

Secondo Monitoraggio della salute della popolazione migrante (GMM II)

Management summary

Contesto iniziale, obiettivi

La Confederazione mira a offrire a tutta la popolazione residente in Svizzera le medesime possibilità di vivere in buona salute e di sfruttare fino in fondo le proprie competenze in ambito della salute. Secondo quanto scaturisce da vari studi, questa parità di opportunità è pregiudicata per determinati gruppi di migranti. Il Programma nazionale migrazione e salute (2008-2013) comprende misure e progetti nei settori promozione della salute e prevenzione, formazione e ricerca. Il programma è volto a contribuire alla riduzione di svantaggi in campo sanitario in Svizzera che possono riscontrare persone con un background migratorio e migliorare le condizioni affinché esse abbiano le stesse opportunità della popolazione autoctona per sviluppare il loro potenziale in materia di salute.

Nel settore della ricerca, nel 2004 l'UFSP ha dato l'incarico di realizzare un monitoraggio della salute della popolazione migrante (GMM), che per la prima volta ha rilevato dati rappresentativi relativi ai determinanti di gruppi prescelti. Per rafforzare ulteriormente la base di dati l'UFSP ha deciso di commissionare una seconda indagine sulla salute presso le persone con background migratorio (GMM II). Lo scopo di questo mandato di ricerca era di chiarire le *tre domande di base* seguenti:

- Quali sono le principali *differenze in materia di salute tra la popolazione con background migratorio e la popolazione autoctona* in Svizzera circa lo stato di salute, i comportamenti sanitari, le competenze sanitarie e l'accesso al sistema sanitario?
- Quali gruppi all'interno della popolazione migrante in Svizzera sono più a rischio sotto il profilo sanitario?
- Quali sono i *principali determinanti* delle differenze emerse e che incidenza hanno (sesso, età, lavoro/reddito, formazione, integrazione sociale, background migratorio)?

Metodo

Gruppi target, campione

Analogamente al GMM I (2004), nell'indagine GMM II sono stati scelti quattro paesi prioritari tra i migranti della popolazione straniera residente permanente e due paesi prioritari per le persone in ambito dell'asilo. Si tratta di *Portogallo, Turchia, Kosovo e Serbia* per i migranti della popolazione straniera residente permanente e di *Sri Lanka (Tamil) e Somalia* per il settore dell'asilo. Oltre alla selezione in base ai paesi e alla lingua, sono stati estratti due campioni supplementari. Il campione supplementare 1 è costituito da migranti provenienti dalla Turchia e dal Kosovo il cui soggiorno è di una durata inferiore ai 2 anni. Il campione supplementare 2 è stato estratto dalle persone

(recentemente) naturalizzate. I dati di riferimento riguardanti la popolazione di nazionalità svizzera provengono dall'Indagine sulla salute in Svizzera 2007.

Strumenti

Il questionario comprende quattro tematiche: (1) Stato di salute, (2) Comportamento relativo alla salute, (3) Ricorso a servizi sanitari, (4) Risorse e situazioni sfavorevoli. Per quanto riguarda i primi tre settori, le variabili e i concetti possono essere considerati come variabili di obiettivo approssimative, mentre quelle del quarto settore in quanto variabili esplicative.

Realizzazione dell'indagine

L'indagine telefonica è stata eseguita completamente mediante CATI (Computer Assisted Telephone Interview). Per i vari campioni le indagini sul campo sono state avviate in periodi successivi diversi. L'avvio è stato dato il 24 settembre 2010 con il campione di base e gli immigrati da poco (tutte le nazionalità per ambedue i campioni). Con il campione supplementare 2, i naturalizzati, si è iniziato più tardi (nella settimana dell'11 ottobre 2010). Anche le persone del settore dell'asilo sono state incluse più tardi nel lavoro sul campo.

Limitazioni di carattere metodologico

Dal punto di vista della metodologia è utile rilevare i seguenti aspetti:

- *Popolazione migrante – gruppi scelti vs visione d'insieme*: è da notare che il GMM II (come già il GMM I) non è rappresentativo dell'intera popolazione migrante. Tuttavia i gruppi scelti possono essere considerati come esempi di una situazione sanitaria e di vita dei migranti.
- *Limitazioni in seguito a campioni di piccole dimensioni*: visto il numero esiguo di casi, per quanto riguarda i campioni dei sottogruppi di migranti le possibilità di una presentazione differenziata dei risultati sono limitate. In determinati settori ciò può ridurre l'attendibilità dei risultati.
- *Disegno di indagine – approccio basato sul monitoraggio vs analisi casuali*: anche se per il GMM II l'attenzione è stata posta sull'approccio basato sul monitoraggio, il questionario è stato concepito in modo tale da consentire, fino a un certo punto, anche un'analisi esplicativa.

