

Migrazione e salute

Orientamenti strategici della Confederazione per il quinquennio 2002–2006



Ufficio federale
della sanità pubblica

La presente strategia è stata elaborata dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) in collaborazione con l'Ufficio federale dei rifugiati (UFR), l'Ufficio federale degli stranieri (UFDS) e la Commissione federale degli stranieri (cfs).



BAG OFSP UFSP SFOPH



BFF ODR UFR FOR



EIDGENÖSSISCHE AUSLÄNDERKOMMISSION
COMMISSION FÉDÉRALE DES ÉTRANGERS
COMMISSIONE FEDERALE DEGLI STRANIERI
SWISS FEDERAL COMMISSION FOR FOREIGNERS

Versione riveduta in base ai risultati della consultazione degli Uffici (febbraio 2002).

Il colore blu della presente pubblicazione rispetta il Corporate Design dell'Ufficio federale della sanità pubblica. La scelta di questo colore non ha nessuna implicazione etnica o culturale e non si riferisce ad alcun Paese in particolare.

L'opuscolo è disponibile in tedesco, francese e italiano all'indirizzo

www.bag.admin.ch

Sigla editoriale

Edizione: 2002

Editore: Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), Berna

Copyright: © Servizio Migrazione e Salute, UFSP, giugno 2002

Redazione: Forum suisse pour l'étude des migrations (FSM), Neuchâtel

in cooperazione con il Servizio Migrazione e Salute (UFSP)

Grafica e layout: visu'I AG, Berna

Stampa: Merkur Druck AG, Langenthal

Tiratura: 600 Ex.

Diffusione e ordinazione: UFSP, Servizio Migrazione e Salute, 3003 Berna, telefono 031 323 30 15, fax 031 322 24 54, E-mail elisabeth.cracco@bag.admin.ch

Stampato su carta sbiancata senza cloro

Sommario

	Prefazione	2
1	Strategia «migrazione e salute» – Panoramica	4
2	Valori di fondo	8
3	Retroterra e antefatti	12
3.1	Politica in materia di migrazione e conseguenze demografiche	13
3.1.1	Politica in materia di migrazione	13
3.1.2	Caratteristiche demografiche	14
3.2	Dati epidemiologici	16
3.2.1	Epidemiologia in Svizzera	19
3.3	Attuale politica della Svizzera nel settore «migrazione e salute»	20
4	Settori d'intervento	24
4.1	Introduzione	25
4.2	Settori d'intervento 2002–2006	25
5	Punti cardine	30
5.1	Formazione	31
5.2	Informazione, prevenzione e promozione della salute	32
5.3	Fornitura di prestazioni sanitarie	33
5.4	Offerte terapeutiche per persone affette da traumi nel settore dell'asilo	34
5.5	Ricerca	35
6	Attuazione e competenze	38
6.1	Finanziamento	39
6.2	Questioni aperte	40
7	Sfide future	46
7.1	Valutazione dei risultati	47
	Allegato I: Nota metodologica in merito all'elaborazione della strategia	50
	Allegato II: Disposizioni legislative rilevanti	54
	Letteratura e ulteriori approfondimenti bibliografici	60
	Glossario	62

Prefazione

Uomini e donne provenienti dai quattro angoli del mondo giungono nel nostro Paese per i più svariati motivi. Fuggono dalla povertà, dalla guerra o da persecuzioni che violano i più elementari diritti umani. Arrivano pieni di aspettative, con la speranza di trovare un futuro migliore. Ma queste speranze si avverano? È un dato di fatto che in Svizzera i migranti sono spesso costretti a vivere in condizioni molto ardue.

Studi scientifici attestano ciò che è sotto gli occhi di tutti: una parte dei migranti è esposta a notevoli rischi per la salute. Per la popolazione straniera, che rappresenta il 20 per cento dei residenti in Svizzera, è spesso più difficile accedere alle cure sanitarie.

Ricollegandosi all'obiettivo proclamato dall'Organizzazione mondiale della sanità «salute per tutti nell'anno 2000» e per affrontare concretamente i problemi nel settore «migrazione e salute», l'Ufficio federale della sanità pubblica – in collaborazione con l'Ufficio federale dei rifugiati, l'Ufficio federale degli stranieri e la Commissione federale degli stranieri – ha elaborato la presente strategia. Questo documento illustra i problemi e le loro cause, traccia le linee d'intervento e definisce gli obiettivi da raggiungere.

Con l'applicazione della strategia si vuole compiere un importante passo verso la piena solidarietà e le pari opportunità tra tutti gli uomini e tutte le donne nel sistema sanitario svizzero. È un passo decisivo anche per l'integrazione dei migranti, perché salute e integrazione sono due ambiti che interagiscono. Da un lato, la salute influenza direttamente il processo di integrazione. Ad esempio, le persone senza problemi di salute si inseriscono più facilmente nel mondo del lavoro. Dall'altro, le difficoltà d'integrazione possono ripercuotersi sulla salute. L'emarginazione sociale e l'insicurezza sono talvolta all'origine di disturbi psichici.

Per portare a compimento questa strategia è necessario contare sulla collaborazione di (e tra) diversi attori. Oltre alla Confederazione, sono chiamati a fornire il proprio contributo i Cantoni, le organizzazioni specializzate e gli organismi dei migranti.

Solo in questo modo, il nostro sistema sanitario sarà in grado di fornire a tutti – indipendentemente dal sesso, dall'origine o dall'estrazione sociale – le cure adatte e di educare il singolo ad assumersi la responsabilità per la propria salute.

Ruth Dreifuss

1

Strategia «migrazione e salute» – Panoramica

La strategia presentata qui di seguito scaturisce dalle risultanze di un vasto sondaggio svolto, in ambienti specialistici, in osservanza degli obiettivi di pianificazione del Consiglio federale e degli Uffici federali interessati. Cinque i punti cardine su cui si imperniano gli orientamenti strategici che ne sono stati enucleati: 1. sensibilizzazione alle problematiche socio- e gender-specifiche legate al fenomeno migratorio nel settore della formazione, del perfezionamento e della riqualificazione professionale e promozione di appositi programmi di formazione, perfezionamento e riqualificazione professionale; 2. informazione, prevenzione e promozione sanitaria nella popolazione immigrata; 3. miglioramento mirato dell'accesso alla fornitura di prestazioni sanitarie per la popolazione proveniente da esperienze di migrazione; 4. offerta terapeutica diretta a rifugiati e richiedenti l'asilo vittime di traumi; 5. ricerca e monitoraggio nel settore della migrazione.

La Confederazione si impegna da anni nel compito di riconoscere i problemi di salute che interessano la popolazione e nello sforzo di ridurli mediante misure specifiche. Per far questo, essa parte da un'interpretazione dinamica e globale del termine «salute», ovvero da una concezione in cui la salute non sia definita solo come assenza di malattia. Salute è infatti, anche e soprattutto, qualità di vita. La sicurezza sociale ed economica, la capacità di autodeterminazione personale e la libertà di gestione della propria sfera privata, così come la fiducia nelle istituzioni e nelle autorità politiche, contribuiscono alla qualità di vita tanto quanto una giusta alimentazione, condizioni di vita igienico-sanitarie corrette e comportamenti sani. Anche una buona formazione e un sistema sanitario accessibile a tutti sono fattori che incidono fortemente sulla qualità di vita e con essa sulla salute. Per contro, è e resta la povertà la maggiore causa di minaccia per la salute. Il fattore «povertà» incorpora infatti in sé una dimensione gender-specifica che può amplificarsi nel quadro della migrazione, sotto la spinta delle circostanze o dei rischi ad essa legati. In un approccio globale, tuttavia, salute significa anche mettere in moto processi e sfruttare potenziali presenti all'interno della popolazione. Tale approccio presuppone però la possibilità di ripartire le responsabilità tra individui, organizzazioni e istituzioni. Sono infatti in particolare gli individui e i gruppi a dover acquisire la capacità di soddisfare i propri bisogni, desideri e speranze e partecipare attivamente alla formazione e alla trasformazione dell'ambiente circostante.

Anche le misure previste per la popolazione immigrata nel settore sanitario – misure che nei prossimi anni dovranno essere proseguite nel quadro della politica d'integrazione – sono state finora improntate a questo approccio globale. Scopo della strategia «migrazione e salute» messa a punto dalla Confederazione e qui presentata è ora rafforzare l'efficacia di queste misure. Uno degli obiettivi della politica svizzera in materia di stranieri, ripreso anche nell'ordinanza del 6 ottobre 1986 che limita l'effettivo degli stranieri (OLS), è non a caso la creazione di condizioni favorevoli all'integrazione degli immigrati che risiedono e lavorano in Svizzera (art. 1 lett. b OLS: La presente ordinanza si prefigge di «allestire condizioni favorevoli all'integrazione dei lavoratori e dei residenti stranieri»). Il Consiglio federale ha del resto ribadito tale principio nel suo Rapporto sulla politica in materia di stranieri e di rifugiati del 15 maggio 1991¹, sottolineando la propria volontà di adottare misure d'incentivo all'integrazione a tutti i livelli della struttura statale e in misura ben maggiore che in passato. Alla

luce della crescente importanza che va acquistando sul piano sociale, la promozione dell'integrazione figura peraltro tra gli obiettivi di spicco del programma di legislatura 1995–1999 del Consiglio federale.

Ad un miglioramento delle condizioni quadro contribuiscono anche gli sforzi compiuti nel quadro della revisione della legge sugli stranieri (LStr) e della legge sulla cittadinanza (Legge Cit). L'avamprogetto della nuova legge federale sugli stranieri (Messaggio del Consiglio federale) prevede, tra le altre cose, una mobilità intercantonale agevolata che facilita l'integrazione professionale, e con essa quella sociale. La disponibilità all'integrazione da parte degli immigrati sarà peraltro ulteriormente sostenuta attraverso un sistema restrittivo di incentivi e sanzioni. Verranno inoltre rafforzati anche la collaborazione e il coordinamento delle iniziative d'integrazione promosse a livello federale, specie nei settori dell'assicurazione contro la disoccupazione, della formazione professionale e della salute. E questo, al fine di sviluppare e perseguire una strategia «federale» d'integrazione che veda anche la stretta cooperazione dei Cantoni. Degli sforzi in favore dell'integrazione fanno parte, d'altro canto, anche le agevolazioni previste in fatto di naturalizzazione dal messaggio relativo alla revisione delle pertinenti disposizioni costituzionali e della nuova normativa in materia di cittadinanza. Resterà per contro incerto, anche una volta varata la revisione della legge sugli stranieri e della legge sulla cittadinanza, lo statuto del dimorante (ovvero quello concesso, tra gli altri, ad immigrati con permesso L o a straniere sposate con cittadini svizzeri prima del termine di 5 anni necessario all'acquisizione della cittadinanza) – cosa, questa, che potrà ripercuotersi negativamente sul piano della salute. L'applicazione della strategia può tuttavia dar luogo a conflitti d'obiettivo nel settore dell'asilo. Le misure previste in quest'ultimo settore sono infatti rette dall'idea, ben precisa, secondo cui l'asilo politico è concesso solo alle persone che vi sono intitolate e che ogni abuso vada perciò perseguito. La strategia «migrazione e salute», al contrario, non si occupa di tale o talaltro statuto di dimora, bensì di situazioni problematiche. Ciò significa che la politica d'asilo non potrà più, d'ora innanzi, precludere l'accesso alle prestazioni sanitarie a persone residenti in Svizzera a titolo provvisorio. Ma non toglie nulla al fatto che l'implementazione di misure di rilevanza sanitaria nel settore debba avvenire in modo da non creare obblighi di fatto sul piano dell'asilo o accrescere l'attrattiva della Svizzera quale Paese d'accoglienza, facendo insorgere così problemi e contraddizioni di natura giuridica.

¹ Nel 1995, nel quadro della revisione totale della legge sull'asilo, il Consiglio federale presentò a tal proposito un disegno di modifica della legge federale del 16 maggio 1931 concernente la dimora e il domicilio degli stranieri (LDDS). Recepite il 26 giugno 1998, le modifiche all'articolo 25 capoverso 1 lettera i (base legale per l'istituzione di una Commissione consultiva per le questioni relative agli stranieri, futura Commissione federale degli stranieri) e 25a LDDS (versamento di sussidi per l'integrazione sociale degli stranieri da parte della Confederazione) sono entrate in vigore il 1° ottobre 1999. L'ordinanza del 13 settembre 2000 sull'integrazione degli stranieri (OIntS) fa, del resto, espressamente cenno a misure volte al miglioramento delle con-

dizioni di salute della popolazione straniera (art. 16 lett. g OIntS: Possono essere accordati sussidi in particolare per: «sostenere le misure volte a migliorare la salute della popolazione straniera»). Nel settore dell'asilo, la Confederazione promuove invece progetti d'integrazione solo per i rifugiati riconosciuti e non per i candidati all'asilo. Per questi ultimi sono previsti unicamente progetti volti in primo luogo ad ampliare le competenze sociali e professionali e a fronteggiare le conseguenze negative derivanti dalla disoccupazione o dall'impossibilità di conseguire un guadagno. Altri obiettivi di questi progetti riguardano l'aiuto al ritorno e la reintegrazione nel Paese d'origine (art. 91 cpv. 1 e 93 LAsi) – vd. Allegato II.

Fondata su un'ampia indagine compiuta presso esperti del settore sanitario (vd. Allegato I), la strategia «migrazione e salute» punta dunque su cinque aree d'intervento principali:

- sensibilizzazione alle problematiche socio- e gender-specifiche legate al fenomeno migratorio nel settore della formazione, del perfezionamento e della riqualificazione professionale e promozione di appositi programmi di formazione, perfezionamento e riqualificazione professionali (che temattizzano però le problematiche legate all'appartenenza sociale o al sesso in modo generico e non solo in relazione al fenomeno migratorio);
- informazione, prevenzione e promozione sanitaria nella popolazione immigrata;
- miglioramento mirato dell'accesso alla fornitura di prestazioni sanitarie² per la popolazione proveniente da esperienze di migrazione (ma anche, dal momento che potrebbero anch'essi beneficiarne, per eventuali altri gruppi di popolazione sfavoriti);
- offerta terapeutica diretta a rifugiati o richiedenti l'asilo vittime di traumi (guerra, torture, stupri, violenze, esperienze di migrazione provanti);
- ricerca e monitoraggio nel settore della migrazione.

Le misure adottate nei singoli settori d'intervento dovranno poi essere sostenute da politiche più generali, che, nel segno dell'approccio globale adottato in materia di salute, vadano ad abbracciare anche le condizioni quadro atte all'integrazione della popolazione immigrata in Svizzera (politica di ammissione, politica di naturalizzazione, provvedimenti antirazzismo e antidiscriminazione, politica in materia di mercato del lavoro, politica d'integrazione e politica in materia di pari opportunità). Per far questo, sarebbe tuttavia auspicabile coordinare l'applicazione delle misure qui proposte con quanti operano fattivamente nell'ambito della politica migratoria tanto a livello federale quanto a livello cantonale e comunale. Esperti del settore sanitario calcolano infatti che un miglior coordinamento tra gli operatori dei diversi settori, una maggiore conoscenza delle questioni sanitarie che interessano la popolazione immigrata e un'offerta sanitaria più specificamente mirata a questo particolare gruppo sociale potrebbero non da ultimo avere effetti di contenimento della spesa sanitaria – fattore, questo dei costi, che, specie nel settore dell'asilo, potrebbe portare ad un'esacerbazione del dibattito

intorno alla restrizione delle prestazioni assicurative per i richiedenti l'asilo. Gli stessi esperti ritengono inoltre che, grazie ad una profonda sensibilizzazione del sistema sanitario nei confronti di problematiche specifiche di certi gruppi target, le misure proposte nel settore della migrazione potrebbero avere ricadute positive anche per i cittadini svizzeri che si trovano in situazioni analoghe a quelle di parte della popolazione immigrata.

Per realizzare gli interventi proposti, la strategia si rivolge pertanto sia agli Uffici federali direttamente coinvolti, sia ai Cantoni, ai Comuni e alle organizzazioni private che già operano proficuamente nel settore sanitario. I presenti orientamenti strategici sono stati del resto armonizzati alle direttive generali emanate dai diversi Uffici interessati, al programma di legislatura della Confederazione per il quinquennio 1999–2003 e alle rilevanti disposizioni legislative in materia.³

Nel contesto europeo, la Svizzera fa, con la presente strategia, opera di precursore. Dall'autunno 2001, tuttavia, anche in seno al Comitato sanitario del Consiglio d'Europa sono in corso intense attività volte ad indurre gli Stati membri ad elaborare una strategia globale sull'argomento. Una raccomandazione in questo senso è stata fra l'altro adottata già a fine novembre 2001.

² In quest'ottica devono essere viste anche le misure di diversificazione dell'accesso al sistema sanitario (vedi «gate-keeping model») previste dall'ordinanza 2 sull'asilo.

³ Nel programma di legislatura 1999–2003, gli scopi che la Confederazione si prefigge sul piano della politica sanitaria nazionale sono essenzialmente «ottimizzare il sistema di sicurezza sociale» e «rinvigorire il sentimento di solidarietà all'interno del Paese». Per quel che riguarda la popolazione immigrata, la Confederazione si ripromette invece di migliorare l'integrazione con l'ausilio della legge sull'asilo e mediante la revisione integrale della legge sugli stranieri. In questo contesto si fa peraltro cenno alla decisione dell'Ufficio federale della sanità pubblica di fare del settore «migrazione e salute» uno dei settori d'attività della sua strategia interna. Per le pertinenti basi legislative, si veda l'Allegato II.

2

Valori di fondo

La presente strategia si rifà ai seguenti valori di fondo: pari opportunità, adeguata fornitura di prestazioni da parte del sistema sanitario, autoresponsabilizzazione e «empowerment», proporzionalità delle misure e fondatezza scientifica.

La ricerca e le esperienze compiute negli scorsi anni provano che l'accesso al sistema sanitario da parte degli stranieri – che rappresentano circa il 20 per cento della popolazione residente in Svizzera – è spesso più difficile che per gli svizzeri, il che porta non di rado all'apparizione, in questo particolare gruppo di persone, di deficit sanitari (cfr. punto 3.2). La categoria degli immigrati non si limita tuttavia solo alla popolazione residente già in possesso di regolare permesso di soggiorno. Anche i richiedenti l'asilo e gli stranieri che vivono illegalmente⁴ in Svizzera rappresentano un problema importante per il sistema sanitario sul piano della medicina preventiva e curativa. In molte immigrate clandestine appaiono spesso segnali trasversali che rimandano al fatto di essere state vittime del commercio illegale di donne e alle conseguenze che ciò ha avuto sulla loro salute. E anche nel caso di richiedenti l'asilo e di rifugiati le cause legate al sesso di una fuga dal Paese natale vanno prese in considerazione nel quadro di una valutazione globale dello stato di salute. La struttura sanitaria ha dunque diversi compiti da assolvere: deve ridurre i deficit sanitari di una popolazione immigrata sempre più eterogenea, deve sfruttare maggiormente le risorse a disposizione e deve, nel far questo, tenere conto degli sforzi tesi ad un controllo dei costi della salute.

