



Salute materno-infantile delle donne migranti: evidenze per migliorare l'accessibilità e la fruibilità delle cure.

Una revisione delle evidenze disponibili
nella Regione Europea dell'OMS.

Publicato in inglese dal WHO Regional Office for Europe nel 2016 con il titolo:

What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing evidence in the WHO European Region.

©World Health Organization 2016

A cura di: Ines Keygnaert, Olena Ivanova, Aurore Guieu, An-Sofie Van Parys, Els Leye, Kristien Roelens

Il Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute DoRS è l'unico responsabile della traduzione italiana.

Salute materno-infantile delle donne migranti: evidenze per migliorare l'accessibilità e la fruibilità delle cure. Un revisione delle evidenze disponibili nella Regione Europea dell'OMS

©Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS) 2017

**Traduzione a cura di Luisa Mondo, Elena Barbera, Paola Capra e Luisella Gilardi
DoRS Regione Piemonte – ASL TO3**

Il testo originale, in lingua inglese, è reperibile all'indirizzo:
<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/2016/what-is-the-evidence-on-the-reduction-of-inequalities-in-accessibility-and-quality-of-maternal-health-care-delivery-for-migrants-a-review-of-the-existing-evidence-in-the-who-european-region-2017>



Per ulteriori informazioni:

DoRS Regione Piemonte

(Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute)

ASL TO3 - Via Sabaudia 164 10095 GRUGLIASCO (TO)

Info@dors.it - 011/40188506

ABSTRACT

Il numero di donne migranti in età fertile è in rapida crescita, e questo implica la necessità di rispondere a bisogni specifici di salute materno-infantile. Attraverso una revisione sistematica della letteratura accademica e una sintesi interpretativa critica dei quadri strategici, questa revisione aveva l'obiettivo di valutare gli interventi e le politiche che contribuiscono a migliorare l'accessibilità e la qualità delle cure materno-infantili per i migranti nella Regione Europea dell'OMS. La revisione ha dimostrato che la maggior parte delle donne migranti in tutta la Regione Europea dell'OMS deve far fronte agli esiti di peggiori condizioni di salute materno-infantile, rispetto alle donne non migranti. I fattori di rischio identificati non sono solo legati alla gravidanza, al parto e al periodo postpartum, ma anche agli eventi che precedono il concepimento. L'accesso delle donne migranti alle cure materno-infantili viene compromesso da diritti limitati e da problemi di familiarità, conoscenza, accettabilità, disponibilità e accessibilità economica. Garantire l'accesso universale alla cura e fornire cure culturalmente sensibili migliorerà l'accesso e la qualità delle cure materno-infantili e, successivamente, migliorerà la salute materno-infantile delle donne migranti.

INDICE DEI CONTENUTI

Abbreviazioni	iv
Contributi	v
Prefazione	vii
Sommario	ix
1. Introduzione	1
1.1. Il contesto	1
1.2. La metodologia	3
2. Risultati	4
2.1. Le evidenze sulla cattiva salute materno-infantile delle donne migranti	4
2.2. I fattori di rischio della cattiva salute materno-infantile delle donne migranti	5
2.3. Il diritto alle cure materno-infantili	7
2.4. L'accessibilità alle cure materno-infantili	9
2.5. La disponibilità delle cure materno-infantili: fornitura dei servizi	14
2.6. La qualità delle cure	15
2.7. I metodi per acquisire i dati sull'erogazione delle cure	16
3. Discussione	18
3.1. Punti di forza e limiti della revisione	18
3.2. Scelte e implicazioni politiche	18
4. Conclusioni	21
Riferimenti bibliografici	22
Allegato 1. Strategia di ricerca	39

ABBREVIAZIONI

ORa	odds ratio aggiustato
IC	intervallo di confidenza
CSI	Comunità degli Stati Indipendenti
UE	Unione Europea
HEN	Health Evidence Network
MIPEX	Indice delle Politiche per l'Integrazione degli Immigrati
ONG	organizzazioni non governative
PHAME	Programma sugli "Aspetti di Sanità Pubblica delle Migrazioni in Europa"
SOPHIE	Progetto di "Valutazione dell'impatto delle politiche strutturali sulla disuguaglianze di salute e i loro determinanti sociali, e promozione del cambiamento"
SSR	salute sessuale e riproduttiva
UNFPA	Fondo delle Nazioni Unite per le Popolazioni
UNHCR	Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati

CONTRIBUTI

Autori

Ines Keygnaert

Postdoctoral researcher, International Centre for Reproductive Health, Ghent University, Ghent, Belgium

Olena Ivanova

Researcher, International Centre for Reproductive Health, Ghent University, Ghent, Belgium, and Division of Infectious Diseases and Tropical Medicine, Medical Centre of the University of Munich, Munich, Germany

Aurore Guieu

Researcher, International Centre for Reproductive Health, Ghent University, Ghent, Belgium

An-Sofie Van Parys

PhD Fellow, International Centre for Reproductive Health, Ghent University, Ghent, Belgium

Els Leye

Professor of Harmful Cultural Practices, International Centre for Reproductive Health, Ghent University, Ghent, Belgium

Kristien Roelens

Professor of Gynaecology and Obstetrics, International Centre for Reproductive Health, Ghent University, Ghent, Belgium

Peer reviewers esterni

Birgitta Essén

Professor of International Maternal and Reproductive Health, Uppsala University, Uppsala, Sweden

Carmen Barona-Vilar

Head of Health Plan Service at the General Directorate of Public Health, Valencian Ministry of Health, and Research Associate at FISABIO-Salut Pública, Valencia, Spain

WHO Regional Office for Europe

Division of Policy and Governance for Health and Well-being

Santino Severoni, Migration and Health programme

Sara Barragán-Montes, Migration and Health programme

Rocío Zurriaga-Carda, Migration and Health programme

The Migration and Health programme del WHO Regional Office for Europe

Al quinto meeting del WHO European Advisory Committee on Health Research (EACHR), che si è svolto a luglio del 2004, l'EACHR ha convenuto di formare una sotto-commissione per la migrazione e la salute, con l'obiettivo di revisionare il quadro strategico del lavoro svolto dall'WHO Regional Office for Europe in materia di migrazione e salute e di commissionare una serie di report

di sintesi HEN destinati ai decisori politici. Nel 2015 sono stati pubblicati tre report HEN, che affrontavano le sfide poste dai tre diversi gruppi di migranti: i migranti irregolari, i lavoratori migranti e i rifugiati e richiedenti asilo.

