzierte Kategorisierung vornehmen und dabei berücksichtigen, dass bestimmte Gesundheitsdeterminanten im Migrationsbereich eine kumulative Wirkung entfalten.
- **Anpassung der Kommunikation**
Das Informationsmaterial sprachlich und kulturell anpassen und dabei berücksichtigen, dass der Bildungsstand und die sprachlichen Kompetenzen der Adressatinnen und Adressaten möglicherweise sehr heterogen sind (Beschränkung von geschriebenem Text und Bevorzugung von bebilderten und videogestützten Materialien). Zur Verbesserung der Kommunikation wird zudem auf den Bedarf an IMI hingewiesen (um die Weitergabe der Botschaften, die Begegnungen und den Austausch zu erleichtern).

- **Anpassung der Kommunikationskanäle und des Kommunikationsumfelds**
Die Vermittlung von Informationen über die folgenden Kanäle fördern:
 - ethnische, nationale oder religiöse Migrantorganisationen;
 - weitere themenbezogene Migrantengruppen, -organisationen und -netzwerke;
 - Schlüsselpersonen (zum Beispiel IMI);
 - unmittelbares persönliches Umfeld (Eltern und Freundeskreis);
 - Schule (auch unter Einbezug der zugewanderten Eltern);
 - Stellen, die zwingend aufgesucht werden: Gemeinden, Sozial- und Gesundheitsdienste, Sprachkurse.

- **Zusammenarbeit mit den Migrantinnen und Migranten**
Die Zusammenarbeit mit den Migrantinnen und Migranten in allen Phasen des Projekts fördern und dabei den Einbezug von Frauen und die Ausbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren unterstützen.

- **Transkulturelle Kompetenzen**
Die transkulturellen Kompetenzen der Fachpersonen des Bereichs öffentliche Gesundheit ausbauen.

- **Einsatz von Kontrollinstrumenten**
Systematisch Kontrollinstrumente in Form einer *Checkliste Migration* verwenden, um die Öffnung der Projekte gegenüber der Realität der Frauen und Männer mit Migrationshintergrund zu beurteilen.

- **Erarbeitung einer Gesamtstrategie**
Eine einheitliche kantonale Gesamtstrategie erarbeiten, die sich bereichsübergreifend und systematisch auf alle durchgeführten Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten auswirkt.

- **Einführung einer kantonalen Koordination im Bereich "Migration und Gesundheit"**
Diese Strategie sollte unterstützt werden, indem auf kantonaler Ebene eine Koordination im Bereich "Migration und Gesundheit" eingeführt wird, die es ermöglichen würde:
 - Synergien zu nutzen (indem bereits bestehende Formen der Zusammenarbeit ausgebaut und neue geschaffen werden);
 - einen multidisziplinären Reflexionsraum bereitzustellen, um Erfahrungen bekannt zu machen und gemeinsam zu nutzen und somit die transkulturellen Kompetenzen der Gesundheits- und Sozialfachleute auszubauen;
 - als Plattform zu fungieren, auf die entsprechend dem Bedarf zurückgegriffen werden kann;
 - die verfügbaren finanziellen und personellen Ressourcen gezielt zu nutzen (indem Doppelspurigkeiten und Kompetenzüberschneidungen vermieden werden).

6. BIBLIOGRAPHIE

ACHERMANN Christie e CHIMENTI Milena. 2006. *Migration, précarité et santé: risques et ressources de santé de personnes sans autorisation de séjour ou admises provisoirement en Suisse*, in *Recherche Migration et Santé dans le cadre de la stratégie Migration et santé 2002-2007* de la Confédération. Berne, OFSP, pp. 55-61.

AIUTO AIDS TICINO. 2011. *Rapporto sull'attività Zonaprotetta e Aiuto Aids Ticino 2010*. Lugano: Aiuto Aids Ticino.

ARMI Marina e KANDEMIR Pelin. 2007. *Pipades e migrazione: schede didattiche: rinfreschiamoci la memoria*. Bellinzona, Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria, http://pipades.144bimbi.ch/fileUpload/downloads/27/rinfresch_memoria.pdf (Stand: 15.02.2012)

BIANCHI Ronny. 2000. *Fotografia della prostituzione nel Cantone Ticino*. Studio commissionato dal Consiglio di Stato del Cantone Ticino, <http://www4.ti.ch/fileadmin/DI/Documentazione/RapportiStudi/prost/200003rapportobianchi.pdf> (Stand: 15.02.2012).

BODENMANN Patrick, CORNUZ Jaques, RUFFIEUX Christiane, PIN Marie, FAVRAT Bernard, 2006. *Perception du risque pour la santé lié à la consommation excessive d'alcool, au tabagisme et aux comportements sexuels à risque chez les migrants et les autochtones: nécessité d'une prévention différente?*, in *Recherche Migration et Santé dans le cadre de la stratégie "Migration et santé 2002-2007" de la Confédération*, Berne, OFSP, pp. 89-96.