La Confederazione ha il compito generale di difendere la salute della popolazione che vive sul territorio svizzero – degli svizzeri, cioè, come delle persone con passaporto straniero. E nel far questo – per quel che riguarda, in particolare, la salute della popolazione immigrata – si ispira ad un concetto globale di salute. Quest'ultimo fa capo a tre valori essenziali che sottendono anche la presente strategia: pari opportunità, adeguatezza delle prestazioni e autoresponsabilizzazione.

- Secondo la Confederazione, il sistema sanitario deve infatti possedere un'apertura tale da permettere a persone di entrambi i sessi, di diversa provenienza e di tutti gli strati sociali di ottenere adeguate prestazioni sanitarie. E ciò vale anche per coloro che soggiornano in Svizzera a titolo provvisorio (principio delle pari opportunità).
- La parità di opportunità deve essere raggiunta dal sistema sanitario attraverso prestazioni mirate che tengano conto anche di situazioni problematiche specifiche di determinati gruppi target. Nel far questo non si deve tuttavia migliorare la posizione della popolazione immigrata rispetto a quella della

popolazione indigena, ma accrescere le pari opportunità degli uni e degli altri attraverso l'adozione di misure mirate (principio dell'adeguatezza delle prestazioni).

- La fornitura di prestazioni deve prevedere il coinvolgimento di risorse messe a disposizione dagli utenti del sistema sanitario, promuovendo la partecipazione attiva di questi ultimi alla prestazione di servizi. Va inoltre promossa l'assunzione di responsabilità da parte di questi gruppi (principio dell'autoresponsabilizzazione e dell'«empowerment»). Il principio dell'«empowerment», in particolare, parte dal presupposto che ogni uomo possiede, almeno a livello latente, un certo numero di capacità. Perché queste possano svilupparsi appieno è tuttavia necessario che vi sia la possibilità di esercitarle. Nella Carta di Ottawa del 1986 sulla promozione della salute, il principio dell'«empowerment» è definito in particolare dalla possibilità di compiere le tre azioni seguenti:
 - rappresentare degli interessi, ovvero influenzare le condizioni socio-politiche quadro in un'ottica di promozione della salute;
 - abilitare e consentire, ovvero fondare i presupposti per la realizzazione di pari opportunità nel sistema sanitario;
 - comunicare e interconnettere, ovvero promuovere un'interazione intersettoriale coordinata di tutte le parti coinvolte.

Nessuno dei valori sopra esposti può tuttavia trovare applicazione senza misure proporzionali e scientificamente fondate. I criteri di legittimazione, efficacia ed efficienza della presente strategia sono dati dunque dai seguenti principi: pari opportunità, adeguata fornitura di prestazioni, autoresponsabilizzazione e «empowerment», proporzionalità e fondatezza scientifica. Gli stessi principi servono anche da criteri di orientamento per la fissazione delle priorità.

⁴ senza un diritto di soggiorno formalmente riconosciuto

3

Retroterra e antefatti

Ricerca ed esperienza dimostrano che una parte della popolazione immigrata è esposta a forti rischi sanitari. Studi scientifici (cfr. Letteratura e ulteriori approfondimenti bibliografici) confermano la presenza di tali rischi e lo svantaggio cumulativo di cui soffre in quest'ambito la popolazione immigrata rispetto ad altri gruppi di popolazione. La specifica struttura socio-demografica della popolazione immigrata – determinata peraltro dalle politiche in materia di migrazione – può essere visto come uno dei punti da cui partire per chiarire la problematica, ma non l'unico. Quest'ultima è infatti principalmente legata al censo, ma è anche influenzata dalle singole esperienze di migrazione. Le misure finora adottate si sono perciò essenzialmente focalizzate sul superamento, sia di situazioni problematiche legate all'appartenenza sociale, sia di specifici problemi sanitari legati al fenomeno migratorio. E lo stesso vale anche per la politica condotta finora dalla Svizzera nel settore «migrazione e salute».

Quando, negli anni Sessanta e Settanta, le scienze sociali cominciarono ad interessarsi al rapporto tra migrazione e salute, ad essere oggetto d'attenzione furono soprattutto i tipi di problemi che l'esperienza della migrazione portava con sé. Fu solo in seguito che la ricerca si rivolse al problema della labilità psichica, e quindi alle problematiche legate all'appartenenza di classe di determinati gruppi di persone con esperienze di migrazione alle spalle. Particolare importanza fu data, in questo contesto, alla questione dell'integrazione degli immigrati nella loro «seconda patria». E tre furono in particolare gli aspetti importanti che se ne evinsero: possibilità di mobilità sociale (ovvero possibilità di passare da una classe all'altra), sostegno psico-sociale e, più in generale, incremento delle iniziative d'integrazione aventi come scopo quello di ridurre il divario tra questo gruppo di persone e i residenti di lunga data. Tutte queste misure dovevano mirare a creare apertura, non solo nella società nel suo insieme, ma anche e soprattutto in determinati settori nevralgici quali l'economia, lo stato, la scuola e il sistema sanitario. Era in questi, infatti, che si intravedevano i fattori in grado di indurre una crescita sociale equilibrata degli immigrati e i presupposti, quindi, per un loro più equo trattamento.

Negli anni Settanta, tuttavia, la ricerca cavalcò a tal punto questa strategia dell'«assimilazione» e dell'apertura sociale da mettere quasi completamente in ombra le problematiche specificamente legate al fenomeno migratorio. Ispirati al principio dell'uguale offerta per tutti, i modelli unitari messi a punto in quegli anni per il settore sanitario e sociale non riuscirono infatti a trovare presa proprio a causa della crescente eterogeneità degli immigrati. In reazione a ciò, prese quindi corpo, alla fine degli anni Settanta e soprattutto negli anni Ottanta, un orientamento di ricerca e di prassi incentrato sull'aspetto del «venire incontro»: venire incontro attraverso la comprensione delle caratteristiche specifiche delle realtà migratorie, ma venire incontro anche attraverso una trasmissione di competenze volta a condurre verso la soluzione autonoma dei problemi.

Oggi, queste dinamiche sono ormai note nel settore socio-sanitario. Il problema che si pone è semmai vedere come i servizi chiamati a fornire la prestazione si collochino di fronte all'accresciuta complessità di certi scenari. Nel frattempo, una possibile via verso il miglioramento dello stato di salute della popolazione immigrata è stata tuttavia individuata nella promozione di sistemi sanitari che:

- minimizzino le barriere d'accesso (parola d'ordine: apertura);
- allestiscano programmi destinati a persone che, per via del loro background e delle loro esperienze di migrazione, abbiano un accesso limitato anche in un sistema sanitario sostanzialmente aperto, e il cui scopo sia di prestare loro specifici mezzi d'ausilio (parola d'ordine: pluralismo);

- promuovano la rielaborazione autonoma dei problemi e la libera adozione di provvedimenti (parola d'ordine: «empowerment»).

Così facendo, non si migliorano solo le possibilità di accesso della popolazione immigrata ad un'adeguata fornitura di prestazioni sanitarie, ma si sostengono anche obiettivi più ampi, quale quello ad esempio dell'integrazione degli immigrati. In questo modo è possibile inoltre mitigare gli effetti collaterali indesiderati generati da situazioni di stress legate a problemi migratori, che possono tra le altre cose scatenare aggressività e violenza.

3.1 Politica in materia di migrazione e conseguenze demografiche

Ma come fare, ora, perché questo orientamento – che è una combinazione di apertura del sistema sanitario, misure mirate e «devolution» di responsabilità – risulti efficace in Svizzera? Per rispondere a questa domanda, occorre accennare alle peculiarità della situazione svizzera. Nei paragrafi che seguono descriveremo perciò brevemente gli antefatti sul cui sfondo è stata elaborata la presente strategia, mostrando come la politica in materia di migrazione e le sue conseguenze si siano riflesse sulla struttura socio-demografica della popolazione straniera immigrata in Svizzera.

3.1.1 Politica in materia di migrazione

La politica in materia di migrazione perseguita dalla Confederazione mira oggi a prendere in considerazione, all'insegna di un approccio coerente e globale, tutti gli aspetti legati al fenomeno migratorio. Della politica cosiddetta «migratoria» fanno dunque parte la politica degli stranieri (specie quella in materia di ammissione), la politica d'asilo, la politica d'integrazione e la politica estera in materia di migrazioni (cfr. art. 3 avamprogetto di nuova LStr). La politica d'ammissione, in particolare, dà priorità agli interessi economici generali del Paese: essa deve tenere conto delle esigenze culturali ed economiche della Svizzera, senza tuttavia compromettere un equilibrato sviluppo demografico e sociale. Obiettivo della politica d'integrazione è invece consentire una coabitazione della popolazione indigena e straniera retta da valori comuni e rispettosa dell'ordine pubblico, garantendo al contempo ad entrambe le componenti uguale accesso alle risorse economiche e sociali. Scopo, infine, della politica estera in materia di migrazioni è ridurre l'immigrazione non volontaria attraverso, segnatamente, la promozione dei diritti dell'uomo, della democrazia e di uno sviluppo socio-economico sostenibile ed equilibrato dei Paesi di provenienza.

La politica migratoria svizzera è stata a lungo impregnata da considerazioni legate al mercato del lavoro o alla questione identitaria (la questione dell'«inforestieramento»). L'immigrazione doveva consentire, cioè, la ripresa economica del dopoguerra, senza però minare «l'identità culturale svizzera». Durante gli anni Settanta, in risposta all'apparizione di alcune tendenze xenofobe, si aggiunse a questi un terzo aspetto: quello della politica d'integrazione, che sebbene ripresa in linea di principio a livello nazionale, si sviluppò soprattutto in singoli Cantoni e città. Un quarto punto cardine della politica migratoria viene infine dal sempre più stretto vincolo che, attraverso partenariati internazionali, lega la Svizzera ad un sistema di diritti e doveri degli emigranti (pensiamo in particolare al diritto al ricongiungimento familiare sancito a seguito della Convenzione europea dei diritti dell'uomo) e più in particolare dei rifugiati (riconoscimento di obbligazioni di diritto pubblico derivanti dalla convenzione di Ginevra sui rifugiati), e da cui prenderà le mosse, negli anni Sessanta, una politica sistematica in materia di asilo. Questi quattro punti cardine nascono, da una parte, come risposta alle realtà della Svizzera in quanto Paese d'immigrazione, ma sono anche all'origine, dall'altra, della specifica struttura di popolazione venutasi a creare all'interno del contesto migratorio. È questa struttura che costituisce il punto di partenza della strategia «migrazione e salute» e che consente di definirne i gruppi target.

3.1.2 Caratteristiche demografiche

Attualmente, le persone di nazionalità straniera residenti in Svizzera (ovvero le persone in possesso di un permesso di domicilio o di dimora annuale) rappresentano il 19,3 per cento circa (grosso modo 1,4 milioni di persone) dell'intera popolazione del nostro Paese. Di queste, quasi il 47 per cento è costituito da donne. Di provenienza straniera è anche un ulteriore 5 per cento della popolazione, costituito da persone che sono state naturalizzate a partire dal 1945. Tra la popolazione immigrata vanno annoverate tuttavia anche le persone che soggiornano in Svizzera a titolo provvisorio. Rientrano al momento in questa categoria circa 140'000 persone (richiedenti l'asilo e ammessi a titolo provvisorio: 77'842; lavoratori stagionali: 30'999; persone titolari di permessi di soggiorno di breve durata: 28'766). Negli ultimi anni sono immigrate in Svizzera, per viverci e lavorarci, circa 90'000 persone in media l'anno. Leggermente più basso è stato invece il numero di coloro che hanno lasciato la Confederazione per far ritorno nei loro Paesi d'origine (Grafico 1). Globalmente, il saldo migratorio è, per quel che riguarda le donne straniere, più alto che quello degli uomini. In generale, le caratteristiche salienti della popolazione immigrata possono essere così riassunte:

- La maggior parte degli appartenenti a questo gruppo è giunta in Svizzera per lavoro, per matrimonio, o nel quadro di un ricongiungimento familiare (Grafico 2). Altri importanti motivi d'immigrazione sono la richiesta d'asilo (Grafico 3) o il desiderio di formazione.

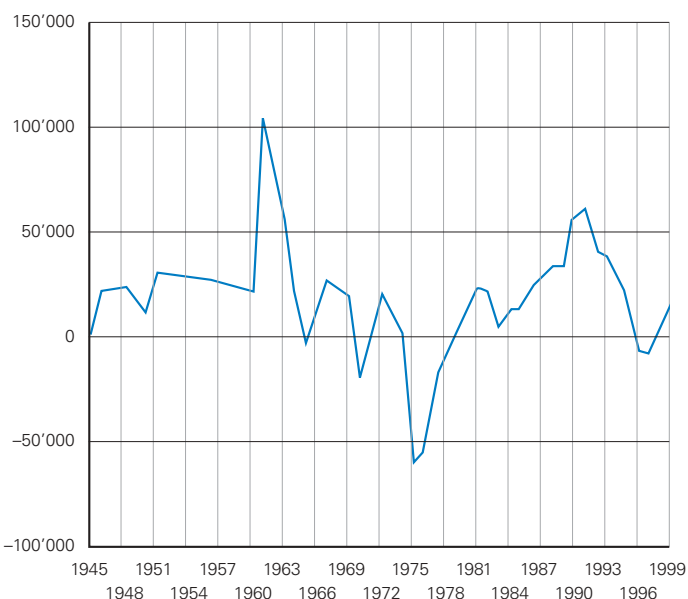


Grafico 1
Saldo migratorio della Svizzera (immigrazione meno emigrazione), 1945-1999
Popolazione residente permanente - Fonte: UST

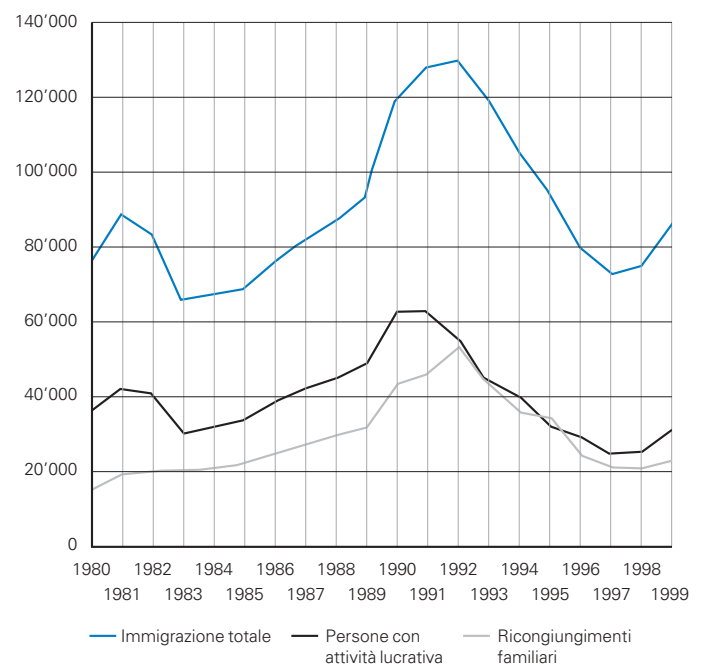


Grafico 2
Motivi di ingresso della popolazione straniera residente permanente, 1980-1999
Fonte: UFDS

- La durata del soggiorno è molto variabile: è tuttavia possibile distinguere tra immigrati che trascorrono in Svizzera alcuni anni o buona parte della loro vita lavorativa e immigrati che hanno lasciato la loro patria per motivi politici e dimorano in Svizzera per il resto della loro vita. Vengono poi i richiedenti l'asilo e le cosiddette persone bisognose di protezione, che spesso soggiornano in Svizzera solo per brevi periodi di tempo.
- Nella maggior parte dei casi, gli immigrati giungono in Svizzera in età lavorativa precoce, ovvero una volta terminata la formazione e poco dopo essere entrati nel mercato del lavoro. Questo gruppo presenta dunque forti fluttuazioni, il che spiega fra l'altro la forte differenza che vi è tra la struttura d'età della popolazione immigrata e quella della popolazione indigena. Negli ultimi trent'anni è andata tuttavia innalzandosi anche l'età della popolazione immigrata, e il trend seguirà una progressione ascendente ancora più marcata in futuro (Grafici 4a e 4b).
- A parte gli eventuali ricongiungimenti familiari, le persone che emigrano in Svizzera non dispongono di una rete parentale completa cui far capo in caso di necessità. Ciò può portare o a un sovraccarico all'interno della famiglia, o allo sviluppo di reti equivalenti dal punto di vista funzionale (associazioni culturali o sportive, punti d'incontro, famiglie allargate). Non va del resto dimenticato, in questo contesto, il ruolo coesivo e cementificante centrale che alcune immigrate svolgono all'interno e al di fuori della famiglia. Sono in genere proprio le donne, inoltre, a trasmettere valori e tradizioni e vanno per questo tenute in particolare considerazione nei progetti di promozione della salute.
- I Paesi di provenienza della maggior parte degli immigrati erano, originariamente, gli Stati limitrofi alla Svizzera; il reclutamento di forza lavoro si è esteso all'intera area del Mediterraneo solo successivamente. Nel frattempo, la composizione della popolazione immigrata si è fortemente differenziata. Tra i motivi all'origine dell'evoluzione vi sono soprattutto la globalizzazione del mercato del lavoro e i flussi internazionali di rifugiati. A dispetto di questi fattori, circa il 90 per cento della popolazione immigrata in Svizzera è di provenienza europea (proporzione che scende all'84 per cento – di cui il 56 proveniente da stati UE/AELS – se non si conta la Turchia come Stato europeo) (Tabelle 1 e 2).
- La struttura socio-demografica della popolazione immigrata è caratterizzata anche da fattori legati al lavoro e all'occupazione: tra gli immigrati, il livello di istruzione e di salario è in genere più basso rispetto a quello della popolazione indigena e la disoccupazione e la precarietà lavorativa molto più diffuse. Va fatto cenno, anche in questo caso, alla maggiore vulnerabilità della donna rispetto all'uomo: sono infatti proprio le immigrate senza formazione professionale a lavorare nelle branche dell'industria e del terziario più fortemente esposte a

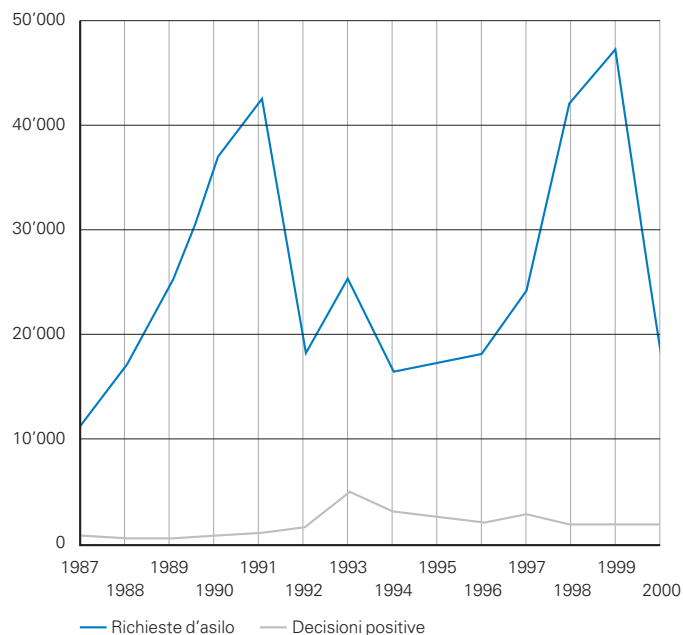


Grafico 3

Richiedenti l'asilo e rifugiati riconosciuti, 1987–2000

Fonte: UST

oscillazioni congiunturali (p. es. industria tessile e dell'abbigliamento, settore alberghiero). Lo stesso dicasi per i cosiddetti «working poor», ovvero per le persone che pur lavorando non riescono a superare la soglia della povertà: i settori a bassa remunerazione (e per questo con alte quote di immigrati) quali quello alberghiero, del commercio al dettaglio e dei tessili sono non a caso anche quelli che impiegano il più alto numero di «working poor». E ciò ha ricadute importanti sul piano sanitario, poiché la povertà ha effetti negativi sui comportamenti in fatto di salute: in casi come questi, infatti, si tende tra le altre cose a risparmiare anche sui servizi medici.

