

Migrazione e salute

Sintesi della strategia federale fase II (2008 – 2013)



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Impressum

© Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)
La riproduzione è permessa solo citando la fonte

Editore

Ufficio federale della sanità pubblica
Data di pubblicazione: gennaio 2008

Testo

Herbert Cerutti, Wolfhausen
Redazione: Agathe Blaser

Fotografie

Hansueli Trachsel, Bremgarten

Altre informazioni e fonti informative

UFSP, Unità di direzione Politica della sanità, Divisione Politica della sanità multisettoriale,
Sezione Pari opportunità e salute, CH-3003 Berna
E-Mail: migrationundgesundheit@bag.admin.ch, www.miges.admin.ch
Responsabile: Petra Aemmer

Stampa su carta bianca esente da cloro

Numero di pubblicazione UFSP: BAG GP 1.08 2'000 d 1'000 f 600 i 500 e 30EXT07012
ISBN 3-905235-66-8

Migrazione e salute

Sintesi della strategia federale fase II (2008 – 2013)

Indice

7	In merito a questa pubblicazione
9	La Svizzera, paese d'immigrazione
13	Di cosa soffrono gli immigrati
15	La malattia ha molte cause
19	La strategia federale Migrazione e salute 2002 – 2007
21	La strategia successiva Migrazione e salute 2008 – 2013
29	Gestione e messa in atto della strategia
30	Letteratura, indirizzi e link

In merito a questa pubblicazione

Migliorare l'integrazione della popolazione migrante è un obiettivo centrale della politica della Confederazione. In virtù della nuova legge sugli stranieri e intendendo l'integrazione come un compito generale che deve essere preso in considerazione per qualsiasi azione a livello di società e di Stato, per la prima volta i Dipartimenti e gli Uffici collaborano in questo settore. Orientandosi a questa massima, in Svizzera sono state adottate numerose misure d'integrazione e attori provenienti dai più diversi settori si sono dati l'obiettivo di inglobare maggiormente la popolazione migrante nella nostra società promuovendo in tal modo la coesione.

Un presupposto fondamentale per un'integrazione efficace sono le pari opportunità. In campo sanitario ciò significa che il Paese ospite deve offrire ai migranti le medesime possibilità degli indigeni di sviluppare il proprio potenziale di salute. Dal 2002 l'Ufficio federale della sanità pubblica si impegna in questo senso nel quadro della Strategia nazionale migrazione e salute. In effetti, lo stato di salute e il comportamento in materia dei migranti, socialmente svantaggiati, nonché il loro accesso al sistema sanitario devono essere migliorati sotto diversi punti di vista. I migranti fanno parte dei membri più vulnerabili della nostra società. Sovente vivono con un rischio sanitario maggiore, sono colpiti oltre la media da povertà e disoccupazione e in diversi settori il loro stato di salute è peggiore di quello degli indigeni.

Un criterio per misurare la qualità del sistema sanitario è costituito dal trattamento riservato ai sottoprivilegiati. Chi intende migliorare in maniera duratura la salute in seno a una società deve iniziare il lavoro dalle persone svantaggiate. Investire nelle pari opportunità della popolazione migrante non è soltanto una questione di nobiltà d'animo, ma è anche pagante sotto il profilo del rapporto costi/benefici. Gli specialisti sono convinti che sia possibile conseguire importanti risparmi a lungo termine, in particolare rafforzando la promozione della salute e la prevenzione in seno alla popolazione migrante e migliorando le competenze transculturali del personale sanitario.

Tutti questi fattori spingono la Confederazione a impegnarsi ulteriormente nel campo della migrazione e della salute, al quale è dedicata la presente pubblicazione. In essa è illustrata la strategia Migrazione e salute fase II (2008 – 2013), approvata dal Consiglio federale, e sono spiegate, in base alle conoscenze scientifiche più recenti, le attuali disparità nel settore sanitario.

Auguro a tutti una lettura stimolante.



Prof. dr. Thomas Zeltner
Direttore dell'Ufficio federale della sanità pubblica

La Svizzera, paese d'immigrazione

Terreno brullo, carestia, ma anche intolleranza religiosa spinsero nei secoli passati molti svizzeri all'emigrazione, per cercare all'estero una vita migliore. Poi, quando verso la fine del 19° secolo, il paese agrario svizzero divenne una nazione industriale, aumentò il fabbisogno di manodopera ed il paese di emigrazione si sviluppò in una nazione d'immigrazione. La corrispondente politica d'immigrazione e la molteplicità in aumento degli immigrati, visto che accanto ai lavoratori di fabbrica e dell'edilizia iniziarono a immigrare nel nostro paese anche professionisti del settore dei servizi e all'epoca attuale anche i richiedenti d'asilo politico, la quota parte delle persone residenti in Svizzera con un retroscena d'immigrazione, raggiunse nel corso del 20° secolo più del 25 %.

Con «persone con un retroscena d'immigrazione» s'intendono le persone, che alla loro nascita avevano una cittadinanza straniera, indipendentemente dal fatto se sono nate in Svizzera. Questa definizione include esplicitamente tutti gli stranieri che risiedono in Svizzera della prima e della seconda generazione, nonché persone naturalizzate. Nel 2000 la quota parte degli stranieri ammontava, in base al censimento, al 20,5 % di tutta la popolazione residente in Svizzera e un altro 7,4 % erano persone naturalizzate.

Soprattutto dall'Europa

Se si suddividono gli stranieri residenti in Svizzera a seconda del loro paese d'origine, risulta il seguente quadro per la fine del 2004 (vedi tabella): l'85 % sono di origine europea, di cui la maggior parte (il 57 %) proviene dall'Unione Europea (EU-25) e dall'AELS. Tra i paesi d'origine europei domina l'Italia con il 19 %, seguita dalla Serbia incluso il Kosovo (13 %), dal Portogallo (11 %) e dalla Germania (10 %). Il 5 % ciascuno provengono dalla Spagna, dalla Francia e dalla Turchia. Nel restante 15 % della popolazione residente estera domina l'Asia con il 7 %, l'Africa e l'America si ripartiscono ognuna il 4 %. Questi numeri rispecchiano non per ultimo la politica attuale di migrazione Svizzera, che preferisce l'immigrazione di lavoratori qualificati dell'UE e soprattutto dai paesi vicini e dall'area dell'Europa del Sud. Infatti, negli ultimi tempi è osservabile una grande immigrazione, in particolare dalla Germania.

In base a questa politica di accesso sono immigrati, fino a poco tempo fa, soprattutto uomini, che trovavano sul mercato del lavoro una scelta di posti di lavoro più ampia che le donne. Dalla metà degli anni 1990 è però immigrata ogni anno circa la medesima quantità di donne come di uomini, per cui ora si equiparano lentamente le cifre per la

Popolazione residente secondo la cittadinanza, fine 2004

Cittadinanza	Stato al 31 dicembre 2004	Percentuale (in %, arrotondato)	Quota di giovani (in %) ¹	Quota di anziani (in %) ²	Rapporto tra i sessi ³
Totale	7'529'564	100%	35,5	25,1	96,6
Svizzera	5'890'439	78%	35,9	30,3	92,1
Estero	1'639'125	22%	34,2	9,0	114,6
Totale estero	1'639'125	100%	34,2	9,0	114,6
Europa	1'397'770	85%	33,7	10,1	117,5
UE-25 / AELS	931'045	57%	24,1	13,3	124,2
Italia	307'717	19%	23,6	21,4	138,3
Serbia e Montenegro	211'340	13%	65,4	2,5	109,8
Portogallo	173'278	11%	38,4	0,7	119,0
Germania	163'923	10%	15,2	13,8	123,9
Turchia	80'462	5%	47,4	3,5	118,0
Spagna	76'080	5%	23,2	9,4	121,3
Francia	73'999	5%	21,6	13,0	115,3
Macedonia	61'534	4%	62,3	1,1	111,7
Bosnia e Herzegovina	48'931	3%	51,3	3,1	102,4
Croazia	42'050	3%	45,3	2,9	99,5
Asia	108'524	7%	39,8	2,7	101,7
Africa	65'092	4%	40,3	1,5	124,7
America	61'752	4%	29,1	3,9	69,0

¹ Rapporto tra le persone fino ai 19 anni, da una parte, e quelle di età compresa tra i 20 e i 64 anni, dall'altra.

² Rapporto tra le persone di 65 anni e più, da una parte, e quelle di età compresa tra i 20 e i 64 anni, dall'altra.

³ Numero di uomini in rapporto a 100 donne.