BOLLINI Paola e WANNER Philippe, 2006. *Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités de risques et possibilités d'intervention*. Neuchâtel, Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population, 2006, <http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00157/index.html?lang=fr> (Stand: 15.02.2012)

BÜLENT Kaya. 2007. *Documento di base sul tema "migrazione e salute"*. Neuchâtel, Swiss Forum for Migration and Population Studies, http://www.quint-essenz.ch/it/files/Migrazione_e_salute.pdf (Stand: 15.02.2012)

CARITAS SUISSE, et al. 2009. *Prévention et promotion de la santé transculturelles en Suisse: informations de base et recommandations: [brochure]*. Herzogenbuchsee, PHS Public Health Services, <http://www.public-health-services.ch/attachments/content/prevtransbrochure.pdf> (Stand: 15.02.2012)

COMMISSION FEDERALE POUR LES QUESTIONS DE MIGRATION. 2009. *Vers une meilleure communication. Coopération avec les réseaux de migrants*. Berne, CFM, http://www.ekm.admin.ch/fr/documentation/doku/mat_wege_kommunikation_f.pdf (Stand 15.02.2012)

DELANG Katja. 1997. *Promozione della salute e prevenzione delle dipendenze fra gli immigrati della Bosnia, della Croazia e del Kosovo nel Cantone Ticino (Progetto Pilota)*. Lugano e Bellinzona, Radix Svizzera Italiana e Sezione Sanitaria del Dipartimento Opere Sociali del Canton Ticino.

DELANG Katja. 1997. *Salute e immigrazione: priorità d'intervento nella prevenzione. Un primo rapporto sul Cantone Ticino*. Bellinzona, Sezione Sanitaria del Dipartimento Opere Sociali del Canton Ticino.

ECKERT Josef, ROMMEL Alexander, WEILANDT Caren. 2006. *Gesundheitliche Lage und Gesundheitsverhalten in der Migration. Ergebnisse des Gesundheitsmonitorings der schweizerischen Migrationsbevölkerung*, in *Recherche Migration et Santé dans le cadre de la stratégie "Migration et santé 2002-2007" de la Confédération*. Berne, OFSP, p. 15-24.

EFIONAYI-MÄDER Denise, SCHÖNENBERGER Silvia e STEINER Ilka, 2010. *Visage des sans-papiers en Suisse: évolution 2000-2010*. Bienne, Commission fédérale pour les questions de migration.
http://www.ekm.admin.ch/fr/documentation/doku/mat_sanspap_f.pdf (Stand: 15.02.2012)

FAHRLÄNDER Annamaria, 2009. *Migrants and Healthcare: responses by European Regions (MIGHREB). Report of Ticino Region*. Bellinzona, Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria.

FAHRLÄNDER Annamaria, Inderwildi Bonivento Laura, Tomada Angelo, 2002. *Rapporto di valutazione campagna informativa "tra medico e paziente..." sui diritti dei pazienti*. Bellinzona, Sezione sanitaria.
http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UPVS/PDF/Progetti/DirittiPazienti_val_quant.pdf
(Stand: 15.02.2012)

FAHRLÄNDER Annamaria, QUAGLIA Jacqueline, DOMENIGHETTI Gianfranco, DIETIKER Renata, PAGANI Olivia, 2009. *Campagna informativa sulla mammografia: valutazione*. Bellinzona, Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria.
<http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UPVS/PDF/Progetti/ValutazioneMammografia.pdf>
(Stand: 15.02.2012)

GABADINHO Alexis e WANNER Philippe. 2007. "Facteurs influant sur la santé des populations migrantes. Interactions entre la santé et le profil sociodémographique et migratoire: une analyse des données de l'enquête GMM – Synthèse des résultats", in *Qu'est ce qu'on sait de l'état de santé de la population migrante? Les principaux résultats du "Monitoring de l'état de la population migrante en Suisse"*, Berne, OFSP, pp. 28-54.

GLES. 2006. *Rapporto finale*, elaborato dal Gruppo di lavoro per l'educazione sessuale nelle scuole. Bellinzona, Forum per la promozione della salute nella scuola.
<http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/FSS/PDF/GLES2006-finale.pdf> (Stand: 15.02.2012)

GREPPI Spartaco, MINOGGIO Wilma, DA VINCI Leonardo, COLUBRIALE Antonietta. 2003. *La popolazione straniera e i flussi migratori in Ticino*. Canobbio, SUPSI Dipartimento Lavoro Sociale.

GUARNACCIA Vincenza. 2010. *Primis. Rapporto di attività 2009*. Lugano, Aiuto Aids Ticino.
<http://www.zonaprotetta.ch/pdf/Primis%20rapp.%202009.pdf> (Stand: 15.02.2012)

GUARNACCIA Vincenza e MARCIONETTI Monica. 2010. *Rapporto d'attività 2009 di Primis e Antenna MayDay quali enti di riferimento per l'attuazione dell'art. 7 Lprost*. Lugano, Aiuto Aids Ticino e Antenna MayDay.
http://www.zonaprotetta.ch/pdf/rapporto_rete_di_aiuto_2009_finale.pdf (Stand: 15.02.2012)

HUNKELER Brigitte, MÜLLER Eva. 2006. *Aufenthaltsstatus und Gesundheit. Eine ressourcenorientierte qualitative Untersuchung zur Unsicherheit des Aufenthaltsstatus im Zusammenhang mit der psychosozialen Gesundheit bei Migrantinnen in der Stadt Zürich*, in *Recherche Migration et Santé dans le cadre de la stratégie "Migration et santé 2002-2007" de la Confédération*, Berne, OFSP, p. 63-68.

KOLLER Theodora. 2008. *Rainbow by Dahlgren and Whitehead 1991. Slide inspired by presentation from Dr. Nani Nair, TB Regional Advisor at 15-16 September 2005*

WHO/SEARO, *Consultation on Health, subsequently adapted to address determinants of the health of socially excluded migrant population, 06/08*, World Health Organization (WHO), Venice (Traduzione in italiano a cura dell'Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria del Cantone Ticino, 2010).