- Nei comportamenti preventivi quali la pratica di attività fisiche durante il tempo libero, gli immigrati si mostrano significativamente più inattivi rispetto alla popolazione indigena. E le disparità sono ancora più marcate nel caso delle donne.
- Negli ultimi anni si è registrato un tendenziale aumento della percentuale di immigrazione femminile tanto nel settore dell'immigrazione a fini lavorativi quanto nel settore dell'asilo. In quest'ultimo settore più del 40 per cento degli immigrati è di sesso femminile; di questa percentuale la maggior parte (il 69 per cento secondo dati dell'UST del 2001) proviene, anche in questo caso, da Paesi di area UE/AELS. Tra gli immigrati, le donne sono, infine, anche quelle che presentano condizioni di soggiorno tendenzialmente peggiori e condizioni di vita più precarie (cfr. p. 19).

3.2 Dati epidemiologici

Che esistano correlazioni tra disuguaglianza sociale e tassi di mortalità o morbilità è un fatto ormai incontestabile negli ambienti degli addetti ai lavori. E leggermente più complessa ancora appare la situazione sanitaria degli immigrati. Questi presentano infatti, sul piano delle condizioni di vita e di socializzazione, differenze sostanzialmente più profonde rispetto alla popolazione indigena – differenze che trovano spiegazione nel fatto che gli immigrati sono esposti a molteplici svantaggi specifici, che agiscono a più livelli:

- Gli immigrati appartengono il più delle volte a strati inferiori della popolazione o a gruppi professionali sfavoriti – il che ha, come si è visto, effetti negativi sulla salute. La discriminazione sessuale che vige nel mercato del lavoro, inoltre, vede spesso le immigrate agli ultimi posti delle gerarchie per quel che riguarda reddito, qualifica o posizione lavorativa – il che si accompagna a maggiori rischi per la salute, ma anche ad una minor consapevolezza dei propri interessi.
- Nel caso di richiedenti l’asilo, e talvolta anche di persone con diritto di soggiorno limitato (p. es. artiste di cabaret con permesso L), un accresciuto rischio sanitario viene invece soprattutto dall’insicurezza legata allo statuto di soggiorno. Anche in questo caso, la categoria più colpita è quella delle donne: il fatto che, ad esempio, le mogli straniere non beneficino di un permesso di soggiorno autonomo crea una dipendenza dal coniuge svizzero che è spesso nocivo per la salute

(fisica e psichica). A ciò si aggiunga, peraltro, la presenza maggioritaria di straniere riscontrata nelle case d’accoglienza per donne in difficoltà.

- Sono, tuttavia, particolarmente sensibili all’insicurezza legata al loro statuto di soggiorno soprattutto le persone che entrano illegalmente in Svizzera per cercare lavoro e che possiedono solo diritti sociali limitati.
- Ad influire sulle condizioni di vita, ma anche sul contatto con le istituzioni sociali del Paese d’accoglienza, non sono del resto solo la mentalità o il grado di padronanza della lingua da parte degli immigrati (problemi di comprensione, divisione dei ruoli, valori, religione). Un ruolo importante in questo contesto è giocato anche dalla percezione degli immigrati da parte dell’ambiente sociale che li circonda (esclusione, discriminazione). Spesso, inoltre, le immigrate lavorano in branche del terziario che non godono di grande riconoscimento sociale – tutte condizioni che hanno effetti negativi sulla salute in generale, ma ancor più su quella delle donne straniere il cui stato di salute è nettamente peggiore rispetto a quello dei colleghi maschi.
- Le condizioni di vita e lo stato di salute degli immigrati possono, infine, essere pesantemente influenzati da esperienze o conseguenze legate al processo migratorio (sradicamento, traumi, fuga e violenze).

Queste realtà non vogliono tuttavia in alcun modo mettere in ombra un altro fatto, e cioè che gli immigrati dispongono anche di risorse specifiche che, in determinate circostanze, consentono

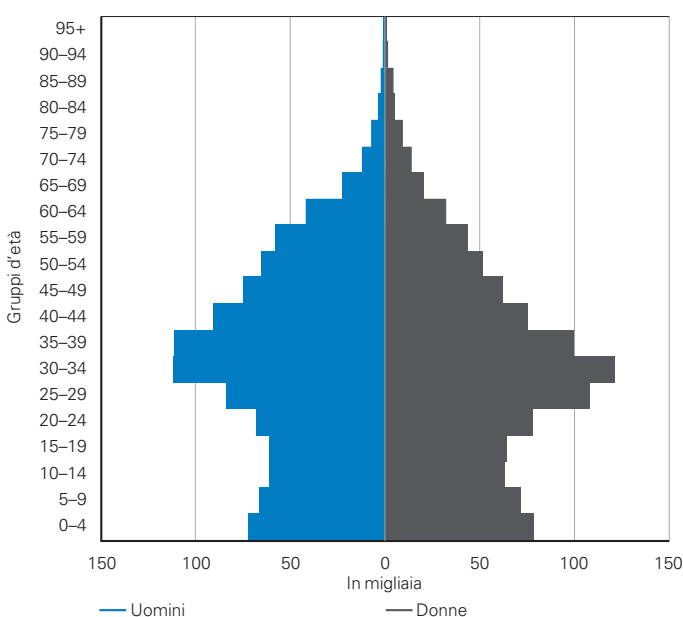


Grafico 4a
Piramide delle età della popolazione straniera in Svizzera (situazione al 31.12.1998)

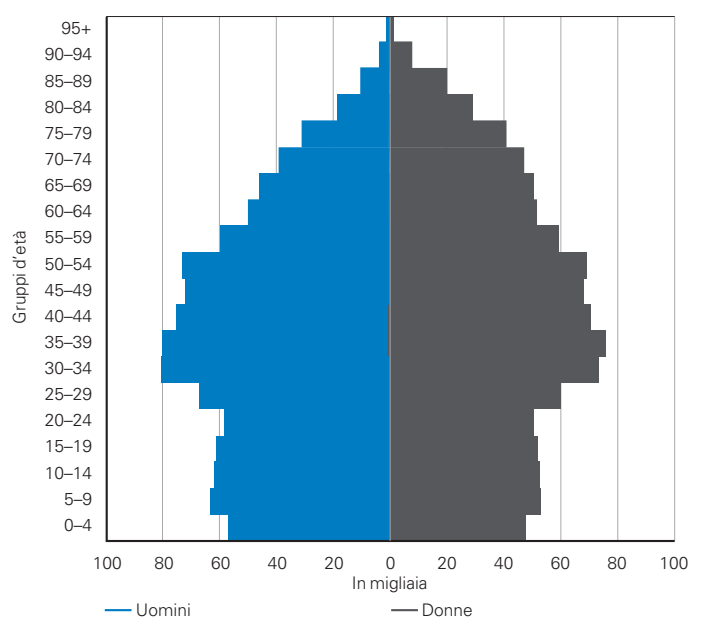


Grafico 4b
Piramide delle età della popolazione svizzera (situazione al 31.12.1998)

Tabella 1
Composizione della popolazione
straniera residente in Svizzera
secondo la cittadinanza,
1995–1999

Popolazione residente secondo la cittadinanza	1995	1999	1999
Totale	1'482'759	1'537'119	100%
Europa	1'324'608	1'345'142	88%
<i>UE-AELS</i>	875'783	840'330	55%
Germania	97'227	110'289	7%
Francia	58'070	63'092	4%
Italia	367'071	333'274	22%
Austria	30'109	29'973	2%
Portogallo	152'053	146'659	10%
Spagna	105'092	89'038	6%
Altri Stati	66'160	68'004	4%
<i>Non UE-AELS</i>	448'826	504'812	33%
Stati della ex-Jugoslavia	338'215	391'652	25%
Turchia	83'855	83'783	5%
Altri Stati	26'755	29'377	2%
Africa	38'785	49'400	3%
America	40'119	48'574	3%
America del Nord	16'637	18'482	1%
America latina	23'482	30'092	2%
Asia	76'343	90'532	6%
Oceania	2'040	2'633	0%
Apolidi, cittadinanza sconosciuta	865	837	0%

Fonte: Ufficio federale di statistica

Tabella 2
Asilanti¹

Nazionalità	1995	2000	2000
Totale	75'609	71'957	100%
Europa	40'842	31'132	43%
<i>Paesi dell'UE e EFTA</i>	11	8	0%
<i>Paesi non UE e EFTA</i>	40'831	31'124	43%
Albania	294	399	1%
Ex-Jugoslavia	34'825	26'644	37%
Romania	445	95	0%
Turchia	4'701	3'211	4%
Altri paesi	566	775	1%
Africa	10'592	15'297	21%
Etiopia	601	1'289	2%
Algeria	544	870	1%
Angola	2'308	2'743	4%
Congo (Repubblica democratica)	1'129	1'692	2%
Somalia	3'802	4'863	7%
Altri paesi	2'208	3'840	5%
America	500	412	1%
Asia	23'162	24'367	34%
Sri Lanka	18'349	15'742	22%
Irak	426	2'839	4%
Iran	852	1'051	1%
Libano	713	189	0%
Pakistan	721	551	1%
Altri paesi	2'101	3'995	6%
Australia/Oceania	1	1	0%
Cittadinanza sconosciuta	512	748	1%

Fonte: UST

¹ Permesso F e N

loro di far fronte ad altri svantaggi (reti sociali, buono stato di salute delle persone che lasciano la Svizzera per far ritorno nel proprio Paese). Vero è, comunque, che i rischi sanitari crescono considerevolmente quando si trovano riuniti, e reciprocamente rafforzati, i seguenti tre fattori: «appartenenza sociale», «barriere d'accesso dovute a problemi linguistici», «condizioni di vita precarie» – senza parlare di eventuali traumi di guerra. Secondo esperti del settore sanitario, è dunque più che lecito supporre che nella popolazione immigrata vi sia un'elevata incidenza delle malattie.

3.2.1 Epidemiologia in Svizzera

Le indagini epidemiologiche, perlopiù lacunose, di cui disponiamo in Svizzera sull'argomento hanno finora permesso di confermare solo in parte la presenza di questi fattori di rischio nella popolazione immigrata. Studi settoriali sull'uso di droghe, sulle infezioni da HIV/Aids e su alcuni particolari gruppi di immigrati mostrano tuttavia che le correlazioni appurate da studi europei sarebbero trasponibili anche alla Svizzera.

Le inchieste svizzere sulla salute compiute nel 1993 e nel 1997 – che all'epoca furono analizzate in un'ottica di migrazione, ma che coinvolsero solo gli immigrati che conoscevano una delle lingue nazionali – fornirono le seguenti indicazioni:

- La sensazione soggettiva di benessere degli immigrati è in genere meno buona rispetto a quella dei cittadini svizzeri.
- Dall'inchiesta del 1993 risultò che le persone di origini straniere ricorrevano con maggior frequenza a servizi medici di base, ma molto raramente a prestazioni specialistiche. Visto nel complesso, il ricorso alle prestazioni sanitarie da parte della popolazione immigrata non era tuttavia maggiore che nella popolazione svizzera, benché in linea di principio fosse lecito aspettarsi un consumo superiore. Stando all'inchiesta, la popolazione immigrata non provocava dunque un maggior carico del sistema sanitario.⁵
- L'inchiesta del 1997 mostra inoltre che, rispetto a quanto accade per gli svizzeri, la consultazione di un medico da parte della popolazione immigrata è più legata a una malattia o a un infortunio che non a motivi di prevenzione o di consulenza.
- Stando all'inchiesta, la popolazione immigrata denoterebbe uno stato di salute leggermente peggiore di quello della

popolazione svizzera, cosa questa che risulterebbe anche dai tempi lievemente più lunghi delle assenze dal lavoro per malattia.

Gli esiti delle due inchieste sulla salute possono in ogni caso essere completati dai risultati di altri studi:

- Un fatto statisticamente ben documentato è che il tasso di mortalità perinatale sia più elevato nei gruppi di immigrati che risiedono in Svizzera da poco tempo e che una parte della popolazione immigrata di sesso femminile si sottoponga a pochi esami prenatali.
- Per quel che riguarda la situazione di particolari gruppi di popolazione, è bene fare una differenza tra «immigrati per motivi di lavoro» e richiedenti l'asilo. I due gruppi sono infatti sottoposti, in Svizzera, a condizioni di soggiorno e di vita completamente differenti, come totalmente differenti sono anche le storie di migrazione da cui provengono. Una delle caratteristiche essenziali delle persone che cercano lavoro all'estero o che sono reclutate a tale scopo è, ad esempio, proprio quello di godere di uno stato di salute superiore alla media (il cosiddetto «healthy migrant effect»).
- Per valutare correttamente la situazione di quest'ultimo gruppo, occorre però tenere conto anche dei rischi e delle malattie, spesso legati a lavori fisicamente logoranti (lavori pesanti, notturni o a turni), cui questo gruppo è esposto in Svizzera. Le statistiche svizzere disponibili in materia e le ricerche internazionali sull'argomento concordano in ogni caso sul fatto che i casi d'invalidità e infortunio siano nettamente più frequenti nella popolazione immigrata.
- In generale, la migrazione forzata di rifugiati comporta sempre numerosi fattori di stress: deportazioni, conflitti, minacce alla sicurezza... Tutte queste esperienze conducono spesso a disturbi post-traumatici di diversa gravità. E ciò vale soprattutto per le vittime di torture: i disturbi fisici (e psichici) di cui soffrono possono infatti evolvere in malattie acute o patologiche croniche, le cui specificità sono spesso poco note nei Paesi d'accoglienza.
- Nella popolazione di recente immigrazione – in particolare tra i richiedenti l'asilo e i rifugiati provenienti da Paesi extra-europei – vengono inoltre più frequentemente diagnosticate malaria, epatite B e affezioni parassitarie, come pure certe malattie sessualmente trasmissibili.

⁵ Queste affermazioni non possono essere estese incondizionatamente al settore dell'asilo, poiché l'indagine non contemplava tale ambito. Anche nel settore dell'asilo è tuttavia lecito presumere la presenza di un alto fattore di rischio per la salute – rischio che si ripercuote anche sul piano dei costi. Finora, sull'argomento, non è stato però compiuto alcuno studio specifico.

Vi è tuttavia una cosa che si può affermare con una certa sicurezza a mo' di conclusione, ed è che le evidenze epidemiologiche finora raccolte sono troppo limitate perché si possa tracciare un quadro chiaro della situazione sanitaria della popolazione immigrata in Svizzera. Promuovere attività volte a colmare tale deficit di ricerca è perciò un altro obiettivo della presente strategia. Fino a che punto, inoltre, le difficoltà riscontrate sul piano dell'accesso al sistema sanitario risiedono o sono riconducibili ad un problema di interazione con il personale sanitario? E in che misura incidono sul fenomeno patologie specificamente legate all'ambito migratorio? Anche tali questioni rimangono aperte. Un dato va tuttavia delineandosi in modo relativamente chiaro: è solo attraverso una combinazione di misure mirate a specifici gruppi target e il miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari che sarà possibile affrontare adeguatamente le sfide future.

3.3 Attuale politica della Svizzera nel settore «migrazione e salute»

Le necessità d'intervento esistenti nel settore «migrazione e salute» hanno dato impulso, già alla fine degli anni Novanta, alla promozione mirata di misure dirette a particolari gruppi di provenienza. Più volte dibattuta è stata anche la questione dei costi nel settore dell'asilo. Da tutte queste discussioni sono poi scaturite iniziative di rilevanza sia nazionale, sia cantonale.

A livello cantonale sono stati sviluppati, in particolare, strumenti volti a ridurre le difficoltà incontrate dagli immigrati nell'accesso al sistema sanitario (speciali servizi di orientamento, servizi di traduzione o progetti d'interconnessione in rete). Specifici modelli d'accesso sono stati sviluppati, tra gli altri, per i richiedenti l'asilo. E misure di prevenzione e di promozione della salute sono state inoltre messe a punto per la popolazione immigrata. La maggior parte dei Cantoni cede il terreno, in quest'ambito, ad iniziative private autofinanziate; solo 10 Cantoni, a quanto sappiamo, hanno elaborato una politica cantonale autonoma. In questo contesto si possono osservare due orientamenti fondamentali, sebbene anche all'interno di questi vi siano grosse differenze quanto all'impiego dei mezzi. Da una parte stanno i Cantoni che intervengono soprattutto nel settore della prevenzione (a livello minimo nei Cantoni Zurigo e Glarona, in maniera più strutturata nei Cantoni Neuchâtel e Turgovia) e che si focalizzano perciò essenzialmente sui comportamenti in fatto di salute degli immigrati. Sull'altro fronte stanno invece i Cantoni che vogliono intervenire, oltre che sulla prevenzione, anche sull'apertura del sistema sanitario, considerando quello legato alla migrazione un problema di adattamento delle strutture sanitarie. Anche in questo caso si passa da interventi minimi, come quelli del Cantone Vaud, Svitto e Soletta, a misure sistematiche quali quelle dei Cantoni Basilea e Ginevra. Va inoltre notato che nella maggior parte dei Cantoni gli interventi sono demandati a organizzazioni private, in parte

sostenute dal settore pubblico. Solo a Ginevra, Neuchâtel, Basilea-città e Basilea-campagna, le misure emanano dalle autorità cantonali.