Fonte: UST 2005, rappresentazione modificata e completata

popolazione d'immigrazione non nata in Svizzera. Nel 2004 la quota parte degli uomini tra la popolazione straniera ammontava al 53,4 % e la quota parte delle donne al 46,6 %. In ogni modo sussistono, anche nel rapporto tra i sessi, delle particolarità nazionali: vi sono stati periodi in cui sono immigrate soprattutto donne dalla Germania, dall'Austria e dalla Francia. Una maggioranza femminile si presenta oggi nell'immigrazione dalla maggior parte degli stati americani e dell'Europa orientale.

Una forte differenza rispetto alla popolazione indigena sussiste nella struttura d'età della popolazione migrante dato che ad immigrare è come sempre soprattutto gente giovane tra i 20 e 39 anni. Anche il tasso di nascite è più alto presso le cittadine straniere che presso le cittadine svizzere. Si può trovare una quota parte molto alta di persone giovani nei gruppi di migrazione dalla Turchia e dai paesi dell'ex-Jugoslavia. I paesi d'origine che decenni fa dominavano l'immigrazione presentano oggi un'alta quota parte di persone anziane nella popolazione migrante, fenomeno che si rispecchia nelle cifre per l'Italia, per la Germania, per la Francia e per la Spagna (vedi tavola).

Statuto di dimora e durata del soggiorno

Differenze considerevoli si presentano inoltre nello statuto di dimora. Due terzi della popolazione migrante possiedono un permesso di domicilio. La maggior parte del rimanente terzo dispone di un permesso di dimora. I permessi per dimoranti temporanei sono solo una piccola parte. Inoltre, il tre per cento della popolazione estera residente, nel 2005, era composta da persone che provenivano dal settore dei richiedenti d'asilo mentre un permesso di domicilio è quasi la regola per i gruppi migranti dall'Italia, dalla Spagna, dal Portogallo, dall'Austria, dalla Croazia e dalla Turchia. I richiedenti d'asilo provengono soprattutto dall'Africa, dall'Asia, dalla Turchia e dai paesi dell'ex-Jugoslavia. Una specialità del settore dei richiedenti asilo è l'altissima quota parte di uomini (76,5 %, anno 2004). Anche tra coloro che hanno un permesso di dimorante temporaneo, gli uomini costituiscono la parte principale (63,1 %).

Oltre alla popolazione migrante registrata ufficialmente, soggiornano in Svizzera da 70 000 a 180 000 persone senza un permesso di dimora valido. Questi «sans-papiers» non sono entrati ufficialmente in Svizzera o non hanno lasciato la Svizzera alla scadenza del loro permesso di dimora.

In merito alla durata del soggiorno sono interessanti le seguenti cifre: il 20 % circa degli stranieri e delle straniere vive da oltre 20 anni in Svizzera. Il 60 % è qui nel paese dai cinque ai vent'anni. E un altro 20 % è immigrato negli ultimi cinque anni. Il 24 % della popolazione straniera residente è nata in Svizzera.

Come vivono le persone immigrate in Svizzera? Rappresentano il 25,2 % della popolazione che svolge un'attività lucrativa in Svizzera. La quota delle donne migranti che esercita un'attività lucrativa ammonta al 38,5 %. Questa è una percentuale minore rispetto alle cittadine svizzere. In ogni modo le cittadine straniere lavorano più spesso a tempo pieno che le cittadine svizzere.

Grandi differenze nella vita lavorativa

In confronto alla popolazione svizzera, troviamo i lavoratori stranieri più spesso nell'industria e meno sovente nell'agricoltura e nelle imprese di servizi. Particolarmente numerose nell'industria sono le persone provenienti dal Europa meridionale. Stranieri sono fortemente presenti nell'edilizia, nel ramo alberghiero e di ristorazione, nonché nella sanità. Così la maggior parte dei saldatori o dei professionisti dei lavori in galleria provengono dall'estero. Straniere invece sono la maggior parte delle cameriere, delle lavoratrici di lavanderia e di altre professioni del ramo della pulizia. S'incontrano sovente delle straniere anche in mestieri del sesso, nonché in economie domestiche – vivendo non raramente come «sans-papiers» o come dimoranti temporanei in situazioni precarie.

La composizione della popolazione migrante è molto eterogenea. Questo si manifesta soprattutto nel fatto che gli immigrati sono eccessivamente rappresentati sia presso i lavoratori non qualificati sia fra i lavoratori altamente qualificati. Anche per quanto riguarda la posizione nella professione si trovano delle differenze considerevoli: mentre i lavoratori senza funzioni dirigenziali provengono prevalentemente dal Portogallo, dalla Turchia e dai paesi dell'ex-Jugoslavia, nelle posizioni dirigenziali troviamo invece con particolare frequenza persone che provengono dalla Germania, dalla Francia, dall'America del Nord e dall'Australia.

Tali differenze si ripercuotono naturalmente sul salario. In media il peggior guadagno in Svizzera lo percepiscono i lavoratori dei Balcani occidentali. Tende ad essere più elevato il reddito degli immigrati del Europa meridionale. In cima alla scala dei salari – e persino un gradino più in alto della media della popolazione svizzera – si trovano gli stranieri del Europa settentrionale o occidentale.

La differenza di salario si basa prima di tutto sullo stato di formazione individuale. La metà delle persone che esercitano un'attività lucrativa e che provengono dall'Europa meridionale o dai Balcani occidentali non ha seguito, dopo la scuola obbligatoria, un'altra formazione. Invece più della metà delle persone che svolgono un'attività lucrativa provenienti dall'Europa settentrionale o occidentale ha frequentato una scuola professionale, una scuola superiore o l'Università.

Più disoccupazione e povertà

Un basso livello di formazione e una rappresentanza eccessiva in rami che dipendono fortemente dalla congiuntura spiegano perché nella popolazione migrante la quota parte dei disoccupati è, con il suo 6,6 % chiaramente oltre il 2,8 % della popolazione attiva svizzera (cifre del 2004). Con una quota del 7,2 % le straniere sono più colpite degli stranieri (6,2 %). Come in seno alla popolazione svizzera, il gruppo degli immigrati di età tra i 15 e i 24 anni è colpito maggiormente dalla disoccupazione.

A causa della loro posizione socio-economica peggiore rispetto a quella della popolazione svizzera, la popolazione migrante, con il suo 21,4 %, è doppiamente interessata dalla povertà e rappresentata eccessivamente anche presso il gruppo dei «working poor». Un livello di formazione più basso, condizioni di lavoro sfavorevoli o disoccupazione espongono in modo particolarmente forte le donne straniere al rischio di povertà. Ma anche nella statistica sulla povertà si osservano grandi differenze a seconda del paese d'origine. Il 30 % degli immigrati dai Balcani occidentali, dalla Turchia, dalla Romania e dalla Bulgaria è colpito da povertà mentre che dal Europa meridionale è solo il 20 % e dal Europa settentrionale e occidentale il 7 %. Non meraviglia dunque affatto che gli stranieri richiedano più spesso che gli svizzeri un aiuto sociale.

Di cosa soffrono gli immigrati

Per valutare la situazione sanitaria della popolazione migrante in Svizzera ci sono relativamente pochi dati. Nell'ambito della strategia «Migrazione e salute 2002 – 2007», nel 2004 è stato eseguito un sondaggio dettagliato presso gruppi scelti sullo stato e il comportamento in materia di salute. Questo «Monitoraggio sul stato di salute della popolazione immigrata in Svizzera» ha preso in considerazione gli immigrati della Germania, dell'Austria, della Francia, dell'Italia, del Portogallo, della Turchia, dell'ex-Jugoslavia e dello Sri Lanka. Ciò che manca soprattutto sono i dati relativi alle persone provenienti dall'Asia, dall'Africa e dall'America Latina.

In confronto alla popolazione svizzera, la popolazione migrante ritiene che il suo stato di salute sia chiaramente peggiore. Specialmente le donne immigrate si sentono molto più malate delle svizzere. Il «sentirsi peggio» degli immigrati si riscontra con maggiore frequenza nelle classi di età più elevate. Al pari dei fattori socio-economici, anche nel benessere si mostrano enormi differenze tra i diversi paesi di provenienza. I gruppi provenienti dalla Germania, dall'Austria e dalla Francia mostrano meno sintomi di malattia e il loro senso soggettivo di benessere è molto simile a quello della popolazione svizzera. Comportamento differente però per gli stranieri della Turchia, nonché per i richiedenti d'asilo del Kosovo, che si sentono più spesso meno sani e che durante il corso dell'anno, prima del sondaggio, soffrivano di disturbi fisici o psichici. Una valutazione dei risultati di ricerca attuali dimostra che la popolazione migrante sta effettivamente peggio di salute che la popolazione indigena e conferma così il sentimento soggettivo dello «star male» degli stranieri.

