Prevenzione e promozione della salute nell'ottica migratoria

Guida per la pianificazione e la realizzazione di progetti

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Indice

In merito a questa pubblicazione **5**

La popolazione migrante in Svizzera **7**
Situazione sociale e sociodemografia 8
Paesi di provenienza 8
Retroscena sociali e professionali 8
Lingua 9
Religione 9
Diversità di genere 10

Migrazione e salute **11**
Stato di salute e comportamento in materia di salute 12
Differenze tra diversi gruppi in materia di salute 14

Prevenzione e promozione della salute nell'ottica migratoria **17**
Argomenti a favore della riduzione delle disparità nell'ambito della salute 17
Guida per progetti che tengano conto della dimensione migratoria 20
Domande di verifica per tener conto della realtà delle migranti e dei migranti 28
Check-List su come prendere in considerazione la prospettiva migrazione 30

Conclusioni **33**

Bibliografia **35**

Glossario **39**

Lista di link e indirizzi utili **43**

Allegato **45**

In merito a questa pubblicazione

La crescente pluralizzazione della società porta le istituzioni sanitarie a confrontarsi sempre di più con clienti di origini diverse, con differenti modi di vita e sistemi di riferimento e richiede loro una maggiore apertura nei confronti di una popolazione sempre più differenziata (come la popolazione migrante per esempio) e lo sviluppo di strutture transculturali* che possano rispondere in modo adeguato ai bisogni specifici degli individui.
La presente pubblicazione, realizzata su incarico di Promozione Salute Svizzera e dell'Ufficio federale della sanità pubblica, fornisce un quadro di riferimento con informazioni e strumenti utili per rispondere alle questioni fondamentali che si pongono durante la definizione e la realizzazione del loro progetto. Si tratta di sensibilizzare i responsabili di progetto al fine di adattare il più possibile alla realtà delle migranti e dei migranti i loro sforzi in materia di promozione della salute, avendo naturalmente chiaro che questo quadro di riferimento non offre una soluzione prêt-à-porter e non vuole nemmeno sostituirsi all'immaginazione e all'iniziativa propria dello sviluppo di ogni singolo progetto.
Questo documento è composto di tre capitoli: il primo inserisce il fenomeno migratorio nel contesto svizzero dal punto di vista socio-demografico, il secondo si occupa del rapporto tra migrazione e salute ed il terzo propone una serie di considerazioni utili nella fase di concezione e realizzazione di progetti in materia di promozione della salute. In allegato, una serie di tabelle, basate sull'analisi effettuata in Svizzera da studi e ricerche sul tema «migrazione e salute», presenta informazioni sui bisogni specifici della popolazione migrante secondo quanto proposto dalla letteratura scientifica, sulla promozione e prevenzione della salute e sui targetgroup più svantaggiati.
Inoltre, per facilitare la lettura di questo scritto, si è preferito aggiungere i riferimenti bibliografici alla fine del documento, suddivisi per argomento, piuttosto che inserirli nel testo; alla fine, sono elencati i link e indirizzi utili ed un glossario che presenta le definizioni di una serie di termini usati nell'analisi del tema «migrazione e salute».

La popolazione migrante in Svizzera

Da tempo la Svizzera convive con la diversità linguistica e culturale ma recentemente si è trovata ad affrontare, così come gli altri paesi industrializzati, dei profondi cambiamenti socio-culturali che si traducono in una pluralizzazione dei modi e degli stili di vita, delle lingue e dei sistemi di valori. La migrazione*[1] è un elemento importante, pur non essendo il solo, di questo processo che coinvolge tutte le sfere della società, ponendo quest'ultima di fronte a sfide inedite.
Nella maggior parte dei paesi europei, si riflette in termini di popolazione migrante[2] o alloctona (in Olanda), mentre gli Anglo-Sassoni si concentrano in maniera maggiore sulle «minoranze etniche» o «razziali», collegando così il fenomeno migratorio ad un'appartenenza etnica minoritaria, ad una particolare categoria razziale e/o ad una diversa nazionalità. Questo fenomeno è a volte associato alle condizioni socio-economiche difficili nelle quali si trovano certi gruppi migranti e, di conseguenza, questi stessi gruppi sono spesso considerati una categoria sociale o socio-professionale svantaggiata nella società d'accoglienza. Nello stesso tempo, altre minoranze che non hanno un background migratorio sono confrontate con le stesse difficoltà incontrate dai migranti, per esempio nell'accesso ad un sistema sanitario che risulta loro oscuro, di difficile contatto e nelle difficoltà di comprensione della lingua. Per queste ragioni, il termine generico «migrante» utilizzato in questo scritto deve essere interpretato nel suo senso più ampio, facendo cioè riferimento anche ad altre situazioni minoritarie definite dall'etnicità, la religione, la lingua, la nazionalità, ecc.

---

[1] Per la definizione dei termini contraddistinti dall'asterisco *, vedere il glossario.

[2] Il termine «popolazione migrante» comprende tutte le persone (e i loro discendenti) che sono nate all'estero, indipendentemente dalla loro nazionalità.

Situazione sociale e sociodemografia

Un rapido esame dello sviluppo demografico della Svizzera dalla fine del XIX secolo ci permette di osservare che la migrazione appare come una componente importante: anche se la crescita della popolazione straniera non ha avuto un andamento lineare, la Svizzera è diventata un paese di immigrazione a partire dall'inizio del XX secolo. Dai dati dell'Ufficio federale di statistica del 2005 risulta che circa un quarto della popolazione (22,6%) è nato all'estero; se a questa popolazione si aggiungono i figli e nipoti, si arriva a 2 milioni di persone, per cui i residenti stranieri in Svizzera rappresentano il 20,6% di tutta la popolazione. Questo tasso colloca la Svizzera al terzo posto tra i paesi dell'Unione Europea (UE-25) dietro al Lussemburgo e al Liechtenstein.

La popolazione migrante* costituisce un gruppo sempre più eterogeneo dal punto di vista dell'origine nazionale e delle caratteristiche socio-professionali.

Paesi di provenienza

Da una ventina d'anni, si osserva una crescita della popolazione ad un ritmo rallentato, accompagnato da una forte diversificazione delle origini delle migranti e dei migranti.
La maggioranza della popolazione straniera* residente in Svizzera nel 2005 proviene comunque dall'UE-25; dall'entrata in vigore della norma sulla libera circolazione delle persone tra la Svizzera e l'UE (2004), la proporzione di migranti provenienti da questi paesi è in aumento.
La tabella seguente evidenzia i principali paesi d'origine della popolazione migrante in Svizzera.

Tabella 1: I principali paesi d'origine della popolazione straniera residente in maniera permanente (2005)

Paese	Numero	%
1. Italia	296 392	19.6%
2. Serbia e Montenegro	196 179	13.0%
3. Portogallo	167 269	11.1%
4. Germania	157 580	10.4%
5. Turchia	75 448	5.0%
6. Spagna	71 376	4.7%

Fonte: Ufficio federale delle migrazioni

Retroscena sociali e professionali

Le persone con un background migratorio sono presenti in tutte le categorie sociali e professionali: nel passato la popolazione attiva migrante era composta prevalentemente da persone non qualificate, mentre la situazione attuale è caratterizzata piuttosto da una polarizzazione crescente tra le persone altamente qualificate e quelle poco qualificate.

La situazione delle migranti e dei migranti, in termini di autorizzazione di soggiorno (richiedente d'asilo, permesso di soggiorno, permesso di residenza, ecc.) è molto varia, come varie sono le ragioni che li spingono a partire (migrazione economica, ricongiungimento familiare, migrazione forzata, per esempio).

Lingua

La migrazione ha aumentato la diversità linguistica in Svizzera; in 40 anni, la percentuale delle lingue non nazionali usate come lingua principale è passata dall'1,4% nel 1960 al 9% nel 2000, ciò che porta le lingue della migrazione a ricoprire un ruolo sempre più importante nel paesaggio linguistico svizzero.
Questa diversità linguistica impone che i programmi di intervento nell'ambito della salute (promozione e prevenzione), per poter meglio rispondere ai bisogni, tengano conto dei diversi modi di pensare, argomentare e agire propri delle diverse lingue. L'uso delle lingue dei migranti può contribuire al trasferimento delle conoscenze, intervenire nella comprensione, nella negoziazione e nella risoluzione di un problema o nel momento della decisione. L'adattamento a questa diversità linguistica, attraverso informazioni fornite nelle lingue della migrazione, ricorrendo ad interpreti* o altro, appare dunque come una sfida anche per la promozione della salute e la prevenzione.

Tabella 2: Incidenza delle più importanti lingue non nazionali (lingue principali) in Svizzera

Lingue	Numero	Percentuale
1. Serbo-croato	103 350	1.4%
2. Albanese	94 350	1.3%
3. Portoghese	89 527	1.2%
4. Spagnolo	77 506	1.1%
5. Inglese	73 425	1.0%
6. Turco	44 523	0.6%

Fonte: Ufficio federale della statistica

Religione

Con il 4,3%, l'islam è diventato, nel 2000, la terza religione in Svizzera dopo i cattolici (41,8%) e i protestanti (35,3%). Al di là delle cifre, questa evoluzione amplia i sistemi di valori e di confessioni, i riferimenti religiosi e i codici di rappresentazione nella nostra società. A ciò si devono aggiungere gli eventuali elementi di diversità etnica che possono esistere all'interno di una collettività religiosa. Si potrebbe per esempio credere che i musulmani costituiscano un'unità, mentre essi sono diversificati in diverse nazionalità e gruppi etnici: 56,4% dei musulmani in Svizzera provengono dall'ex-Jugoslavia, 20,2% dalla Turchia, 6% dall'Africa (di cui il 3,4% dai paesi del Maghreb). Non bisogna inoltre dimenticare che l'appartenenza religiosa è soggetta ad interpretazioni e che i fattori religiosi possono a volte anche essere considerati contemporaneamente come elementi che favoriscono o che ostacolano la salute e il benessere.

Diversità di genere

La migrazione delle donne – sia nel caso di ricongiungimento familiare che di percorsi indipendenti – si è sviluppata a partire dagli anni settanta. La composizione della popolazione residente di nazionalità straniera secondo il genere conferma una certa femminizzazione della migrazione: la differenza tra la percentuale di stranieri e di straniere sull'insieme della popolazione straniera in Svizzera evidenzia solamente 8 punti in favore degli uomini (54% di uomini per 46% di donne nel 2004).

I dati relativi all'inserimento delle migranti e dei migranti nel mercato del lavoro indicano una distinzione tra i sessi: le donne sono piuttosto concentrate nel settore dei servizi (nei lavori di casa, nel settore sanitario, nella ristorazione, nel settore alberghiero, ecc.), mentre gli uomini sono massicciamente rappresentati nell'industria e nella costruzione.

In generale e in un'ottica di genere, i flussi migratori possono rivelare un aspetto specifico legato al sesso nella misura in cui uomini e donne sono spinti alla migrazione per ragioni diverse. Inoltre, anche le esperienze vissute da uomini e donne come migranti sono condizionate dalla variabile genere; la maggior parte delle differenze che sono state osservate dipende dal ruolo, dai comportamenti e dalle relazioni che la società attribuisce o si aspetta dall'uomo e dalla donna sia nel paese d'origine che in quello di accoglienza.

È inoltre molto importante sottolineare, a questo proposito, che le condizioni specifiche delle donne migranti, le rappresentazioni simboliche, le discriminazioni legate al genere contribuiscono, in maniera potenziale o reale, ad una marginalizzazione socio-economica di molte donne immigrate che influisce in maniera negativa sulla loro salute. Altre situazioni, invece, di dequalificazione professionale o di perdita di statuto sociale, toccano più particolarmente gli uomini migranti ed hanno un effetto rilevante sul loro comportamento e sulle loro condizioni di salute.