A livello federale è stato tra gli altri elaborato, all'inizio degli anni Novanta, il «Progetto migrazione & salute». Obiettivo iniziale del progetto era fare in modo, nel quadro della problematica legata all'Aids, che l'appello alla prevenzione giungesse, mediante apposite misure, anche alla popolazione immigrata. Partendo dall'Aids, il raggio d'azione del progetto si è poi gradualmente esteso alla prevenzione nel settore delle dipendenze e al tema della promozione della salute.

Nel 1996 è stato pure istituito, in seno alla sezione Dipendenze e Aids dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), uno speciale servizio Migrazioni. L'UFSP ha in seguito concluso numerosi mandati di prestazione con tutta una serie di istituzioni che, pur con mezzi modesti, hanno di fatto sostenuto diverse modalità di miglioramento della salute della popolazione immigrata (formazione di moltiplicatori, sostegno di offerte di consulenza facilmente accessibili e antiburocratiche, attività di ricerca e di sperimentazione nei settori «Interpretariato» e «migrazione e droghe», formazione e perfezionamento per operatori del settore sanitario, misure di sensibilizzazione dei canali di fornitura ordinari, materiale di prevenzione e di informazione destinato alla popolazione immigrata, attività di coordinamento e d'interazione nel settore «migrazione e salute»).

Alcune delle iniziative summenzionate sono state co-sostenute anche dall'Ufficio federale dei rifugiati (UFR) nel quadro di attività di promovimento dell'integrazione destinate a rifugiati riconosciuti, senza che si arrivasse però ad un coordinamento su base federale. Va tuttavia detto che, seppure in misura modesta, l'UFR sostiene dal 1995 il lavoro del Centro di terapia per vittime di torture (TZPO) e contribuisce finanziariamente a progetti d'integrazione che hanno tra gli altri scopi anche la promozione della salute. L'Ufficio rifonde inoltre ai Cantoni i costi di mantenimento anche di quei rifugiati senza permesso di dimora accolti nel quadro di un programma straordinario dell'Alto commissariato dell'ONU per i rifugiati (UNHCR) o che appartengono ad un gruppo di rifugiati la cui ammissione è stata decisa dal Dipartimento federale di giustizia e polizia e che al momento dell'entrata in Svizzera erano già invalidi o malati e bisognosi di cure di lungo periodo.

L'UFR rimborsa ai Cantoni anche i costi sanitari dei richiedenti l'asilo e delle persone ammesse a titolo provvisorio (premi assicurazione malattia, prestazioni mediche particolari e partecipazione ai costi per ricoveri non presi a carico da istituti di assicurazione o da altri finanziatori). Nel quadro dell'assistenza e di diversi programmi occupazionali, vengono inoltre sostenute misure che contengono anch'esse elementi rilevanti ai fini della salute. Al momento gli sforzi sono principalmente diretti a indurre una riduzione dei costi sanitari generati da richiedenti l'asilo, senza che si debbano sopportare perdite a livello di qualità.

Va infine ricordato che dall'autunno 2000 è in vigore l'ordinanza sull'integrazione degli stranieri (OIntS) che copre, tra i settori oggetto di promozione, anche quello della salute nella popolazione immigrata.

4

Settori d'intervento

4.1 Introduzione

La presente strategia si propone di dare un approccio unitario al problema «migrazione e salute» nel rispetto del principio delle pari opportunità. Ciò presuppone la presenza di un sistema sanitario aperto, che permetta a persone di entrambi i sessi, di diversa provenienza e di tutte le classi sociali, di fruire di prestazioni sanitarie adeguate. Il che significa che, in futuro, le istituzioni del settore dovranno concepire e orientare i propri servizi all'intera popolazione: indigena e immigrata. Obiettivo a più lungo termine della strategia è infatti mettere il sistema sanitario e le sue istituzioni nella condizione di rispondere ai bisogni di una società, e quindi di un'utenza, modificata dalle migrazioni. La comprensione di particolari bisogni e un approccio professionale all'eterogeneo bacino d'utenza tipico di una società pluralista dovrebbero ad esempio essere promossi già nel quadro della formazione di base e nel perfezionamento del personale medico – obiettivo, questo, che può a sua volta essere raggiunto solo nel quadro di un lungo processo di trasformazione del settore della formazione sanitaria.

Sulla base degli studi che sottendono il presente rapporto, sono stati definiti, per il quinquennio 2002–2006, cinque concreti settori d'intervento prioritari. Qui di seguito verranno brevemente presentate le aree principali degli interventi e valutata l'efficacia delle misure proposte. Ognuno degli elementi della strategia è illustrato singolarmente, ma è solo attraverso una loro combinazione e una loro reciproca sinergia che è possibile giungere ad un'efficace attuazione del programma.

4.2 Settori d'intervento 2002–2006

Le esperienze tratte dalla pratica e le conoscenze derivate dalla ricerca che hanno fatto da base all'elaborazione sistematica della presente strategia (vd. Allegato I) ci permettono di fare il punto sulle necessità esistenti nei cinque settori d'intervento seguenti:

1. Formazione (formazione di base, perfezionamento e riqualificazione)
2. Informazione, prevenzione e promozione della salute
3. Fornitura di prestazioni sanitarie

4. Offerte terapeutiche dirette a rifugiati e richiedenti l'asilo vittime di traumi
5. Ricerca (basi, valutazione e monitoraggio)

È su questi cinque livelli che occorre intervenire se si vuole migliorare l'accesso al sistema sanitario da parte della popolazione immigrata e fornire al contempo prestazioni ad essa specifiche. Ognuno dei settori d'intervento enucleati contiene misure che perseguono diverse finalità. L'ordine nel quale queste sono elencate corrisponde all'ordine di priorità assegnato alla loro esecuzione e al loro finanziamento.

1. Nel settore della formazione sono tre gli aspetti che, in un'ottica di pari opportunità e di adeguata fornitura di prestazioni, occupano un posto di primo piano:

- Nel settore sanitario, ma anche in quello sociale, occorre istituire programmi di formazione ufficialmente riconosciuti per traduttori-interpreti. Obiettivo: migliorare la comprensione all'interno delle strutture sanitarie attraverso servizi d'interpretariato professionali.⁶ Nel settore sanitario, come pure in quello sociale, occorre inoltre istituire programmi di formazione ufficialmente riconosciuti per mediatori interculturali. Obiettivo: migliorare l'informazione, la prevenzione e la promozione della salute in seno alla popolazione immigrata mediante servizi di mediazione interculturale professionali.

- Nelle professioni sanitarie occorre predisporre offerte di formazione avanzata e di perfezionamento che consentano di affrontare adeguatamente situazioni gender-specifiche legate al fenomeno migratorio. Le offerte formative devono interessare il personale medico, il personale infermieristico, ma anche i gestori di aziende di servizi parasanitari. Occorre inoltre verificare il grado di penetrazione che la sensibilità nei confronti di tali questioni trova nella formazione di base delle professioni sanitarie. Obiettivo: migliorare la comunicazione con gli immigrati all'interno del sistema sanitario.

2. Nel settore dell'informazione, della prevenzione e della promozione della salute, sono due le aree in cui, in linea con i principi di autoresponsabilizzazione, pari opportunità e adeguata fornitura di prestazioni sanitarie, occorre agire con particolare urgenza:

⁶ L'impiego di traduttori-interpreti non deve tuttavia contrastare altri sforzi d'integrazione, quali ad esempio quelli volti all'acquisizione di competenze linguistiche, o entrare in concorrenza con gli incentivi all'apprendimento delle lingue locali da parte della popolazione immigrata.

- Vanno per prima cosa promosse, in seno alla popolazione immigrata, tutte le iniziative legate alla salute che mobilitano risorse proprie rilevanti ai fini delle dinamiche del settore. È facendo capo a queste risorse che si dovrà poi migliorare l'efficacia delle misure preventive e dei comportamenti in fatto di salute. Obiettivo: promuovere la salute e l'empowerment.
 - La seconda area d'intervento riguarda i servizi che forniscono le prestazioni: questi devono, da una parte, essere incitati ad indirizzare le proprie offerte ad un pubblico eterogeneo e, dall'altra, a sfruttare le iniziative di formazione e di perfezionamento offerte nel settore. Obiettivo: promuovere la comprensione nei confronti di esigenze legate al fenomeno migratorio e a problematiche gender-specifiche come base per l'applicazione delle misure.
3. Nel campo della fornitura di prestazioni sanitarie, ispirandosi ai principi di pari opportunità e di adeguamento dell'offerta ai bisogni specifici della popolazione immigrata, si preconizzano tre pacchetti di misure:
- Offerte facilmente accessibili vanno promosse soprattutto in agglomerati ad alta densità di immigrati vulnerabili. Obiettivo: abbattere le barriere d'accesso al sistema sanitario e a forme di mediazione più mirate.
 - Devono inoltre essere promossi servizi di mediazione e di coordinamento che propongano offerte diverse e che migliorino il coordinamento all'interno dei servizi e tra i servizi e la popolazione immigrata. Obiettivo: migliorare la mediazione, migliorare la cooperazione tra i servizi che forniscono le prestazioni, migliorare l'approvvigionamento sanitario.
 - Nel settore sanitario occorre infine impiegare un maggior numero di traduttori-interpreti. Obiettivo: migliorare la comunicazione tra i servizi che forniscono le prestazioni e l'utenza.
4. Nel settore traumatologico, due sono gli aspetti che, in un'ottica di adeguata fornitura di prestazioni e di pari opportunità, occupano un posto di primo piano:
- Le offerte rivolte a immigrati vittime di traumi di guerra o di torture devono adeguarsi sia alla diversità delle problematiche sia alla domanda. Occorre perciò, da una parte sostenere ulteriormente le offerte specialistiche e, dall'altra, valutarne regolarmente l'efficacia. Obiettivo: migliorare l'attuale offerta rivolta a traumatizzati con prospettive di soggiorno di lungo periodo.
 - Scarseggiano peraltro le offerte a bassa soglia destinate a richiedenti l'asilo vittime di traumi (specie donne e bambini). Obiettivo: predisporre offerte facilmente accessibili e decentralizzate rivolte soprattutto a traumatizzati senza prospettive di soggiorno chiare.
5. Nel settore della ricerca, sono tre le aree ancora scarsamente coperte. Il superamento di queste mancanze è un compito della massima importanza, dal momento che in questo campo l'applicazione di misure ispirate ai principi dell'adeguata fornitura di prestazioni e della proporzionalità è possibile solo se retta e accompagnata da un serio lavoro di ricerca scientifica.
- La ricerca di base deve essere utilizzata puntualmente per analizzare particolari problematiche (anche legate al sesso) in una prospettiva di medio termine. Obiettivo: offrire ausili scientificamente fondati che permettano un opportuno orientamento delle misure.
 - Un monitoraggio della salute della popolazione immigrata deve fornire informazioni epidemiologiche che servano da punto di partenza per l'elaborazione di misure specificamente legate al fenomeno migratorio e a problematiche gender-specifiche. Obiettivo: approfondire la conoscenza di nuove problematiche e sviluppare ausili utili alla fissazione di priorità future.
 - L'attuazione delle misure deve essere accompagnata da regolari analisi volte a valutarne l'efficienza e l'efficacia. Obiettivo: misurare efficienza ed efficacia delle misure, favorire i processi d'apprendimento in sede di progetto.

I settori d'intervento menzionati sono riassunti schematicamente nella tabella seguente (vd. Tabella 3, p. 28). Le misure preconizzate sono valutate in base all'efficacia attesa a medio termine (ovvero per il periodo 2002–2006). Efficienza ed efficacia sono i criteri usati dal gruppo di esperti per la valutazione che ha sotteso tutte le fasi di elaborazione della presente strategia – e che muove dall'ipotesi secondo cui gli effetti delle misure pianificate nei singoli settori d'intervento finirebbero per avere come conseguenza anche un miglior impiego dei mezzi. La tabella serve soprattutto da strumento d'orientamento, ma può fungere anche da spunto per un'analisi successiva.

A questo proposito ci pare tuttavia importante fare una precisazione: la suddivisione della strategia in diversi settori d'intervento facilita la determinazione delle misure, ma quel che conta è la loro visione d'insieme. I settori d'intervento e le misure sono legati infatti da richiami incrociati e si sorreggono vicendevolmente. L'efficacia di una misura appare dunque più forte quando i diversi provvedimenti proposti sono interconnessi tra loro e sono attuati contestualmente.

Tabella 3
Settori d'intervento, misure
ed effetti

	Efficacia sul piano della salute della popolazione immigrata	Incremento di efficienza nel sistema sanitario (miglior impiego dei mezzi)
1. Formazione		
Corsi di formazione e di perfezionamento per traduttori-interpreti	++	+
Corsi di formazione e di perfezionamento per mediatori interculturali	++	+
Offerte formative per professionisti del settore sanitario	+	+
2. Informazione, prevenzione, promozione della salute		
Prevenzione e promozione della salute in seno alla popolazione immigrata	+	+/-
Sensibilizzazione delle organizzazioni fornitrici di servizi del settore sanitario	+	+
3. Fornitura di prestazioni sanitarie		
Creazione di offerte facilmente accessibili negli agglomerati	++	+
Servizi di mediazione e di coordinamento	+	++
Introduzione di servizi d'interpretariato	++	++
4. Offerte terapeutiche per traumatizzati nel settore dell'asilo		
Differenziazione dell'attuale offerta per persone vittime di traumi	++	+/-
Creazione di offerte facilmente accessibili per persone vittime di traumi	++	+/-
5. Ricerca		
Ricerca di base d'orientamento pragmatico	+/-	+/-
Valutazione delle misure	+	++
Monitoraggio dello stato di salute della popolazione immigrata	+	+/-

++ elevata efficacia potenziale

+ migliore efficacia potenziale

-/+ valutazione impossibile

5

Punti cardine

I paragrafi seguenti esaminano i cinque punti cardine della strategia – «formazione», «informazione, prevenzione e promozione della salute», «fornitura di prestazioni sanitarie», «terapie traumatologiche» e «ricerca» – alla luce delle necessità d'intervento e delle finalità prospettate.

Nel presente capitolo si descrivono i cinque settori d'intervento estrapolandone le concrete necessità d'intervento e identificandone i relativi protagonisti. I diversi settori d'intervento riguardano, sì, in generale la popolazione immigrata e le persone che si trovano in situazioni analoghe, ma toccano anche un importante gruppo target: quello di tutti i servizi che forniscono prestazioni nel settore sanitario. Gli insegnamenti che ne derivano concernono perciò gli immigrati, l'intera popolazione, ma anche le più diverse istituzioni socio-sanitarie, di cui promuovono l'interazione e il cambiamento.

5.1 Formazione

Analisi

Il punto di partenza dell'analisi è l'insufficiente qualità da noi constatata nella comunicazione tra l'intero lato dell'offerta sanitaria e una parte di pazienti provenienti da esperienze legate al fenomeno migratorio. È certo auspicabile che gli immigrati imparino la lingua del Paese in cui emigrano, ma non è da escludere che vi possano essere, ciò nonostante, situazioni in cui si riveli necessario il ricorso ad un'intermediazione linguistica.

Quello della comunicazione è un processo pluri-stratificato. Nel caso del sistema sanitario, quel che conta è ad esempio che la qualità delle cure mediche e paramediche non sia compromessa, specie in sede di anamnesi, da barriere linguistiche. Il rischio in questo caso non è solo quello di una diagnosi sbagliata o di indicazioni inadeguate: anche il ritardo nell'applicazione di un certo provvedimento causato dalle lentezze dovute a difficoltà di comprensione può avere ripercussioni negative sul piano della qualità delle cure. L'importante, tuttavia, non è solo che la diagnosi e i provvedimenti che ne discendono siano oggettivamente corretti: è anche fare in modo che il personale curante comprenda correttamente lo stato d'animo dei pazienti. Il sentire di essere compresi è una condizione indispensabile per stabilire un rapporto di fiducia (ovvero di «compliance») con il terapeuta. Questo fattore è dunque una componente significativa di un'assistenza di buona qualità. Se viene a mancare, la credibilità dei provvedimenti proposti diminuisce e il paziente tende a cambiare medico di riferimento. Tutti i fattori menzionati non riducono, del resto, solo la qualità della prestazione sanitaria, ma producono anche un effetto di lievitazione dei costi che si ripercuote sull'intero sistema sanitario.

La comprensione tra personale curante e paziente durante il trattamento comporta in genere molto più che una competenza linguistica in senso stretto. Comporta spesso anche una certa conoscenza dell'esperienza migratoria, delle regole e dei valori che contraddistinguono le condizioni di vita attuali e passate del paziente. Può giovare inoltre alla qualità dell'interazione e del trattamento informarsi sull'insegnamento e le pratiche mediche in uso nei Paesi d'origine e sui quadri clinici di certe malattie poco

consuete in Svizzera. Ciò che più conta ai fini di un'efficace interazione tra curante e curato è dunque che il curante sia sensibile nei confronti delle condizioni di vita di pazienti immigrati e accresca le proprie conoscenze nel settore.

Ma la comunicazione è anche un elemento centrale nella prevenzione e nella promozione della salute. I canali attraverso cui passano abitualmente le informazioni sanitarie e da cui in genere scaturiscono le attività di promozione della salute non hanno, com'è presumibile credere, la stessa efficacia su tutti i gruppi che compongono la popolazione svizzera. Una parte della popolazione immigrata, in particolare, non è raggiungibile attraverso tali canali. Occorre dunque intervenire, in questi casi, attraverso mediatori interculturali o persone di contatto (moltiplicatori) provenienti dagli ambienti specifici. Per poter garantire a questo variegato pubblico target un'assistenza sanitaria comparabile a quella del resto della popolazione svizzera e consentire inoltre la diffusione di informazioni rilevanti sul piano della salute sono perciò richiesti appositi servizi d'interpretariato e di mediazione interculturale, ma anche know-how e sensibilità da parte dell'insieme dei servizi che forniscono prestazioni sanitarie – tutte competenze che possono essere coltivate attraverso la formazione e il perfezionamento professionale.