Monitoraggio – popolazione residente

Stato di salute

I risultati indicano che al momento attuale, dai paesi presi in considerazione per questa ricerca affrontano una migrazione prevalentemente persone comparativamente in buono stato di salute psichica e fisica. Ciò riguarda in particolare le persone provenienti dalla Serbia e dal Kosovo, mentre lo è meno per gli immigrati dalla Turchia e dal Portogallo. I migranti residenti in Svizzera di età leggermente più avanzata invece, la cui maggioranza vive in Svizzera anche da più tempo, presentano uno stato di salute maggioritariamente peggiore rispetto alla popolazione di nazionalità svizzera della stessa età. All'interno della popolazione migrante inoltre le donne mostrano valori peggiori riguardo allo stato di salute rispetto agli uomini. Più l'età della popolazione migrante è avanzata e maggiori sono le differenze tra uomini e donne. Nella popolazione autoctona differenze di questo tipo praticamente non esistono o si notano solo in minima parte.

Ricorso a servizi medici

In nessuno dei gruppi di migranti esaminati la quota di persone che nel giro di un anno si reca almeno una volta da un medico è superiore rispetto alla popolazione svizzera. Anzi, le donne provenienti dal Portogallo e dal Kosovo e gli uomini provenienti dalla Serbia consultano meno spesso un medico rispetto alla popolazione autoctona. Tuttavia, rispetto alla popolazione autoctona, le visite presso il

medico di famiglia sono più diffuse tra i gruppi di migranti. Per quanto riguarda i servizi di pronto soccorso e i servizi in ambulatori ospedalieri e/o poliambulatori si può notare che singoli gruppi di migranti intervistati ne fanno maggiormente ricorso rispetto agli svizzeri. Tuttavia tali differenze sono esigue. Nell'ambito delle visite mediche preventive le quote dei migranti sono abbastanza inferiori rispetto a quelle della popolazione autoctona. Sostanzialmente, il fatto di non far ricorso a servizi sanitari in ambito ambulatoriale per quanto riguarda le misure preventive (vaccinazioni, esami medici preventivi, consulenza), o per quanto riguarda i controlli ambulatoriali e la cura di malattie croniche può sfociare in successive cure con degenza in ospedale più costose.

Comportamento relativo alla salute

I migranti consumano nettamente meno alcol, mangiano però anche meno frutta e verdura e praticano molto meno attività fisiche rispetto agli svizzeri. Inoltre i migranti sono molto più spesso colpiti da un forte sovrappeso. In tale contesto per quanto riguarda la promozione ad assumere un comportamento volto a promuovere la salute sussiste ancora un considerevole potenziale di miglioramento. Il consumo di tabacco è significativamente più elevato presso gli uomini di origine migratoria rispetto agli uomini svizzeri, mentre per quanto riguarda le donne, le differenze sono meno marcate.

Competenze in materia di salute

Dal punto di vista della promozione della salute, grazie alle competenze in materia di salute le persone conducono una vita più sana, integrano e realizzano i loro concetti per quanto riguarda la salute. Le competenze in materia di salute costituiscono così una risorsa che aumenta le pari opportunità sociali per una buona salute e consente una compartecipazione al sistema sanitario, o perlomeno la migliora. In seguito alla mancanza di questi dati per quanto riguarda la popolazione autoctona, non è possibile stilare un paragone delle competenze in materia di salute tra la popolazione migrante e la popolazione svizzera. Per tale motivo le analisi si sono concentrate su paragoni tra i vari gruppi di origine, paragoni che non mostrano differenze considerevoli tra i vari gruppi migratori. Mentre la scelta del medico e la comprensibilità con esso comparativamente creano pochi problemi alle persone con background migratorio, raramente sono messe in questione le raccomandazioni e le informazioni ricevute. Ciononostante, a seconda del gruppo di migranti, tra il 15% e il 45% delle persone interrogate non può spiegare chiaramente al medico la propria situazione oppure non capisce sufficientemente le informazioni del medico.

Monitoraggio - persone del settore dell'asilo

Stato di salute

Lo *stato soggettivo di salute* è valutato in modo molto diverso tra i due gruppi del settore dell'asilo: i somali indicano uno stato di salute simile a quello della popolazione autoctona, mentre le persone provenienti dallo Sri Lanka esprimono un giudizio molto più negativo per quanto riguarda il loro stato di salute soggettivo. Tra l'altro, i somali si sottopongono molto meno spesso a cure mediche a causa di problemi fisici e/o psichici rispetto alle persone dello Sri Lanka.