Dolori, infezioni, infortuni

Se ci si pone la domanda sui singoli sintomi, risulta ancora una volta, a dipendenza della provenienza, un quadro molto differenziato. Oltre il 20 % delle persone provenienti dalla Turchia e dal Kosovo accennavano a forti dolori di schiena e al mal di testa, nonché a gravi disturbi del sonno. Da diversi studi epidemiologici risulta che la popolazione migrante è particolarmente colpita da malattie parassitarie e infettive, come per esempio la malaria e la tubercolosi. Un alto rischio di tubercolosi lo mostrano specialmente i richiedenti d'asilo, nonché i sans-papiers provenienti da Paesi con un'incidenza molto elevata di questa malattia. Parti della popolazione migrante sono sovente anche affetti dall'itterizia e da malattie sessuali trasmissibili. Gli immigrati dai paesi con un'alta frequenza di HIV, in particolare i paesi africani a sud del Sahara, mostrano un elevato rischio HIV e quindi di AIDS. Se si osservano le persone colpite da un'infezione HIV, gli immigrati dall'Africa sono più giovani degli immigrati dall'Europa Occidentale e del Nord e si sono infettati più spesso tramite rapporti eterosessuali. Un gruppo particolarmente a rischio HIV è quello delle donne che praticano i mestieri del sesso.

I bambini dei richiedenti d'asilo soffrono sovente di malattie della pelle e di carie. Forti affezioni da carie le mostrano particolarmente i bambini che sono entrati in Svizzera solo dopo l'età dell'asilo. Denti particolarmente poco sani li hanno i giovani dell'ex-Jugoslavia che non vivono da molto tempo in Svizzera.

La popolazione migrante soffre più spesso di disturbi della vecchiaia che la popolazione svizzera (come i reumatismi). Persone immigrate che hanno lavorato duramente dal punto di vista fisico soffrono oltre la media, dopo il pensionamento, di dolori cronici (specialmente alla schiena), che vengono sovente accompagnati da depressioni e crisi emozionali. Dalle statistiche degli infortuni emerge una percentuale oltre la media di uomini provenienti dall'estero.

Violenza che rende malati

Costituiscono un gruppo particolare gli stranieri e le straniere che hanno subito violenze. Essi soffrono sempre più spesso di determinati sintomi fisici ed emozionali rispetto alle persone che non hanno vissuto queste esperienze. Disturbi tipici (spesso cronici) sono: dolori dell'apparato motorio, emicrania, dolori al petto e di stomaco, nonché insonnia. Anche problemi ginecologici e disturbi alle funzioni sessuali sono possibili conseguenze di violenze vissute.

Gli immigranti si sentono inoltre spesso psichicamente meno equilibrati e soffrono maggiormente di disturbi psichici rispetto alla popolazione svizzera. Soprattutto i richiedenti d'asilo ed altre persone con uno statuto di dimora precario, si sentono spesso soli. In seno alla popolazione migrante, le donne si trovano più spesso in cura, a causa di problemi psichici rispetto agli uomini. Gli stranieri che hanno subito delle violenze o che sono stati costretti ad espatriare sono sovente anche malati psichicamente. Molti soffrono di stress in generale, difficoltà nell'affrontare la vita quotidiana e di una bassa autostima.

La situazione salutare specifica della popolazione migrante si rispecchia anche nella statistica delle rendite d'invalidità. Tra i beneficiari di rendite d'invalidità sono nettamente aumentati, all'inizio degli anni '90, coloro che possiedono un passaporto straniero, stabilizzandosi in seguito a partire dal 1995 circa. La maggioranza della popolazione immigrata rimane ancora il popolo d'origine italiana. Mentre questo gruppo non ha più avuto aumenti (soprattutto perché gli aventi diritto ad una rendita AI raggiungono sempre più l'età AVS), aumenta ora la parte delle persone provenienti dalla ex-Jugoslavia. Questo è facilmente spiegabile visto il lavoro relativamente meno qualificato e quindi un maggiore rischio d'invalidità. Dall'esame delle rendite d'invalidità riconosciute emerge che molte persone straniere presentano malattie psichiche nonché disturbi dell'apparato motorio.

Differenze accentuate nella mortalità

Per quello che concerne la mortalità, la popolazione migrante mostra in parte dei valori peggiori ed in parte dei valori migliori rispetto alla popolazione svizzera. La maggiore causa di mortalità in Svizzera, cioè le malattie cardiache e le malattie dei vasi cerebrali, colpisce meno gli stranieri, in modo particolarmente accentuato gli uomini, delle classi di età comprese tra i 35 e i 60 anni rispetto alla popolazione indigena. Una possibile spiegazione potrebbe essere che sono soprattutto le persone robuste a cercare lavoro all'estero (effetto Healthy-migrant). Potrebbero essere d'importanza anche le differenti abitudini di alimentazione, nonché di movimento fisico durante il lavoro.

In confronto alla popolazione indigena, gli stranieri muoiono però più sovente di polmonite e di altre malattie infettive. Inoltre la mortalità aumenta nell'ambito della gravidanza e del parto. Questo vale soprattutto per i gruppi più svantaggiati socialmente ed economicamente. Il tasso chiaramente più alto di complicazioni nella gravidanza è causato dal minore utilizzo di controlli prenatali. Questo concerne in modo particolare le donne immigrate in Svizzera da poco tempo.

Anche la mortalità a causa del cancro, tra gli immigrati, è in parte più alta ed in parte più bassa, in confronto alla popolazione svizzera. Le straniere presentano una mortalità minore delle donne svizzere per quanto concerne il decesso causato dal cancro al seno. Mentre per il cancro polmonare non si distinguono differenze di mortalità tra la popolazione migrante e la popolazione svizzera, l'incidenza del cancro allo stomaco è invece più elevata del 50 %. Per alcuni tipi di cancro si intravedono differenze specifiche in base all'origine. Così gli uomini dell'Africa e dell'Asia muoiono di più a causa del cancro al fegato. Persone immigrate dalla Cina e dall'Asia sud-orientale si ammalano più spesso di cancro alla cavità rinofaringea. Le persone provenienti dai Paesi africani e dal sud del Sahara decedono più spesso a causa dell'Aids rispetto ad altri immigranti.

La malattia ha molte cause

Dai dati del «Monitoraggio sul stato di salute della popolazione immigrata in Svizzera» (GMM) si vede chiaramente che lo stato sociale ed economico ha una grande influenza sulla salute. Gli stranieri lavorano più spesso, in confronto alla popolazione svizzera, in settori che dipendono dalla congiuntura e sono così esposti ad un rischio di disoccupazione maggiore, così come alla vulnerabilità ad esso connessa. Gli immigrati prestano pure più lavoro notturno e a turni, sono impiegati in settori con orari di lavoro irregolari ed esercitano spesso un'attività di lavoro fisico pesante. Nel settore dei servizi le straniere esercitano sovente i lavori meno pagati. Non di rado tali condizioni di lavoro si ripercuotono sulla salute.

Le conseguenze svantaggiose si notano particolarmente nella vecchiaia. Dato che la quota parte delle persone più vecchie aumenta continuamente nella popolazione migrante – secondo uno studio dell'Ufficio federale di statistica nel 2010 oltre il 10 % – i problemi di salute degli stranieri più anziani aumentano d'importanza.

I rischi della salute vengono poi rafforzati dal fatto che il doppio dei pensionati stranieri rispetto a quelli svizzeri vive sotto il minimo vitale.

L'immigrazione non deve far ammalare

La migrazione di per sè stessa non è la causa della malattia. Sono più le circostanze specifiche che fanno dell'emigrazione un rischio per la salute. Così le donne che emigrano insieme ai loro bambini sono esposte a sforzi maggiori. Se delle persone emigrano involontariamente, spesso i motivi sono la guerra, la violenza, la tortura e la persecuzione e questo può causare alle vittime un senso d'incertezza, lo sradicamento e ricordi angosciosi. A sua volta questo può causare disturbi fisici e psichici. Anche uno statuto di dimora precario, con il senso di incertezza esistenziale ad esso connesso ed una prospettiva futura mancante, può influenzare negativamente la salute. Così i richiedenti d'asilo mostrano disturbi di salute specifici.

Nell'ambito della popolazione migrante agiscono però anche fattori utili alla salute. Infatti, il solo fatto di avere un lavoro o una convinzione religiosa si ripercuote favorevolmente sulla salute. Di rilievo, per un buono stato di benessere fisico e psichico, sono i buoni rapporti di parentela e di amicizia. Molti stranieri mantengono pertanto contatti regolari con i loro amici e parenti in patria. Una maggioranza di tutti i gruppi esaminati dispone anche di contatti con parenti in Svizzera mentre, non per ultimi, sono importanti i rapporti al di fuori del nucleo familiare, come ad esempio verso fratelli e sorelle. La maggior parte degli immigrati consultati hanno una vita coniugale o un partner fisso in Svizzera e il partner appartiene in gran parte allo stesso gruppo etnico. Certe reti sociali sono fonti informative importanti per domande sulla salute. Parenti ed amici, ma anche vicini ed associazioni possono costituire un sistema sanitario non professionista.