Settori d'intervento

Tre, i gruppi di misure che riteniamo importanti. Per prima cosa, occorre creare competenza nel settore dell'interpretariato. Per far questo sono necessarie offerte di formazione e perfezionamento con certificazioni riconosciute. Solo così è possibile dare credibilità, coerenza e continuità ad un settore delicato qual è quello dei servizi d'interpretariato socio-sanitari. La Confederazione è in favore, a tal proposito, di una soluzione nazionale e sostiene l'introduzione di un sistema di certificazione unitario. Costruendo su quanto esiste già, occorre cioè estendere le offerte formative esistenti a tutte le diverse regioni del Paese. Per quel che riguarda in particolare l'interpretariato, la promozione deve portare tanto su corsi di formazione generale quanto su programmi specializzati in alcuni settori della medicina.

Offerte di formazione e perfezionamento decentralizzate, ma il più possibile armonizzate fra loro, e attente oltre che all'attività d'intermediazione vera e propria anche a questioni organizzative legate all'adeguato coinvolgimento dei moltiplicatori, vanno create, in secondo luogo, anche nel settore della mediazione interculturale.

Entrambi i tipi d'offerta devono peraltro tenere conto di standard qualitativi che dovranno essere definiti a livello nazionale. La Confederazione è inoltre dell'avviso che in questi settori le offerte di formazione e di perfezionamento saranno richieste, e vadano per questo aperte, soprattutto a persone provenienti da esperienze migratorie. L'accesso alle offerte dovrà pertanto essere impostato in modo flessibile, specie per quel che riguarda il riconoscimento di titoli scolastici e professionali (diplomi,

certificati) o l'ammissione mediante colloqui di valutazione (e il riconoscimento di esperienze professionali e di titoli equipollenti).⁷

È necessario, in terzo luogo, che i servizi che forniscono prestazioni riconoscano l'importanza dei servizi d'interpretariato e di mediazione interculturale e ne sfruttino le offerte. Proprio nel settore sanitario, tali offerte sono tra l'altro esplicitamente sostenute dalla Confederazione. I programmi di formazione e di perfezionamento dovranno essere promossi per iniziativa delle associazioni di categoria. A medio termine, si dovrà tuttavia studiare la possibilità di integrare le problematiche legate al fenomeno migratorio già nella formazione di base o nel perfezionamento delle professioni sanitarie.

Obiettivi

L'obiettivo primo della Confederazione nel settore della formazione è istituire, nei prossimi cinque anni, un cursus di formazione e di perfezionamento professionale e una certificazione statale sia nel settore dell'interpretariato sia in quello della mediazione interculturale. Offerte di formazione e di perfezionamento in tema di «migrazione e salute» dovranno essere inoltre proposte nel quadro della preparazione a tutte le professioni sanitarie. La formazione dovrà essere offerta in tutte le regioni del Paese e l'accesso dovrà essere reso flessibile attraverso procedure di riconoscimento aperte.

Preposti al finanziamento e all'attuazione

Confederazione, istituti di formazione.

5.2 Informazione, prevenzione e promozione della salute

Analisi

Le campagne e le attività nazionali che hanno come obiettivo l'informazione, la prevenzione e la promozione della salute non raggiungono generalmente in eguale misura la popolazione immigrata e la popolazione indigena, e questo benché oggi la Svizzera abbia piena consapevolezza del pluralismo che caratterizza la composizione della sua società. In quest'ambito, due sono in particolare gli aspetti che non sono stati finora presi sufficientemente in considerazione e che potrebbero comportare rischi sanitari specifici per la popolazione immigrata: le circostanze del-

l'immigrazione e la posizione sociale in cui si trova buona parte della popolazione immigrata in Svizzera. Il primo aspetto – le circostanze che stanno dietro l'immigrazione – riguarda in primo luogo i richiedenti l'asilo e i rifugiati, specie nei periodi immediatamente seguenti al loro arrivo. Il secondo invece – la posizione sociale – riguarda soprattutto gli immigrati per motivi di lavoro e i loro discendenti. Tanto le circostanze dell'immigrazione, quanto la condizione sociale della popolazione immigrata presentano inoltre caratteristiche e rischi gender-specifici. Le misure che concernono l'informazione, la prevenzione e la promozione della salute non possono dunque non tenere conto di questa complessa realtà. Diversi sono in particolare i problemi che emergono su questo piano:

- **Malattie infettive:** Le informazioni sulle malattie infettive, specie su quelle sessualmente trasmissibili (Aids, in particolare), possono raggiungere buona parte della popolazione immigrata solo se specificamente elaborate per questo particolare gruppo sociale e veicolate attraverso appositi canali.
- **Sessualità, gravidanza, parto, consulenza neonatale:** In questo ambito vi è, per determinati gruppi target, una mancanza di adeguata prevenzione e promozione della salute.
- **Sicurezza sul posto di lavoro:** Nei comparti professionali in cui sono sovrarappresentati, gli immigrati sono spesso esposti a particolari rischi – rischi che potrebbero in parte essere ridotti mediante un'opportuna informazione e sensibilizzazione.
- **Dipendenza:** In alcuni gruppi d'immigrati o di loro discendenti, la problematica della dipendenza (alcol, droghe illegali, medicinali) è più ampiamente diffusa che nel resto della popolazione svizzera.
- **Sistema sanitario:** La scarsa conoscenza dei modi di funzionamento del sistema sanitario svizzero impedisce spesso agli immigrati di fruire adeguatamente delle offerte disponibili (spesso un'errata scelta del canale d'accesso è d'ostacolo ad un rapido trattamento, cosa questa che può contribuire a sua volta a un innalzamento dei costi sanitari).

Dall'analisi di questi punti si desume che per una parte della popolazione immigrata sono necessari, oltre a informazioni generali sulla salute e sullo stesso sistema sanitario, anche interventi d'ampio respiro in materia di prevenzione e di promozione della salute. Orbene, si è visto a questo proposito che la perce-

⁷ Di questi privilegi devono ovviamente godere anche i cittadini svizzeri. La richiesta di soluzioni che permettano il riconoscimento di diplomi stranieri in ambito sanitario (specie di quelli accademici) viene comunque da molte opere assistenziali e organizzazioni attive nel settore «migrazione e salute». La questione dovrà pertanto essere affrontata in sede di attuazione della presente strategia.

zione delle proprie competenze e l'assunzione delle proprie responsabilità contribuiscono in modo determinante a gestire situazioni di crisi. Occorre perciò promuovere progetti che tengano conto e si fondino sulle competenze degli immigrati o che prevedano almeno un sostanziale coinvolgimento degli immigrati in sede di impostazione e di attuazione dei programmi. In virtù dell'elevata fluttuazione che caratterizza la popolazione immigrata, i progetti che si prefiggono come pubblico target questo gruppo devono partire dalla reti sociali cui questo fa capo. Ad essere in primo piano non è dunque la raggiungibilità degli individui, bensì quella dei gruppi. Ciò consente di intervenire in contesti noti e garantisce un efficiente impiego delle risorse a disposizione: è infatti a livello di rete e di gruppo che si registrano le dinamiche di una popolazione in costante cambiamento qual è quella immigrata. Anche sul fronte dei servizi che forniscono prestazioni occorre promuovere la sensibilità nei confronti di esigenze specificamente legate al settore dell'immigrazione, e anche qui bisogna farlo attraverso l'informazione. La crescente eterogeneità della società, in parte legata all'immigrazione, richiede infatti una riconversione e un adeguamento della gamma di prestazioni da questi offerte. Queste devono in particolare essere più orientate a specifici gruppi target e prevedere condizioni d'accesso burocraticamente più snelle. L'apertura delle offerte deve avvenire anche a livello strutturale vista la necessità di riscontri pratici richiesta soprattutto nel settore del management dei servizi che forniscono prestazioni sanitarie.

Settori d'intervento

Metodologicamente parlando, occorre in primo luogo promuovere misure che si indirizzino ai luoghi di incontri o alle organizzazioni d'immigrati stesse (facendo cioè quel che si chiama «outreach work») e che mirino al cuore dei problemi. Per far questo sono indispensabili la mediazione interculturale e l'impiego di moltiplicatori. La Confederazione promuove perciò progetti tematicamente ben circoscritti e che puntino sulle competenze e le risorse proprie della popolazione immigrata. Essi devono peraltro affrontare determinati temi o rivolgersi a gruppi specifici in modo da tenere conto delle differenziazioni presenti all'interno della popolazione immigrata. I settori in primo piano sono in particolare quello dell'asilo e in generale quello della nuova immigrazione femminile e quello dei giovani. Perché questi progetti possano ulteriormente diffondersi e servire da modello, la Con-

federazione si impegna inoltre a farsi promotrice degli esempi più riusciti («best practices»). Si dovrà passare poi, in secondo luogo, ad informare e sensibilizzare sulle tematiche dell'immigrazione i servizi che forniscono le prestazioni.

Obiettivi

La Confederazione si impegna, nei prossimi cinque anni, alla promozione sistematica degli interventi che hanno come scopo la divulgazione di informazioni sul sistema sanitario, la prevenzione e la promozione della salute nella popolazione immigrata. Una strutturazione ottimale delle misure e delle iniziative richiede tuttavia strumenti e procedure appropriati. La Confederazione si impegna dunque anche a proporre a un ampio pubblico gli esperimenti riusciti e a incoraggiarne l'imitazione. I principali servizi che forniscono prestazioni in Svizzera devono inoltre essere sensibilizzati sul tema «migrazione e salute».

Preposti al finanziamento e all'attuazione

Confederazione, Cantoni, città, Fondazione 19, fornitori di prestazioni del settore sanitario, SUVA.

5.3 Fornitura di prestazioni sanitarie

Analisi

Per molte delle persone provenienti da ambienti legati all'immigrazione la fruizione delle prestazioni sanitarie è resa gravosa dalla presenza di elevate soglie d'accesso. Le strutture sanitarie dovrebbero pertanto allestire, per questa parte della popolazione, servizi generali facilmente accessibili che offrano aiuto e consulenza in modo antiburocratico (interventi sanitari e divulgazione mirata). Si vuole cioè puntare, con questo, a garantire cure sanitarie che abbiano come obiettivo quello di realizzare risparmi sui costi grazie ad una maggiore efficacia. Offerte di questo tipo portano infatti ad un sistema sanitario che non solo consente agli immigrati un accesso semplice alle cure, ma che in generale va a beneficio di tutte quelle persone che hanno grosse difficoltà o remore a far ricorso ai servizi sanitari: questo per dire che un'apertura del sistema sanitario finalizzata a rispondere a problematiche specifiche al fenomeno migratorio non solo ha effetti positivi sulla salute degli immigrati, ma comporta anche, grazie ad un orientamento maggiormente improntato alle situazioni e ai

contesti reali, effetti positivi sull'insieme della popolazione. Servizi a bassa soglia di questo genere possono ad esempio essere offerti da consorzi di medici, ospedali o reti sanitarie. Le vie ipotizzabili sono diverse⁸ e compiendo delle valutazioni è possibile identificare le migliori («best practices»).

La messa in rete dei servizi che forniscono prestazioni nel settore sanitario, e se possibile anche in quello sociale, dovrebbe portare anch'esso a uno sfruttamento più efficiente delle offerte. Le informazioni circa le offerte devono infatti essere accessibili facilmente e rapidamente.

L'interpretariato, infine, deve non solo essere imparato a livello teorico, ma deve essere anche praticato. Come si è già detto al punto 5.1, le barriere comunicative agiscono molto negativamente sul rapporto tra servizi fornitori di prestazioni e utenti del settore sanitario e condizionano in modo duraturo il percorso curativo. L'impiego sistematico di servizi d'interpretariato professionali ha perciò non solo influssi benefici sull'intervento curativo, che sarà così più mirato, più efficace e più durevole, ma ha anche effetti positivi sull'efficienza delle misure in generale.

Settori d'intervento

Per rispondere alle sfide che impegnano il settore, occorre innanzitutto promuovere offerte facilmente accessibili e poco formalistiche. Lo spunto deve venire in particolare dai grandi agglomerati, che in parte già dispongono di simili offerte o che si accingono a potenziarle. Offerte di questo tipo – facilmente accessibili e poco formalistiche – sono promosse dalla Confederazione ove possibile all'interno delle stesse strutture del sistema sanitario. In diverse città, la Confederazione crea inoltre incentivi volti ad incoraggiare Cantoni e città a rendere più accessibili le proprie offerte e lavora con le casse malati all'elaborazione di modelli poco complicati di finanziamento di queste offerte. Ad essere incoraggiato è anche l'allestimento e l'impiego di servizi di mediazione e di coordinamento che possano far conoscere le offerte in modo rapido e antiburocratico nel settore sanitario e se possibile anche in quello sociale. Questi servizi devono essere accessibili sia agli immigrati, sia alle altre cerchie di persone interessate. L'attività di coordinamento permette in particolare di individuare eventuali doppioni e lacune, che si dovranno correggere attraverso la messa in rete e la ripartizione dei compiti tra i servizi fornitori di prestazioni. In tutte le regioni della Svizzera occorre infine creare servizi d'interpretariato e agevolarne l'im-

piego all'interno del servizio sanitario – il che comporta tra l'altro la necessità di chiarirne anche le modalità di finanziamento.

Obiettivi

Obiettivo primo della Confederazione nel settore della fornitura delle prestazioni sanitarie è promuovere, nei grandi agglomerati e soprattutto all'interno di istituzioni sanitarie già esistenti, l'istituzione di offerte facilmente accessibili, in grado di offrire un'assistenza antiburocratica in caso di problemi sanitari. In tutte le regioni della Svizzera e a livello federale, si dovranno inoltre creare – nel sistema sanitario, ma ove possibile anche in quello sociale – appositi servizi di mediazione e di coordinamento. Queste istituzioni dislocano tra l'altro interpreti in tutte le regioni, dal che la necessità di disciplinare il loro finanziamento. In generale, comunque, tutto il sistema sanitario dovrebbe aprirsi maggiormente a questo tipo di servizi.

Preposti al finanziamento e all'attuazione

Confederazione, Cantoni, città, assicurazioni malattia.

5.4 Offerte terapeutiche per persone affette da traumi nel settore dell'asilo

Analisi

Alcuni quadri clinici tipici di una parte della popolazione immigrata richiedono conoscenze terapeutiche altamente specializzate. Nel quadro di quel che viene chiamata «nuova immigrazione», si osservano in particolare patologie strettamente riconducibili a cause di tipo migratorio o gender-specifico. Le affezioni più vistose insorgono a seguito di violenze e traumi di guerra. Ma alcune manifestazioni traumatiche possono comparire anche durante la migrazione stessa (ovvero durante il viaggio dal Paese di partenza al Paese d'arrivo). Relativamente rare nella popolazione immigrata per motivi di lavoro, queste patologie si manifestano soprattutto nei richiedenti l'asilo e nei rifugiati. Tra questi, a causa della loro più alta vulnerabilità, particolare attenzione va data soprattutto al gruppo target «donne e bambini». In caso di cronicizzazione dei traumi, infatti, una sottoassistenza sanitaria a questi gruppi di pazienti può avere pesanti ripercussioni sul piano dei costi.

⁸ Sarebbe ad esempio ipotizzabile creare speciali servizi aperti all'interno dei policlinici, modelli che prevedano l'intervento di «medici di strada», unità mobili di cui possano beneficiare anche gli immigrati illegali.

Settori d'intervento

I rari trattamenti specialistici per immigrati traumatizzati che esistono in Svizzera sono del tutto inaccessibili ai richiedenti l'asilo e lo sono solo limitatamente ai rifugiati riconosciuti. È dunque necessario riesaminare l'offerta esistente, potenziandola in modo da renderla opportunamente differenziata. In questo contesto, le donne traumatizzate (p. es. in seguito a uno stupro utilizzato quale strumento di guerra) dovrebbero ad esempio avere la possibilità di essere visitate e curate da un medico donna. Vanno, in questo campo, esplorate anche eventuali possibilità di decentralizzazione.

Mentre per quel che riguarda i rifugiati riconosciuti è possibile attuare proposte di miglioramento, la creazione di offerte destinate ai richiedenti l'asilo incontra ancora grossi ostacoli. Il motivo di tali difficoltà sta soprattutto nella fase di accertamento delle domande, che solo difficilmente è accompagnata da un intervento terapeutico sistematico. Accanto all'offerta specialistica di punta già esistente, occorre perciò trovare anche soluzioni «più dolci», accessibili soprattutto ai richiedenti d'asilo e attente, in particolare, a bambini, giovani e donne.

Obiettivi

L'obiettivo che la Confederazione si pone nel settore terapeutico è rendere rapidamente accessibili le offerte rivolte agli immigrati affetti da traumi, decentralizzandole e differenziandole. Dovranno in particolare essere promosse soluzioni temporanee e a breve termine. Si dovrà inoltre verificare se nel quadro dei programmi di aiuto al rientro verso determinati Stati di provenienza non vi sia necessità di sostenere speciali progetti di trattamento traumatologico.

Preposti al finanziamento e all'attuazione

Confederazione, Cantoni, assicurazioni malattia.

5.5 Ricerca

Analisi

Benché negli ultimi anni la ricerca si sia interessata in modo crescente al settore «migrazione e salute», esistono ancora in quest'ambito grosse lacune conoscitive. Largamente inesplorati

sono ad esempio temi quali la salute sul posto di lavoro, le cause della mortalità perinatale più elevata e delle complicazioni in gravidanza nelle immigrate, la situazione sanitaria della nuova immigrazione femminile e degli immigrati anziani, la maggiore frequenza di infezioni da HIV, i comportamenti a rischio nei giovani o il retroterra di specifici modelli di dipendenza. I rapidi mutamenti che caratterizzano il settore pongono tuttavia particolari sfide alla competenza dei ricercatori, costretti a confrontarsi con sempre nuove problematiche. La politica, a sua volta, deve poter fondarsi sulla ricerca per fissare priorità e verificare l'efficacia delle misure adottate. Tra politica e scienza deve dunque intercorrere un dialogo permanente, finalizzato allo sviluppo dei punti chiave della ricerca rilevanti dal punto di vista applicativo.