Ricorso a servizi medici

Rispetto alla popolazione autoctona si notano differenze in particolare per quanto riguarda la visita di un medico di famiglia, che i richiedenti l'asilo consultano maggiormente. Circa la *durata delle ospedalizzazioni* si può notare che gli svizzeri tendenzialmente soggiornano più a lungo all'ospedale rispetto alle persone del settore dell'asilo, tuttavia la differenza è significativa solo per quanto riguarda le persone provenienti dallo Sri Lanka. Le differenze tra la popolazione autoctona e la popolazione richiedente l'asilo è considerevole per quanto riguarda il ricorso a *servizi di pronto soccorso, ambulatori ospedalieri e poliambulatori*. La differenza della quota di persone che durante l'anno scorso

ha fatto uso di un'istituzione del genere è praticamente minima. Ciononostante, complessivamente la popolazione del settore dell'asilo esibisce un numero significativamente maggiore di consultazioni presso istituzioni di questo tipo rispetto alla popolazione svizzera.

Comportamento relativo alla salute

Presso le persone del settore dell'asilo si può notare che per quanto riguarda il *comportamento in materia di alimentazione e movimento*, la quota di persone che non mangia praticamente frutta e verdura e non esercita attività fisiche è superiore rispetto alla popolazione svizzera. Inoltre, generalmente le persone provenienti dallo Sri Lanka consumano meno frutta e verdura in confronto ai somali. Le differenze rispetto agli svizzeri sono notevoli per quanto riguarda il *consumo di alcol e di tabacco*. Il consumo di alcol è notevolmente inferiore presso la popolazione richiedente l'asilo rispetto alla popolazione svizzera. In particolare è elevata la quota di persone astinenti: tra i somali è quasi pari al 99% e tra i richiedenti l'asilo provenienti dallo Sri Lanka è di due terzi. Le persone dello Sri Lanka consumano meno tabacco rispetto agli svizzeri o ai somali.

Competenze in materia di salute

In generale, le competenze in materia di salute delle persone intervistate del settore dell'asilo sono inferiori rispetto ad altri gruppi di migranti, in particolare per quanto riguarda la valutazione di sintomi e la comprensione della sanità pubblica. In confronto ad altri gruppi di migranti, la popolazione richiedente l'asilo riesce piuttosto difficilmente a valutare se, alla luce di vari sintomi è indicato o meno andare dal medico. Per quanto riguarda i disturbi fisici ciò si potrebbe ricondurre a una mancanza di conoscenze, mentre i sintomi di ordine psichico vengono sistematicamente sottovalutati dalla popolazione richiedente l'asilo: in caso di disturbi psichici una visita medica viene considerata solo raramente come necessaria, anche se dal punto di vista medico sarebbe indicata. Sussistono enormi problemi tra persone del settore dell'asilo e medici curanti per quanto riguarda la comprensione. Soltanto poco più di un terzo dei somali e un quarto delle persone provenienti dallo Sri Lanka riesce a farsi capire sufficientemente dal medico. Il resto della popolazione richiedente l'asilo non ci riesce o solo a volte. Difficoltà di simile entità esistono quando si tratta di capire sufficientemente le istruzioni o le domande del medico.

Analisi di approfondimento sullo stato di salute

Il monitoraggio mostra che giovani migranti, immigrati in Svizzera da poco, sono relativamente più sani rispetto alla popolazione autoctona e che i migranti residenti in Svizzera già da tempo sono relativamente più ammalati. All'interno della popolazione migrante inoltre le donne mostrano valori peggiori riguardo allo stato di salute rispetto agli uomini. Dato che la presente indagine è costituita da uno studio trasversale, non è tuttavia possibile fornire dichiarazioni sullo sviluppo effettivo dello stato di salute sin dall'entrata in Svizzera. Non è possibile valutare se per quanto riguarda i risultati descritti si tratta di un effetto di immigrazione o di un effetto di coorte, oppure se la salute durante il soggiorno in Svizzera ha conosciuto uno sviluppo diverso tra i sessi. Non possiamo quindi valutare se i migranti di età più avanzata, il cui stato di salute rispetto a quello della popolazione autoctona è peggiore, presentavano già al momento dell'entrata in Svizzera uno stato di salute più precario o se sono immigrati in Svizzera con uno stato di salute psichico e fisico sopra la media.