LEHMANN Philippe. 2011. *Inégalités sociales et santé: perceptions et stratégies au Canton du Tessin*. Lausanne, Haute école cantonale vaudoise de la santé.

MARTINONI Marcello. 2002. *Campagna d'informazione "Tra medico e paziente..." e gruppi di popolazione sfavoriti nell'accesso alle informazioni o/e alle cure*. Bellinzona, Ufficio di promozione e valutazione sanitaria.

http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UPVS/PDF/Progetti/DirittiPazienti_val_qualit.pdf

(Stand: 15.02.2012)

MATTEI Giona. 2011. *Interpretariato e mediazione interculturale: progetto Derman SOS Ticino, "Medical Humanities"*, nr. 17, anno 5, pp. 30-34.

MORET Joëlle e DAHINDEN Janine. 2009. *Vers une meilleure communication: coopération avec les réseaux de migrants*. Berne, Commission fédérale pour les questions de migration.

OFSP. 2006. *Recherche Migration et Santé dans le cadre de la stratégie "Migration et santé 2002-2007" de la Confédération*. Berne, Office fédéral de la santé publique.

<http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00206/index.html?lang=fr> (Stand: 15.02.2012)

OFSP. 2007a. *Qu'est ce qu'on sait de l'état de santé de la population migrante? Les principaux résultats du "Monitoring de l'état de la population migrante en Suisse"*. Berne, Office fédéral de la santé publique.

<http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00242/index.html?lang=fr> (Stand: 15.02.2012)

OFSP. 2007b. *Stratégie migration et santé (phase II: 2008-2013)*. Berne, Office fédéral de la santé publique.

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=fr>

(Stand: 15.02.2012)

OFSP. 2008. *Migration mainstreaming en matière de santé*. Berne, Office fédéral de la santé publique.

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12626/12627/index.html?lang=fr>

(Stand: 15.02.2012)

PFLUGER Thomas, BIEDERMANN Andy, SALIS GROSS Corina. 2009. *Prévention et promotion de la santé transculturelles en Suisse: informations de base et recommandations: [rapport]*. Herzogenbuchsee, PHS Public Health Services.

<http://www.public-health-services.ch/attachments/content/prevtrans-rapport.pdf> (Stand:

15.02.2012)

SCHOPPER Doris. 2010. *Poids corporel sain avant l'âge adulte*. Lausanne, Promotion Santé Suisse.

SCHÜRCH Julia. 2006. *Accessibilité aux services de santé dans la partie italophone de la Suisse pour les personnes en détresse et les sans-papiers*. Genève, Médecins Sans Frontières Suisse.

SPANG Thomas e ZUPPINGER Brigitte. 2010. *Switzerland: immigrants facing poverty and social exclusion*, in *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/115485/E94018.pdf, (Stand:

15.02.2012)

TESTA-MADER Anita, CLERICI Natalie, DEGRATE Alessandro. 2002. *Il punto di vista delle persone immigrate sul loro contatto con la psichiatria pubblica ticinese: problematiche, tipi di cure, soddisfazione e bisogni*. Mendrisio, Centro di documentazione e ricerca OSC.

TESTA-MADER Anita, DEGRATE Alessandro e CLERICI Nathalie. 1999. *Disagio psichico e utilizzazione dei servizi psichiatrici pubblici nella popolazione straniera del Canton Ticino*, "Epidemiologia e psichiatria sociale", vol. 8, n. 3, 1999, pp. 209-219.

UFSP. 2008a. *Migrazione e salute: sintesi della strategia federale fase II (2008-2013)*. Berna, Ufficio federale della sanità pubblica.

UFSP. 2008b. *Prevenzione e promozione della salute nell'ottica migratoria. Guida per la pianificazione e la realizzazione di progetti*. Berna, Ufficio federale della sanità pubblica.

UNICEF. 2005. *Mädchenbeschneidung in der Schweiz: Umfrage bei Schweizer Hebammen, Gynäkologen/Innen, Pädiatern/Innen und Sozialstellen*. Zürich, Schweizerisches Komitee für UNICEF.

http://assets.unicef.ch/downloads/Rapport_final_FGM_2005.pdf (Stand: 15.02.2012)

UPVS. 2009. *Promozione della salute e prevenzione 2009-2011: documento programmatico*. Bellinzona, Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria.

UST. 2010. *Statistique de l'état annuel de la population (ESPOP) 2009*. Neuchâtel, Ufficio federale di statistica

WANDERS Anne-Christine e HEINIGER Marcel. 2004. *Glossario demografico*. Neuchâtel, Ufficio federale di statistica.

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/it/index/themen/01/22/lexi.Document.121419.pdf> (Stand: 15.02.2012).

WYSSMÜLLER Chantal e BÜLENT Kaya. 2009. *Migration et santé: vue d'ensemble d'un choix d'ouvrages spécialisés publiés de 2006 à 2008*. Neuchâtel, Swiss Forum for Migration and Population Studies.

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/12538/index.html?lang=fr> (Stand: 15.02.2012)

ANHAENGE

Anhang 1: Lista delle persone intervistate

Al fine di poter analizzare in che modo il principio delle pari opportunità viene garantito, alla popolazione migrante, dai programmi di promozione della salute e prevenzione selezionati, sono state realizzate delle interviste qualitative, individuali e semi-strutturate, ai responsabili di questi ultimi. Sono state poste delle domande sulle misure generali, sulle strategie e sui criteri d'ordine metodologico intrapresi per il coinvolgimento e il raggiungimento della popolazione migrante, sulle collaborazioni instaurate, sul tipo di dati socio-epidemiologici consultati e sulle loro competenze specifiche nell'ambito "migrazione e salute".