Settori d'intervento

La Confederazione si propone in generale di promuovere una maggiore attenzione nei confronti del settore «migrazione e salute» all'interno del panorama scientifico svizzero. La ricerca fondamentale ad orientamento pragmatico deve inoltre essere puntualmente impiegata per analizzare problematiche specifiche – anche di tipo sessuale, quali ad esempio la duplice discriminazione delle immigrate – in una prospettiva di medio termine. Con l'ausilio di valutazioni, si dovranno poi misurare l'efficienza e l'efficacia delle misure prospettate nel quadro della strategia, allo scopo di individuare i modelli da imitare («best practices»). Un monitoraggio della popolazione immigrata dovrà inoltre fornire informazioni epidemiologiche che servano come base di partenza per l'elaborazione di misure. Altre informazioni importanti a questo proposito possono venire anche dai dati delle assicurazioni malattia. Detto monitoraggio potrà comunque essere eseguito nel contesto dei normali monitoraggi della situazione sanitaria in Svizzera: le problematiche legate al fenomeno migratorio e a questioni gender-specifiche si prestano infatti ad essere integrate negli studi di routine (p. es. sondaggi sulla salute o statistiche ospedaliere) con una spesa relativamente ridotta. Per fare una mappatura indicativa della situazione sanitaria della popolazione immigrata in Svizzera è tuttavia necessario anche la messa a punto di «strumenti» orientati alla nazionalità e al sesso. Tra questi vanno annoverati, ad esempio, anche indicatori che consentano di studiare la percezione soggettiva della situazione sanitaria e del ricorso a prestazioni mediche.

Obiettivi

La ricerca fondamentale a vocazione pragmatica e i metodi di valutazione dell'efficacia devono, nei prossimi cinque anni, sostenere in modo sistematico lo sviluppo di misure nel settore «migrazione e salute». Ad essere prioritario è soprattutto l'allestimento di un sistema di monitoraggio della salute e dei comportamenti sanitari della popolazione immigrata.

Preposti al finanziamento e all'attuazione

Confederazione, istituti di ricerca.

6

Attuazione e competenze

La strategia «migrazione e salute» mobilita istituzioni, partner e diverse altre risorse. Per coordinare le varie iniziative e risorse e affiancare l'attuazione della strategia occorre dunque istituire, a livello federale, un'apposita task-force. Compito del gruppo di lavoro sarà anche quello di occuparsi della possibilità di una futura interconnessione tra attori regionali e cantonali e piattaforme di coordinamento.

Analisi e settori d'intervento

La presente strategia è nata da un lavoro di stretta collaborazione tra Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), Ufficio federale dei rifugiati (UFR), Ufficio federale degli stranieri (UFDS) e Commissione federale degli stranieri (cfs). Tale cooperazione dovrà essere proseguita anche durante la fase di attuazione della strategia – che avverrà sotto la guida dell'UFSP – ed essere estesa anche alle altre parti in causa. A questo scopo verrà dunque istituito a livello federale un gruppo di lavoro interistituzionale con il compito di coordinare, sotto la direzione dell'UFR, i vari progetti e sostenerne l'attuazione. Accanto agli organi federali direttamente coinvolti (UFSP, UFR, UFDS, cfs, Ufficio federale delle assicurazioni sociali e Commissione federale contro il razzismo), si proporrà inoltre di invitare a sedere nel gruppo rappresentanze di Cantoni e città. La popolazione immigrata (vecchia e nuova immigrazione) potrà, ad esempio, essere rappresentata da membri della Commissione federale degli stranieri (cfs). Ove possibile, dovrebbero inoltre essere coinvolte nel gruppo anche le casse malati, la Fondazione per la promozione della salute (Fondazione 19) e le opere assistenziali svizzere di aiuto ai rifugiati. Si dovrà infine vagliare la possibilità di affiancare alla task-force un supporto scientifico che serva da strumento di riflessione.

La stretta collaborazione tra tutti questi attori è d'altronde un'esigenza che sarà imposta in futuro dalle caratteristiche interistituzionali stesse del settore in questione. Le misure necessarie all'attuazione della strategia dovranno dunque essere coordinate e ripartite razionalmente tra l'insieme dei partecipanti. E anche il finanziamento dell'attuazione della strategia dovrà essere suddiviso tra più responsabili dei costi. La spesa complessiva dell'operazione è però al momento difficilmente valutabile. Si presume tuttavia che debbano essere messi a disposizione mezzi finanziari supplementari da parte di terzi (Cantoni, città, finanziatori privati). La Tabella 4 mostra i diversi attori in gioco e il ruolo da questi svolto nel quadro delle priorità date. Il gruppo di lavoro sarà anche chiamato a valutare l'opportunità o meno di promuovere analoghi gruppi di coordinamento a livello regionale e cantonale. Compito di questi gruppi sarebbe quello di applicare la strategia a livello regionale e garantire il riconoscimento precoce di nuove situazioni problematiche. In linea di principio, tuttavia, la Confederazione non intenderebbe svolgere attività in regia propria, ovvero essere attiva a livello operativo, bensì delegare l'attuazione vera e propria della strategia a partner esterni vicini al terreno o alle problematiche specifiche.

Obiettivi

La Confederazione si pone come obiettivo sovraordinato quello di unire, nel quadro di iniziative comuni, le forze di quanti operano nel settore sanitario e ove possibile nel settore sociale mediante la rispettiva armonizzazione di progetti e strategie. Per concretizzare questo obiettivo nel settore «migrazione e salute», la

Confederazione si prefigge, subordinatamente, di fondare sul piano organizzativo una piattaforma di decisione e di attuazione (gruppo di lavoro) che avrà il compito di garantire coerenza alla strategia e perseguirne le principali finalità. È da questo gruppo di lavoro che dovranno partire, nei prossimi cinque anni, gli aggiustamenti organizzativi necessari a consentire l'attuazione della strategia. Al gruppo di lavoro spetterà inoltre il compito di trovare partner regionali e cantonali che perseguano finalità analoghe a quelle della strategia e che le applichino in maniera decentralizzata. Si dovranno infine sviluppare modelli sostenibili di finanziamento delle attività promosse nel settore «migrazione e salute» e in particolare dei servizi di interpretariato. La Confederazione, quanto a sé, si fa promotrice e coordinatrice di tutte le attività, ma non applica direttamente alcuna misura.

6.1 Finanziamento

Al momento, il finanziamento delle attività promosse nel settore «migrazione e salute» è ripartito sui seguenti cinque livelli:

- L'Ufficio federale dei rifugiati (UFR) si assume, nel quadro della legge sull'assicurazione malattie (LAMal), i costi della copertura sanitaria di base di richiedenti l'asilo e rifugiati ammessi provvisoriamente.
- L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) investe una parte del suo budget in misure di prevenzione (credito per compiti di prevenzione) in progetti nel settore «migrazione» (spesa nel 2000: circa 1,4 milioni).
- A questi si aggiungono le spese variabili sostenute dall'UFR e dell'UFSP nel quadro degli accertamenti sanitari di confine.
- Nel 2000, l'UFSP ha versato per la prima volta una sovvenzione alla Croce rossa svizzera per l'allestimento di un servizio specializzato nel settore «migrazione e salute» (formazione e lavoro di base).
- Nel quadro della legge sull'asilo (LAsi), l'UFR mette anche a disposizione fondi volti a favorire l'integrazione sociale di rifugiati riconosciuti. I fondi vengono in parte destinati a progetti sanitari, tra cui in particolare quelli volti alla promozione di istituzioni per persone traumatizzate.

Il finanziamento dell'attuazione della presente strategia continuerà ad essere sostenuto dagli attuali contribuenti. A livello federale, il maggiore tra questi è l'Ufficio federale dei rifugiati (UFR), che già adesso sostiene progetti d'integrazione e finanzia la copertura assicurativa di base per i richiedenti l'asilo (LAsi), seguito dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), anch'esso impegnato da anni nel settore «migrazione e salute» (credito della Confederazione per compiti di prevenzione). Un altro possibile partner al finanziamento di progetti concreti (articolo sull'integrazione della nuova legge sugli stranieri) è oggi,

nella misura in cui questi sono contemplati nel programma d'azione del Dipartimento federale di giustizia e polizia (DFGP), anche l'Ufficio federale degli stranieri. Accanto a questi attori statali, devono in futuro impegnarsi finanziariamente nel settore anche i Cantoni, le opere di soccorso, la Fondazione 19 (LAMal), e alcune organizzazioni d'immigrati.

Tutti questi attori devono continuare a rivestire un ruolo prominente nell'attuazione della strategia. Per quel che riguarda il finanziamento, occorre perciò favorire la costituzione continuativa di una «comunità di risorse»⁹, che mantenga le prestazioni finanziarie attuali e vada costantemente potenziandole nel corso dei prossimi cinque anni. In aggiunta alle risorse esistenti, vanno inoltre mobilitati e messi a disposizione anche i seguenti mezzi finanziari:

- La spesa nel settore «migrazione» a carico del credito per compiti di prevenzione dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) deve passare dagli attuali 1,47 milioni a 3,45 milioni nel 2003, fino a raggiungere progressivamente quota 5 milioni di franchi entro il 2006.
- L'Ufficio federale dei rifugiati (UFR) può, in virtù dell'articolo 44 dell'Ordinanza 2 sull'asilo (OAsi 2), versare sussidi a istituzioni che si occupano del trattamento di persone traumatizzate, nella misura in cui queste siano riconosciute essere fornitrici di prestazioni ai sensi delle disposizioni della LAMal. Oltre agli attuali sussidi ad istituzioni per rifugiati riconosciuti per un ammontare di 500'000 franchi l'anno, l'UFR sta valutando la possibilità di versare ulteriori sussidi per il trattamento di persone traumatizzate nel settore dell'asilo. La determinazione e l'entità di questi mezzi aggiuntivi non sono stati ancora stabiliti dal momento che è ancora in corso un progetto volto ad elaborare un concetto globale di approccio al trattamento di persone traumatizzate nel settore dell'asilo.
- In linea di principio, anche il settore della salute rientra tra gli ambiti oggetto di promozione ai sensi dell'art. 16 dell'Ordinanza sull'integrazione degli stranieri (OIntS). Sotto il profilo degli obiettivi, i progetti di carattere sanitario possono invece essere promossi, pur limitatamente, nel quadro dell'articolo sull'integrazione della legge sugli stranieri solo nella misura in cui essi siano in diretta relazione con i punti cardine fissati.

La Confederazione promuoverà tale «comunità di risorse» e parteciperà in grossa parte al finanziamento dell'operazione. I fondi

federali direttamente necessari all'attuazione della strategia sono complessivamente stimati, per il 2006, in circa 7 milioni di franchi. La strategia potrà tuttavia essere attuata con successo solo se tutte le parti in causa si adoperano a migliorare la situazione. Per far questo è necessaria la cooperazione finanziaria dei Cantoni e delle città, ma anche (all'interno delle rispettive aree d'azione) delle opere assistenziali e delle assicurazioni malattia. È presumibile tuttavia che le assicurazioni malattie vorranno impegnarsi nel settore solo quando si saranno trovate soluzioni soddisfacenti al problema dell'elevato rischio assicurativo presentato dai richiedenti l'asilo.

6.2 Questioni aperte

Questioni insolute permangono tuttavia non solo rispetto alla copertura dei costi e delle possibili future partecipazioni al finanziamento (p. es. da parte di altri Stati attraverso le rispettive ambasciate). L'efficace attuazione della strategia dipenderà anche dalla volontà delle parti attive nel settore di aprirsi alle realtà di un mondo sempre più pluralistico. Le organizzazioni di immigrati sono dunque, in quest'ottica, attori potenziali al pari delle organizzazioni di servizi del settore sanitario e come questi vanno cooptate nell'attuazione della strategia. Il gruppo di lavoro ha dunque il compito di compiere un lavoro di persuasione presso i diversi attori potenziali: è, in fin dei conti, solo dal coinvolgimento e dall'impegno di tutte le parti in causa che dipenderà la piena riuscita della strategia.

⁹ Per «comunità di risorse» si intende l'impiego autonomo di mezzi da parte dei singoli attori per la realizzazione di intenti e misure concordate collettivamente.

Tabella 4
Compiti e attori

Settori d'intervento	Attori preminenti
Formazione	
Corsi di formazione e di perfezionamento per interpreti	Confederazione e istituti di formazione
Corsi di formazione e di perfezionamento per mediatori interculturali	Confederazione e istituti di formazione
Offerte di formazione e di perfezionamento per professioni sanitarie	Confederazione e istituti di formazione
Informazione, prevenzione e promozione della salute	
Prevenzione e promozione della salute nella popolazione immigrata	Confederazione, organizzazioni operanti nel settore «migrazione»
Sensibilizzazione di organizzazioni di servizi operanti nel settore sanitario	Confederazione e organizzazioni operanti nel settore della prevenzione
Fornitura di prestazioni sanitarie	
Servizi di mediazione e coordinamento	Confederazione e Cantoni, organizzazioni private
Creazione di offerte a bassa soglia nei grandi agglomerati urbani	Confederazione, Cantoni e città, servizi privati, assicurazioni malattia
Impiego di servizi d'interpretariato	Confederazione, Cantoni, città, servizi privati
Offerte terapeutiche per persone affette da traumi	
Differenziazione e decentralizzazione dell'offerta esistente	Confederazione e servizi specializzati, assicurazioni malattia
Offerte a bassa soglia per persone affette da traumi	Confederazione e servizi specializzati, assicurazioni malattia
Ricerca	
Ricerca fondamentale ad orientamento pragmatico	Confederazione
Valutazione delle misure	Confederazione
Monitoraggio sanitario della popolazione immigrata	Confederazione

Basi giuridiche	Attuazione delle misure	Possibile finanziamento
Credito per compiti di prevenzione UFSP, articolo sul promovimento dell'integrazione LStr, LAsi, credito per «misure sanitarie di confine»	Istituti di formazione	Confederazione e tasse di frequenza
Credito per compiti di prevenzione UFSP, articolo sul promovimento dell'integrazione LStr, LAsi, credito per «misure sanitarie di confine»	Istituti di formazione	Confederazione e tasse di frequenza
Credito per compiti di prevenzione UFSP	Istituti di formazione	Confederazione: seed-money; A più lungo termine: responsabili dei costi degli istituti di formazione
Credito per compiti di prevenzione UFSP, LAMal (art. 19), credito per «misure sanitarie di confine»	Organizzazioni operanti nel settore «migrazione»	Confederazione, Fondazione 19, SUVA, seco, sindacati, Cantoni
Credito per compiti di prevenzione UFSP, articolo sul promovimento dell'integrazione LStr	Organizzazioni operanti nel settore della prevenzione e della promozione della salute	Confederazione
Credito per compiti di prevenzione UFSP	Cantoni e organizzazioni private	Confederazione: seed-money; Cantoni e iniziative autofinanziate
Legislazioni cantonali e comunali in materia di sanità, LAMal, LAS	Cantoni e città, servizi privati	Confederazione, Cantoni e città; responsabili dei costi dei servizi, assicurazioni malattia
LAsi, legislazioni cantonali e comunali in materia di sanità	Confederazione, Cantoni, città servizi privati	Confederazione, Cantoni, città, servizi privati
LAsi, LAMal	Servizi prestatori specializzati e assistenza di base nel settore psichiatrico	Confederazione e Cantoni, finanziatori privati, assicurazioni malattia
LAsi, LAMal	Servizi prestatori specializzati	Confederazione e Cantoni, finanziatori privati, assicurazioni malattia
Programmi di ricerca, credito per compiti di prevenzione UFSP	Istituti di ricerca	Confederazione
Credito per compiti di prevenzione UFSP, articolo sul promovimento dell'integrazione LStr, LAsi	Istituti di ricerca	Confederazione
Credito per compiti di prevenzione UFSP, articolo sul promovimento dell'integrazione LStr, LAsi	Istituti di ricerca, Osservatorio sanitario	Confederazione

7

Sfide future

La salute della popolazione immigrata in Svizzera è in costante cambiamento. E la problematica sembra andare differenziandosi piuttosto che semplificandosi. Un'elevata capacità d'adeguamento della strategia, tanto dal punto di vista tematico quanto dal punto di vista organizzativo, ci pare dunque necessaria in un'ottica futura. Premessa indispensabile per far ciò è la costante armonizzazione tra le misure adottate e i dati epidemiologici sulla salute della popolazione immigrata. Nel quadro del futuro Osservatorio della salute e della volontà della Confederazione di rielaborare le basi della politica sanitaria, occorre pertanto adottare misure atte a sviluppare uno specifico monitoraggio della salute della popolazione immigrata. I risultati del monitoraggio dovranno poi confluire nell'ulteriore elaborazione e nell'attuazione della strategia in modo da permettere il tempestivo adattamento degli obiettivi ai nuovi sviluppi e il rapido adeguamento delle relative misure ai cambiamenti sociali.

7.1 Valutazione dei risultati

Gli orientamenti strategici della Confederazione nel settore «migrazione e salute» devono rimanere validi per i prossimi cinque anni. La fase d'implementazione dovrà essere accompagnata da una valutazione dei risultati ottenuti, come pure delle difficoltà e degli ostacoli incontrati durante l'attuazione. Questa dovrà fornire, prima ancora della fine del quinquennio di pianificazione, dati utili ad una nuova messa a punto della strategia. Tra le altre cose, sarà eseguita un'analisi dei costi che dovrà permettere di misurare l'efficacia globale della strategia in rapporto alla spesa del sistema sanitario.

La tabella seguente riassume ancora una volta i settori d'intervento della strategia, definendo l'ordine di grandezza dei risultati da raggiungere (cfr. Tabella 5).

Tabella 5
Settori d'intervento e ordini di grandezza dei risultati da raggiungere

Settori d'intervento	Ordine di grandezza dei risultati da raggiungere
Formazione	
Corsi di formazione e di perfezionamento per interpreti	In Svizzera esistono corsi di formazione e di perfezionamento per interpreti specializzati nel settore sanitario.
Corsi di formazione e di perfezionamento per mediatori interculturali	In Svizzera esistono corsi professionali di formazione e di perfezionamento, e una certificazione riconosciuta per mediatori interculturali.
Offerte di formazione e di perfezionamento per professioni sanitarie	Tutte le professioni sanitarie seguono regolarmente offerte di formazione/perfezionamento nel settore «migrazione e salute».
Informazione, prevenzione e promozione della salute	
Prevenzione e promozione della salute nella popolazione immigrata	Interventi preventivi mirati vengono sistematicamente praticati in gruppi di popolazione immigrata.
Sensibilizzazione delle organizzazioni di servizi operanti nel settore sanitario	I maggiori fornitori di prestazioni in Svizzera sono sensibilizzati al tema «migrazione e salute».
Fornitura di prestazioni sanitarie	
Creazione di offerte a bassa soglia nei grandi agglomerati urbani	In tutti i grandi agglomerati urbani esistono offerte sanitarie facilmente accessibili, che forniscono assistenza antiburocratica in caso di problemi sanitari e informano in modo mirato sui servizi.
Servizi di mediazione e coordinamento	In tutte le regioni della Svizzera esistono servizi di mediazione attivi nel settore sanitario e ove possibile in quello sociale.
Impiego di servizi d'interpretariato	In tutte le regioni della Svizzera sono a disposizione servizi professionali d'interpretariato. Il loro finanziamento è chiaro e i fornitori di prestazioni ne utilizzano i servizi.
Offerte terapeutiche per persone affette da traumi	
Differenziazione dell'offerta attuale	Le persone affette da traumi con prospettiva di soggiorno di lungo termine usufruiscono in breve tempo di offerte di prestazioni specializzate e decentralizzate.
Offerte a bassa soglia per persone traumatizzate	Anche per le persone traumatizzate con prospettive di soggiorno non chiare esistono soluzioni di assistenza e trattamento.
Ricerca	
Ricerca fondamentale ad orientamento pragmatico	La Confederazione sostiene progetti di ricerca nel settore «migrazione e salute».
Valutazione delle misure	La strategia «migrazione e salute» e le sue principali misure sono sottoposte a valutazione.
Monitoraggio sanitario della popolazione immigrata	In Svizzera è praticato un monitoraggio sistematico della situazione sanitaria della popolazione immigrata.