Migrazione e salute

In passato, la relazione tra migrazione e salute era concepita come funzione del «bagaglio patologico» delle migranti e dei migranti, elemento che rifletteva le loro condizioni di salute. Questo approccio era caratterizzato da una serie di elementi negativi che mettevano in evidenza le caratteristiche sanitarie delle migranti e dei migranti: malattie importate dal paese d'origine, principalmente malattie infettive, patologie legate all'adattamento alla società d'accoglienza, disturbi psichici, ecc. Inoltre, questo approccio aveva la tendenza a considerare le condizioni di salute delle migranti e dei migranti in riferimento ai rischi che esse potevano rappresentare per la salute pubblica[3].
Attualmente, si riconosce la difficoltà di stabilire *a priori* un rapporto di causalità diretta tra la migrazione e certe patologie particolari. Non è possibile ignorare gli effetti, talora negativi, sulla salute delle migranti e dei migranti delle condizioni di vita e di lavoro nella società di immigrazione e l'influenza delle condizioni giuridico-amministrative del soggiorno[4]. Di conseguenza, essere migranti non è considerato in sé come un fattore di rischio sanitario e gli studi più recenti parlano piuttosto della *complessità* di questo rapporto che risulta della combinazione di molti elementi genetici, sociali, economici, amministrativi e legati agli stili di vita.

[3] Contrariamente a questo approccio, certi studi considerano il rapporto tra migrazione e salute come piuttosto positivo dato che le persone più inclini a lasciare il loro paese sono in generale quelle in buona salute.

[4] Si tratta di ciò che viene definito nella letteratura scientifica come l'«exhausted migrant effect».

Stato di salute e comportamento in materia di salute

Si sa che i fattori che determinano le condizioni di salute non devono essere ricercati esclusivamente nell'ambito della salute in senso stretto: elementi come le condizioni ambientali e socio-economiche, le abitudini e anche la politica intesa nella sua accezione più ampia contribuiscono a definire le condizioni-quadro fondamentali per la salute.

L'esperienza migratoria, uno dei momenti che più marcano la vita di un individuo e della sua famiglia, insieme al contesto migratorio determinano le condizioni socio-economiche delle migranti e dei migranti e influiscono sulla loro salute; una parte della popolazione dei migranti, in effetti, è presente sovente nelle posizioni più basse della gerarchia sociale e occupa posti di lavoro esposti ad importanti rischi professionali come gli incidenti sul lavoro.

Inoltre, quando la congiuntura economica è sfavorevole, le migranti e i migranti sono più spesso disoccupati e, a causa della remunerazione non sempre adeguata ai bisogni di un corretto tenore di vita, una parte rilevante di questo gruppo di persone si ritrova a far parte della categoria dei *working poor*. A volte, è il tipo di autorizzazione di soggiorno che determina una situazione precaria dannosa per la salute e, in particolare, per l'equilibrio psichico.

Per quanto riguarda le condizioni di salute e i comportamenti delle migranti e dei migranti nell'ambito della salute, si può fare qualche osservazione generale, anche se le ricerche realizzate in Svizzera sono carenti e non permettono affermazioni definitive e i risultati sono parziali e, a volte, contraddittori. Per migliorare questa situazione di mancanza di informazioni certe, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e l'Ufficio federale delle migrazioni hanno avviato, nel 2004, il monitoraggio sullo stato di salute della popolazione immigrata in Svizzera (di seguito GMM). Esso evidenzia che le migranti e i migranti valutano in media le loro condizioni di salute peggiori rispetto alla valutazione espressa, sullo stesso argomento, dalla popolazione svizzera. Un certo numero di ricerche realizzate in Svizzera attestano che, in generale, le persone appartenenti a comunità immigrate presentano delle condizioni di salute meno buone rispetto a quelle della popolazione svizzera, confermando così la validità del dato soggettivo, basato sull'autovalutazione delle condizione di salute da parte dei migranti.

In generale, la salute delle migranti e dei migranti è caratterizzata, tra l'altro, da:

- patologie importate dal paese d'origine, malattie infettive in particolare;
- problemi psico-sociali legati alle cause o alle condizioni della migrazione, riscontrati presso le richiedenti e i richiedenti d'asilo e le rifugiate e i rifugiati;
- lento deterioramento della salute a seguito di un'attività professionale a volte pesante e faticosa e a condizioni di vita spesso precarie in Svizzera;
- salute non buona nella fase della riproduzione, gravidanze a rischio e elevata proporzione di nascite di neonati prematuri;
- mortalità elevata, rispetto agli Svizzeri, a seguito di alcune malattie come i tumori dello stomaco, nelle persone originarie del Sud dell'Europa.

Per quanto riguarda le abitudini delle migranti e dei migranti nel campo della salute, gli elementi centrali sono i comportamenti a rischio e l'accesso alle prestazioni sanitarie:

Comportamenti a rischio: secondo i risultati del GMM, vari gruppi di migranti hanno un comportamento più a rischio per quanto riguarda *il consumo di tabacco, l'esercizio fisico e l'alimentazione;* certi gruppi mostrano anche una tendenza all'eccesso di peso. In tutti i gruppi di migranti, si osserva che gli uomini fumano più delle donne e, eccetto nel caso delle persone provenienti da Austria, Francia e Germania, le migranti e i migranti fanno meno attività fisica della popolazione svizzera. Inoltre, la percentuale di fumatori all'interno di certe comunità di migranti, come quella turca per esempio, è molto più elevata di quella della popolazione svizzera.

In questo senso, è opportuno sottolineare l'importanza della maniera in cui le informazioni sul tema della salute sono diffuse e recepite. La letteratura scientifica in materia afferma che diversi fattori, come la *health literacy** (le competenze sanitarie), il capitale sociale, la situazione economica, ecc. giocano un ruolo importante in questo contesto. Le persone con competenze sanitarie limitate hanno difficoltà a comprendere e interpretare le informazioni scritte e orali fornite loro dagli specialisti della salute, a seguirne le prescrizioni e a posizionarsi in maniera critica rispetto alle informazioni sulla salute. Per questo, gli interventi sul tema della promozione della salute e della prevenzione dovrebbero quindi tener conto del ruolo della *health literacy* sul comportamento sanitario delle migranti e dei migranti.

Accesso al sistema delle prestazioni sanitarie: la letteratura scientifica sottolinea che il ricorso alle prestazioni sanitarie e i comportamenti – protettivi o a rischio – non sono determinati dalla semplice scelta individuale, ma sono condizionati da una serie di fattori che toccano in maniera minore la popolazione autoctona rispetto a quella migrante. Le esperienze discriminatorie, le difficoltà linguistiche, la diversità del significato dei concetti di salute e di malattia, la mancanza di conoscenze e di informazioni sul sistema sanitario e sulle istituzioni sanitarie in Svizzera sono dei fattori negativi che generano una situazione di sotto-utilizzazione o di utilizzazione inadeguata della copertura sanitaria da parte della popolazione migrante.

Da ciò segue che i progetti e i programmi di intervento nell'ambito della salute che hanno l'obiettivo di ridurre le ineguaglianze* dovrebbero prendere in considerazione anche la popolazione migrante. È chiaro che, al di là dei problemi di salute di certi gruppi migranti, la promozione della salute e la prevenzione devono tener conto anche del fattore della diversità in termini di stili di vita, di codici di rappresentazione, di sistemi di valori, ecc. che caratterizza la migrazione. In effetti, tutti questi aspetti condizionano i comportamenti che influenzano la salute, la percezione delle informazioni in materia di prevenzione e la possibilità di raggiungere le migranti e i migranti o le persone appartenenti ad altre minoranze.

Differenze tra diversi gruppi in materia di salute

Se si confrontano tra loro dei gruppi migranti, le differenze che si riscontrano tra le condizioni di salute delle persone appartenenti ai diversi gruppi, o addirittura a certi sotto-gruppi, sono più importanti di quelle che si osservano nel confronto tra l'insieme della comunità migrante e la popolazione svizzera.

Dall'inchiesta del GMM emerge che il 3% degli Svizzeri considera «cattive» o «pessime» le proprie condizioni di salute, ma sono il 5% dei Tamil, il 7% degli Italiani, il 9% dei Portoghesi, l'11% dei migranti dell'ex-Jugoslavia e il 16% per quelli originari della Turchia a deplorare simili condizioni di salute.

Se la nazionalità sembra essere un fattore importante nella spiegazione delle disparità nelle condizioni di salute dei diversi gruppi migranti, non bisogna dimenticare l'esistenza di altri fattori come l'età, il sesso, i motivi di migrazione, il tipo di autorizzazione di soggiorno, ecc.

Se prendiamo per esempio il fattore età, solo il 5% degli Svizzeri in età compresa tra 51 e 62 anni considera «cattive» o «pessime» le proprie condizioni di salute, mentre questo dato sale al 14% per gli Italiani della stessa categoria d'età e raggiunge il 30% e il 40% nel caso di migranti originari della ex-Jugoslavia, del Portogallo e della Turchia. La variabile «genere» ha una incidenza diversa nei vari gruppi: l'83% dei migranti italiani considera le proprie condizioni di salute «buone» o «molto buone», mentre questo dato si attesta sul 74% nel caso delle donne italiane immigrate. Lo scarto a sfavore delle donne raggiunge i 27 punti percentuali nel caso delle donne originarie della Turchia e i 15 per le donne tamil.

Inoltre, dai risultati del GMM, si può dedurre che le condizioni di salute sono influenzate anche dal tipo di migrazione: le richiedenti e i richiedenti d'asilo percepiscono il loro stato di salute meno buono delle migranti e dei migranti per ragioni economiche della loro stessa origine nazionale.

È stato anche dimostrato che tra le migranti e i migranti che sono in situazioni marginali a causa della loro autorizzazione di soggiorno, come per esempio le persone ammesse provvisoriamente e quelle in situazioni irregolari (sans-papiers), coloro che hanno un'attività professionale si considerano in buona salute rispetto a chi non lavora. Ciò evidenzia l'effetto che le risorse proprie di una persona hanno sulla valutazione soggettiva delle proprie condizioni di salute.

Non è necessario dilungarsi su queste questioni. Ciò che è fondamentale è essere coscienti dell'esistenza di *effetti cumulativi* di certi fattori[5] che possono determinare un aumento della vulnerabilità e una mancanza di risorse per contrastare questa vulnerabilità. Se «essere migrante» non implica necessariamente avere delle «cattive» condizioni di salute, il fatto per esempio di essere una donna migrante, in possesso di uno statuto precario di soggiorno (permesso F o statuto di richiedente d'asilo), senza un'occupazione, con dei bambini piccoli a carico, senza buone competenze linguistiche del luogo di residenza, ecc. determina una realtà caratterizzata da rischi supplementari che possono aumentare le disparità già esistenti nella salute.

A causa delle condizioni socio-economiche spesso difficili che li caratterizzano, si ha a volte la tendenza di inserire tutte le migranti e tutti i migranti in un'unica categoria svantaggiata ma, come è già stato detto precedentemente, il fatto di appartenere alla popolazione migrante non implica, automaticamente, di essere svantaggiati. È dunque importante concentrarsi su una categorizzazione differenziata e non generalizzare; in effetti, anche se fattori come l'appartenenza etnica e lo statuto nella migrazione appaiono come le variabili più importanti, bisognerebbe consacrare più attenzione ai sotto-gruppi di migranti potenzialmente ad alto rischio.

Il fatto di tener conto dell'*effetto cumulativo* delle diverse situazioni a rischio può essere molto utile nell'individuazione del gruppo maggiormente svantaggiato all'interno della popolazione migrante, ma ciò deve essere inserito in un contesto più ampio che prende in considerazione anche altri fattori come gli stili di vita e il sistema di valori che possono rivelarsi nello stesso tempo delle risorse e dei rischi.

---

[5] In un contesto migratorio, fattori quali uno statuto di soggiorno precario, una conoscenza insufficiente della lingua locale, la mancanza di risorse sociali, le discriminazioni e la stigmatizzazione, la mancanza di informazioni sul sistema socio-sanitario, ecc., possono generare molto spesso delle situazioni a rischio per la popolazione migrante.

Prevenzione e promozione della salute nell'ottica migratoria

La questione «migrazione e salute» (cfr. capitolo «Migrazione e salute») può essere compiutamente compresa solo se inserita nella logica globale delle ineguaglianze nella salute che esistono nella nostra società. Tra i fattori più importanti che possono generare queste ineguaglianze c'è il fenomeno migratorio ed è per questo che le strategie sviluppate da diversi paesi per ridurre tali ineguaglianze nella salute, sottolineano l'importanza di considerare adeguatamente la dimensione «migrazione» in tutti gli interventi nel campo della promozione della salute e della prevenzione.