Per individuare in seguito le misure da raccomandare per meglio raggiungere la popolazione migrante in futuro, altre interviste individuali e semi-strutturate, sono state realizzate a persone migranti considerate rappresentative (scelte in base alla loro esperienza professionale come interpreti/mediatori interculturali, alla loro attività presso la propria comunità e alla loro origine, osservando le provenienze maggiormente presenti nel cantone), a specialisti del settore della migrazione e dell'integrazione, e a professionisti dell'ambito sociale e sanitario.

Di seguito la lista delle interviste realizzate.

IMI e persone migranti considerate rappresentative			
N.	Cognome e nome	Origine	Informazioni supplementari ³¹
1	AKA Beser	Turchia	
2	BERISHA Pahsk	Kosovo	
3	BRAGA Maria José	Portogallo	
4	CEHIC Sehzada	Bosnia	
5	CIULLA Laura	Romania	
6	CONTESSI Mumina	Somalia	http://www.comafti.ch
7	FRAGAPANE Mila	Russia	
8	GAFIC TOCCHETTI Zaina	Bosnia	Associazione culturale bosniaca Bosona
9	GÜCLU Suleyman	Turchia	
10	MEYER Raja	Tunisia	
11	MIRRA Tarek	Iraq	
12	MURATOVIC Sead	Bosnia	

³¹ Tutti i link qui indicati sono stati visualizzati il 20.06.2011.

13	REZZONICO Dushanka	Serbia	
14	RIGHINI Jussiene	Brasile	
15	RISTESKA Maja	Macedonia	
16	ROCHA Susana	Colombia	
17	ROOH SHAHBAZ Farahanzig	Iran	
18	SIGNORINI Cristina	Associazione per il sostegno e la promozione dell'integrazione del Kosovo (SPIK)	http://www.associazionespik.ch
19	TEIXERAS Fernando	Portogallo	
Responsabili di programmi e/o progetti di promozione della salute e prevenzione			
	Cognome e nome	Rappresenta	Informazioni supplementari
20	BONETTI Barbara	Forum per la promozione della salute nella scuola	http://www4.ti.ch/index.php?id=28888
21	BRANCHI Antonella e ANTONETTI Alessia	DSS - UPVS	http://www.ti.ch/DSS/DSP/SezS/UffPVS/
22	CASABIANCA Antoine	DSS - UPVS	http://www.ti.ch/DSS/DSP/SezS/UffPVS/
23	CATTANEO Liala	Laboratorio psicopatologia del lavoro	http://www4.ti.ch/dss/dsp/osc/chi-siamo/servizi-psico-sociali/
24	FAHRLÄNDER Annamaria	DSS - UPVS	http://www.ti.ch/DSS/DSP/SezS/UffPVS/
25	FERRARI Matteo	Delegato ai problemi delle tossicomanie/DSS	http://www4.ti.ch/dss/dsp/us/cosa-facciamo/tossicomanie-e-dipendenze/presentazione/
26	GENNARI Dario	Ingrado: Servizi per le dipendenze	http://www.ingrado.ch/
27	GIANINAZZI Andrea	DSS - UPVS	http://www.ti.ch/DSS/DSP/SezS/UffPVS/
28	GUARNACCIA Vincenza	Aiuto Aids Ticino / Primis	http://www.zonaprotetta.ch/
29	KANDEMIR Pelin	Radix Svizzera italiana	http://www.radixsvizzeraitaliana.ch/
30	MASULLO Alba	Lega ticinese contro il cancro	http://www.legacancro-ti.ch/
31	REINHOLZ Danuta	Ufficio del medico cantonale/DSS	http://www4.ti.ch/index.php?id=5293
32	ZGRAGGEN Lara	DECS/ASPI	http://www.ti.ch/DSS/DSP/SezS/UffPVS/
33	ZIRPOLI Raquel	Associazione PIPA (Prevenzione Incidenti Persone Anziane)	http://www.lnrg.ch/pipa/
34	ZURINI Mirta	CPF (Centri di Pianificazione Familiare) EOC	http://www.eoc.ch/pagina.cfm?menu=2014&pid=2018
Specialisti del settore dell'integrazione e della migrazione			
	Cognome e nome	Rappresenta	Informazioni supplementari
35	ANTORINI MASSA Sabrina	Dicastero Integrazione e informazione sociale, Città di Lugano	http://www.lugano.ch/diis
36	BEFFA Sabina	Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento/DASF/DSS	http://www.ti.ch/ussi
37	BOJANIC Slavko	Centro competenze per la migrazione Lugano (OSCT)	http://www.ocst.com
38	CERUTTI Marco e CARADONNA Monica	SOS Ticino, Servizio per richiedenti l'asilo Bellinzona	http://www.sos-ti.ch