Allegato I

Nota metodologica in merito all'elaborazione della strategia

L'incarico di elaborare i principi di base della strategia della Confederazione nel settore «migrazione e salute» è stato affidato al Forum suisse pour l'étude des migrations¹⁰. Questo si è subito trovato a dover sciogliere una questione di fondamentale importanza: come creare consenso sociale intorno ad una strategia futura. Sul piano della procedura metodologica, uno studio di Delphi appariva in questo contesto particolarmente utile, perlomeno per quel che riguardava la ricerca di un consenso settoriale (ovvero la convergenza della maggior parte della collettività di attori interessanti su una strategia).

Sviluppata negli anni Sessanta, l'analisi Delphi prevede una procedura multi-livello. Mentre un sondaggio rappresentativo condotto sui gruppi di popolazione che ci interessano fornirebbe una rappresentazione puramente numerica della loro situazione di salute, l'applicazione della tecnica Delphi consente agli esperti di fare una stima della loro situazione empirica. In una seconda fase, i diversi attori vengono poi rispettivamente condotti, sulla base di queste interpretazioni, a formarsi una propria immagine della situazione. Gli obiettivi che possono essere formulati a questo proposito sono diversi: poter trarre delle previsioni, poter provare situazioni di conflitto politico o poter innescare processi di formazione del consenso. Se si opta per quest'ultimo obiettivo, quella che si ha è una cosiddetta «decision Delphi». Questo è l'approccio che si è esplicitamente perseguito nel nostro caso.

Si è dunque proceduto come segue: in una prima fase, si è contattato un numero relativamente grosso (oltre 300) di attori che hanno un ruolo di spicco nel settore d'intervento in esame. A questi è stato poi chiesto di pronunciarsi su problematiche e soluzioni (a mezzo di un questionario strutturato). In una seconda fase si sono riassunti i risultati e si sono invitati gli attori interpellati nella prima tornata a prendere posizione in merito ai risultati, commentando ad esempio la loro importanza, ponderando eventuali obiettivi d'azione, ecc.

Alla prima tornata hanno partecipato 145 degli attori interpellati; alla seconda 102. Le principali categorie di interpellati sono elencate nella Tabella 6.

In una terza fase, sono stati condotti dei colloqui di ricerca del consenso, volti a far convergere una parte rappresentativa delle persone interpellate su una possibile linea strategica. Ai partecipanti è stata quindi sottoposta una strategia potenziale per determinati settori, che doveva servire da base di partenza per i colloqui. I colloqui sono stati organizzati sotto forma di gruppi-

focus e si sono articolati in sei incontri¹¹. Ai gruppi-focus hanno preso parte, in totale, circa 70 esperti.

Lo svolgimento della ricerca è stato seguito da un gruppo-guida e da un gruppo di supporto scientifico. Il gruppo-guida ha incontrato gli attori del settore «migrazione e salute» e diretto i sei incontri: ha così potuto prendere posizione da punto di vista contenutistico in merito ai risultati intermedi e supportare il team di ricerca nell'interpretazione dei risultati. Il gruppo di supporto scientifico è stato invece chiamato ad intervenire soprattutto su questioni metodologiche. Si è inoltre preoccupato di fare coerenza tra i principi scientifici elaborati nel processo e la letteratura esistente in materia¹².

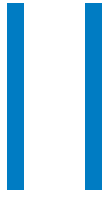
¹⁰ Hanno partecipato ai lavori i seguenti ricercatori: Sandro Cattacin, Milena Chimienti, Denise Efonayi-Mäder, Martin Niederberger, Stefano Losa.

¹¹ Un gruppo-focus è formato da membri che hanno interessi e in parte anche caratteristiche analoghe, ed ha in genere un taglia critica di circa 6–10 persone. In concreto, il gruppo-focus viene spinto ad affrontare una discussione per approfondire un dato tema. L'animatore o l'animatrice del gruppo si orienta durante il colloquio verso un certo ceppo tematico e cerca in modo sistematico di mettere a confronto le opinioni e gli argomenti di tutti i partecipanti su alcuni punti scelti. Gli stessi gruppi-focus possono essere riuniti più volte e discutere anche di aspetti minori.

¹² Il rapporto tecnico, in francese, è consultabile all'indirizzo web: www.unine.ch/fsm.

Tabella 6
Principale categorie di
partecipanti alla seconda tornata
dell'indagine Delphi

Principali partecipanti	Numero	Percentuale
Ospedali/Medici	22	21,6
Opere di soccorso	15	14,7
Organizzazioni attive nel settore «migrazione»	7	6,9
Confederazione	10	9,8
Cantoni	15	14,7
Altri	33	32,4
Totale	102	100,0



Allegato II

Disposizioni legislative rilevanti

RS 0.101

Convenzione del 4 novembre 1950 per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU; entrata in vigore il 28 novembre 1974)

RS 0.518.51

Convenzione di Ginevra del 12 agosto 1949 per la protezione delle persone civili in tempo di guerra (entrata in vigore il 21 ottobre 1950)

RS 142.20

Legge federale del 26 marzo 1931 concernente la dimora e il domicilio degli stranieri (LDDS)

Art. 25

1 Il Consiglio federale esercita l'alta vigilanza sull'applicazione delle disposizioni federali in materia di polizia degli stranieri. Esso emana le disposizioni necessarie per l'esecuzione della presente legge. È particolarmente autorizzato a stabilire delle norme circa:

a...

...

i. l'istituzione di una Commissione consultiva per le questioni relative agli stranieri, composta di cittadini svizzeri e stranieri, e la definizione dei compiti attribuiti alla stessa.

Art. 25a

1 La Confederazione può versare sussidi per l'integrazione sociale degli stranieri; di norma tali sussidi sono accordati soltanto se i Cantoni, i Comuni o terzi partecipano adeguatamente alla copertura delle spese. Il Consiglio federale disciplina la procedura.

2 La Commissione consultiva istituita dal Consiglio federale conformemente all'articolo 25 capoverso 1 lettera i è autorizzata a proporre il versamento di sussidi e a fornire il proprio parere sulle richieste di sussidi.

3 L'Assemblea federale fissa nel preventivo l'importo annuale massimo.

RS 142.205

Ordinanza del 13 settembre 2000 sull'integrazione degli stranieri (OIntS)

Art. 16 Ambiti

Possono essere accordati sussidi in particolare per:

a. migliorare il livello di formazione generale degli stranieri e favorire la loro conoscenza delle lingue nazionali;

b. ...

...

g. sostenere le misure volte a migliorare la salute della popolazione straniera;

h. garantire la formazione e il perfezionamento delle persone attive nel settore degli scambi interculturali (mediatori);

...

RS 142.31

Legge sull'asilo del 26 giugno 1998 (LAsi)

Art. 88 Somme forfettarie

1 Per i richiedenti l'asilo e le persone bisognose di protezione non titolari di un permesso di dimora, la Confederazione versa ai Cantoni, al massimo fino al giorno in cui l'allontanamento dev'essere eseguito o al giorno in cui tali persone ricevono o hanno diritto a un permesso di dimora:

a. una somma forfettaria per le spese d'assistenza; e

b. un contributo forfettario per le spese di servizio sociale e amministrazione.

2 Per le persone bisognose di protezione che hanno diritto a un permesso di dimora in virtù dell'articolo 74 capoverso 2, la Confederazione versa ai Cantoni la metà della somma forfettaria prevista dal capoverso 1 lettera a fino al giorno in cui l'allontanamento dev'essere eseguito o al giorno in cui è accordato il permesso di domicilio o, al più tardi, fino al giorno in cui tale permesso potrebbe essere rilasciato in virtù dell'articolo 74 capoverso 3.

3 Per i rifugiati, la Confederazione versa ai Cantoni una somma forfettaria per le spese d'assistenza, di servizio sociale e d'amministrazione, fino alla concessione del permesso di domicilio o fino al giorno in cui nasce un diritto di domicilio in virtù dell'articolo 60 capoverso 2.

4 Il Consiglio federale può ordinare il versamento di somme forfettarie in altri casi ove lo giustifichino circostanze particolari; tale è il caso in particolare se si tratta di rifugiati con permesso di domicilio o di persone bisognose di protezione titolari di un permesso di dimora o di domicilio, a condizione che gli uni e le altre siano anziani o handicappati.

Art. 91 Altri sussidi

1 La Confederazione può incoraggiare l'attuazione di programmi d'occupazione e di formazione d'utilità pubblica.

...

3 Può versare sussidi a istituzioni che prendono a carico persone traumatizzate che soggiornano in Svizzera sulla base della presente legge.

4 Può versare sussidi per favorire l'integrazione sociale, professionale e culturale dei rifugiati e delle persone bisognose di protezione che hanno diritto a un permesso di dimora; di regola, tali contributi sono versati soltanto se i Cantoni, i Comuni o terzi partecipano adeguatamente alla copertura dei costi.

5 Può versare ai Cantoni un sussidio per il pagamento dei premi per le casse malati.

...

Art. 93 Aiuto al ritorno e reintegrazione

1 La Confederazione presta un aiuto al ritorno. A tale scopo può prevedere le misure seguenti:

- a. finanziamento integrale o parziale di progetti, in Svizzera, per il mantenimento della capacità al ritorno;
- b. finanziamento integrale o parziale di progetti nel Paese d'origine o di provenienza o in uno Stato terzo per facilitare il ritorno e la reintegrazione;
- c. in casi particolari, un sostegno finanziario per facilitare l'integrazione o per assicurare l'assistenza sanitaria nel Paese d'origine o di provenienza o in uno Stato terzo.

...

RS 142.312

Ordinanza 2 dell'11 agosto 1999 sull'asilo relativa alle questioni finanziarie (Ordinanza 2 sull'asilo, OAsi 2)

Art. 26 Richiedenti l'asilo, persone ammesse provvisoriamente e persone bisognose di protezione non titolari di un permesso di dimora

- 1 La Confederazione rimborsa ai Cantoni le spese per l'assistenza medica necessaria in modo forfettario, sempreché l'assunzione dei costi non avvenga in base all'articolo 28.
- 2 L'Ufficio federale fissa le somme forfettarie giornaliere per minorenni, giovani adulti e maggiorenni per ogni Cantone alla fine di ogni anno per l'anno civile seguente. Il calcolo si fonda su:
 - a. i premi medi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (ordinanza del 28 ottobre 1998 sui premi medi cantonali dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie per il calcolo delle prestazioni complementari) stabiliti dal Dipartimento federale dell'interno per l'anno civile seguente;
 - b. gli importi integrali della franchigia minima e delle aliquote percentuali giusta l'articolo 64 della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal).
- 3 Fintanto che la Confederazione rimborsa ai Cantoni i premi delle casse malati secondo il capoverso 2, è sospeso il diritto ai sussidi per le riduzioni dei premi di richiedenti l'asilo, di persone ammesse provvisoriamente e di persone bisognose di protezione non titolari di un permesso di dimora secondo l'articolo 65 LAMal. Il diritto riprende nel momento in cui queste persone ottengono il riconoscimento dello statuto di rifugiato o in cui, in quanto bisognose di protezione, hanno diritto d'ottenere un permesso di dimora.
- 4 Per richiedenti l'asilo, persone ammesse provvisoriamente e persone bisognose di protezione non titolari di un permesso di

dimora, i Cantoni limitano la scelta dell'assicuratore e dei fornitori di prestazioni, segnatamente nei casi in cui tra le assicurazioni e i fornitori di prestazioni sono state concluse convenzioni ai sensi degli articoli 42 capoverso 2 e 62 LAMal. I Cantoni prendono le misure adeguate allo scopo di garantire la qualità dell'offerta. Per il resto, è applicabile per analogia l'articolo 41 capoverso 4 LAMal.

5 Se un Cantone ha limitato la scelta dell'assicuratore e dei fornitori di prestazioni conformemente al capoverso 4, la Confederazione gli rimborsa la somma forfettaria giornaliera per tutti i giorni dei mesi iniziati per tutte le categorie d'età. Inoltre, invece della somma forfettaria per giovani adulti, il Cantone riceve quella per maggiorenni.

Art. 27 Rifugiati e persone bisognose di protezione titolari di un permesso di dimora

- 1 Per rifugiati e persone bisognose di protezione titolari di un permesso di dimora, l'Ufficio federale rimborsa ai Cantoni gli importi integrali della franchigia minima e delle aliquote percentuali ai sensi dell'articolo 64 LAMal. I premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non sono presi a carico.
- 2 I costi dell'ulteriore assistenza medica necessaria sono rimborsati giusta l'articolo 28.

Art. 28 Rimborso di cure mediche particolari

- 1 Qualora le spese qui di seguito non siano assunte da istituzioni assicurative o da altre istituzioni responsabili dei costi, la Confederazione rimborsa ai Cantoni, fatti salvi i capoversi 2 a 5, gli esborsi effettivi per:
 - a. le necessarie prestazioni mediche in natura;
 - b. la formazione speciale secondo l'articolo 19 della legge sull'assicurazione per l'invalidità (LAI);
 - c. l'assistenza di minorenni grandi invalidi ai sensi dell'articolo 20 LAI;
 - d. le necessarie cure dentarie nonché gli onorari per i dentisti di fiducia.
- 2 Non sono considerati rimborsabili i costi per:
 - a. prestazioni per l'integrazione professionale di richiedenti l'asilo e persone bisognose di protezione non titolari di un permesso di dimora, ai sensi degli articoli 15 a 18 LAI;
 - b. prestazioni non facenti parte del catalogo delle prestazioni di base delle assicurazioni sociali, tra cui anche i medicinali non autorizzati;
 - c. prestazioni di un fornitore di prestazioni non autorizzato dalle assicurazioni sociali in questione;
 - d. differenze tariffali in seguito a cure effettuate in un altro Cantone giusta l'articolo 41 capoverso 3 LAMal;
 - e. premi arretrati dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;
 - f. trasporti di salme e cerimonie funebri.

- 3 Le spese per le prestazioni secondo il capoverso 1 lettere a–c sono rimborsate soltanto nel caso in cui sarebbero prese a carico in virtù delle disposizioni legali in materia di assicurazione malattie e invalidità e se l'interessato ne ha diritto.
- 4 L'Ufficio federale fissa gli standard applicabili al rimborso delle spese per le cure dentarie di cui al capoverso 1 lettera d. L'Ufficio federale designa per ogni Cantone almeno un dentista di fiducia dopo aver consultato i Cantoni e l'organizzazione professionale.
- 5 I Cantoni decidono circa la necessità e l'opportunità della cura dentaria. Se le spese di cura superano l'importo di 2000 franchi per caso singolo, i Cantoni richiedono il parere dello specialista designato conformemente al capoverso 4 o del dentista scolastico. L'Ufficio federale rimborsa ai Cantoni i costi derivanti dagli onorari per i pareri, anche se le spese di cura sono inferiori a 2000 franchi.
- 6 L'Ufficio federale rimborsa le spese relative alla visita sanitaria di confine giusta l'articolo 33 della legge del 18 dicembre 1970 sulle epidemie per i richiedenti l'asilo, le persone bisognose di protezione e i rifugiati. La procedura di conteggio è retta dalle istruzioni dell'Ufficio federale.

Art. 29 Spese di servizio sociale per richiedenti l'asilo e persone bisognose di protezione non titolari di un permesso di dimora

- 1 La Confederazione rimborsa trimestralmente a ogni Cantone per l'assistenza sociale di richiedenti l'asilo e persone bisognose di protezione senza permesso di dimora un sussidio di base di 75 000 franchi e un importo K secondo la formula:

$$K = \frac{B \times Z}{W} \times \frac{y}{100}$$

Nella formula s'intendono:

- B = importo di base di 21'306'576 franchi;
 Z = numero di nuovi richiedenti l'asilo e di nuove persone bisognose di protezione, calcolato in base alle nuove entrate registrate nell'AUPER, al termine del trimestre in questione e dei tre trimestri precedenti;
 W = previsione di base di 22'000 nuove entrate;
 Y = chiave di ripartizione determinante giusta l'articolo 27 della legge.
- 2 Se il numero delle nuove entrate per trimestre (Z) scende al di sotto di 22'000, l'importo di base (B) non subisce variazioni fintantoché le nuove entrate trimestrali non raggiungano l'80 per cento della previsione di base (W). La formula in questo caso è:

$$K = B \times \frac{y}{100}$$

- 3 Se il numero delle nuove entrate per trimestre (Z) scende sotto l'80 per cento della previsione di base (W) di 22'000 unità, l'importo di base (B) per tale trimestre è proporzionalmente decurtato. La formula in questo caso è:

$$K = B \times \frac{(Z+0,2W)}{W} \times \frac{y}{100}$$

- 4 L'importo di base (B) giusta il capoverso 1 nonché il sussidio di base sono adeguati annualmente all'indice salariale (salario nominale dei prestatori d'opera; base 1939 = 100 in per cento).
- 5 L'Ufficio federale partecipa al perfezionamento professionale specifico del personale di soccorso. A tal fine esso preventiva l'1 per cento dell'importo annuale (K) giusta il capoverso 1.
- 6 In situazioni straordinarie l'Ufficio federale può ridurre i sussidi per le spese di servizio sociale. È segnatamente il caso se le nuove entrate superano le 42'000 unità.

Art. 31 Spese di servizio sociale e di amministrazione per rifugiati

- 1 La Confederazione versa trimestralmente a ogni Cantone per le spese di servizio sociale e amministrazione a favore dei rifugiati fino al rilascio del permesso di domicilio, ma al più tardi fino al giorno in cui nasce un diritto in virtù dell'articolo 60 capoverso 2 della legge, un importo K secondo la formula:

$$K = \frac{(M+N)}{2} + \frac{(O+P)}{2} \times \text{Fr. } 565.70$$

Nella formula s'intendono:

- M = numero di rifugiati l'ultimo giorno del trimestre precedente secondo il Registro centrale degli stranieri (RCS);
 N = numero di rifugiati l'ultimo giorno del trimestre secondo il RCS;
 O = numero dei rifugiati ammessi provvisoriamente e recensiti l'ultimo giorno del trimestre precedente secondo l'AUPER;
 P = numero dei rifugiati ammessi provvisoriamente e recensiti l'ultimo giorno del trimestre secondo l'AUPER.
- 2 L'importo forfettario secondo il capoverso 1 è adeguato ogni anno all'indice salariale (salario nominale dei prestatori d'opera; base 1939 = 100 in per cento).