Argomenti a favore della riduzione delle disparità nell'ambito della salute

La riduzione delle differenze nella salute tra diversi gruppi sociali e il miglioramento delle condizioni di salute dei gruppi svantaggiati costituiscono gli obiettivi principali delle strategie nell'ambito della salute in generale e della promozione della salute e la prevenzione in particolare. La scelta di questo obiettivo si basa su argomenti di diversa natura e comprende tutti i gruppi interessati dalla problematica delle ineguaglianze nella salute quali che siano i fattori che le determinano (genere, nazionalità, età, migrazione, situazione socio-economica, ecc.). Questi argomenti sono utili per legittimare tutte le azioni e le misure destinate ai gruppi che sono vittime di ineguaglianze evitabili e ingiuste nella salute.

Argomenti di natura normativa

Argomento basato sull'equità: le differenze nella salute sono inaccettabili dal punto di vista etico nella misura in cui sono al contempo *evitabili e ingiuste*. Esse diventano ingiuste se le cattive condizioni di salute sono il risultato di fattori di carattere socio-economico come per esempio l'ineguaglianza delle opportunità nell'istruzione, nel lavoro o nell'accesso alle prestazioni sanitarie. Questa linea di argomentazione procede dalla nozione di *equità nella salute;* essa considera la salute come una risorsa

la cui distribuzione è cruciale per la realizzazione della giustizia sociale e la migliore ripartizione possibile comporta l'uguaglianza delle risorse attribuite a ciascuno.

Principio di uguaglianza e di non discriminazione: il principio di uguaglianza e di non discriminazione* appare, nel campo della salute, come un mezzo per concretizzare il principio di equità nella salute. In effetti, nelle società democratiche e liberali, la legittimazione delle azioni si basa molto spesso su questo principio sia come riferimento filosofico che come strumento di principio dello Stato di diritto riconosciuto in tutte le costituzioni dei paesi democratici. In Svizzera, l'articolo 8 della Costituzione federale è consacrato al principio di uguaglianza e l'articolo 261bis del Codice penale vieta la discriminazione.

Argomento basato sul principio dei diritti umani: il diritto alla salute è stato inserito in vari trattati internazionali e regionali sui diritti umani, vincolanti dal punto di vista giuridico, come per esempio la Costituzione dell'OMS e la *Dichiarazione universale dei diritti umani*. È utile citare che la Carta di Ottawa fa riferimento al principio del diritto alla salute e precisa l'importanza della sua concretizzazione nella promozione della salute.

In generale, *il diritto alla salute* implica per ciascuno la possibilità di beneficiare di un'esistenza che gli permetta di avere una vita sana, di accedere senza difficoltà agli interventi di prevenzione e alle prestazioni sanitarie appropriate in caso di bisogno. Per un individuo, il diritto alla salute è quindi considerato come parte integrante degli altri diritti come quello di avere un adeguato tenore di vita, di ricevere un'istruzione e di partecipare alla vita sociale.

Argomenti di natura societale

L'esistenza di ineguaglianze nella salute porta pregiudizio a tutti i membri della società. Delle analisi scientifiche hanno osservato l'esistenza di una relazione tra le buone condizioni di salute degli individui in una società e la coesione sociale ed hanno evidenziato che le società egalitarie e sane hanno una più forte coesione sociale che porta le persone a percepirsi parte della stessa collettività e complici nelle sfide da raccogliere.
D'altra parte, è noto che la riduzione delle ineguaglianze nella salute contribuisce, grazie al miglioramento delle condizioni dei gruppi svantaggiati, ad un cambiamento favorevole della situazione sanitaria media dell'insieme della popolazione e, di conseguenza, della sanità pubblica.
Ci si potrebbe dunque aspettare che la riduzione delle differenze nella salute abbia un impatto positivo sulla coesione sociale dato che, per una persona migrante, la salute è un elemento fondamentale della sua integrazione. Logicamente, una persona in buona salute dispone di più risorse per inserirsi in una società rispetto a chi non possiede risorse o ne possiede di meno. In un contesto migratorio, si può dunque supporre che tutto ciò che favorisce la salute favorisce anche l'integrazione sociale delle persone migranti.

Argomenti di natura economica

È stato rilevato che gli interventi realizzati al fine di migliorare le condizioni di salute dei gruppi svantaggiati portano ad una diminuzione della spesa pubblica destinata alla sanità. D'altra parte, delle buone condizioni di salute sono un fattore di produzione, in particolare per le lavoratrici e i lavoratori delle classi sociali svantaggiate, per i quali la condizione fisica è uno strumento di lavoro e, di conseguenza, di sviluppo economico, poiché fa parte del capitale sociale di una società.

Guida per progetti che tengano conto della dimensione migratoria

Dei bisogni specifici in tema di promozione della salute possono derivare dal contesto migratorio, dalla situazione socio-economica dei migranti, dalla loro percezione a volte discordante della salute o dal loro sistema di valori e di riferimento. Per questo, è importante prendere in considerazione la dimensione «migrazione» nei progetti che hanno l'obiettivo di promuovere la salute. Di seguito, metteremo in evidenza questo modo di procedere inserendolo nelle diverse fasi di un progetto e utilizzando esperienze già fatte in materia di promozione della salute e di prevenzione. Queste esperienze, che derivano da descrizioni di progetti e rapporti di valutazione o sono citate nei diversi gruppi di discussione che si occupano del tema «migrazione e salute», sono a volte l'esempio di azioni positive, altre volte evidenziano un problema concreto incontrato in un progetto oppure esprimono un'elevata sensibilità alla dimensione «migrazione».

Fase di riflessione

La riduzione delle ineguaglianze nella salute, l'applicazione del principio delle pari opportunità* e di quello di non discriminazione in materia di promozione della salute sono degli elementi sine qua non della filosofia di un progetto che tenga conto della dimensione migrazione. Questi principi dovrebbero guidare la riflessione che precede il lancio di ogni iniziativa che ha le migranti e i migranti tra i suoi destinatari. Secondo le situazioni e le esperienze, si opterà per un approccio che permetta al progetto in questione di adattarsi ai bisogni della popolazione migrante o, in alternativa, si preferirà concentrarsi su un progetto specificamente rivolto a questa categoria. L'esempio riportato qui di seguito mostra l'impiego simultaneo dei due approcci, in una situazione in cui i servizi offerti da un'associazione sono stati ampliati attraverso il lancio di un progetto specifico per i migranti.

Esperienza 1: **l'associazione «Ostschweizerischer Verein für das Kind»[6] (di seguito OVK) con sede a San Gallo ha deciso di aprire i suoi servizi di consulenza sul tema della nutrizione e dello sviluppo del bambino ai genitori della comunità migrante giustificando questa iniziativa con i contenuti della Carta di Ottawa che raccomanda che tutti gli interventi nel campo della promozione della salute devono offrire le stesse opportunità e le stesse risorse a tutti gli individui (principio di uguaglianza). Per concretizzare questa idea, è stato attuato un progetto pilota (MigesBalù)[7] destinato alle famiglie migranti di diverse nazionalità.**

Fase di concettualizzazione

Esame della situazione iniziale: Se è importante adottare una prospettiva d'analisi che tenga conto dei fattori che determinano la diversità della popolazione cui l'intervento è destinato e i tipi di interazioni da prevedere, non è sempre facile

---

[6] «Ostschweizerischer Verein für das Kind» è un'associazione senza fini di lucro attiva nella regione di San Gallo e Rorschach che consiglia i genitori di bambini tra 0 e 6 anni su temi vari come l'allattamento, la nutrizione, l'istruzione, ecc. (http://www.ovk.ch).

[7] Indicato da molti come una buona pratica, MigesBalù è un progetto che è riuscito, in modo esemplare, ad integrare la dimensione «migrazione» nella promozione della salute (per maggiori informazioni, cfr. http://www.ovk.ch/de/main.projekt.php).

riunire le informazioni necessarie, cercando nella letteratura o nelle statistiche disponibili – sanitarie o epidemiologiche: spesso le informazioni dettagliate in funzione della condizione nella migrazione o della durata del soggiorno sono carenti o addirittura assenti e la nazionalità è un elemento troppo generale per delimitare una problematica specifica.

Esperienza 2: **l'associazione OVK osserva che le famiglie migranti non ricorrono in maniera sufficiente ai servizi di consulenza anche se le questioni della nutrizione e della mancanza di attività fisica riguardano anche i loro bambini (0–6 anni). L'associazione OKV parte dal fatto che le famiglie migranti tengono spesso i loro bambini a casa finché sono piccoli, a causa di diverse ragioni come il lavoro notturno, la fatica, le difficoltà linguistiche, l'impressione di essere rifiutati dalla società di accoglienza. Di conseguenza, questi bambini si muovono molto meno dei bambini autoctoni e guardano spesso la televisione, comportamenti che li espongono ad un rischio per la loro salute.**

Determinazione dei bisogni: è possibile che i bisogni individuati per il progetto si presentino in una forma diversa o particolare per le migranti e i migranti. È quindi necessario determinare questi tipi di bisogni specifici e, per fare questo, si può procedere in due modi: con un approccio «oggettivo» che fa riferimento ai risultati della ricerca scientifica, sempre che il tema in questione sia stato analizzato dal punto di vista della diversità* o della migrazione, oppure con un processo più «soggettivo» che si basa sui bisogni espressi (o percepiti) dalle istituzioni sanitarie, la comunità migrante, le professioniste e i professionisti del campo della salute, gli esperti e le persone chiave per esempio. È evidente che questi due approcci non si escludono a vicenda e che una combinazione dei due è spesso utile[8].

Esperienza 3: **un progetto sottoposto a Radix che si basa sulle narrazioni delle migranti e dei migranti riguardo al sistema sanitario svizzero osserva che il ricorso alle prestazioni sanitarie da parte della popolazione migrante è ridotto per diverse ragioni, come per esempio il diverso funzionamento rispetto al sistema sanitario del paese d'origine. Il progetto individua un bisogno, specifico delle migranti e dei migranti che è quello di essere informate e informati sul sistema sanitario, sul suo funzionamento e sui diversi ostacoli dell'accesso alle prestazioni sanitarie.**

Individuazione di target group: è necessario interrogarsi sulla scelta dei target group in funzione del bisogno individuato. Bisogna ricordare che le migranti e i migranti sono un gruppo molto eterogeneo e che è importante combinare le dimensioni socio-economiche (formazione, reddito, ecc.) con le altre variabili come l'origine, il genere, la situazione nella migrazione, le competenze linguistiche per determinare i sotto-gruppi più svantaggiati all'interno della comunità migrante. Inoltre, bisogna tener conto degli *effetti cumulativi* di certi fattori è cioè possibile che i sotto-gruppi individuati abbiano dei bisogni o delle risorse diversi all'interno di un gruppo considerato a priori come un'unica entità. Per fare un esempio, si potrebbero citare le

[8] Per maggiori informazioni sulle nozioni di «bisogni oggettivi» e «bisogni percepiti», riferirsi alla versione francese del glossario: http://www.quint-essenz.ch/fr/resources/glossary.

migranti e i migranti provenienti dall'Africa sub-sahariana: si ha spesso la tendenza a considerarli come «un gruppo» a causa dello stesso colore della pelle e di certi stereotipi di cui sono vittime mentre, in realtà, parlano lingue diverse e vivono in modo diverso.