Nell'ambito dell'analisi di approfondimento si cerca di esaminare le differenze circa indicatori di salute diversi tra persone con background migratorio e persone di nazionalità svizzera. Una parte delle differenze può essere così illustrata attraverso un livello di formazione più basso, competenze linguistiche insufficienti, esperienze discriminatorie in Svizzera ed esperienze con persecuzione politica e violenza nel paese di origine dei migranti. Per quanto riguarda i migranti che vivono in Svizzera già da tempo vengono però ad aggiungersi anche altri fattori che possono aver giocato un

ruolo nel passato sia in Svizzera, sia nel paese d'origine. In seguito ad altri studi (p. es. Spycher, Detzel, Guggisberg, 2006) sappiamo che in caso di situazione economica incerta o processi di cambiamento strutturale i migranti perdono più rapidamente il loro posto di lavoro rispetto agli svizzeri e in seguito alla perdita del posto di lavoro hanno minori probabilità di trovarne uno nuovo rispetto alla popolazione autoctona. Oltre a ciò, i migranti sono più spesso esposti a uno stress multiplo in confronto agli svizzeri (famiglia, professione, integrazione). In aggiunta, rispetto alla popolazione autoctona ricevono meno sostegno da parte delle generazioni più anziane e sono esposti a maggiori situazioni conflittuali con le generazioni più giovani. Ma è anche possibile che coorti di età più giovani e più sane dopo un determinato periodo rientrino nel loro paese di origine, mentre coloro che hanno una salute più precaria rimangono in Svizzera perché le cure sono migliori.

Conclusioni in vista di una futura ricerca

Di principio non è compito degli autori di questo rapporto trarre raccomandazioni d'intervento da quanto rilevato. Questo sarà compito degli Uffici federali UFSP e UFM e di altri protagonisti. Le conclusioni formulate nel presente rapporto riguardano quindi esclusivamente i futuri lavori di ricerca.

La seconda indagine GMM ha richiesto un impegno finanziario sovraproporzionale per la rilevazione dei dati (in particolare per il reclutamento delle persone da intervistare, lavoro di traduzione ecc.) rispetto all'analisi dei dati. In seguito a tale constatazione vale la pena verificare se in fin dei conti non sarebbe più economico *incorporare nell'indagine sulla salute in Svizzera (ISS) future indagini sulla salute di soggetti della popolazione migrante*; ciò garantirebbe inoltre una coerenza a livello di contenuto e di tempo. L'integrazione potrebbe farsi p. es. sotto forma di moduli e campioni complementari. In che misura i costi di rilevazione menzionati sono adeguati a "quanto raccolto" dovrà essere provato in particolare da ulteriori analisi del vasto materiale raccolto. Già le analisi attuali per il presente rapporto mostrano tuttavia alcune problematiche per le quali si rivela necessario spingere avanti la ricerca e che eventualmente potrebbero essere esaminate più attentamente in future indagini GMM:

- Una questione centrale per le future indagini GMM è costituita dallo *sviluppo/dall'osservazione dello stato di salute* di persone con origine migratoria nel tempo. In tale contesto sarebbe consigliabile in particolare continuare a osservare almeno alcuni dei gruppi di migranti interrogati (vale a dire anche in indagini GMM future). Ciò consentirebbe di simulare almeno in parte delle analisi longitudinali e quindi esaminare eventuali sviluppi diversi legati all'età.
- Le indagini GMM dovrebbero poggiare principalmente sull'*approccio basato sul monitoraggio*, pur tenendo conto della rilevazione basata sulla teoria dei principali determinanti della salute (risorse, fattori di rischio).
- *Ricorso ai servizi medici, qualità del trattamento*: i reperti della presente analisi indicano differenze piuttosto minime e non sistematiche per quanto riguarda il ricorso a servizi sanitari tra popolazione svizzera e popolazione con background migratorio. Singoli gruppi di migranti presentano una tendenza a consultare più frequentemente il medico di famiglia e ricorrere leggermente di più ai servizi di pronto soccorso. In questo ambito sono necessarie analisi di approfondimento dei dati GMM disponibili, tra l'altro tenendo in considerazione lo stato di salute soggettivo. Per rispondere a domande circa un'eventuale sotto-assistenza sarebbero tuttavia necessarie rilevazioni specifiche presso determinati gruppi di migranti. Inoltre per future indagini si dovrebbe verificare il rilevamento della qualità delle cure dal punto di vista dei pazienti.
- *Comportamento relativo alla salute*: secondo i risultati, presso le persone con origine migratoria vi è necessità d'intervento nei settori dell'alimentazione e del movimento corporeo. In tale contesto è da osservare la quota comparativamente elevata di migranti in sovrappeso.

In questo ambito ulteriori analisi ed eventualmente rilevazioni devono essere considerate come prioritarie.

- *"Gender"*: presso la popolazione migrante lo stato di salute delle donne sembra essere piuttosto peggiore rispetto a quello degli uomini. Si dovrebbe provare a cercare spiegazioni per questa differenza.