Art. 41 In generale

- 1 Programmi d'occupazione e di formazione per richiedenti l'asilo e persone bisognose di protezione non titolari di un permesso di dimora sono nell'interesse della comunità e non hanno scopo lucrativo. Essi ampliano le competenze sociali e professionali e devono contrastare gli effetti negativi della mancanza d'impiego e d'occupazione.
- 2 Ai partecipanti può essere concesso un indennizzo. Esso non deve rappresentare un salario determinante ai sensi dell'articolo 5 della LAVS.

Art. 43 Sussidi federali

- 1 L'Ufficio federale può versare sussidi federali ai Cantoni per i programmi d'occupazione e di formazione.
- 2 Il versamento dei sussidi federali avviene esclusivamente in base a mandati di prestazione tra i Cantoni e l'Ufficio federale.
- 3 Il sussidio federale massimo ammonta a 1 franco al giorno per

tutti i richiedenti l'asilo e le persone bisognose di protezione non titolari di un permesso di dimora che necessitano di assistenza. Il sussidio è adeguato alla fine di ogni anno all'indice nazionale dei prezzi al consumo per l'anno civile seguente.

Art. 44

- 1 L'Ufficio federale può versare ogni anno un sussidio alle spese di istituzioni che prendono a carico persone traumatizzate.
- 2 Il sussidio della Confederazione si prefigge in particolare di promuovere l'attività didattica e di ricerca nell'ambito dell'assistenza speciale alle persone traumatizzate. La concessione di un sussidio federale presuppone che, ai sensi delle disposizioni della LAMal, il beneficiario sia autorizzato a fornire prestazioni nelle relative istituzioni.

Art. 45

- 1 L'Ufficio federale partecipa alle spese di progetti d'integrazione sociale, professionale e culturale dei rifugiati e delle persone bisognose di protezione titolari di un permesso di dimora, sempreché la loro situazione particolare richieda siffatte misure e la Confederazione sia tenuta a rimborsare le spese per queste persone secondo l'articolo 88 capoversi 2 e 3 della legge. Non sussiste diritto alcuno al versamento di sussidi federali.
- 2 L'Ufficio federale fa rilevare periodicamente i fabbisogni d'integrazione delle persone di cui al capoverso 1 e determina l'ordine di priorità per l'erogazione dei sussidi federali dopo aver sentito la Commissione federale per i rifugiati (CFR) e quella per gli stranieri (CFS).
- 3 L'Ufficio federale può delegare il coordinamento e il finanziamento delle attività inerenti ai progetti con un mandato di prestazione a terzi, segnatamente all'organizzazione mantello delle istituzioni di soccorso autorizzate o a uno speciale centro di coordinamento. Per il rimborso delle relative spese si applica per analogia l'articolo 80.
- 4 Il servizio incaricato ai sensi del capoverso 3 emana un regolamento circa le modalità di finanziamento dei progetti, che deve essere approvato dall'Ufficio federale. Se respinge una domanda inerente a un progetto, il servizio ne dà comunicazione scritta all'organismo responsabile del progetto, indicandogli i motivi della decisione e informandolo che può presentare opposizione all'Ufficio federale entro 30 giorni.
- 5 L'Ufficio federale può rimborsare in singoli casi prestazioni per l'integrazione professionale, segnatamente oneri salariali, assegni per il periodo di introduzione, misure di perfezionamento, di riqualificazione e d'integrazione. È fatto salvo l'articolo 22 capoverso 1.

Art. 68 Sussidi federali

- 1 Nell'ambito del credito accordato annualmente dal Parlamento, l'Ufficio federale versa sussidi federali sotto

forma di una somma forfettaria ai consultori per il ritorno giusta l'articolo 66 capoverso 1. Per il calcolo della somma forfettaria è di regola determinante la chiave di riparto di cui all'articolo 21 dell'ordinanza 1 sull'asilo dell'11 agosto 1999. Ai Cantoni con un'aliquota di ripartizione fino all'1,6 per cento è concesso un importo forfettario minimo che permetta la gestione di un consultorio per il ritorno.

- 2 Su domanda, l'Ufficio federale può versare sussidi federali sotto forma di una somma forfettaria ai servizi di coordinamento cantonali responsabili per i progetti finalizzati al ritorno giusta l'articolo 66 capoversi 2 e 3.
- 3 Per progetti concernenti il ritorno finalizzati alla formazione secondo l'articolo 66 capoversi 2 e 3, il servizio di coordinamento cantonale chiede, prima di inoltrare la domanda, il consenso delle competenti autorità preposte al mercato del lavoro.
- 4 Per progetti concernenti il ritorno finalizzati ad attività imprenditoriali l'Ufficio federale può, su domanda, assumere le spese di formazione che superano l'importo forfettario. L'Ufficio federale definisce genere e ammontare delle spese supplementari da rimborsare.

RS 818.125.11

Ordinanza del 6 luglio 1983 concernente i provvedimenti del Servizio sanitario di confine

RS 851.1

Legge federale del 24 giugno 1977 sulla competenza ad assistere le persone nel bisogno (Legge federale sull'assistenza, LAS; stato al 28 settembre 1999)

Art. 20 Stranieri domiciliati in Svizzera

- 1 Gli stranieri domiciliati in Svizzera sono assistiti dal Cantone di domicilio, sempreché la legislazione di questo Cantone, il diritto federale o trattati internazionali lo prevedano.
- 2 Se uno straniero abbisogna di aiuto immediato fuori del Cantone di domicilio, l'articolo 3 s'applica per analogia.

Art. 21 Stranieri non domiciliati in Svizzera

- 1 Se uno straniero dimorante in Svizzera ma non quivi domiciliato abbisogna di aiuto immediato, il Cantone di dimora è tenuto ad assisterlo.
- 2 Il Cantone di dimora provvede affinché l'assistito ritorni nello Stato di domicilio o di origine, salvo parer contrario del medico.

Art. 22 Rimpatrio

È riservato il rimpatrio giusta le disposizioni delle convenzioni d'assistenza o della legge federale del 26 marzo 1931 concernente la dimora e il domicilio degli stranieri.

Disposizioni proposte nell'avamprogetto di nuova legge sugli stranieri (stato al termine della procedura di consultazione):

Capitolo 8: Integrazione (art. 53–55)

Art. 53 Promovimento dell'integrazione

- 1 Nell'adempiere i loro compiti rispettivi, la Confederazione, i Cantoni e i Comuni tengono conto delle esigenze dell'integrazione.
- 2 Essi creano condizioni favorevoli alla parità di opportunità e alla partecipazione della popolazione straniera alla vita pubblica.
- 3 Essi incoraggiano segnatamente l'apprendimento di una lingua nazionale, l'avanzamento professionale, la costituzione di una previdenza contro malattia e infortunio, nonché tutto quanto è in grado di facilitare la comprensione reciproca della popolazione svizzera e straniera nonché la loro convivenza.
- 4 Essi tengono conto delle esigenze particolari dell'integrazione delle donne, dei fanciulli e dei giovani.

Art. 54 Commissione degli stranieri

Il Consiglio federale istituisce una commissione consultiva composta di cittadini stranieri e svizzeri.

- 2 La commissione si occupa di questioni sociali, economiche, culturali, politiche, demografiche e giuridiche risultanti dalla presenza degli stranieri in Svizzera.
- 3 Essa collabora con le competenti autorità federali, cantonali e comunali, con i servizi e le commissioni cantonali e comunali per gli stranieri nonché con le organizzazioni di stranieri e le organizzazioni non governative attive nel settore dell'integrazione. Prende parte allo scambio di opinioni ed esperienze sul piano internazionale.
- 4 La commissione è autorizzata a proporre il versamento di contributi finanziari (art. 54) e a pronunciarsi in merito alle domande di sussidio inoltrate.
- 5 Il Consiglio federale può attribuire alla commissione ulteriori compiti.

Art. 55 Informazione

- 1 Confederazione, Cantoni e Comuni informano gli stranieri in modo adeguato sulle condizioni di vita in Svizzera e segnatamente sui loro diritti e doveri.
- 2 Gli stranieri sono informati circa l'offerta esistente in materia di promovimento dell'integrazione.
- 3 Confederazione, Cantoni e Comuni informano la popolazione sulla politica migratoria e sulla situazione particolare degli stranieri.

Letteratura e ulteriori approfondimenti bibliografici

Principi

- Piguët, Etienne; Wanner, Philippe. Naturalisierungen in der Schweiz. Neuchâtel, Ufficio federale di statistica, 2000.
- Cattacin, Sandro; Efiouyi Denise; Wanner Philippe. Etat social et migration. Neuchâtel, Forum suisse pour l'étude des migrations, 2001.
- Ufficio federale di statistica (UST). Migration und ausländische Bevölkerung in der Schweiz. Neuchâtel, UST, 1998.
- Ufficio federale di statistica. Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz 1998. Neuchâtel, UST, 1999.
- Ufficio federale di statistica. Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz 1999. Neuchâtel, UST, 2000.
- Ufficio federale di statistica. Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz 2000. Neuchâtel, UST, 2001.
- Organizzazione mondiale della sanità (OMS), Ottawa-Charta, OMS, 1986.
- Leu, Robert; Burri Stefan; Priester Tom. Lebensqualität und Armut in der Schweiz. Berna, P. Haupt, 1997.
- Coulon, Augustin; Flückiger, Yves. Intégration de la main d'œuvre étrangère sur le marché du travail suisse: une analyse des données ESPA 1993. Ginevra, Université de Genève, Faculté de sciences économiques et sociales, 1994.
- Kälin, Walter. Grundrechte im Kulturkonflikt: Freiheit und Gleichheit in der Einwanderungsgesellschaft. Zurigo, NZZ-Verlag, 2000.

Politica della Svizzera in materia di migrazione e di integrazione

- Mahnig, Hans. «La question de «l'intégration» ou Comment les immigrés deviennent un enjeu politique: une comparaison entre la France, l'Allemagne, les Pays-Bas et la Suisse», *Sociétés contemporaines* (33/34): 15–38, 1999.
- Niederberger, Josef Martin. «Die politisch-administrative Regelung von Einwanderung und Aufenthalt von Ausländern in der Schweiz: Strukturen, Prozesse, Wirkungen», in Hoffmann-Nowotny, Hans-Joachim und Karl-Otto Hondrich (ed.), *Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland und in der Schweiz: Segregation und Integration: eine vergleichende Untersuchung*. Francoforte s.M., Campus, 1982, pp. 11–123.
- Haug, Werner. *Vom Einwanderungsland zur multikulturellen Gesellschaft: Grundlagen für eine schweizerische Migrationspolitik*. Berna, Ufficio federale di statistica, 1995.
- Commissione federale degli stranieri. *Rapporto sull'integrazione*. Berna, EDMZ, 2000.

Salute e migrazione: principi

- Abel, Th.; Gesundheitsrelevante Lebensstile: Zur Verbindung von handlungs- und strukturtheoretischen Aspekten in der modernen Ungleichheitsforschung. In: Maeder, Ch. et al. (ed.). Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Beiträge zur Soziologie der Gesundheit. Zurigo, Seismo, 1999, p. 43–61.
- David, M.; Borde, Th.; Kentenich, H. (ed.). Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibungen und Zukunftsmodelle. Francoforte s.M., Mabuse, 1999, 2a ed.
- Weiss, Regula. Gesundheit und Migration. Psychosoziale Aspekte. Zurigo, Seismo, 2002.
- Bischoff, Alexander N. Migration and health in Switzerland. Ginevra, Unité de médecine des voyages et des migrations, Hôpitaux universitaires de Genève, 1997.
- Vranjes, Nenad; Bisig, Brigitte E.; Gutzwiller, Felix. Gesundheit der Ausländer in der Schweiz. Liebefeld, Unità speciale Dipendenze e Aids, Ufficio federale della sanità pubblica, 1996.

Precarietà e difficoltà sociali della popolazione immigrata in Svizzera

- Tabin, Jean-Pierre. Les paradoxes de l'intégration. Losanna, EESP, 1999.
- Lamprecht, M.; Stamm, H. Individualisiertes Gesundheits Handeln und soziale Lage. In: Maeder, Ch. et al. (ed.). Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Beiträge zur Soziologie der Gesundheit. Zurigo, Seismo, 1999, p. 62–85.
- Efionayi, Denise. Sozialhilfe für Asylsuchende im europäischen Vergleich. Neuchâtel, Forum suisse pour l'étude des migrations, 1999.
- f – Frauenfragen. Schwerpunkt Migration. Berna, Commissione federale per le questioni femminili, 1999/2.

Interpretariato e comunicazione interculturale nel sistema sanitario

- Weiss, Regula; Stucker, Rahel. Übersetzung und kulturelle Mediation im Gesundheitssystem: Grundlagenbericht. Neuchâtel, Forum suisse pour l'étude des migrations, 1998.
- Bischoff, Alexander; Loutan, Louis. Mit anderen Worten. Dolmetschen in Behandlung, Beratung und Pflege. Berna, Ufficio federale della sanità pubblica e Ginevra, Hôpital cantonal de Genève, 2000.

Traumi e terapie

- Wicker, Hans-Rudolf. Die Sprache extremer Gewalt: Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen. Berna, Institut für Ethnologie, 1993.
- Weiss, Regula. Therapie mit gefolterten Flüchtlingen: Schwierigkeiten und Chancen. Zurigo, 1994.

- Moser, C.; Nyfeler, D.; Verwey, M. (ed.). Traumatisierung von Flüchtlingen und Asylsuchenden. Zurigo, Seismo, 2001.

Temi particolari

- Domenig D.; Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Berna, Huber, 2001
- Domenig, D. (ed.). Professionelle transkulturelle Pflege. Praxishandbuch für Pflegenden und Hebammen. Berna, Huber, 2001.
- Henley, A.; Schott, J. Culture, Religion and Patient Care in Multi-ethnic Society. Handbook for professionals. Londra, Age Concern, 1999.
- Haour-Knipe, Mary; Rector, Richard (ed.). Crossing borders: migration, ethnicity and AIDS. Londra, Taylor & Francis, 1996.
- David, M.; Borde, Th.; Kentenich, H. (ed.). Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Francoforte s.M., Mabuse, 2000.
- Ufficio federale per l'uguaglianza fra donna e uomo e Ufficio federale della sanità pubblica (ed.). Geschlecht und Gesundheit ab 40: die Gesundheit von Frauen und Männern in der zweiten Lebenshälfte. Berna, Huber, 1997.
- Salis Gross, C.; Blöchliger, C.; Moser, C.; Zuppinger, B. Die Arzt-Patienten-Interaktion in der hausärztlichen Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen. Schlussbericht. Basilea, Schweizerisches Tropeninstitut (STI), 1997.

Glossario

Assimilazione degli immigrati

Utilizzato in discorsi a carattere etnocentrico, il termine «assimilazione» è stato coniato negli anni Sessanta. Esso descrive l'equiparazione dei comportamenti e dei valori degli immigrati a quelli della popolazione indigena.

Servizi che forniscono prestazioni nel settore socio-sanitario

L'uso che si fa del termine nel presente testo abbraccia l'intero lato dell'offerta di servizi nel settore socio-sanitario. Rientrano in questa categoria ospedali, medici, nutrizionisti, psicologi, ecc.

Interpretariato del settore socio-sanitario

Viene così descritta l'attività, professionalmente riconosciuta, che consente la comunicazione tra persone di lingua diversa nel settore socio-sanitario. Utilizzato in situazioni di faccia a faccia, l'interpretariato consiste nella traduzione orale di una dichiarazione da una lingua ad un'altra, coinvolgendo anche gli elementi semantici della comunicazione.

Concetto globale di salute

Proposto dall'Organizzazione mondiale della sanità (Carta di Ottawa dell'OMS), il concetto serve alla maggior parte dei Paesi come strumento d'orientamento della politica sanitaria. Partendo da un'idea di salute che comprende il benessere fisico, mentale e sociale del singolo, il concetto mira ad innalzare la capacità di vita autonoma delle persone lungo l'intero arco della loro esistenza.

Integrazione degli immigrati

Il termine descrive il progressivo inserimento degli immigrati in una società che riconosca loro la possibilità di un'equa partecipazione alla vita sociale, politica ed economica. Obiettivo dell'integrazione è formare una comunità di persone caratterizzata dal reciproco rispetto per la differenza e la pluralità.

Mediazione interculturale nel settore socio-sanitario

Viene così descritta l'attività, professionalmente riconosciuta, che permette di mediare tra mentalità e modi di vita diversi nel contesto multiculturale delle migrazioni. Tutelando gli interessi di entità diverse (gruppi, singoli e istituzioni), la mediazione interculturale consente di intraprendere azioni, di divulgare informazioni e di sensibilizzare nei confronti delle esigenze delle parti coinvolte. Il mediatore interculturale lavora attivamente con le reti sociali: quello della mediazione è infatti un lavoro impegnativo che si appoggia spesso alla figura del moltiplicatore. In quanto appartenenti ad un determinato gruppo di popolazione e/o a un

certo «setting», sono i moltiplicatori a ripercuotere poi le informazioni all'interno delle rispettive strutture d'appartenenza. Per mediazione interculturale non si intende tuttavia «composizione dei conflitti».

Immigrati

Nel testo, il termine «immigrati» designa sia le persone giunte in Svizzera da un altro Paese (immigrazione esterna) sia quelle che hanno un vissuto familiare direttamente legato al fenomeno dell'emigrazione (discendenti di immigrati). Il termine non si applica tuttavia a Svizzeri rimpatriati o ai loro discendenti.

Persone provenienti da esperienze di migrazione

La definizione è utilizzata nel testo per indicare tutte le persone che hanno alle spalle esperienze legate al fenomeno migratorio, specie gli immigrati di seconda generazione. Anche in questo caso, la nazionalità non gioca alcun ruolo; il termine si riferisce più che altro a situazioni di vita.

Moltiplicatori

Il termine «moltiplicatori» designa le persone impiegate da mediatori interculturali professionisti per diffondere decisioni e informazioni all'interno di gruppi o di «setting» a cui i primi hanno accesso agevolato.

Esiste una versione ridotta dell'opuscolo in 13 lingue.

Tale versione è disponibile all'indirizzo

www.bag.admin.ch

Versioni linguistiche

albanese

arabo

tedesco

inglese

francese

italiano

croato

portoghese

russo

serbo

spagnolo

tamil

turco