Previdenza sanitaria poco osservata

Com'è il comportamento dei migranti al riguardo della salute? Benché in generale si sentano peggio, sfruttano le prestazioni del sistema sanitario svizzero circa quanto la popolazione svizzera. In ogni modo consultano più il generalista che lo specialista, e ciò soprattutto per una malattia o un infortunio e meno per esami di previdenza. Offerte di prevenzione vengono usate meno dalla popolazione migrante in confronto alla popolazione indigena. Le persone intervistate nell'ambito della GMM, provenienti dallo Sri Lanka e dall'ex-Jugoslavia, si sottopongono relativamente di rado ad un esame di controllo nell'ambito della previdenza contro il cancro o ad esami della prostata e del petto, nonché ad uno striscio del cancro al collo dell'utero. Chiaramente minore è, in confronto alle svizzere, la quota parte delle straniere che durante una consultazione ginecologa hanno ricevuto le informazioni necessarie per un auto-esame del petto. Gli intervistati provenienti dallo Sri Lanka nonché le persone dell'ex-Jugoslavia e dalla Turchia si sottopongono più raramente a un test dell'HIV rispetto alla popolazione svizzera. Pure lo stato delle vaccinazioni della popolazione migrante è in parte carente. Ma è interessante notare che il grado di vaccinazione dei bambini piccoli stranieri è più elevato rispetto a quello dei bambini piccoli svizzeri.

Troppo tabacco, poco movimento

Diversi gruppi della popolazione migrante, in particolare i giovani, mostrano un chiaro comportamento a rischio nei settori del consumo di tabacco, del consumo di bevande alcoliche, del movimento e dell'alimentazione. Le persone provenienti dalla Turchia hanno il più alto consumo di tabacco, mentre le persone originarie dello Sri Lanka fumano raramente. In tutti i gruppi gli uomini fumano più delle donne, e la differenza tra i sessi è più grande di quella tra le nazionalità. Tutti i gruppi della popolazione migrante hanno un tasso di astinenza dall'alcool più elevato rispetto alla popolazione svizzera. E come per il tabacco, le donne straniere consumano chiaramente meno alcool che gli uomini. Anche l'abitudine di ubriacarsi è più rara tra gli immigrati.

Salta all'occhio l'elevato consumo di medicine delle donne turche e dei richiedenti d'asilo del Kosovo. Ciò concerne soprattutto calmanti e sonniferi, spesso su ricetta medica, come pure analgesici.

Alla domanda se la popolazione migrante sia più a rischio di dipendenza che la popolazione svizzera non si può rispondere chiaramente in base ai dati ottenuti dalla consulenza per i tossicodipendenti e dalla loro terapia. Le interviste in singoli gruppi di persone sono per principio poco affidabili, poiché la tossicodipendenza comporta anche azioni perseguibili dal punto di vista del diritto penale. Il consumo di droghe dichiarato dagli stranieri nell'ambito del GMM è inferiore a quello della popolazione svizzera.

Ad eccezione dei gruppi provenienti dall'Austria, dalla Francia e dalla Germania, la popolazione migrante fa meno sport che la popolazione svizzera. Soprattutto tra gli intervistati italiani e dello Sri Lanka, un'alta percentuale indica di non praticare nessuno sport. Si deve però osservare che gli stranieri esercitano spesso mestieri fisicamente molto faticosi.

Le persone immigrate in Svizzera rimangono sovente fedeli alle tradizioni alimentari del loro luogo di provenienza: un'alimentazione tradizionale sana porta ad una bassa mortalità causata da malattie cardiocircolatorie. Una parte della popolazione migrante cambia però il suo comportamento alimentare in un modo che può causare gravi danni

alla salute. In confronto alla popolazione svizzera i migranti sono spesso più sovrappeso, specialmente i bambini d'età scolastica e le persone tra i 51 e i 60 anni.

Comportamento sessuale rischioso

Nell'ambito del comportamento sessuale saltano agli occhi le numerose gravidanze non volute a causa della poca prevenzione e di conseguenza i tanti aborti praticati. Presso le straniere gli aborti sono tre volte più numerosi che presso le svizzere. La poca prevenzione viene spesso ricondotta a motivi finanziari, a riserve contro la pillola, a un rapporto difficile con il partner o a uno statuto di dimora precario. Le straniere attive nei mestieri del sesso, in particolare le donne provenienti dai paesi africani situati a sud del Sahara, sono esposte maggiormente al rischio di un'infezione o ad ammalarsi di Aids.

Il problema della mutilazione dei genitali femminili dipende invece dalla provenienza. Le donne circoncise o le ragazze minacciate da questa pratica rituale provengono soprattutto dalla Somalia, dall'Etiopia e dall'Eritrea. L'entità di questo gruppo a rischio in Svizzera è stata valutata, per il 2001, a circa 6700 donne.

Competenze linguistiche e sociali necessarie

Il comportamento sanitario della singola persona dipende fortemente dal fatto di poter prendere delle decisioni nella vita quotidiana che hanno un effetto positivo sulla salute. Le condizioni per questa competenza in materia di salute sono capacità sufficienti nel saper leggere e scrivere, nonché conoscenze linguistiche che rendono possibile l'accesso alle informazioni più rilevanti sulla salute. Altresì importante è la competenza sociale, che permette un comportamento responsabile dal punto di vista della salute e che include l'ambiente sociale in modo da promuovere la salute. Importante è anche la capacità di formulare critiche, che rende possibile la valutazione delle informazioni ma anche un confronto costruttivo con gli aspetti politici ed economici del sistema sanitario.

Non di rado, le persone con un retroscena di migrazione sono spesso svantaggiate nell'accesso alle informazioni e alle prestazioni del sistema sanitario a causa di ostacoli specifici come la lingua straniera o la poca esperienza della situazione locale. E' noto che parte della popolazione migrante è informata insufficientemente sul funzionamento del sistema sanitario svizzero e per questo non sfrutta ottimamente le offerte della promozione della salute, della prevenzione e dell'assistenza medica. In particolare nell'ambito della prevenzione contro il cancro, della salute sessuale e riproduttiva, nonché dei rischi di un'alimentazione errata e del poco movimento l'insufficiente competenza degli stranieri costituisce una ragione determinante per cui i migranti fanno poco ricorso alle offerte del sistema sanitario.

Numerosi studi indicano un fabbisogno d'informazioni della popolazione migrante nella loro lingua madre. Mancano in particolar modo maggiori spiegazioni sull'assicurazione malattia, sui trattamenti medici concreti, sulle possibilità di esami di prevenzione nonché maggiori indicazioni su dove si trovano dottori in grado di comunicare nella loro lingua madre. Il sentimento di essere male informati sul sistema sanitario svizzero è più forte presso gli intervistati provenienti dallo Sri Lanka.

Per la popolazione migrante la fonte più importante per le informazioni in relazione alla salute sono i giornali, le riviste, la televisione, il medico di famiglia nonché gli amici e i parenti. Vengono meno utilizzati gli opuscoli informativi e Internet; i gruppi di autoaiuto non rivestono una grande importanza.

Onde evitare uno svantaggio degli stranieri a causa della loro differente lingua, la politica d'integrazione delle autorità federali attribuisce molto valore alle competenze linguistiche. Ci si aspetta dunque dagli immigrati, quale segno di disponibilità ad assumersi le loro responsabilità e della loro volontà di integrazione, che imparino una lingua nazionale. Se però si pensa che le discussioni nel settore della sanità necessitano spesso di conoscenze linguistiche differenziate (ciò che è già difficile per molti indigeni), allo studio linguistico di una parte degli immigrati viene messo un chiaro limite. A causa delle loro condizioni di vita inoltre non tutti gli immigrati sono capaci di acquisire in tempo utile una lingua nazionale svizzera.

Difetti nella sanità

Il sistema sanitario svizzero è ancora poco equipaggiato per poter far fronte alla varietà, ultimamente alquanto aumentata, della popolazione migrante. Al personale qualificato manca non di rado la competenza interculturale, ossia la capacità di percepire i migranti nel loro contesto individuale di vita. In tal modo le difficoltà di comunicazione impediscono un'assistenza medica adeguata. Vengono anche dimenticati singoli gruppi di migranti nella pianificazione e nella preparazione delle offerte sulla promozione della salute e sulla prevenzione. A seconda delle condizioni di vita e delle esperienze vissute, le persone con un retroscena di migrazione necessitano in parte anche di prestazioni mediche specifiche. Così sussiste pure il fabbisogno di offerte di terapia e di assistenza ben accessibili che tengono conto delle situazioni speciali di rifugiati traumatizzati. Inoltre il personale sanitario deve talvolta anche curare migranti che presentano sintomi di malattie assai specifici e praticamente sconosciuti in Svizzera (per es. problemi di salute causati dalla circoncisione dei genitali femminili), per i quali manca l'esperienza medica e pertanto non si può garantire una cura adeguata.