39	DE ORNELAS Euro	Centro competenze per la migrazione Locarno (SOS Ticino)	http://www.sos-ti.ch
40	DI BLASI Donato e RAIMONDI Max	Centro di prima accoglienza Casa Astra	http://www.casa-astra.ch
41	DONINELLI Moreno	Ospedale Beata Vergine Mendrisio EOC, Progetto <i>Migrant Friendly Hospital</i> (MFH)	http://www.eoc.ch
42	DOTTA Fra Martino		
43	EHRART-DAVINCI Sara	Pre tirocinio di integrazione/DFP/DECS	http://www.ti.ch/pre tirocinio
44	FIORINI Carmela	Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento/DASF/DSS (Servizio richiedenti l'asilo)	http://www.ti.ch/ussi
45	FORMENTINI Marco	Polizia cantonale giudiziaria, sezione TESEU	http://www.polizia.ti.ch
46	FORNARA Rosaria	SOS Ticino, Servizio per richiedenti l'asilo Luganese	http://www.sos-ti.ch/
47	GALLI Gianluigi e SOLCÀ Paola	Centro Documentazione e Ricerca sulle Migrazioni (CDRM), SUPSI	http://www.supsi.ch/dsas/dipartimento/centro-documentazione-sulle-migrazioni.html
48	GALLI Marco	Ufficio del sostegno a enti e attività per le famiglie e i giovani/DASF/DSS	http://www.ti.ch/ufag
49	LIU YVES	Croce Rossa Svizzera sezione Luganese, settore richiedenti l'asilo	http://www.crs-luganese.ch
50	MISMIRIGO Francesco	Delegato cantonale per l'integrazione degli stranieri e la lotta contro il razzismo	http://www4.ti.ch/di/di-di/cosa-facciamo/integrazione-degli-stranieri-e-lotta-contro-il-razzismo/
51	MORGER Patrick	Scuola specializzata superiore in cure infermieristiche di Bellinzona	http://www.sssci.ti.ch/
52	NATALE Consuelo	SOS Ticino, Servizio Rifugiati	http://www.sos-ti.ch/
53	QUADRI CARDANI Paola	Associazione Opera Prima	http://www.operaprima.ch/
54	SAGLINI Lorenza	Croce Rossa Svizzera sezione Luganese	http://www.crs-luganese.ch
55	SAVARINO Anna e ARMICHIARI Renata	Centro competenze per la migrazione Bellinzona (ACLI)	http://www.acli.ch/Html/Patronato.html
56	SCARAVAGGI Zaira	Formatrice Derman e infermiera	
Professionisti dell'ambito socio-sanitario			
	Cognome e nome	Rappresenta	Informazioni supplementari
57	BÄRISWYL Sacha	Ospedale Civico Lugano, EOC – Assistente sociale	http://www.eoc.ch
58	BOSIA Claudio (Dr. med.)	Spec. FMH	
59	CARENZIO-SALA Helia (Psic.)	Servizio psico-sociale (SPS) Lugano, OSC - Psicologa e psicoterapeuta FSP	http://www.ti.ch/osc
60	FRUSCONI Rita	Servizio psico-sociale (SPS) Locarno, OSC - Assistente sociale	http://www.ti.ch/osc
61	GÖHRING Catherine (Drssa.)	Spec. FMH medicina interna, medico scolastico e membro	

	med.)	dell'Ordine dei Medici del Canton Ticino (OMCT)	
62	PEDUZZI Paolo (Dr. med.)	Spec. FMH malattie dell'infanzia e medico scolastico	http://www.pesovia.com http://www.con-tatto.ch
63	TESTA Silvano (Dr. med.)	Clinica psichiatrica cantonale Mendrisio (dir. med.) - Psichiatra	http://www.ti.ch/osc
64	VALTULINI Mary	Croce Rossa Svizzera sezione Luganese, Settore richiedenti l'asilo (Servizio sanitario) - Infermiera	http://www.crs-luganese.ch

Anhang 2: Schede descrittive dei progetti menzionati come *good practices*

La maggior parte delle informazioni sui progetti provengono dalla banca dati «*ti Infodoc*»³², nata nel 2005 da una collaborazione tra la Sezione sanitaria e Radix Svizzera italiana.

Di seguito la descrizione dei progetti menzionati nel *Capitolo 3.2.* (presentati in ordine cronologico).

Progetto 1	PIPADES
Descrizione	<p>PIPADES è un programma svizzero intercantonale di prevenzione degli incidenti domestici dei bambini da 0 a 5 anni.</p> <p>Le azioni di PIPADES hanno voluto: informare sui pericoli più frequenti e sulle situazioni a rischio nell'ambiente domestico, far conoscere gli accorgimenti più semplici e meno costosi da adottare, sensibilizzare il pubblico, valorizzare chi già opera nel settore sanitario e educativo nei diversi cantoni e attivare progetti di sensibilizzazione e di informazione per e con i bambini.</p> <p>Per quanto riguarda la popolazione migrante, tra le numerose iniziative effettuate nel Canton Ticino nell'ambito di questo progetto, per meglio capire quali sono i fattori di rischio e anche per meglio organizzare l'informazione su come prevenire questi incidenti, sono stati realizzati degli incontri informativi con donne straniere e sono stati prodotti dei materiali didattici in varie lingue destinati alle diverse comunità.</p>
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizzare genitori, persone, istituzioni, commercianti in contatto con bambini alla problematica degli incidenti domestici, proponendo un'informazione mirata per ridurre l'infortunistica pediatrica. - Valorizzare l'informazione esistente e attivare moltiplicatori dell'informazione. - Offrire supporti (moduli didattici) per la formazione del personale socio-sanitario.
Enti responsabili	Ligues de la santé DSS - UPVS
Partner progetto	DSS - Sezione sanitaria Ligues de la santé Direction générale de la santé Federazione cantonale ticinese servizi autoambulanza
Durata	1993-2008
Misure utilizzate per il coinvolgimento	<ul style="list-style-type: none"> - Adattamento di un progetto inizialmente rivolto a tutta la popolazione; - collaborazione con donne/mamme immigrate (elaborazione di materiale didattico secondo i loro bisogni, linguaggi, rappresentazioni e strategie e formazione di moltiplicatori dell'informazione); - realizzazione del DVD "Gli incidenti domestici dei bambini: un percorso comunitario a favore delle comunità migranti" (PIPADES 2004). - pubblicazione di schede didattiche realizzate con un gruppo di donne/mamme immigrate: "Pipades e migrazione. Schede didattiche. Rinfreschiamoci la memoria" (Armi e Kandemir 2004).
ti Infodoc	Dettaglio scheda progetti - CenD (DSS) - Cantone Ticino