Esperienza 4: **la procedure di individuazione del target group migranti esposta di seguito evidenzia quanto sia importante procedere in maniera differenziata e appropriata secondo le caratteristiche del soggetto e il contesto di ogni progetto. «…Abbiamo voluto individuare il gruppo migrante considerato come gruppo ad alto rischio* in tema di prevenzione dell'aids. In primo luogo abbiamo consultato la letteratura in materia e abbiamo constatato che le migranti e i migranti in situazione precaria di soggiorno e quelli provenienti da regioni caratterizzate da un più alto tasso di infezioni da HIV sono esposti a rischi maggiori all'interno della popolazione migrante. In seguito, per meglio individuare i gruppi maggiormente svantaggiati, ci siamo rivolti a dei professionisti e esperti nel campo dell'aids. Il risultato di questi due modi di procedere è stato che nel target group sono stati integrati i „sexworkers" e le migranti e i migranti provenienti dall'Africa sub-sahariana con statuto precario…» (una partecipante ad un gruppo di discussione sul tema «migrazione e salute»).**

Sulla base delle osservazioni fatte in questi passaggi, si possono ancora una volta prevedere dei progetti destinati esclusivamente all'attenzione delle migranti e dei migranti oppure dei progetti che sono indirizzati ad un pubblico misto più vasto. In quest'ultimo caso, è necessario fare attenzione che la dimensione «migrazione» sia inserita nelle diverse tappe del progetto. In un ambito in cui le conoscenze e le esperienze sono rare, è spesso più opportuno utilizzare, in un primo tempo (o in fase esplorativa), un approccio specifico, concentrato cioè sul contesto migratorio, anche a costo di decidere, in seguito, dell'opportunità o meno di integrare ciò che si è appreso in un setting «generale».

Fase della realizzazione

Raggiungere il target group: una volta identificato il target group, si tratta di raggiungere il gruppo. È probabile che si incontrino maggiori difficoltà nel reperire e contattare i migranti rispetto agli autoctoni. In generale, un'attenzione particolare deve essere rivolta, in ogni fase dello sviluppo del progetto, ai diversi sistemi di valori e di rappresentazione del target group o gruppo beneficiario, ma questi elementi diventano particolarmente importanti nella fase di realizzazione e nel momento del contatto in particolare, dato che le basi dell'interazione sociale variano particolarmente secondo l'origine socio-culturale.

Inoltre, non bisogna dimenticare che le migranti e i migranti sono molto mobili all'interno della Svizzera (se non altro per ragioni legate alle relazioni sociali) e reperire un gruppo migrante (i sans-papiers per esempio) può essere particolarmente

difficile a causa della loro situazione di soggiorno irregolare che li obbliga ad essere praticamente «invisibili» nello spazio pubblico.

Al di là di questi fattori che influenzano la reperibilità delle migranti e dei migranti, bisogna anche riflettere sull'importanza del setting e delle reti sociali, delle modalità del contatto e delle scelte degli intermediari; anche in questo caso, non sono rilevanti solo i fattori socio-culturali e tradizionali, ma anche gli elementi legati al ritmo della vita professionale delle migranti e dei migranti, come per esempio l'orario di lavoro e la qualità degli intermediari che, per esempio, devono ispirare fiducia in seno alla comunità.

Sarà quindi fondamentale prendere inizialmente contatto con la rete dei migranti (persone chiave, mediatori culturali*, associazioni di migranti, ecc.) che può creare un ponte tra il progetto e le persone direttamente interessate e indicare «la migliore maniera di procedere» per prendere contatto con il target group.

Esperienza 5: **un progetto sul tema della prevenzione delle dipendenze che vuole integrare i genitori di giovani albanesi nel suo target group, prende contatto con un'insegnante albanese per realizzare una piccola inchiesta presso i genitori al fine di conoscere meglio i loro bisogni e i loro interessi. A questo scopo, viene organizzata una serata di informazione sulle dipendenze, ma nessuno partecipa perché l'insegnante che doveva avere il ruolo della persona chiave è considerata dalla comunità albanese come rappresentante della «sinistra» e non ispira fiducia. Dopo il fiasco della serata informativa, i responsabili del progetto decidono di visitare le classi speciali destinate ai figli delle migranti e dei migranti per cercare di contattare direttamente i genitori albanesi. Questa esperienza mostra che una persona chiave non garantisce il successo di una iniziativa e che è necessario essere molto vigilanti nel processo di scelta del «buon intermediario».**

Esperienza 6: **il progetto MigesBalù si è servito di una strategia di comunicazione differenziata per avvicinare le madri di origine albanese. Sapendo che, all'interno della comunità albanese vige una ripartizione tradizionale dei ruoli tra uomini e donne e che è il marito, nel suo ruolo di capofamiglia, che prende le decisioni, il progetto ha deciso di contattare per primi gli uomini facendo ricorso ad interpreti interculturali maschi per convincerli dell'utilità per le loro mogli di usufruire dei servizi proposti[9]. Inoltre, il progetto è stato presentato a diverse associazioni di migranti.**

Esperienza 7: **«abbiamo organizzato una seduta informativa rivolta alle famiglie migranti in una sala della scuola, ma non ha avuto per niente successo dato che poca gente vi ha partecipato. Quando abbiamo organizzato la stessa seduta nella moschea turca, siamo rimasti sorpresi dal numero di partecipanti…» (un componente di un gruppo di discussione sul tema della partecipazione nell'ambito del rapporto tra migrazione e salute).**

---

[9] Bisogna fare molta attenzione al grande rischio di generalizzazione e schematizzazione esistente nei confronti delle comunità migranti e non bisogna assolutamente generalizzare questo modo di procedere né nei confronti di tutte le comunità migranti, né in quelli dell'insieme della comunità albanese. Sarebbe più giudizioso agire caso per caso e adattarsi ad ogni contesto. È inoltre importante creare uno spazio di dialogo privilegiato con le donne migranti.

Partecipazione e valorizzazione delle risorse

Partecipazione: la partecipazione è un elemento essenziale dell'approccio della promozione della salute proposta dall'OMS. Il termine e il concetto partecipazione deriva da altri settori, ma è diventato un concetto chiave nella promozione della salute.

Inoltre, l'attuazione di un progetto dipende dalla sua filosofia di gestione; se un progetto è rivolto alla popolazione migrante o contiene le migranti e i migranti nel suo target group, è allora fondamentale integrare questi ultimi nella gestione del progetto stesso sia a livello della direzione che delle collaboratrici e dei collaboratori, nell'individuazione dei problemi e dei bisogni e nella realizzazione e valutazione degli interventi. In generale, la partecipazione attiva delle migranti e dei migranti è possibile e auspicabile in tutte le fasi di un progetto e, particolarmente, nella sua fase di attuazione.

Esperienza 8: **«nel nostro progetto, la partecipazione delle migranti e dei migranti è scontata: abbiamo una migrante che è co-responsabile del progetto e che è stata coinvolta sin dall'inizio. Collaboriamo sistematicamente con gli interpreti e i mediatori interculturali e con le associazioni di migranti nel contattare il nostro target group. Nell'attuazione di certi moduli del nostro progetto, le professioniste e i professionisti con background migratorio intervengono regolarmente e collaborano anche nei servizi di consulenza destinati a gruppi migranti» (un responsabile di progetto).**

Qualche vantaggio dell'integrazione nei progetti delle migranti e dei migranti

- Aumenta il sostegno sociale del progetto e l'accettazione dell'intervento presso la popolazione migrante;
- Permette di cercare una collaborazione con le migranti e i migranti piuttosto che considerarli solamente come destinatari;
- Crea una vicinanza con il target group potenziale;
- Influenza positivamente la motivazione delle partecipanti e dei partecipanti migranti.

Valorizzazione delle risorse: ci si deve anche interessare all'impiego delle risorse delle migranti e dei migranti nell'attuazione del progetto. In effetti, i migranti, nel loro percorso scolastico e professionale anche pre-migratorio, hanno acquisito competenze e posseggono risorse informali[10] che si sono forgiate durante la loro vita (esperienze migratorie, conoscenza della lingua d'origine, savoir faire), il cui impiego può essere estremamente vantaggioso sia per i responsabili dei progetti che per le partecipanti e partecipanti migranti stessi.

---

[10] In generale, si distinguono le risorse formali da quelle informali: le prime si presentano sotto forma di competenze istituzionalizzate e confermate da un diploma o un certificato (titoli scolastici, universitari, professionali, ecc.), mentre le seconde comprendono tutte le risorse che non sono state collegate ad un diploma o ad un certificato, ma che un individuo possiede come il saper essere, le esperienze del vissuto, il savoir faire, i codici culturali e il sistema di valori e di credenze, ecc. A questo proposito, è importante sottolineare che, in Svizzera, i diplomi di certi paesi d'origine non sono riconosciuti e di conseguenza certi migranti sono anche portatori di risorse formali che possono essere molto utili al progetto.

I contributi della valorizzazione delle risorse delle migranti e dei migranti

- Aumenta la capacità d'azione nella gestione della salute e dei fattori che la determinano (empowerment*);
- Mette a disposizione risorse umane (conoscenze transculturali, competenze nella lingua d'origine, savoir faire e esperienze migratorie, ecc.);
- Mette a disposizione le risorse sociali delle migranti e dei migranti (reti comunitarie, relazioni sociali, ecc.) che potenziano la capacità di migliorare le loro condizioni di salute più di quanto potrebbero fare attraverso i soli loro sforzi individuali;
- Potrebbe contribuire ad una riduzione dei costi legati alle risorse umane.

Metodi e strumenti di lavoro

Il successo di un progetto dipende anche dal metodo utilizzato per la realizzazione o la diffusione delle conoscenze e dagli strumenti di lavoro utilizzati, elementi che permettono la buona riuscita di un intervento.

Esperienza 9: **un progetto che aveva l'intenzione di servirsi della moderna tecnologia di comunicazione ha prodotto un CD-ROM in lingua locale per trasmettere il suo messaggio alle famiglie. Questo metodo non ha avuto successo presso le famiglie con background migratorio perché non tiene conto del fatto che certe famiglie non posseggono sufficienti conoscenze della lingua locale per comprendere l'informazione contenuta nel CD-ROM. Inoltre, il progetto presuppone erroneamente che l'impiego dei mezzi di comunicazione multimediali sia diffuso fra le famiglie migranti come fra le autoctone. La debolezza di questo metodo risiede nel suo approccio indifferenziato e non tiene conto delle caratteristiche di una parte del suo target group, della comunità migrante in particolare. Il progetto avrebbe dovuto produrre dei CD-ROM nella lingua madre dei gruppi migranti in questione e sviluppare altri strumenti o utilizzare altri canali per trasmettere l'informazione (associazioni, feste in occasione di matrimoni, serate delle comunità, ecc.).**

Esperienza 10: **«tutti i genitori del target group rintracciati nelle maternità della regione ricevono degli opuscoli nella loro lingua madre sui nostri servizi di consulenza. Abbiamo anche adattato l'orario di apertura del nostro ufficio di consulenza ai bisogni dei genitori migranti» (stralcio del rapporto di valutazione del progetto MigesBalù).**

Qualche suggerimento relativo al metodo e agli strumenti di lavoro

- Il metodo e gli strumenti di lavoro (interviste individuali, riunioni con i target group, metodo individualizzato, atelier tematici, giochi di gruppo, ecc.) devono il più possibile tener conto della varietà delle caratteristiche delle partecipanti e dei partecipanti migranti (livello di formazione, competenze linguistiche, stile di vita, ecc.).
- Se si tratta di un target group misto (popolazione autoctona e popolazione migrante), è necessario assicurarsi che il metodo scelto sia efficace per le partecipanti e i partecipanti migranti.
- In certi casi può essere necessario applicare un metodo diverso per prendere in considerazione in modo migliore le specificità delle migranti e dei migranti.
- Il materiale di lavoro (documentazione, lingua, immagini, ecc.) deve essere adattato ai bisogni delle migranti e dei migranti.
- Bisogna vigilare affinché gli strumenti di valutazione interna ed esterna tengano conto delle specificità del target group migrante (bisogni specifici, eterogeneità in termini di sistemi di valori e di percezione della salute, ecc.).

È chiaro che queste diverse fasi assumono un significato più importante se sono collegate al processo di formulazione degli obiettivi di un progetto. La tabella che segue mette in parallelo le fasi con gli obiettivi che un progetto deve fissarsi se vuole mostrarsi sensibile alla realtà delle migranti e dei migranti, delle loro caratteristiche socio-economiche e culturali, della diversità degli stili di vita e dei sistemi di valori.