La mancanza di competenze interculturali e la poca sensibilizzazione per i problemi di salute specifici della popolazione migrante rendono difficile sia l'accertamento medico che la cura ed influenzano inoltre la fedeltà terapeutica. A ciò può conseguire che determinati sintomi di malattie vengano mal interpretati o che quadri clinici specifici vengano diagnosticati senza differenziare a sufficienza. Si è anche osservato che in caso di comunicazione linguistica difficile, ai pazienti viene offerta troppa poca attenzione. Determinate terapie psichiatriche che si appoggiano fortemente sulla lingua non possono quasi essere applicate in caso di difficoltà di comprensione. Ciò può comportare che una cura psicoterapeutica sensata venga sostituita con una terapia farmaceutica.

Interpretazione interculturale utile

Dai sondaggi effettuati in Svizzera emerge che i medici, il personale di cura e altri specialisti della sanità considerano l'ostacolo linguistico un problema principale nell'assistenza della popolazione migrante. Una gran parte di questa ha espresso il desiderio di una comunicazione adeguata con i fornitori di servizi ricorrendo a un interprete. Nella vita quotidiana si ricorre spesso a parenti o a personale presente per caso come interpreti improvvisati. Secondo la GMM, a ricorrere con maggiore frequenza all'aiuto di un traduttore sono le persone provenienti dallo Sri Lanka e dalla Turchia nonché i richiedenti l'asilo. Le donne ricorrono all'aiuto linguistico nettamente più degli uomini, ricorrendo al coniuge o al partner di vita, nonché ad altri parenti e non raramente anche ai propri figli. Tali soluzioni improvvisate possono condurre a gravi problemi a causa delle insufficienti competenze.

L'impiego di interpreti professionisti conduce di regola ad un miglioramento della qualità della cura e del trattamento. In Svizzera sono circa 500 le persone qualificate come interpreti interculturali e ci sono anche molti servizi di mediazione. In certi servizi, come per esempio nella medicina di base o presso il personale di ospedali regionali, continuano però a mancare interpreti professionali. Molti migranti, ma anche molti professionisti della salute desiderano una istituzionalizzazione delle interpretazioni interculturali professionali, nonché un miglioramento di questi servizi. Si è però anche constatato che l'offerta di interpretazioni esistente viene usata troppo poco e che la mancanza di informazioni, considerazioni finanziarie e incertezze nel fare ricorso ai servizi professionali svolgono pure un ruolo importante. Il finanziamento costituisce un problema nella misura in cui finora non ha potuto essere regolato unitariamente.

La strategia federale

Migrazione e salute 2002 – 2007

Come in Svizzera, anche in altri Stati si osservano per certi gruppi della popolazione migrante in confronto alla popolazione indigena, un minore senso di benessere e maggiori problemi di salute. Tali squilibri in materia di salute rispecchiano ampiamente le differenze sociali. Questi possono però anche conseguire agli ostacoli posti all'accesso all'assistenza sanitaria, alle difficoltà di comunicazione nonché alla mancanza di sensibilità del personale sanitario locale nei confronti dei problemi specifici della salute dei migranti.

Un problema osservato a livello internazionale

In tempi recenti, nell'ambito di diversi accordi e dichiarazioni, gli Stati sono chiamati ad adottare misure volte a stabilire l'equilibrio delle opportunità nel campo della salute. L'articolo 12 del Patto internazionale dell'ONU relativo ai diritti economici, sociali e culturali, per esempio, obbliga gli Stati parti del patto, e dunque anche la Svizzera, a riconoscere il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire, nonché ad assicurare a tutti l'assistenza medica in caso di malattia.

Anche l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) considera le pari opportunità in ambito sanitario un obiettivo centrale ed ha avviato numerosi programmi per la loro realizzazione.

Anche l'Unione Europea (UE) attribuisce grande importanza alla riduzione degli squilibri nel campo della salute. Nel 2002 la Commissione UE ha infatti creato il progetto pilota europeo «Migrant-friendly Hospitals (MFH)», che invita tutti gli ospedali europei a svilupparsi in organizzazioni transculturali competenti. In numerosi Paesi, per esempio in Gran Bretagna, in Germania e in Austria, sono stati nel frattempo lanciati programmi nazionali per migliorare la situazione nel campo della salute della popolazione migrante.

Progetti svizzeri di successo

In Svizzera l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha avviato già nel 1991 il progetto Migrazione e salute per sviluppare strategie d'intervento volte alla prevenzione dell'HIV/Aids in certi gruppi della popolazione migrante. Nel 1995 il progetto è stato ampliato includendovi la prevenzione delle dipendenze e una promozione globale della salute. Sono stati inclusi anche gruppi di altri Paesi d'origine. In seno all'UFSP è stato inoltre creato un servizio competente per la migrazione, responsabile per tutti i provvedimenti di promozione della salute presso la popolazione migrante. Nel 2002 il servizio si è trasformato nel Servizio Migrazione e salute, per poi diventare, nel 2004, l'Ambito specifico Migrazione e salute, integrato nella Sezione Pari opportunità e salute.

Allo scopo di migliorare la situazione sanitaria della popolazione migrante in Svizzera, la Confederazione ha lanciato, sotto l'egida dell'UFSP, la strategia «Migrazione e salute 2002 – 2007». Nella sua realizzazione sono stati inclusi diversi Uffici ed Enti federali interessati alla tematica nonché ulteriori organizzazioni.

Nel quadro della strategia sono stati realizzati numerosi progetti alcuni dei quali possono essere considerati di particolare successo:

- l'aggiornamento e la certificazione di 500 nuovi interpreti secondo uno standard definito in collaborazione con l'Associazione svizzera per l'interpretariato interculturale. Gli interpreti sono impiegati tramite uffici di collocamento cantonali. Inoltre sono stati prodotti e distribuiti un manuale e un film per l'impiego degli interpreti destinato ai professionisti del sistema sanitario.
- La creazione di una rete di 40 ospedali in sostegno all'iniziativa dell'UE «Migrant-friendly Hospitals» e insieme all'H+ Ospedali Svizzeri. Questi ospedali hanno adottato misure nel settore della migrazione e della salute ed hanno scambiato esperienze. I temi erano per es. i servizi di interpretariato, le informazioni in lingue straniere ed il controllo della qualità. Sul tema diversità e pari opportunità è stato elaborato un manuale indirizzato alle direzioni degli ospedali.

- Presso l'Inselspital di Berna è stato girato il film «Quand comprendre peut guérir. Migration globale - solutions locales au sein de la santé publique» (solo in francese, tedesco e inglese). Esso viene impiegato per la sensibilizzazione di professionisti del ramo sanitario e illustra il modo in cui i migranti vivono la quotidianità in un ospedale.
- Con il «Monitoraggio sul stato di salute della popolazione immigrata in Svizzera» (GMM), che includeva interviste nella lingua madre, è stato effettuato per la prima volta un sondaggio ad ampio raggio sulla salute di tanti migranti in Svizzera.
- Il sito Internet www.migesplus.ch consente agli specialisti del settore sanitario di richiedere opuscoli in differenti lingue straniere che possono poi consegnare a coloro che cercano consiglio. I temi degli opuscoli sono per esempio: alimentazione e movimento, salute orale o malattie infettive. È stato inoltre redatto un opuscolo sul funzionamento del sistema sanitario svizzero e integrato in numerosi corsi (p. es. in corsi di tedesco per migranti).
- In collaborazione con la Croce Rossa Svizzera e Aiuto Aids Svizzero è stato messo in atto un programma per la prevenzione dell'HIV/Aids alle persone provenienti dai Paesi africani situati a sud del Sahara.
- I migranti hanno realizzato, con l'appoggio dell'UFSP e della fondazione Promozione Salute Svizzera, dei progetti facilmente accessibili a tutti per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie. In tal modo si sono mobilitate risorse tra la popolazione migrante e si sono raggiunti altri gruppi.

Valutazione critica della strategia nazionale

La strategia «Migrazione e salute 2002 – 2007» è stata valutata in dettaglio da un team esterno. Complessivamente la strategia ha ricevuto buone note. Gli obiettivi sono considerati rilevanti e le possibili soluzioni in gran parte adeguate. La Confederazione è partita da un buon concetto, ben motivato, anche se molto ambizioso. A causa degli obiettivi troppo alti in considerazione delle risorse limitate e delle difficili condizioni quadro politiche, economiche e istituzionali, gli obiettivi sono stati raggiunti in maniera incompleta.