³² I contenuti della banca dati sono disponibili su: <http://www4.ti.ch/dss/dsp/upvs/cend/infodoc/ti-infodoc/>

Progetto 2	
Rispetto la mia salute: progetto di prevenzione nel carcere	
Descrizione	Attività di coordinamento tra diversi servizi per la promozione della salute in carcere. Il progetto ha previsto dei momenti di formazione e di sensibilizzazione del personale di custodia sui fattori di rischio a cui sono esposte le persone detenute e sulle strategie di protezione. Oltre a sensibilizzare gli agenti stessi ad affrontare serenamente il detenuto nei momenti di stress, sono state organizzate animazioni e interventi presso le persone detenute su temi generali relativi alla salute e al benessere. Le informazioni destinate ai detenuti sono state elaborate in funzione del genere e della cultura d'appartenenza (10 lingue diverse).
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> - Favorire la tutela e la promozione della salute in carcere tra tutti gli attori coinvolti. - Ridurre le conseguenze negative della detenzione sulla salute. - Veicolare i messaggi di prevenzione relativi a HIV/Aids e altre malattie sessualmente trasmissibili. - Migliorare l'accesso alle informazioni utili anche da parte dei gruppi di immigrati.
Enti responsabili	Aiuto Aids Ticino DSS – Sezione sanitaria DI – Sezione dell'esecuzione delle pene e delle misure
Partner progetto	Radix Svizzera italiana Antenna MayDay
Durata	2001-2006
ti Infodoc	Dettaglio scheda progetti - CenD (DSS) - Cantone Ticino
Misure utilizzate per il coinvolgimento	<ul style="list-style-type: none"> - Adattamento di un progetto inizialmente rivolto a tutta la popolazione carceraria; - collaborazione con IMI (elaborazione di materiali didattici elaborati in funzione del genere e della cultura d'appartenenza e formazione di moltiplicatori dell'informazione).

Progetto 3	
Promozione della salute in una realtà multiculturale	
Descrizione	La scuola del Pretirocinio d integrazione offre a giovani immigrati in età tra i 15 e i 21 anni un accesso differenziato e personalizzato alla formazione professionale di base. I ragazzi che frequentano il Pretirocinio sono giunti in Svizzera di recente e non hanno frequentato le scuole medie in Ticino, per cui non hanno avuto l'opportunità di seguire le lezioni inerenti alla salute e quindi di avere le informazioni sui temi della sessualità, dell'HIV/Aids, del tabacco e delle dipendenze in generale. Nell'ambito di questo progetto la scuola ha promosso delle attività e degli interventi durante i quali gli allievi sono stati sensibilizzati su diverse tematiche. In particolare gli interventi hanno affrontato i seguenti temi: promozione della salute nell'adolescenza, concetti di base di educazione sessuale e di pianificazione familiare, prevenzione dell'HIV/Aids e più in generale delle malattie sessualmente trasmissibili, prevenzione a maltrattamenti e abusi sessuali, dipendenze, la mappa della rete socio-sanitaria esistente in Ticino. Il progetto si inserisce nella Rete delle scuole che promuovono la salute.
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> - Promuovere la parità nell'ambito sanitario tra i ragazzi indigeni e i ragazzi stranieri arrivati in Svizzera di recente. - Facilitare ai ragazzi stranieri l'accesso ai servizi socio-sanitari, fornendo loro le informazioni necessarie per poter usufruirne.

Enti responsabili	DECS - Pretirocinio di integrazione
Partner progetto	DSS - Sezione sanitaria Radix Svizzera italiana Aiuto Aids Ticino
Durata	Il progetto è iniziato nel settembre del 2001 e si è concluso nel giugno del 2002.
ti Infodoc	Dettaglio scheda progetti - CenD (DSS) - Cantone Ticino
Misure utilizzate per il coinvolgimento	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizzo di un canale comunicativo privilegiato (scuola per giovani immigrati in età tra i 15 e i 21); - utilizzo di materiali didattici adattati linguisticamente e realizzati assieme allievi del Pretirocinio di integrazione (opuscolo <i>Radici</i>, edito da MayDay e pubblicato in cinque lingue per i giovani immigrati appena giunti in Svizzera).