Tabella 3: Parallelo tra le fasi e gli obiettivi del progetto

Fasi	Obiettivi
Fase di riflessione	Contribuire alla riduzione delle ineguaglianze nella salute legate al contesto migratorio. Tendere verso le pari opportunità tra la popolazione migrante e la popolazione autoctona.
Fase di concettualizzazione	Tener conto del fatto che le migranti e i migranti subiscono un certo numero di ineguaglianze che possono essere ridotte (situazione iniziale). Considerare che diverse categorie di migranti potrebbero avere bisogni specifici (in tema di accesso ai programmi di promozione della salute per esempio) (determinazione del bisogno). Vigilare affinché i gruppi migranti maggiormente svantaggiati siano inclusi nei target group del progetto e siano presi in considerazione gli effetti cumulativi nella determinazione dei target group (individuazione del target group).
Fase di realizzazione	Considerare l'importanza della rete migrante per avvicinare le migranti e i migranti (raggiungere il target group).
Partecipazione e valorizzazione delle risorse	Vigilare affinché le migranti e i migranti partecipino in maniera appropriata a tutte le fasi del progetto. Tener conto delle risorse delle migranti e dei migranti (umane/sociali) che possono essere un vantaggio per il successo del progetto.
Metodo e strumenti di lavoro	Vigilare affinché il metodo e gli strumenti di lavoro tengano conto della realtà delle migranti e dei migranti e rispondano ai loro bisogni.

Domande di verifica per tener conto della realtà delle migranti e dei migranti

Tenere in considerazione la dimensione «migrazione» richiede un approccio sistematico per poter raccogliere le sfide che essa pone ai progetti. Nella tabella seguente sono elencate, sotto forma di domande, alcune di queste sfide che potrebbero permettervi di rendere il vostro progetto sensibile alla realtà delle migranti e dei migranti. Il procedimento che seguiremo sarà lo stesso della sezione precedente; i progetti saranno cioè analizzati nelle loro diverse fasi di realizzazione. In questo esercizio, vengono trattate delle questioni generali e non delle soluzioni prêt-à-porter per tutti i progetti; è dunque importante tener conto della realtà di ogni progetto e dei problemi specifici che essa pone.

Tabella 4: Domande di verifica

Fasi	Sfide
Fase di riflessione	
	In che modo il vostro progetto contribuisce a ridurre le ineguaglianze nella salute legate al contesto migratorio? Quali sono gli elementi che indicano che la filosofia del vostro progetto si inserisce in una prospettiva di pari opportunità per le migranti e i migranti nella promozione della salute?
Fase di concettualizzazione	*Esame della situazione iniziale e del bisogno oggettivo*
	Quali sono le indicazioni sulle differenze nella salute tra la popolazione migrante e quella di riferimento (popolazione svizzera per esempio)? Quali sono le ragioni di queste differenze nella salute? Sono dovute esclusivamente al contesto migratorio o ci sono altri fattori? Sono stati presi in considerazione i risultati delle ricerche che si occupano di ineguaglianze legate al contesto migratorio?
	Determinazione del bisogno soggettivo
	In che modo il bisogno del gruppo migrante si differenzia da quello della popolazione svizzera? Se avete scelto un approccio definito «soggettivo» nella determinazione dei bisogni, avete preso in considerazione il punto di vista delle persone chiave, delle mediatrici e mediatori culturali, delle rappresentanti e dei rappresentanti delle comunità migranti e delle professioniste e dei professionisti del campo della salute? Come avete preso in considerazione il fatto che le diverse categorie di migranti potrebbero avere dei bisogni specifici? Quali sono le caratteristiche che spiegano la specificità dei bisogni delle migranti e dei migranti?
	Identificazione del target group
	Il target group del vostro progetto rappresenta il più svantaggiato all'interno della popolazione migrante? Quali sono gli indicatori cui fa riferimento il vostro progetto per individuare il target group più svantaggiato? Gli effetti cumulativi sulla salute provocati da certi fattori come il genere, la situazione migratoria, le conoscenze linguistiche per esempio, riguardano il vostro target group?

Tabella 4: Domande di verifica

Fasi	Sfide
Fase di realizzazione	*Accesso al target group*
	Il target group migrante può essere considerato come un gruppo difficilmente accessibile? Avete contattato la rete dei migranti per raggiungere il target group?
	Partecipazione e valorizzazione delle risorse
	Partecipazione: Quale importanza accordate alla partecipazione delle migranti e dei migranti nella gestione e nella realizzazione del progetto? Quali sono le modalità di partecipazione? Quali sono i criteri di selezione? Le condizioni di assunzione e di lavoro dei mediatori (rimunerazione, ecc.) rispettano l'uguaglianza di trattamento rispetto al personale del progetto? La partecipazione è prevista per tutte le fasi del progetto? Se no, le ragioni dell'esclusione sono accettabili e valide? Valorizzazione delle risorse: Quali sono le risorse delle migranti e dei migranti che avete identificato nel vostro progetto (collaboratrici/ collaboratori, partecipanti)? In che modo il progetto prevede di valorizzarle? Avete preso in considerazione gli eventuali inconvenienti legati all'utilizzazione delle risorse delle migranti e dei migranti (problemi della qualità delle risorse, carico di lavoro supplementare per le collaboratrici e i collaboratori migranti in caso di impiego imprevisto, ecc.)?
	Metodo e strumenti di lavoro
	I bisogni delle migranti e dei migranti richiedono un metodo diverso? In che modo i metodi scelti per l'insieme del target group prendono in considerazione le specificità delle migranti e dei migranti? Il budget prevede dei finanziamenti per traduzioni di documenti, interpreti interculturali, ecc? Il materiale di lavoro e quello informativo sono adattati ai bisogni delle migranti e dei migranti? I vostri strumenti di valutazione tengono conto delle specificità delle migranti e dei migranti? I metodi utilizzati si sono dimostrati efficaci per il target group migrante?

Check-List su come prendere in considerazione la prospettiva migrazione

Basandosi sulla lista dei criteri di qualità dei progetti, questa check-list permette di valutare la vostra sensibilità nei confronti della realtà delle donne e degli uomini con background migratorio; essa indica, inoltre, in quali settori del vostro progetto vi sarà possibile prendere in considerazione e analizzare la dimensione migrazione. La check-list si applica dunque in particolare ai progetti che non sono destinati (solo) in modo specifico alle donne e ai uomini con background migratorio.

		Si	No
1.	**Concetto di promozione della salute**		
1.1[11]	*Eguaglianza Equità nella salute:* l'intervento previsto promuove le pari opportunità per la popolazione migrante?		
	Il vostro progetto rispetta i principi fondamentali (non discriminazione, uguaglianza tra i sessi, ecc.)? (vedere anche http://www.quint-essenz.ch/it/files/Checklist_generi_10.pdf).		
1.4	*Partecipazione degli attori del setting:* al processo decisionale delle diverse fasi del progetto, partecipano delle persone con origini migranti?		
2.	**Giustificazione del progetto**		
2.1	*Prova della necessità del progetto:* i partecipanti/beneficiari e le partecipanti/beneficiarie migranti sono interessati nello stesso modo dei partecipanti/beneficiari e delle partecipanti/beneficiarie autoctoni/e o manifestano piuttosto un bisogno specifico? I loro bisogni sono noti e documentati?		
2.2	*Esigenze dei target-group e interlocutori:* durante la realizzazione degli interventi, vengono considerati in maniera equa gli obiettivi specifici dei/delle migranti?		
2.5	*Trarre insegnamenti da altri progetti:* avete preso in considerazione risultati ed esperienze di altri progetti rivolti – specificamente e no – ai/alle migranti che potrebbero ispirare il vostro modo di procedere?		
3.	**Pianificazione del progetto**		
3.2	*Giustificazione:* nel momento della scelta della metodologia, è stato valutato se e quando potrebbero essere necessari metodi di intervento specifici per i/le partecipanti d'origine migrante? (Le intervenzione considerano adeguatamente le difficoltà linguistiche, il contesto migratorio, le percezioni sulle condizioni di salute, ecc.?)		
3.3	*Risorse:* avete catalogato i diversi tipi di risorse dei/delle migranti di cui il vostro progetto potrebbe avere bisogno?		

[11] La classificazione si riferisce all'elenco dei criteri di valutazione della qualità di http://www.quint-essenz.ch (http://www.quint-essenz.ch/it/dimensions/index.html).

Se la valutazione è ripetuta regolarmente, se sono definiti degli obiettivi di qualità nei settori suscettibili di essere migliorati e se sono adottate delle misure adeguate, allora potrete valutare e seguire i progressi compiuti nell'integrazione della dimensione migrazione nei vostri progetti.
La check-list è stata allestita appositamente per http://www.quint-essenz.ch. In questo sito di Promozione Salute Svizzera sono proposti numerosi strumenti finalizzati allo sviluppo della qualità nei progetti in questo settore. La check-list migrazione è disponibile sul sito http://www.quint-essenz.ch/it/tools/4154.html e contiene le seguenti domande di verifica:

		Si	No
	Avete previsto in bilancio la remunerazione del personale migrante rispettando il principio dell'uguaglianza di trattamento?		
4.	**Organizzazione del progetto**		
4.1	*Struttura progettuale adeguata:* nell'organizzazione del progetto (team, gruppi di sostegno) le persone con background migratorio sono rappresentate equamente?		
4.2	*Qualifiche e esigenze:* se necessario, sono effettuati degli interventi per garantire la presenza del punto di vista dei/delle migranti sul tema?		
4.3	*Costruzione della rete:* avete considerato le diverse possibilità di collaborazione e di sinergia con le reti dei/delle migranti?		
5.	**Conduzione del progetto**		
5.2	*Valutazione formativa:* nel momento della valutazione dell'accesso alle misure realizzate, della durata nel tempo e del successo o del fallimento ottenuti, sono prese in considerazione le caratteristiche dei/delle migranti? I risultati o le informazioni che derivano dalla valutazione sono utilizzati, in seguito, per la conduzione del progetto?		
5.4	*Motivazione e grado di soddisfazione degli attori:* all'occorrenza, il rapporto tra il personale d'origine migrante e quello svizzero nel team del progetto e le sue ripercussioni sul lavoro sono regolarmente messi in evidenza e discussi?		
6.	**Esiti**		
6.1	*Valutazione sommativa del raggiungimento degli obiettivi:* nell'ambito della valutazione degli esiti del progetto si osserva se esistono delle differenze tra la popolazione migrante e quella svizzera? È stato possibile contribuire a ridurre effettivamente le ineguaglianze nel campo della salute?		
6.3	*Documentazione del progetto:* le differenze specifiche delle persone con background migratorio sono documentate nel rapporto conclusivo?		
6.4	*Informazione e valorizzazione:* segnalate all'opinione pubblica la vostra competenza sulla realtà della migrazione, le vostre innovazioni, i vostri concetti e/o i vostri progetti che tengono conto di questa dimensione?		

Conclusioni

Basandoci su risultati e riscontri scientifici, abbiamo motivato l'importanza dell'integrazione della dimensione «migrazione» negli interventi nel campo della prevenzione della salute e, senza pretendere di essere stati esaustivi, abbiamo descritto qualche sviluppo e percorso che questi progetti possono seguire.
È dunque importante essere creativi e flessibili nell'attuazione di questi consigli per poterli adattare alle caratteristiche specifiche di ogni contesto particolare.
In generale, abbiamo evidenziato che, nel contesto migratorio, sono tre i tipi di fattori che influenzano la salute delle popolazioni migranti: i fattori socio-economici, la «cultura»*, cioè il sistema di riferimento e di valori nonché l'esperienza migratoria. A causa di condizioni di vita e di lavoro difficili, una parte della popolazione migrante forma uno strato sociale svantaggiato; peraltro la popolazione migrante è caratterizzata da una grande diversità linguistica e da una decisa pluralità di stili di vita, di sistemi di riferimento e di valori, ma anche di percezione della salute e del benessere. Per quanto riguarda l'esperienza migratoria (cause di migrazione, fuga, difficoltà di integrazione, incertezza riguardo al futuro, esperienze di esilio, ecc.), essa lascia un segno importante nella vita delle migranti e dei migranti e delle loro famiglie, in particolare nel caso delle richiedenti e dei richiedenti d'asilo e delle rifugiate e dei rifugiati.
È evidente che questi fattori non hanno l'esclusività e che altri elementi intervengono sulla salute delle migranti e dei migranti come l'età, il genere, ecc. ed è per questo che la promozione della salute deve considerare l'insieme di questi fattori come complementari in tutte le sue azioni.
Per finire, è necessario precisare l'importanza della disponibilità delle istituzioni, delle organizzazioni, delle associazioni e anche dei progetti nei confronti della popolazione migrante. Soddisfare i bisogni specifici della popolazione migrante nel campo della promozione della salute e della prevenzione richiede un adattamento istituzionale, di metodo e di percezioni nei confronti del contesto in evoluzione degli individui. È solo attraverso un tale percorso che gli sforzi dagli attori che operano nella promozione della salute e nella prevenzione potrebbero permettere di raggiungere e di occuparsi meglio della diversità del loro pubblico che abbia o no un background migratorio.