La valutazione rende però merito alla strategia di aver evidenziato meglio i problemi nel settore della migrazione e della salute e di aver fornito prestazioni che hanno avuto un buon effetto, e nella misura desiderata, presso la popolazione migrante. L'idea e l'organizzazione della realizzazione sono migliorabili. La struttura della realizzazione si è dimostrata troppo complessa e poco chiara. Inoltre, anche i Cantoni vi sono stati coinvolti troppo poco.

Per una eventuale strategia complementare, la valutazione offre vari consigli. I punti più importanti sono:

- mantenere la visione delle pari opportunità nell'ambito della salute;
- partire da un'ampia organizzazione di interpretazione nell'analisi dei problemi;
- definire con maggiore precisione i problemi sulla base di nuove conoscenze;
- ricercare la continuità tematica nei campi d'intervento e di assicurare la durata dei progetti e delle attività finora di successo;
- dare più peso alla comunicazione relativa alla realizzazione della strategia;
- migliorare il sostegno fornito alla strategia e l'interconnessione interna dell'UFSP;
- rafforzare la collaborazione con i Cantoni;
- seguire, per quanto possibile, un approccio integrativo che prenda in considerazione le esigenze dei migranti nelle strutture regolari del sistema sanitario;
- rafforzare le funzioni di sensibilizzazione della strategia e motivare ulteriori cerchie a rendersi attive.

La strategia successiva

Migrazione e salute 2008 – 2013

Il Consiglio Federale ha affidato all'Ufficio federale della sanità pubblica l'incarico di sviluppare una seconda fase per la strategia Migrazione e salute, limitata fino alla fine del 2007. In base alle esperienze della prima fase e prendendo in considerazione i consigli della valutazione, l'UFSP ha elaborato, insieme all'Ufficio federale della migrazione (UFM) e alla Commissione federale degli stranieri (CFS), la strategia Migrazione e salute fase II (2008 – 2013). Con essa si dovrebbero poter continuare in gran parte, i programmi e le misure della prima fase. Inoltre si dovrebbero ancorare meglio le singole realizzazioni presso le istituzioni e la popolazione migrante. Un consolidamento ed un ancoraggio supplementare assicurano inoltre gli investimenti della fase I.

La Confederazione attribuisce grande importanza al tema Migrazione e salute, non da ultimo perché il postulato delle pari opportunità è ancorato nella Costituzione federale ed è un motivo ricorrente della politica nazionale d'integrazione. Per l'attuazione della politica d'integrazione dell'UFM, il Consiglio federale ha inoltre invitato il gruppo di lavoro interdipartimentale per le questioni della migrazione a presentargli entro la fine di giugno 2007 una panoramica sul fabbisogno d'intervento di tutti gli Uffici federali, nonché delle proposte per un pacchetto di misure armonizzate. Con la strategia Migrazione e salute fase II (2008 – 2013), l'UFSP da ora seguito alla richiesta del Consiglio federale di sviluppare e mettere in atto misure adeguate di politica di integrazione nel campo politico della sanità.

Largo consenso

Nella primavera 2007 la strategia Migrazione e salute fase II è stata sottoposta per una presa di posizione a tutte le direzioni della salute di tutti i Cantoni, nonché a 22 organizzazioni nazionali operanti nel campo della sanità. Dall'indagine conoscitiva è risultato che la fase II riscontra un vasto consenso e che per la realizzazione l'UFSP può contare sull'appoggio e sulla collaborazione di numerosi attori a livello federale e cantonale, nonché sulla società civile.

In generale, l'approccio integrativo riscontra consenso. I pareri pervenuti attribuiscono la più alta priorità alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie. Sembrano importanti anche le misure nella formazione e nell'aggiornamento, nell'assistenza sanitaria (p. es. tramite offerte specifiche per gruppi particolarmente vulnerabili), nonché il trasferimento di conoscenze dalla ricerca alla pratica. Alla fine di giugno 2007, la strategia fase II è stata approvata dal Consiglio federale. Il budget per la sua attuazione ammonta a circa 2,4 milioni di franchi l'anno.

Visione delle pari opportunità

La seguente visione è la base di questa strategia: «Tutte le persone che vivono in Svizzera ottengono pari opportunità di poter realizzare il loro potenziale di salute. Nessuno viene discriminato da impedimenti evitabili.» In tal modo la strategia non mette i suoi sforzi soltanto al servizio della popolazione migrante, ma in ultima istanza vuole farne approfittare anche le persone socialmente svantaggiate della popolazione indigena che potranno percepire in modo migliore gli elementi discriminatori nel sistema sanitario.

Da questa visione deriva, per la strategia, un obiettivo superiore: «La strategia Migrazione e salute contribuisce all'eliminazione degli svantaggi evitabili in materia di salute e migliora così le premesse per offrire alle persone con un retroscena di migrazione in Svizzera le medesime opportunità della popolazione indigena di poter realizzare il loro potenziale di salute.»

La strategia definisce vari obiettivi volti a migliorare il comportamento in materia di salute, lo stato di salute e l'accesso al sistema sanitario della popolazione migrante. I più importanti sono:

- i programmi di promozione della salute e di prevenzione includono la popolazione migrante;
- le persone con un retroscena di migrazione sono informate a sufficienza e in modo competente, onde potersi comportare in maniera responsabile e sana;
- il personale sanitario dispone di competenze specifiche sulla migrazione;
- l'interpretariato interculturale viene aumentato e adeguato al fabbisogno;
- per gli interessati sono disponibili ulteriori informazioni sulla salute della popolazione migrante.

Principi d'intervento della strategia

La realizzazione della strategia si orienta a differenti approcci d'intervento.

In conformità con il primo obiettivo devono essere inclusi desideri specifici della migrazione mediante informazioni, coordinamento e messa in rete delle offerte già sussistenti. Questo **approccio integrativo** dovrebbe facilitare alla popolazione migrante l'accesso alle istituzioni e ai servizi del sistema sanitario, abbattendo gli ostacoli ancora esistenti. In certe circostanze può però essere opportuno, a complemento dell'offerta esistente, promuovere anche programmi che si indirizzano specificamente a singoli gruppi della popolazione migrante.

Si devono sfruttare di più le **risorse già esistenti** della **popolazione migrante**. Le conoscenze rilevanti in materia di salute e l'esperienza delle reti sociali tra la popolazione migrante vanno integrate nei singoli progetti della strategia. Per le misure di promozione della salute e di prevenzione si dovrebbe in particolare collaborare più strettamente con professionisti aventi un retroscena di migrazione.

Nell'ottica delle pari opportunità è particolarmente importante prendere in considerazione sistematicamente la **prospettiva di genere**. Il mondo professionale e privato degli uomini e delle donne è non di rado determinato da fattori specifici del sesso e ciò può influenzare anche il comportamento in materia di salute. Pertanto, per la realizzazione della strategia si dovrebbero sempre prendere in considerazione anche le differenze tra i punti di vista e i modi di vita degli uomini e delle donne. La sensibilizzazione per fattori specifici del sesso e per altri eventuali elementi di discriminazione conduce a un miglior sfruttamento delle risorse personali di uomini e donne.

Per il mantenimento, la promozione e il recupero della salute è necessario includere fattori provenienti da numerosi settori della vita come il lavoro, l'abitare e la formazione. Un procedimento completo su tutti i settori è troppo ambizioso in considerazione delle limitate risorse e possibilità di intervento della strategia. Includendo considerazioni relative alla migrazione in una quantità di campi d'intervento nell'ambito della salute viene comunque seguito un **approccio valevole per tutti i settori**. Servono per questo, ad esempio, misure per la messa in rete e il coordinamento di questioni inerenti alla salute con i contenuti di altri settori politici. La messa in atto del rapporto di integrazione dell'Ufficio federale per la migrazione offre un'opportunità per abbinare la promozione della salute alla promozione dell'integrazione, ossia un passo in direzione di una politica sanitaria multisettoriale.

Quattro campi d'intervento ed un compito trasversale

Le misure per raggiungere gli obiettivi strategici vengono messe in atto in quattro campi d'intervento, prendendo in considerazione i principi d'intervento postulati. Nel loro contenuto, i campi d'intervento corrispondono in gran parte a quelli della precedente strategia «Migrazione e salute 2002 – 2007». Quale novità si è aggiunto il compito trasversale «mainstreaming migration».