Progetto 4	Insero In-Dipendenze nei giornali comunitari
Descrizione	“ <i>In-dipendenze</i> ” è un inserto redatto da persone che si occupano di prevenzione delle dipendenze che vuole offrire uno spazio di riflessione su questo tema. Questo inserto è stato, in una prima fase del progetto, diffuso per il tramite dei quotidiani ticinesi. Volendo offrire queste riflessioni anche alle persone che abitano in Svizzera ma che non parlano la lingua locale, l’inserto è stato adattato, dal punto di vista della lingua e dei contenuti, e pubblicato come numero unico tramite i principali giornali comunitari svizzeri (italiano, croato, albanese, turco, spagnolo e portoghese).
Obiettivi	Coinvolgere il mondo dell’immigrazione sulle tematiche relative alla prevenzione delle dipendenze.
Enti responsabili	Radix Svizzera italiana
Partner progetto	UFSP
Durata	2002
Misure utilizzate per il coinvolgimento	<ul style="list-style-type: none"> - Adattamento di un progetto inizialmente rivolto a tutta la popolazione; - utilizzo di un canale comunicativo privilegiato (giornali comunitari a livello nazionale); - utilizzo di materiali adattati linguisticamente e culturalmente, elaborati con l’aiuto delle persone appartenenti alle comunità destinatarie.

Progetto 5	SUPPORT
Descrizione	L'Ufficio federale della sanità pubblica e Promozione Salute Svizzera hanno incaricato Radix Svizzera della realizzazione di un progetto di sostegno alle comunità e ai gruppi di immigrati. Il progetto, denominato Support, ha sostenuto professionalmente e finanziariamente progetti di promozione di salute che sono stati realizzati da immigrati/e, poiché, nel quadro delle pari opportunità, anche i gruppi facenti parte della popolazione di immigrati e che sono ancora debolmente organizzati, devono essere abilitati alla realizzazione di progetti. I progetti sostenuti sono stati: <i>Il macedone è divertente, Progetto Arcobaleno, Inostranka, Progetto IDEA, Stra-sportello, Fumo passivo.</i>
Obiettivi	Favorire l'attuazione di progetti di promozione della salute realizzati direttamente da immigrati stessi, attraverso il sostegno finanziario e quello professionale.
Enti responsabili	Radix Svizzera italiana.
Partner progetto	Radix promozione della salute Zurigo Promozione Salute Svizzera Ufficio federale della sanità pubblica
Durata	2003-2007
ti Infodoc	Dettaglio scheda progetti - CenD (DSS) - Cantone Ticino
Misure utilizzate per il coinvolgimento	Coinvolgimento di persone migranti (soprattutto donne) in tutte le fasi di realizzazione del progetto (riflessione, concettualizzazione, determinazione dei bisogni, individuazioni del gruppo <i>target</i> , concezione di metodi e strumenti di lavoro, realizzazione e valutazione) e collaborazione con associazioni attive nell'ambito della migrazione in Ticino.

Progetto 6	Sensibilizzazione su tematiche relative alla riduzione del rischio
Descrizione	<ul style="list-style-type: none"> - Formazione a operatori nell'ambito della tossicodipendenza (indagine su interessi, preparazione e formazione su tematiche della sessualità; restituzione dei risultati e offerte formative a operatori e agli utenti dei singoli servizi coinvolti). - Formazione per operatori dei centri richiedenti l'asilo e formazione a tutto il personale Croce Rossa Svizzera su vie di trasmissione, terapie e convivenza con persone sieropositive. Lavori di gruppi e animazioni su tematiche relative ad anonimato e gestione di persone sieropositive e malate di Aids.
Obiettivi	L'obiettivo principale del progetto è quello di evitare nuovi contagi, promuovendo nello stesso tempo la solidarietà verso i contagiati con la chiara consapevolezza dei rischi inesistenti nella normale convivenza quotidiana con sieropositivi o della riduzione dei rischi in caso di incidente lavorativo soprattutto in ambiente socio-sanitario a contatto con persone sieropositive.
Enti responsabili	Aiuto Aids Ticino
Partner progetto	-

Durata	2004-2005
ti Infodoc	Dettaglio scheda progetti - CenD (DSS) - Cantone Ticino
Misure utilizzate per il coinvolgimento	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizzo di un <i>setting</i> comunicativo privilegiato (centri di accoglienza per RA della Croce Rossa); - utilizzo di materiali informativi adattati linguisticamente.

Progetto 7	Prevenzione dell'HIV/Aids presso la popolazione straniera
Descrizione	<p>Il progetto ha voluto coinvolgere direttamente alcune persone appartenenti a diverse comunità straniere in interventi di sensibilizzazione sul tema dell'HIV e Aids (vie di trasmissione, test, protezione, sintomi, terapie); si è inoltre voluto stimolare il confronto e l'approfondimento sul tema della comunicazione intorno a temi delicati quali appunto la sessualità.</p> <p>Nella prima fase sono state individuate persone appartenenti a diverse comunità di stranieri formate (IMI) o comunque particolarmente interessate a progetti di prevenzione. Queste persone sono state formate sui temi dell'HIV e Aids e hanno partecipato all'adattamento del materiale informativo.</p> <p>Nella seconda fase si è svolto un lavoro di prossimità da parte degli IMI nei luoghi d'incontro formale e informale del gruppo bersaglio, distribuendo materiale informativo e organizzando incontri sul tema HIV e Aids all'interno della propria comunità.</p>
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizzazione, attraverso i mediatori linguistici-culturali, della popolazione straniera sull'Aids e MST. - Informazioni e orientamento sui servizi del territorio e l'accesso alle cure. - Promozione della solidarietà.
Enti responsabili	Aiuto Aids Ticino
Partner progetto	Antenna May Day Progetto Derman
Durata	2007-2008
Misure utilizzate per il coinvolgimento	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborazione con servizi del territorio che si muovono nell'ambito della migrazione (May Day e Derman di SOS Ticino); - considerazione dei bisogni specifici di parte della popolazione migrante (persone straniere provenienti da paesi a forte sieroprevalenza come quelli africani oppure da quei paesi dove esiste poca o scarsa informazione rispetto alla tematica della prevenzione e della riduzione dei rischi); - coinvolgimento di IMI (formazione di moltiplicatori sui temi dell'HIV e Aids, elaborazione del materiale informativo e didattico adattato linguisticamente e culturalmente, e lavoro di prossimità nei luoghi d'incontro del gruppo bersaglio, secondo i linguaggi, le rappresentazioni e le strategie individuate); - valutazione del raggiungimento della popolazione migrante.