Bibliografia

Migrazione e integrazione

Bovay, Claude (2005). Le paysage religieux en Suisse. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS).

Lüdi, Georges et Iwar Werlen (2005). Le paysage linguistique en Suisse. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS).

Mahnig, Hans (éd.) (2005). Histoire de la politique de migration, d'asile et d'intégration en Suisse depuis 1948. Zurich: Seismo.

Office fédéral de la statistique (OFS) (2005). La population étrangère en Suisse. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS).

Office fédéral des migrations (ODM) (2006). Statistique des étrangers et de l'asile. Berne: Office fédéral des migrations (ODM).

Wicker, Hans-Rudolf, Rosita Fibbi et Werner Haug (éds.) (2003). Les migrations et la Suisse: résultats du Programme national de recherche «Migrations et relations interculturelles». Zurich: Seismo.

Migrazione e salute

Achermann, Christin und Milena Chimienti, unter Mitarbeit von Fabienne Stants (2006). Migration, Prekarität und Gesundheit. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsfragen (SFM).

Domenig, Dagmar (Hg.) (2007). Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Hans Huber.

Efionayi-Mäder Denise und Chimienti Milena (2003). «Migration und Gesundheit: eine sozialpolitische Orientierung.» In: Sozialalmanach, 5: 155–172.

Gentilini, M., G. Brücker et M. de Montvalon (1986). La santé des migrants. Paris: La Documentation française.

Kaya, Bülent, Martina Kamm et Alexis Gabadinho (2007). Ressources du personnel migrant: quelle importance dans le domaine de la santé? Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM).

Loutan, Louis (2001). «The health of migrants and refugees.» In: Zuckerman J.N. and Chichester J.W. (Eds.), Principles and practice of travel medicine. S. 467–475.

Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2006). Recherche Migration et santé. Recueil d'articles sur la recherche actuelle dans le domaine «Migration et santé». Bern: Office fédéral de la santé publique (OFSP). (http://www.bag.admin.ch/suchen/index.html?keywords=Sammelband&lang=fr).

Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) (2001). Migrazione e salute. Orientamenti strategici della Confederazione 2002 – 2006. Berna: Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP).

Weiss, Regula (2003). Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich: Seismo.

Salute delle migranti e dei migranti

Gabadinho, Alexis, Phlippe Wanner et Janine Dahinden (2007). La santé des populations migrantes en Suisse: une analyse des données du GMM. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM).

Bouchardy, Christine, Philippe Wanner et Luc Raymond (2001). La mortalité des étrangers en 1989-92. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS).

Bundesamt für Statistik (BFS) (2000). Schweizerische Gesundheitsbefragung. Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997. Neuenburg: Bundesamt für Statistik (BFS).

Gubéran, Etienne et Massimo Usel (2000). Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève; suivi de, Ecarts de mortalité entre classes sociales dans les pays développés. Genève: Office cantonal de l'inspection et des relations du travail (OCIRT).

Loutan, Louis et Claire-Lise Chaignat (1994). «Afflux de réfugiés en Suisse: quels problèmes de santé?» Dans: Revue suisse de médecine militaire et de catastrophes, 71(4): 105–109.

Rommel, Alexander, Caren Weilandt und Josef Eckert (2006). Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD).

Tonnerre, Claude, Alexander N. Bischoff et Louis Loutan (1997). «Interprétariat en milieu médical: enquête dans les services de médecine interne en Suisse.» Dans: Journal suisse de médecine, 127 (Suppl. 88): 44.

Wanner, Philippe, Bouchardy Christine et Raymond Luc (1998). «Comportement des étrangers résidant en Suisse en matière d'alimentation, de consommation d'alcool et de tabac et de prévention.» Dans: Démos, (2): 3–20.

Ineguaglianze sociali e salute

Bisig, Brigitte und Felix Gutzwiller (Hg.) (2004). Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? – Band 1: Gesamtübersicht Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus. Zürich/Chur: Verlag Rüegger.

Guilley, Edith (2005). «Longévité et santé.» Dans: Ages et générations. La vie après 50 ans en Suisse. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS), 55–71.

Kickbusch, Ilona (2006). Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Künzler, Gabriela et Carlo Knöpfel (2002). Les pauvres vivent moins longtemps: couche sociale, mortalité et politique de l'âge de la retraite en Suisse. Lucerne: Caritas.

Lehmann, Philippe, Catherine Mamboury and Christoph E Minder (1990). «Health and social inequities in Switzerland.» In: Social science and medicine, 31(3): 369-386.

Schopper, Doris (2002). Les inégalités sociales de santé: du constat à l'action. Genève: Direction générale de la santé, République et canton de Genève.

Vranjes, Nenad, Brigitte Bisig und Felix Gutzwiller (1996). Gesundheit der Ausländer in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Pari opportunità nella salute

Kaya, Bülent, en collaboration avec Denise Efionayi (2005). Egalité des chances en matière de santé: State of the Art. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM).

Organizzazione mondiale della sanità (OMS) (1986). Carta di Ottawa per la promozione della salute. Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Ufficio regionale per l'Europa. (http://www.euro.who.int)

Saladin, Peter (a cura di) (2006). Diversità e pari opportunità. Basi per un'azione efficace nel microcosmo delle istituzioni sanitarie. Berna: Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), in collaborazione con H+ Gli Ospedali Svizzeri.

Whitehead, Margaret (1991). Concept et principes de l'égalité des chances en matière de santé. Copenhague: Organisation mondiale de la santé (OMS). Bureau régional de l'Europe.

Glossario

Competenza transculturale
«La competenza transculturale è la capacità di cogliere e comprendere mondi individuali in situazioni particolari e in contesti diversi e la capacità di adeguarvi i modi di agire» (Domenig 2007: 174).

Cultura
La cultura è l'insieme degli atteggiamenti acquisiti dagli individui nel corso della vita che danno loro la capacità di creare dei concetti intersoggettivi e di agire in maniera sensata. La cultura non è dunque uno stato, ma un processo il cui esito deve essere analizzato.

Discriminazione
Risultato di atti volontari o involontari che generano ineguaglianze tra gruppi sociali e provocano il rifiuto di alcuni di loro. Può essere il risultato dell'intolleranza e del razzismo.

Diversi tipi di permessi di soggiorno
Il sito http://www.bfm.admin.ch/bfm/it/home/themen/aufenthalt.html fornisce una lista dei diversi tipi di permessi e delle loro caratteristiche.

Diversità
«La diversità descrive – senza connotazione di valore – la presenza di differenze personali e sociali, dovute a origine, sesso, lingua, capacità, età, stili di vita e status sociale come elemento costitutivo delle società moderne. La gestione della diversità riguarda la capacità di un'istituzione di assolvere il proprio compito tenendo conto della diversità delle persone a lei affidate, e di riuscirvi con vantaggio sia per i diretti interessati sia per l'istituzione» (Saladin 2006).

Empowerment
Abilitazione all'azione autodeterminata ossia miglior controllo sulle proprie azioni e decisioni nonché maggiori possibilità di organizzare la propria sfera vitale e le condizioni che incidono sulla salute (http://www.quint-essenz.ch).

Equità nella salute
Equità sottintende giustizia; nessun altro criterio che i bisogni delle persone interviene nella distribuzione dei servizi, dei benefici, ecc. Ciò implica che, idealmente, ciascuno dovrebbe avere la possibilità di raggiungere il pieno potenziale nella salute. In modo più prammatico, nessuno dovrebbe essere svantaggiato nel realizzare questo potenziale. Le politiche di uguaglianza si preoccupano dunque di creare delle pari opportunità nella salute e di ridurre al massimo le differenze.

Gruppo a rischio
Insieme di persone esposte a fattori noti di rischio a causa della loro condizione biologica, sociale o economica, dei loro comportamenti o del loro ambiente di vita. Queste persone sono più predisposte del resto della popolazione a determinati eventi quali, ad esempio, una malattia.

Health Literacy
In generale, Health Literacy è descritta come «l'insieme delle competenze sociali e culturali basate su conoscenze scientifiche che garantiscono un sano stile di vita».
Health Literacy indica anche la capacità di prendere delle decisioni che possono influenzare positivamente la salute nei diversi ambiti della vita quotidiana. Implica anche la capacità di reperire informazioni relative all'ambito della salute, di capirle e di tradurle in pratica in maniera appropriata (Kickbusch 2006).

Ineguaglianze nella salute
Termine utilizzato in alcuni paesi per indicare delle differenze sistematiche, evitabili e importanti nella salute. Data l'ambiguità del termine, che può indicare sia ingiustizia che la descrizione di differenze rilevate statisticamente, l'OMS ha deciso di utilizzare il termine «inequità» piuttosto che «ineguaglianza» nella versione europea di «La salute per tutti». Tutto può essere causa di ineguaglianze: le differenze legate alla condizione socio-economica, all'accesso alle opportunità, ecc. tra due o più persone o gruppi in una società, il luogo di vita cioè la comunità d'appartenenza, e la malattia stessa.

Inequità nella salute
Differenze nel campo della salute che sono inaccettabili e potenzialmente evitabili e che sono considerate inoltre inique e ingiuste. Il termine ha quindi una connotazione morale ed etica.

Integrazione
L'integrazione mira a garantire le medesime opportunità d'accesso alle risorse sociali ed economiche. L'integrazione comporta tutti gli sforzi volti a promuovere la comprensione reciproca tra popolazione svizzera e popolazione straniera. La convivenza basata su valori e comportamenti comuni, l'informazione degli stranieri circa le nostre strutture, organizzazioni, prescrizioni legali e condizioni di vita nonché la creazione di condizioni generali favorevoli onde garantire agli stranieri in Svizzera le stesse opportunità di cui godono gli autoctoni e la possibilità di partecipare alla vita sociale costituiscono altrettanti obiettivi centrali.

Interprete
Le interpreti e gli interpreti sono delle professioniste e dei professionisti che hanno una perfetta padronanza della loro lingua principale e di una o più lingue straniere. Conoscono le tecniche usate nella traduzione per restituire oralmente un messaggio da una lingua di partenza in una d'arrivo (http://www.inter-pret.ch).

Interprete interculturale
Le/gli interpreti interculturali sono degli specialisti della traduzione nel caso del dialogo a tre. Grazie alle loro competenze nella traduzione orale e all'attenzione che rivolgono al contesto socio-culturale degli interlocutori, essi permettono la comprensione reciproca tra persone di origini linguistiche diverse (http://www.inter-pret.ch).

Mediatrice e mediatore interculturale
I mediatori interculturali informano, in maniera adeguata, i destinatari, i migranti e il personale specialistico dei servizi pubblici circa le particolarità culturali, le diverse norme del sistema politico o sociale o i diversi modi di comportarsi. In tal modo, essi costruiscono ponti tra la popolazione migrante e le organizzazioni formative e di consulenza e provvedono affinché vengano spazzati via i malintesi tra medici e pazienti, tra avvocati e clienti, tra insegnanti e genitori (Saladin 2006).

Migrante
Individuo nato all'estero che migra da un paese all'altro.

Migrazione
Per migrazione di una persona o di gruppi di persone si intende il passaggio di frontiere amministrative, politiche o geografiche per stabilirsi temporaneamente o definitivamente in un altro luogo rispetto a quello di origine.

Moltiplicatori
Il termine «Moltiplicatori» indica delle persone alle quali fanno ricorso i mediatori interculturali per trasmettere informazioni a determinati gruppi o ambienti con i quali i moltiplicatori hanno facile contatto o ai quali hanno facile accesso (UFSP, Strategia «Migrazione e salute» 2002–2006).