I singoli campi d'intervento:

Promozione della salute e prevenzione. Le attuali offerte tralasciano spesso grandi gruppi della popolazione migrante. Un obiettivo principale del campo d'intervento «Promozione della salute e prevenzione» è il ristrutturamento delle offerte esistenti dal punto di vista della migrazione. Laddove un tale adattamento non è realistico, sono elaborati programmi complementari. Non per ultimo devono essere mostrati i mezzi coi quali si può rimanere sani anche in circostanze di vita difficili o come si può recuperare la salute. Un ulteriore obiettivo è il miglioramento delle competenze dei migranti in materia di salute tramite informazioni specifiche. Queste devono essere trasmesse nell'ambito di corsi linguistici e di integrazione, nonché tramite gli enti attivi nella promozione della salute e nella prevenzione.

Quale misura a livello nazionale, si prevede di includere le questioni specifiche di migrazione nei programmi nazionali, nelle offerte e nei propositi della promozione della salute e della prevenzione. In base ai dati epidemiologici è necessario intervenire nei seguenti settori: alimentazione e movimento, alcol e tabacco, abuso di medicinali, posto di lavoro, salute sessuale e riproduttiva, profilassi del cancro, salute psichica e salute dei denti. Si cura il contatto con i responsabili dei programmi più importanti, onde poterli sensibilizzare sui problemi specifici della popolazione migrante e motivarli a modificare adeguatamente i loro programmi. Nell'ambito della prevenzione dell'HIV/Aids e del consumo di droghe si tiene già oggi debitamente conto dell'aspetto della migrazione. In questo campo si dovrebbe garantire il mantenimento della sensibilizzazione raggiunta.

A livello cantonale si dovrebbe anche agire in modo tale che i progetti esistenti nell'ambito della promozione della salute e della prevenzione siano rielaborati in maniera confacente alla migrazione. Laddove sono presenti lacune nella gamma di offerte si possono sviluppare dei progetti modello e metterli in atto (per es. sul tema della salute dentaria). Si prevede di rilevare il fabbisogno insieme alle autorità cantonali. Queste saranno pure sostenute professionalmente. Lo sviluppo dei progetti verrà effettuato presumibilmente tramite gli enti cantonali includendo dei migranti.

Per promuovere le competenze sanitarie dei migranti sono elaborate e trasmesse offerte d'informazione nelle diverse lingue madri. La Guida alla salute in Svizzera è già disponibile in 18 lingue. Tramite il sito internet www.migesplus.ch sono offerti anche differenti opuscoli. Inoltre, lo strumento didattico «Vivere sani in Svizzera» è adatto all'impiego nei corsi linguistici. Oltre a produrre informazioni sulla salute, continuerà ad essere importante garantire che queste raggiungano un pubblico mirato e che vengano percepite dallo stesso.

Formazione ed aggiornamento nella sanità. Il panorama della formazione è in fase di ristrutturazione e diversi regolamenti inerenti alla formazione vengono attualmente rielaborati. È dunque il momento migliore per includere gli obiettivi della strategia. La formazione nella sanità dovrebbe essere strutturata in modo da consentire di tenere conto del problema della migrazione e da promuovere le competenze transculturali. Le conoscenze che permettono di instaurare un rapporto competente con la popolazione migrante dovrebbero essere, se possibile, integrate nella formazione e nell'aggiornamento esistenti del personale sanitario. Sul tema Migrazione e salute sono messi a disposizione materiali didattici specifici e offerte di aggiornamento. Un ulteriore obiettivo è la garanzia della qualità nella formazione per l'interpretariato interculturale.

Una delle misure previste è la collaborazione con gli Enti responsabili della formazione e dell'aggiornamento, come ad esempio l'Ufficio federale per la formazione professionale e la tecnologia (UFFT), l'OdA Santé, le altre sezioni dell'UFSP, le associazioni professionali mediche della FMH o della Conferenza svizzera delle scuole di cura infermieristiche (CSSI) in modo da esaminare in che misura il tema Migrazione e salute sia stato incluso nei regolamenti di formazione e nei piani di studio e come si possano colmare eventuali lacune. Vengono messi a disposizione materiali didattici di buona qualità e si motivano i docenti a utilizzarli.

Nel settore dell'aggiornamento professionale sono promosse sia offerte a bassa soglia, destinate ad esempio al personale ospedaliero senza formazione regolare, sia offerte per professionisti qualificati sotto forma di un modulo «Migrazione e salute» nel già esistente perfezionamento «Master of Public Health». Nell'ambito della strategia federale «Migrazione e salute 2002 – 2007» è già stato creato un pool per il finanziamento incentivante di manifestazioni di aggiornamento nel settore transculturale, che sarà ora mantenuto e modificato in base alle esperienze fatte. In tal modo si potrà, per esempio, raggiungere anche il personale negli ospedali e nelle altre istituzioni di cura che non dispongono di una formazione regolare nel settore sanitario.

La formazione per l'interpretariato interculturale, lanciata già nella prima fase della strategia, deve essere garantita durevolmente e la sua integrazione nel sistema di formazione deve essere avviata. In particolare si dovrebbe creare un relativo esame professionale con attestato federale riconosciuto dall'UFFT. Per la creazione di un servizio telefonico d'interpretazione viene elaborato e messo in atto il concetto di formazione necessario.

Assistenza sanitaria. L'assistenza sanitaria include tutte le persone, le organizzazioni, le istituzioni, i programmi e le misure che promuovono la salute, prevenendo e curano le malattie. Vi fanno parte le prestazioni stazionarie degli ospedali e delle case di cura per i malati cronici, gli handicappati e gli anziani nonché i servizi ambulatoriali degli studi medici familiari, studi dentistici e della Spitex. Anche i servizi statali e privati che lavorano insieme ai fornitori di prestazioni fanno parte del sistema complessivo dell'assistenza sanitaria.

L'accesso alle prestazioni non può dipendere dalla lingua, dalla religione, dal sesso, dall'età o dalle condizioni sociali ed economiche. Obiettivo principale della strategia è pertanto che in Svizzera l'assistenza medica sia ben accessibile e strutturata adeguatamente anche per la popolazione migrante. Adeguatamente significa che le possibilità di successo di una cura medica per persone con retroscena di migrazione siano le stesse che per la popolazione indigena. Infine si punta a una situazione in cui le persone immigrate sono soddisfatte delle prestazioni dell'assistenza medica. Anche il personale dovrebbe poter apprezzare il lavoro con la popolazione migrante.

Vi è fabbisogno d'intervento soprattutto presso gli studi medici privati e la Spitex, nonché nei settori ospedalieri dove vengono sovente assistiti i migranti (cliniche per donne, centri di pronto soccorso, cliniche psichiatriche, cliniche di riabilitazione e cliniche per i dolori). Una delle misure previste è la creazione di un concetto per il sostegno di studi medici privati e della Spitex nella realizzazione di idee adatte per l'assistenza ai migranti. Ciò dovrebbe avvenire in stretta collaborazione con le associazioni rilevanti (FMH, medici di famiglia, dentisti, ginecologi, psichiatri, Spitex).

Quale ulteriore provvedimento, i responsabili degli ospedali dovrebbero essere motivati a mettere in atto i consigli relativi ai «Migrant-friendly Hospitals» elaborati nella prima fase della strategia. A questo scopo è già stato redatto un manuale dal titolo «Diversità e pari opportunità». Inoltre continua a essere disponibile il pool creato nella prima fase della strategia per il finanziamento incentivante delle misure volte a migliorare la qualità dell'assistenza fornita ai migranti negli ospedali.

Vi è necessità d'intervenire anche nel campo dell'interpretariato interculturale. Questo servizio molto importante per la comunicazione con la popolazione migrante deve essere ottimizzato ed utilizzato più spesso. In particolare lo si dovrebbe far conoscere meglio al personale sanitario e alla popolazione migrante e lo si dovrebbe rendere più accessibile. Non per ultimo si devono chiarire le questioni aperte relative un diritto legale a tali servizi ed il loro finanziamento. È inoltre stata pianificata la creazione di un servizio telefonico nazionale di interpreti per il settore sanitario. Certi servizi sono già stati instaurati con successo a Parigi e ad Amsterdam. Anche se per situazioni difficili di comunicazione, per esempio nella psichiatria, è necessaria l'effettiva presenza di un interprete specializzato, il servizio telefonico d'interpretariato può costituire in molti casi un'alternativa efficace ed a buon prezzo.

Un miglioramento dell'assistenza sanitaria è auspicato in particolare per i rifugiati traumatizzati, i sans-papiers e i richiedenti l'asilo appena arrivati. Molti sans-papiers non sono assicurati contro le malattie benché sottostiano all'obbligatorietà assicurativa e possano beneficiare di riduzioni dei premi. La piattaforma già esistente che promuove la connessione in rete di offerte per i sans-papiers deve continuare ad essere sostenuta dall'UFSP. Inoltre dev'essere garantita la qualità, delle misure sanitarie al confine. In caso di rifugiati traumatizzati l'UFSP sostiene, con la sua perizia professionale, l'Ufficio federale della migrazione che sovvenziona le offerte terapeutiche per le vittime di torture.