Anhang 3: Strumento di controllo: *check-list migrazione*

La *check-list*³³ qui proposta permette di valutare l'apertura di un progetto di promozione della salute o prevenzione, nei confronti della realtà delle donne e degli uomini con background migratorio. Essa indica, inoltre, in quali settori del progetto sarà possibile prendere in considerazione ed analizzare la dimensione "migrazione". Questo strumento di controllo si applica dunque non solo ai progetti destinati in modo specifico alla popolazione migrante, ma anche più in generale a tutta la popolazione.

Se la valutazione è ripetuta regolarmente, se sono definiti degli obiettivi di qualità nei settori suscettibili d'essere migliorati e se sono adottate delle misure adeguate, allora è possibile valutare e seguire i progressi compiuti nell'integrazione della dimensione "migrazione" nei progetti.

La *check-list migrazione* prevede le seguenti domande di verifica:

	Si	No
1. Concetto di promozione della salute		
<i>Equità nella salute</i> : l'intervento previsto promuove le pari opportunità per la popolazione migrante?		
<i>Partecipazione degli attori del setting</i> : partecipano delle persone migranti al processo decisionale delle diverse fasi del progetto?		
2. Giustificazione del progetto		
<i>Prova della necessità del progetto</i> : i partecipanti/beneficiari e le partecipanti/beneficarie migranti sono interessati/e nello stesso modo dei partecipanti/beneficiari e delle partecipanti/beneficarie autoctoni/e o manifestano piuttosto un bisogno specifico? I loro bisogni sono noti e documentati?		
<i>Esigenze di target group e interlocutori</i> : durante la realizzazione degli interventi, vengono considerati in maniera equagli obiettivi specifici riguardanti i migranti/le migranti?		
<i>Trarre insegnamenti da altri progetti</i> : avete preso in considerazione i risultati e le esperienze di altri progetti rivolti –specificatamente o no- ai/alle migranti che potrebbero ispirare il vostro modo di procedere?		
3. Pianificazione del progetto		
<i>Giustificazione</i> : nel momento della scelta della metodologia, è stato valutato se e quando potrebbero essere necessari metodi d'intervento specifici per i/le partecipanti d'origine migrante? Gli interventi considerano adeguatamente le difficoltà linguistiche, il contesto migratorio, le percezioni sulle condizioni di salute, ecc.?		
<i>Risorse</i> : avete catalogato i diversi tipi di risorse dei/delle migranti di cui il vostro progetto potrebbe avere bisogno? Avete previsto nel preventivo la remunerazione del personale migrante rispettando il principio dell'uguaglianza di trattamento?		
4. Organizzazione del progetto		
<i>Struttura progettuale adeguata</i> : nell'organizzazione del vostro progetto (équipe, gruppi di sostegno) le persone con background migratorio sono rappresentate equamente?		

³³ La *check-list* è stata allestita appositamente per il sito <http://www.quint-essenz.ch> di Promozione Salute Svizzera, dove sono proposti numerosi strumenti finalizzati allo sviluppo della qualità nei progetti in questo settore. La *check-list* è disponibile al sito : http://www.quint-essenz.ch/it/files/Checklist_migrazione_11.pdf o nella pubblicazione UFSP 2008b.

<i>Qualifiche ed esigenze: se necessario, si sono effettuati degli interventi per garantire la presenza dei punti di vista dei/delle migranti sul tema?</i>		
<i>Costruzione della rete: avete considerato le diverse possibilità di collaborazione e di sinergia con le reti dei/delle migranti?</i>		
5. Conduzione del progetto		
<i>Valutazione formativa: nel momento della valutazione dell'accesso alle misure realizzate, della durata nel tempo e del successo o del fallimento ottenuti, sono prese in considerazione le caratteristiche dei/delle migranti? I risultati, o le informazioni che derivano dalla valutazione, sono utilizzati, in seguito, per la conduzione del progetto?</i>		
<i>Motivazione e grado di soddisfazione degli attori: all'occorrenza, il rapporto tra il personale d'origine migrante e quello svizzero nell'équipe del progetto e le sue ripercussioni sul lavoro, sono regolarmente discussi?</i>		
6. Esiti		
<i>Valutazione sommativa del raggiungimento degli obiettivi: nell'ambito della valutazione degli esiti del progetto si osserva se esistono delle differenze tra la popolazione migrante e quella svizzera? E stato possibile ridurre le ineguaglianze nel campo della salute?</i>		
<i>Documentazione del progetto: le differenze specifiche delle persone con background migratorio sono documentate nel rapporto conclusivo?</i>		
<i>Informazione e valorizzazione: segnalate all'opinione pubblica la vostra competenza sulla realtà della migrazione, le vostre innovazioni, i vostri concetti e/o i vostri progetti che tengono conto di questa dimensione?</i>		