Pari opportunità
«Le pari opportunità nella salute implicano, in assoluto, dare a ciascuno un'opportunità equa per realizzare pienamente il suo potenziale di salute e, in termini più concreti, vigilare affinché nessuno sia svantaggiato a causa di fattori altri rispetto a quelli inevitabili, nella realizzazione di questo potenziale» (Whitehead 1991).
L'uso del concetto di pari opportunità corrisponde in larga misura a quello di «equità nella salute», termine di uso corrente nel mondo anglosassone. L'italiano ha recepito prontamente la differenziazione tra uguaglianza (contrario di ineguaglianza) e equità (contrario di ingiustizia). Nel campo della salute, l'ingiustizia fa riferimento alle ineguaglianze nella salute considerate «ingiuste e evitabili», tema che si inserisce dell'ambito della morale e dell'etica (cfr. equità nella salute).

Popolazione migrante, popolazione proveniente dalla migrazione
Queste nozioni includono tutte le persone nate all'estero e quelle che hanno almeno un genitore nato all'estero.

Popolazione straniera residente
Tutte le cittadine e tutti i cittadini stranieri che risiedono in Svizzera almeno all'anno e che sono provvisti di una delle seguenti autorizzazioni:
- Domicilio
- Dimora
- Soggiorno di corta durata qualora tale soggiorno sia uguale o superiore a 12 mesi

Non fanno parte della popolazione residente permanente straniera le persone del settore dell'asilo e i diplomatici, i funzionari internazionali e i loro famigliari (http://www.bfm.admin.ch).

Razzismo
Il razzismo è un'ideologia che riduce gli uomini alla loro nazionalità, alla loro appartenenza etnica, alla loro religione sulla base di caratteristiche reali o fittizie di natura culturale o fisica e che considera gli «altri» moralmente e intellettualmente inferiori (http://www.edi.admin.ch/ekr).

Straniero
Chi non possiede la nazionalità del paese nel quale risiede. Termine giuridico che designa la differenza tra i coloro che posseggono la nazionalità e gli altri. Ogni cittadino straniero che possiede anche la nazionalità svizzera (doppia nazionalità) è inserito nelle statistiche come Svizzera o Svizzero. Per contro, le/gli apolidi e le persone la cui nazionalità non può essere determinata, sono considerati come cittadini stranieri.

Lista di link e indirizzi utili

Commissione federale degli stranieri CFS
eka-cfe@bfm.admin.ch
http://www.eka-cfe.ch

Contact Netz
info@contactmail.ch
http://www.contactnetz.ch

Croce Rossa Svizzera
http://www.redcross.ch

Dizionario dei termini ricorrenti in ambito ospedaliero, Ospedale cantonale di San-Gallo, Departement Pflege
Ordine presso: http://www.pflegedienst-kssg.ch

Forum svizzero per lo studio delle migrazioni e della popolazione
Presso l'Università di Neuchâtel
secretariat.sfm@unine.ch
http://www.migration-population.ch

Forum per l'integrazione delle migranti e dei migranti
info@fimm.ch
http://www.fimm.ch

Guida alla salute per la Svizzera
Novità: seconda edizione rivisitata!
Ordine presso: http://www.migesplus.ch/publikationen-fr.php?thema=26&pub=6

H+ Gli ospedali svizzeri
Segreteria contrale
geschaeftsstelle@hplus.ch
http://www.hplus.ch

Ihre Rechte bei der Ärztin, beim Arzt und im Spital
Editore: Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion, Cantone Basilea-Campagna
Ordine presso: http://www.migesplus.ch

Info maternità
Editore: Travail Suisse
Ordine presso: http://www.migesplus.ch

International Centre for Migration and Health, Ginevra
http://www.icmh.ch

Interpret
Associazione svizzera per l'interpretariato e la mediazione culturale
http://www.inter-pret.ch

Vado all'ospedale
Editore: Associazione Svizzera Bambino & Ospedale
Ordine presso: http://www.migesplus.ch

Manuale «Diversità e pari opportunità» (a cura di Saladin 2006)
http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00209/index.html?lang=it

Ufficio federale della migrazione UFM
info@bfm.admin.ch
http://www.bfm.admin.ch

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
Sezione Pari Opportunità e Salute
info@bag.admin.ch
http://www.miges.admin.ch

Piattaforma di informazione sulla salute rivolta alle migranti e ai migranti
http://www.migesplus.ch

Promozione Salute Svizzera e quint-essenz
http://www.promozionesalute.ch
Sito web per lo sviluppo della qualità nella prevenzione e promozione della salute:
http://www.quint-essenz.ch

Radix Svizzera italiana
Promozione della salute
http://www.radixsvizzeraitaliana.ch

Società per le minoranze in Svizzera
infogms@gra.ch
http://www.gms-minderheiten.ch

Video «Trialog» sull'interpretariato interculturale in ambito ospedaliero (con un opuscolo)
Editore: Interpret. Associazione svizzera per l'interpretariato e la mediazione culturale
Ordine presso: http://www.inter-pret.ch

Allegato

Le tabelle seguenti propongono delle informazioni e delle raccomandazioni sui bisogni specifici della popolazione migrante e sui target group in tema di promozione della salute e di prevenzione, basandosi su una selezione della letteratura scientifica in tema di «migrazione e salute». Per chi desidera approfondire le conoscenze sui temi presentati, una lista di riferimenti bibliografici è disponibile in coda alle tavole.

Tabelle 1: Angepasste Präventions-/Gesundheitsförderungsinterventionen in Bezug auf bestimmte Gesundheitsstörungen bzw. Risikoverhaltensweisen

HIV/Aids (vgl. (BAG) 2004; vgl. Achermann et al. 2005; Chimienti 2005; Dubois-Arber et al. 2001)
Zielgruppen Personen mit prekärem Aufenthaltsstatus, speziell HIV-Risikogruppen wie Sexworkers oder MigrantInnen aus Subsahara-Afrika bzw. aus anderen Regionen mit erhöhter HIV-Prävalenz Risikogruppen wie Sexworkers oder MigrantInnen aus Subsahara-Afrika bzw. aus anderen Regionen mit erhöhter HIV-Prävalenz ungeachtet ihres Aufenthaltsstatus
Empfohlene Massnahmen Angepasste Präventionsinformationen über Kanäle verbreiten, die an die Lebensstile und Treffpunkte der betroffenen Personen angepasst sind Der Austausch unter Personen in ähnlichen Situationen sollte in vertrauensvoller Umgebung ermöglicht werden ▬ Menschen, die zuwandern und/oder Asyl suchen, müssen umfassend über HIV informiert und mit den Schutzmöglichkeiten und dem medizinischen Angebot vertraut gemacht werden ▬ Community-basierte Voluntary Counselling and Testing-Programme werden als effektiver eingeschätzt als Top-down-Programme
Tuberkulose (vgl. BAG 2003a; vgl. BAG 2003b; Loutan 2001a; Manzano et Suter 2002; Zellweger 2003)
Zielgruppen ▬ Alle Einreisenden des Asylbereichs, insbesondere Kinder ▬ Illegal Eingereiste ▬ Risikogruppen aus Ländern mit erhöhter TB-Prävalenz
Empfohlene Massnahmen ▬ Fortführung des angeordneten TB-Screenings von Personen des Asylbereichs ist sinnvoll ▬ Sensibilisierung des in der Grundversorgung tätigen Gesundheitspersonals ▬ Überwachung von Kindern ab dem Zeitpunkt ihrer Einreise ▬ U.U. Anordnung präventiver Chemotherapie

Tabelle 1: Angepasste Präventions-/Gesundheitsförderungsinterventionen in Bezug auf bestimmte Gesundheitsstörungen bzw. Risikoverhaltensweisen

Krankheiten, denen durch Impfung vorgebeugt werden kann (vgl. Genton et al. 2003; Manzano et Suter 2002)
Zielgruppen ▬ Personen mit prekärem Aufenthaltsstatus, insbesondere Kinder
Empfohlene Massnahmen ▬ Bisherige Praxis weiterführen (Impfungen in den Erstaufnahmezentren, später vom zuständigen Personal in den Kantonen durchgeführt) ▬ Kinder: Bei fehlender Dokumentation sollten nicht systematisch alle Impfungen durchführen, sondern zuvor mittels Blutprobe kontrollieren, ob schon Immunität vorhanden
Krebs (Gebärmutter/Brust bzw. Prostata) (vgl. Rommel et al. 2006)
Zielgruppen ▬ Tamilinnen und Frauen des Asylbereichs ▬ Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus Sri Lanka
Empfohlene Massnahmen ▬ Die geringen Vorsorgequoten (Gebärmutterhalsabstrich/Brustuntersuchung bzw. Prostatauntersuchung) legen in Bezug auf diese Gruppen einen besonderen Bedarf an Informations- und Aufklärungsarbeit nahe
Gewalterfahrungen (vgl. Verwey 2002)
Zielgruppen ▬ Gewaltflüchtlinge
Empfohlene Massnahmen ▬ Erfolgversprechende Projekte wie das Angebot «Gesundheitswerkstätten» für bosnische Kriegsflüchtlinge weiterverfolgen
Psychische Gesundheit (vgl. Achermann et al. 2005)
Zielgruppen ▬ Personen mit prekärem Aufenthaltsstatus
Empfohlene Massnahmen ▬ Angepasste Präventionsinformationen über Kanäle verbreiten, die an die Lebensstile und Treffpunkte der betroffenen Personen angepasst sind
FGM (vgl. Hohlfeld et al. 2005; Thierfelder 2003; UNICEF 2005)
Zielgruppen ▬ MigrantInnen-Gemeinschaften aus Ländern, wo FGM traditionell praktiziert wird (insbesondere MigrantInnen aus Äthiopien, Eritrea, Somalia)
Empfohlene Massnahmen ▬ Gesundheitspersonal befähigen, Präventionsaufgaben wahrzunehmen: FGM in der Ausbildung von GynäkologInnen und Hebammen thematisieren ▬ Netzwerkbildung und Erfahrungsaustausch sollte gefördert werden, sowohl zwischen betroffenen Migrantinnen wie auch unter dem Gesundheitspersonal ▬ Auf grosse (Universitäts-/Kantons-)Kliniken fokussierte Massnahmen können den grössten Teil der Betroffenen erreichen ▬ Zielgruppenspezifische Informations- und Ausbildungsarbeit ▬ Aufklärungsarbeit in Gemeinschaften aus Ländern, in denen Mädchenbeschneidung traditionell praktiziert wird ▬ Verstärkte Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure

Tabelle 1: Angepasste Präventions-/Gesundheitsförderungsinterventionen in Bezug auf bestimmte Gesundheitsstörungen bzw. Risikoverhaltensweisen

Sexuelle und reproduktive Gesundheit (vgl. Achermann et al. 2005; Bollini et Wanner 2005; Hälg et al. 2004; Lüthi 2002; Wanner et al. 2002; Wolff et al. 2005)
Zielgruppen ▬ Migrantinnen mit prekärem Aufenthaltsstatus ▬ Türkinnen ▬ Migrantinnen herkunftsspezifisch
Empfohlene Massnahmen ▬ Für illegal anwesende Migrantinnen Möglichkeiten der Verhütungsberatung, der Vornahme der Röteln-Impfung sowie der Gebärmutterhalskrebs-Abklärung schaffen ▬ Information via bevorzugte Kontaktwege/-orte der Migrantinnen in einer dem Kenntnisstand der Frauen angepassten Art und Weise (in Bezug auf Frauen türkischer Herkunft eher mündlich und visuell, praktische Anleitung in Gruppen) ▬ Information insbesondere zu Verhütung und zu den Abläufen im schweizerischen Gesundheitswesen ▬ Aufbau/Weiterführung von auf bestimmte Gruppen von Migrantinnen ausgerichteten Angeboten der Geburtsvorbereitung und Säuglingspflege
Nikotinkonsum (vgl. Bodenmann 2003)
Zielgruppen ▬ Herkunftsspezifische Zielgruppen
Empfohlene Massnahmen ▬ Beratung und Prävention, die auf Migrationserfahrung, Gegebenheiten im Herkunftsland und im Aufnahmeland sowie auf Sprachkompetenzen der zu Beratenden/der Risikogruppe Rücksicht nimmt
Ernährungsverhalten (vgl. Kruseman et al. 2005)
Zielgruppen ▬ Afrikanische MigrantInnen
Empfohlene Massnahmen ▬ Interventionen, um die MigrantInnen mit den lokalen Nahrungsangeboten besser vertraut zu machen
Risikoverhalten allgemein (vgl. Bodenmann et al. 2005)
Zielgruppen ▬ Herkunftsspezifische Zielgruppen
Empfohlene Massnahmen ▬ Im Rahmen jeglicher Ausbildung im Präventionsbereich sollte das Verständnis der Einschätzung und Wahrnehmung von Gesundheitsrisiken durch einheimische und Migrationsbevölkerung vermittelt werden; zudem sollten die Auszubildenden mit Instrumenten vertraut gemacht werden, die eine verbesserte Kommunikation der Risiken ermöglichen