Ricerca e gestione delle conoscenze. Nel campo di ricerca «Migrazione e salute» sono esaminate le questioni concernenti la salute e il comportamento della popolazione migrante, alle cause e alle conseguenze. Ulteriori temi sono le particolarità del sistema sanitario e la questione in che misura i fornitori di prestazioni prendono in considerazione durante il loro lavoro le necessità specifiche dei migranti. Questa ricerca è molto interdisciplinare e comprende i principi delle scienze sociali, del diritto e dell'economia, dell'epidemiologia sociale, della medicina e delle scienze curative. Le conoscenze attuali sono però incomplete. Così, per esempio, nell'ambito dell'indagine svizzera sulla salute finora sono state rilevate soltanto persone che parlano una delle lingue nazionali. Questo approccio ha escluso una gran parte della popolazione migrante. L'obiettivo del campo d'intervento è di acquisire ulteriori conoscenze sulla migrazione e sulla salute e di renderle poi accessibili.

Quale misura è previsto di includere, in modo standard, le questioni specifiche sulla migrazione, sullo stato di salute e sull'assistenza sanitaria nei sondaggi nazionali già esistenti o progettati. Fa parte di questi, oltre all'Indagine svizzera sulla salute, anche il Censimento nazionale, che in futuro sarà rimpiazzato da un nuovo sistema di statistiche sulle persone e sulle economie domestiche (SHAPE). L'Ufficio federale di statistica è responsabile di questi rilevamenti. L'UFSP gestisce circa trenta rilevamenti di dati su temi specifici, la metà dei quali sono importanti anche per la strategia Migrazione e salute. Insieme ai responsabili dei rilevamenti si deve ora esaminare dove e come si lasciano includere le questioni specifiche alla migrazione. Informazioni supplementari utili sarebbero per esempio le indicazioni sul motivo della migrazione, sulla situazione di vita o sul grado di integrazione.

Laddove i rilevamenti esistenti non sono sufficienti, le conoscenze mancanti sul tema Migrazione e salute devono essere acquisite tramite propri progetti di ricerca. Nell'ambito della strategia viene dunque chiarito se il «Monitoraggio sullo stato di salute della popolazione immigrata in Svizzera», effettuato per la prima volta nel 2004, dev'essere ripetuto e modificato in base alle esperienze acquisite. Viene anche valutato l'impiego di interpreti interculturali mediante un'analisi del rapporto costi-benefici. Se l'impiego di un simile servizio è redditizio anche dal punto di vista economico-aziendale, ciò sarebbe un interessante argomento per la promozione su larga scala dell'interpretariato interculturale nel campo della sanità.

Nell'ambito della gestione delle conoscenze i risultati di ricerca scelti, nonché il know-how acquisito nei progetti della realizzazione della strategia, dovrebbero essere opportunamente elaborati e trasmessi agli specialisti. Il team del programma s'informa regolarmente in ambito sia nazionale che internazionale sulle nuove conoscenze acquisite nel settore dell'immigrazione e della salute e trasmette quelle rilevanti alla comunità considerata dalla strategia.

Compito trasversale «mainstreaming migrazione».

Con «mainstreaming migrazione» s'intendono tutte le attività che mirano a far considerare sistematicamente anche i fattori specifici alla migrazione da tutti gli attori della politica, dell'amministrazione e della società durante la pianificazione, la messa in atto e la valutazione di programmi, progetti e misure. Questo compito trasversale viene percepito quale funzione accompagnatrice in tutti e quattro i campi d'intervento, sia dalla direzione del programma, sia dai responsabili della comunicazione. I cambiamenti auspicati dovrebbero essere integrati durevolmente nei vari servizi della sanità svizzera tramite l'informazione nonché il coordinamento e la messa in rete.

In particolare ci si dovrebbe rivolgere ai Cantoni, che s'impegnano in modo ancora molto differenziato ai sensi della strategia. Alcuni servizi cantonali svolgono già oggi un ruolo d'avanguardia; essi dovrebbero essere animati nei loro sforzi. Altri Cantoni sono poco attivi. «Mainstreaming migrazione» è volto a promuovere una maggiore intraprendenza e a motivare a realizzare attivamente le misure secondo la strategia federale. Importante è anche una stretta collaborazione tra Confederazione e Cantoni, perché in Svizzera la responsabilità per l'assistenza sanitaria incombe primariamente ai Cantoni.

Nell'ambito delle misure di messa in rete, le cerchie rilevanti del settore sanitario sono spinte a contribuire a realizzare i contenuti della strategia Migrazione e salute e a prendere in considerazione le questioni specifiche alla migrazione nel loro lavoro. Tali cerchie dovrebbero pertanto essere incluse il più possibile e in modo vincolante nell'attuazione della strategia. Per l'aprile 2008 è prevista la conferenza volta a collegare i vari attori «Grande forum migrazione e salute». I membri del team del programma prendono inoltre posto in differenti comitati esterni di collegamento per rappresentare le necessità della strategia.

Viene auspicato in particolare il collegamento all'interno dell'Ufficio federale della sanità pubblica. Mediante un lavoro di sensibilizzazione interna si dovrebbero includere le richieste della strategia in tutte le attività dell'UFSP concernenti la popolazione migrante. In tal modo si vorrebbe anche conseguire un sostegno il più ampio possibile alla strategia dell'Ufficio federale.

Quale misura di comunicazione, le conoscenze e le esperienze acquisite nell'ambito della strategia dovrebbero essere trasmesse in maniera mirata a tutti i fornitori di prestazioni e agli organi decisionali del settore sanitario. Servono a questo anche gli articoli apparsi nelle pubblicazioni dell'UFSP «BAG-Bulletin» e «spectra», nonché i contributi di riviste professionali esterne oppure newsletters.

Oltre alle cerchie professionali d'ambito sanitario direttamente interessate dovrebbero essere informati anche l'intero settore professionale ed il largo pubblico sugli obiettivi e sui provvedimenti della strategia nazionale Migrazione e salute. Pertanto, il sito web della Sezione pari opportunità e salute dell'UFSP, www.miges.admin.ch, presenta le pubblicazioni elaborate nell'ambito della strategia, i DVD, le carte strategiche nonché i risultati della ricerca e della valutazione, da ordinare o da scaricare in versione PDF.

Gestione e messa in atto della strategia

L'organo responsabile della strategia Migrazione e salute fase II è l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), sostenuto dall'Ufficio federale della migrazione (UFM) e dalla Commissione federale degli stranieri (CFS). Il finanziamento viene garantito principalmente dall'UFSP tramite il credito di prevenzione. L'UFM può fornire dei contributi nell'ambito della legge sull'asilo per terapie destinate ai richiedenti d'asilo traumatizzati.

La realizzazione della strategia Migrazione e salute è come sempre regolata e gestita principalmente dalla Sezione Pari opportunità e salute dell'UFSP. Per la fase II viene approntato un piano di misure che specifica gli obiettivi dei singoli campi d'intervento e ripartisce le risorse. Il piano contiene anche disposizioni temporali e viene periodicamente aggiornato.

La realizzazione e l'effetto della strategia vengono esaminati mediante rapporti regolari, nonché mediante un'autovalutazione dei responsabili del programma e del progetto. È inoltre prevista una valutazione esterna della realizzazione della strategia. Questa deve fornire, anche in vista delle attività future nel settore della migrazione e della salute, una base affidabile per le modifiche necessarie.

Letteratura, indirizzi e link

Ufficio federale della sanità pubblica

Unità di direzione Politica della sanità

Sezione Pari opportunità e salute

CH-3003 Berna; e-mail: migrationundgesundheit@bag.admin.ch

www.miges.admin.ch

Il sito web informa sulla strategia Migrazione e salute, sulle organizzazioni partner, sui progetti e sulle acquisizioni; troverete molti indirizzi, link e pubblicazioni da ordinare o scaricare.

Ufficio federale della sanità pubblica (2007):

Stratégie Migration et santé (Phase II: 2008 – 2013)

Il documento di 93 pagine, approvato dal Consiglio federale nel giugno 2007, contiene in allegato una vasta bibliografia. Si trova in tedesco e francese su www.miges.admin.ch in versione PDF.

Ufficio federale della sanità pubblica (2007):

Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes?

Les principaux résultats du « Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse ». (disponibile solo in tedesco e francese)

La pubblicazione offre dei dati attuali sulle situazioni e sul comportamento sanitario dei migranti residenti in Svizzera.

Ufficio federale di statistica (2005):

La population étrangère en Suisse

Rapporto 2005. Neuchâtel. (disponibile solo in tedesco e francese)

La tavola a pagina 9 della presente pubblicazione si basa sul rapporto citato (rappresentazione modificata e completata).