Tabelle 2: Allgemein gesundheitsfördernde/präventive Interventionen in Bezug auf bestimmte MigrantInnengruppen

Allgemeine Gesundheitsförderungs-/Präventionsmassnahmen (vgl. Aspasie 2002; Bahnan Büechi et Sieber 2004; Hunkeler et Müller 2004; Keel 2001; Loncarevic et Selva 2001; Lüthi 2002)
Zielgruppen ▬ Personen mit prekärem Aufenthaltsstatus, insbesondere Frauen und Sexworkers ▬ Türkinnen ▬ MigrantInnen am Arbeitsplatz
Empfohlene Massnahmen ▬ Für Frauen und Sexworkers mit prekärem Aufenthaltsstatus Beratungsstellen schaffen, wo sie zu HIV und anderen Krankheiten informiert werden bzw. ihre Kenntnisse reaktivieren können ▬ Verschiedene Integrationsmassnahmen; Möglichkeiten schaffen, damit sich Frauen mit prekärem Aufenthaltsstatus ein Solidaritätsnetz aufbauen können, z.B. indem in Durchgangszentren ein Bezugspersonensystem aufgebaut wird ▬ Bezüglich Frauen türkischer Herkunft: Information über Gesundheit und Gesundheitsförderung allgemein sowie über das schweizerische Gesundheitssystem, über Möglichkeiten und Grenzen einer Selbstbehandlung via bevorzugte Kontaktwege/-orte der Migrantinnen verbreiten, und dies in einer dem Kenntnisstand der Frauen angepassten Art und Weise (eher mündlich und visuell, praktische Anleitung in Gruppen) ▬ Informations- und Präventionsprogramme auf spezifische Arbeitssituationen und Sprachkenntnisse der ArbeiterInnen zuschneiden ▬ Grundsensibilisierung mittels Aus- und Weiterbildung: Kurse für Gesundheitspersonal, «Gesundheitswegweiser» und Gesundheitskurse für MigrantInnen

Tabelle 3: Bedürfnisse bestimmter Zielgruppen

Niederschwellige Angebote zur medizinischen Versorgung (Achermann et al. 2005; Bahnan Büechi et Sieber 2004; Bärtschi et Lutz 2003; Loutan 2001a; Médecins sans frontières (MSF) 2002). Asylsuchende: Etlin et Perritaz 2004; Loutan 2001b; Médecins sans frontières (MSF) 2002; Schäublin et al. 2003)
Zielgruppen ▬ Personen mit prekärem Aufenthaltsstatus
Empfohlene Massnahmen ▬ Frauen haben spezifische Bedürfnisse ▬ Nachfrage nach bestehenden angepassten Versorgungsleistungen übersteigt das Angebot (eruiert für Genf) ▬ Anregungen seitens der NutzerInnen zur Verbesserung der bestehenden Angebote ▬ Bedürfnis nach Klarheit bezüglich der Frage der Kostenübernahme
Betreuung von Migrantinnen während der peri- und postnatalen Phase (Hälg et al. 2004)
Zielgruppen ▬ Migrantinnen während der peri- und postnatalen Phase
Empfohlene Massnahmen ▬ Angepasste Informationen zu Verhütungsfragen ▬ Mehr/angepasste Information zu den Abläufen im schweizerischen Gesundheitssystem ▬ Adäquatere medizinische Versorgung ▬ Mehr Respekt, verbesserte Wahrung der Intimsphäre; psychosoziale Bedürfnisse
Betreuung älterer MigrantInnen (Hungerbühler 2004)
Zielgruppen ▬ Ältere Migrantinnen
Empfohlene Massnahmen ▬ U.U. spezifische Bedürfnisse hinsichtlich der Betreuung in Alterseinrichtungen ▬ Angepasste Informationen zu Spitex-Dienstleistungen ▬ U.U. Zusicherung einer rituell korrekten Bestattung

Bibliografia menzionata nelle tabelle

(BAG), Bundesamt für Gesundheit (2004). Strategie Migration und Gesundheit: Analyse von MigrantInnennetzwerken. Entwurf Schlussbericht. Studie durchgeführt von INFRAS. Bern: Unveröffentliches internes Arbeitspapier.

Achermann, Christin, Milena Chimienti und Fabienne Stants (2005). Migration, Prekarität und Gesundheit. Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsfragen (SFM).

Aspasie (2002). Aspasie, 20 ans: rapport d'activités 2001. Genève: Aspasie.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2003a). Handbuch Tuberkulose. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2003b). Technische Weisung betreffend grenzsanitarische Untersuchungen und Massnahmen bei Personen des Asylbereiches. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Bahnan Büechi, Rania und Christine Sieber (2004). «Frauen Sans-Papiers: Recht auf Gesundheit.» In: Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Hrsg. vom Departement Migration, Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK); mit einem Vorwort von Hans Beat Moser. Zürich: Seismo. S. 139–149.

Bärtschi, Franziska und Monica Lutz (2003). «[...] sie nehmen Risiko auf sich und hoffen, dass nichts passiert.» In: Illegalisierte Migrantinnen und ihre Zugänge zu medizinischen Angeboten: theoretische und empirische Betrachtungen. Bern.

Bodenmann, Patrick (2003). «La migration est-elle un facteur de risque du tabagisme?» Dans: Médecine et Hygiène, (2452): 1870–1873.

Bodenmann, Patrick et al. (2005). Perception du risque pour la santé liée à la consommation excessive d'alcool, au tabagisme et aux comportements sexuels à risque chez les migrants et les autochtones: necessité d'une prévention différente? Lausanne: Policlinique médicale universitaire.

Bollini, Paola et Philippe Wanner (2005). Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités de risques et possibilités d'intervention. Neuchâtel: Forum Suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM).

Chimienti, Milena (2005). «Inclusion - exclusion: le VIH/sida face à d'autres maladies chroniques.» Dans: Sandro Cattacin [et al.] (Hg.), Solidarité et droits sociaux: réflexions partant de la question du VIH/sida. Zürich: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP, S. 51–134.

Dubois-Arber, Françoise et al. (2001). «HIV/AIDS-Prävention in der Schweiz: Bilanz und Ausblick.» In: Schweizerisches Medizin-Forum, (24): 621–625.

Etlin, Melchior et Monique Perritaz (2004). «Centres de santé pour les requérants d'asile.» In: Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Hrsg. vom Departement Migration, Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK); mit einem Vorwort von Hans Beat Moser. Zürich: Seismo. S. 150–156.

Genton, Blaise, Valérie D'Acremont et Daniel Desgrandchamps (2003). «Vaccination chez les migrants.» Médecine et Hygiène, (2455): 2045–2048.

Hälg, Regula et al. (2004). Migration und reproduktive Gesundheit: die Betreuung der Migrantinnen in der Geburtshilfe aus der Sicht von öffentlichen Spitälern in der Schweiz. Bern: Universität Bern, Institut für Ethnologie.

Hohlfeld, Patrick, Clara Thierfelder und Fabienne Jäger (2005). «Patientinnen mit genitaler Beschneidung: schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte.» In: Schweizerische Ärztezeitung, 86(16): 951–960.

Hungerbühler, Hildegard (2004). «Altern in der Migration: Folgen der Lebens- und Arbeitsbiographie» in: Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen, Hrsg. vom Departement Migration, Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK); mit einem Vorwort von Hans Beat Moser. Zürich: Seismo. S. 221–242.

Hunkeler, Brigitte und Eva Müller (2004). Aufenthaltsstatus und Gesundheit. Eine ressourcenorientierte qualitative Untersuchung zur Unsicherheit des Aufenthaltsstatus im Zusammenhang mit der psychosozialen Gesundheit bei Migrantinnen in der Stadt Zürich. Psychologisches Institut, Sozial- und Gesundheitspsychologie. Zürich: Universität Zürich.

Keel, P. (2001). «Low Back Pain and Foreign Workers: Does Culture Play an Important Role?» In: Yilmaz, A. Tarik, Mitchell G. Weiss et Anita Riecher-Rössler (Ed.), Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives. Basel u.a.: Karger.

Kruseman, Maaike et al. (2005). «Post-migration dietary changes among African refugees in Geneva: a rapid assessment study to inform nutritional interventions.» In: Sozial- und Präventivmedizin (50/3): 161–165.

Loncarevic, Maja und Gabriella Selva (2001). Vom interkulturellen Zusammenleben im Spital: ein Pilotprojekt des Schweizerischen Roten Kreuzes und des Kinderspitals Zürich. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK), Departement Migration.

Loutan, Louis (2001). «The health of migrants and refugees.» In: Zuckerman J.N. and Chichester J.W. (Eds.), Principles and practice of travel medicine. S. 467-475.

Loutan, Louis (éd.) (2001b). Policlinique de médecine: autoportraits: patients - soignants - citoyens, les chemins de la santé. Genève: Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

Lüthi, Silvia (2002). Wie sehen türkische Frauen das schweizerische Gesundheitssystem?

Manzano, S. et S. Suter (2002). «La santé des enfants requérants d'asile à Genève.» Dans: Médecine et Hygiène, (2379): 360–362.

Médecins sans frontières (MSF) (2002). Accès aux soins des personnes en marge du système de santé: Genève-Lausanne. Genève: Médecins sans frontières (MSF).

Rommel, Alexander, Caren Weilandt und Josef Eckert (2006). Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD).

Schäublin, Rodolphe, Alain Pécoud et Patrick Bodenmann (2003). «Prise en charge médico-sanitaire des requérants d'asile dans le canton de Vaud.» Dans: Médecine et Hygiène, (2455): 2016–2018, 2021–2022.

Thierfelder, Clara (2003). Female genital mutilation and the Swiss health care system. Basel: Schweizerisches Tropeninstitut (STI).

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

Verwey, Martine (2002). «...das ist keine Gesundheit!»: psychosozial orientierte Gesundheitswerkstätten mit traumatisierten Flüchtlingen.» In: Bulletin Medicus Mundi Schweiz, (86).

Wanner, Philippe et al. (2002). Familien und Migration: Beiträge zur Lage der Migrationsfamilien und Empfehlungen der Eidgenössischen Koordinationskommission für Familienfragen. Herausgegeben von der Eidg. Koordinationskommission für Familienfragen EKKF. Bern.

Wolff, Hans et al. (2005). «Health care and illegality: a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva.» In: Social science and medicine, 60: 2149–2154.

Zellweger, Jean-Pierre (2003). «Tuberkulose bei Immigranten: Erkennung und Behandlung.» In: Schweizerisches Medizin-Forum, (24 11): 556–558.

Impressum

© Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)
Ufficio federale della sanità pubblica
in collaborazione con Promozione Salute Svizzera
La riproduzione è permessa solo citando la fonte
Data di pubblicazione: aprile 2008

Ulteriori informazioni:
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: Brigit Zuppinger

La presente pubblicazione è edita anche in tedesco e francese.

Testo: Bülent Kaya in collaborazione con Denise Efionayi-Mäder,
Forum svizzero per lo studio delle migrazioni e della popolazione,
Presso l'Università di Neuchâtel
Redazione: Agathe Blaser
Fotografie: Hansueli Trachsel, Bremgarten

luogo d'acquisto: UFCL, Vendita di pubblicazioni federali, 3003 Berna
www.pubblicazionifederali.admin.ch

Numero d'Article OFCL: 316.200.f
Numero di pubblicazione UFSP: UFSP GP 30EXT080
Tiratura: 400 d 200 f 100 i

Stampato su carta sbiancata senza cloro

05.08 100 860195450