Nel 2016 sono stati pubblicati tre nuovi report HEN, volti a sintetizzare le evidenze disponibili per comprendere meglio le seguenti problematiche specifiche relative alla migrazione: la salute materno-infantile, la salute mentale e le implicazioni per la salute pubblica delle diverse definizioni disponibili di migranti.

I vari rapporti HEN su migrazione e salute sono stati utilizzati come base di evidenze per lo sviluppo della Strategy and Action Plan for Refugees and Migrant Health (Strategia e Piano d'Azione per la Salute dei Rifugiati e dei Migranti) nella Regione Europea dell'OMS.

Division of Noncommunicable Diseases and Promoting Health through the Life-course

Gunta Lazdane, Sexual and Reproductive Health programme

Health Evidence Network (HEN) team editoriale

Claudia Stein, Director

Tim Nguyen, Editor in Chief

Ryoko Takahashi, Series Editor

Jennifer Piazza Brandan, Consultant

Jane Ward, Technical Editor

Il team editoriale HEN fa parte della Division of Information, Evidence, Research and Innovation del WHO Regional Office for Europe. I report di sintesi HEN sono svolti su commissione e sono sottoposti a peer review internazionali, e i contenuti sono responsabilità degli autori. Essi non riflettono necessariamente le politiche ufficiali dell'Ufficio Regionale.

The Health Evidence Network (HEN)

La Rete HEN è un servizio di informazione per i decisori della sanità pubblica nella Regione Europea dell'OMS. Attiva dal 2003, è avviata e coordinata dal WHO Regional Office for Europe, nell'ambito della European Health Information Initiative (una rete multi partner che coordina tutte le attività di informazione sanitaria nella Regione Europea).

La HEN supporta i decisori della sanità pubblica nell'utilizzo delle migliori evidenze disponibili nei propri processi decisionali e mira a garantire collegamenti tra evidenze, politiche sanitarie e miglioramenti in sanità pubblica. La serie di report di sintesi HEN fornisce delle sintesi su ciò che si conosce sulla questione politica, sulle lacune nelle evidenze, e sugli ambiti del dibattito. Sulla base delle evidenze sintetizzate, la HEN propone opzioni politiche, non raccomandazioni, che i responsabili politici potrebbero prendere ulteriormente in considerazione nel formulare le proprie raccomandazioni e politiche all'interno del proprio contesto nazionale.

PREFAZIONE

Viviamo in un mondo sempre più diversificato, in cui la migrazione è una questione che riguarda sia il presente che gli anni a venire. La crescita dei numeri di migranti che arrivano in Europa crea sfide che richiedono una rapida risposta umanitaria ed esercitano pressioni sui sistemi sanitari.

Per affrontare questa priorità, nel 2012 l'WHO Regional Office for Europe ha istituito il progetto Public Health Aspects of Migration in Europe - PHAME (Aspetti di Sanità Pubblica delle Migrazioni in Europa), con il sostegno finanziario del Ministero della Salute italiano. Nel 2016 questo progetto si trasforma in un programma, con gli obiettivi di: (i) fornire assistenza tecnica ad hoc agli Stati Membri della Regione Europea dell'OMS, (ii) potenziare l'informazione sanitaria e le evidenze disponibili su questo, (iii) promuovere l'advocacy e la condivisione di informazioni tra gli Stati Membri e i partner, e (iv) sostenere lo sviluppo di politiche sanitarie sensibili alla migrazione. Gli obiettivi generali del programma PHAME consisterebbero nel: rafforzare le capacità del sistema sanitario al fine di soddisfare i bisogni di salute degli afflussi misti di rifugiati e migranti e delle popolazioni ospitanti; promuovere l'intervento sanitario immediato; garantire una politica sanitaria sensibile ai migranti; migliorare la qualità dei servizi sanitari erogati e ottimizzare l'uso delle strutture e delle risorse sanitarie nei paesi ospitanti.

A novembre del 2015, un incontro di alto livello per discutere del rafforzamento della cooperazione tra i paesi e le regioni ha riunito 50 paesi provenienti da tre diverse regioni e una grande varietà di agenzie delle Nazioni Unite e di organizzazioni internazionali. Il documento finale "*Stepping up action on refugee and migrant health. Towards a WHO European framework for collaborative action*", ha riassunto le implicazioni politiche e strategiche delle priorità di salute pubblica, delle sfide e dei bisogni individuati attraverso gli incontri di discussione sulle politiche e sui sistemi sanitari nazionali europei.

È stato spesso notato che la salute dei rifugiati e dei migranti è generalmente simile a quella delle loro popolazioni ospitanti. Tuttavia, gli effetti fisici e psicologici derivanti dall'abbandono dei propri paesi d'origine e dai lunghi e faticosi viaggi che intraprendono, aumentano i loro rischi complessivi di salute e possono peggiorare le loro condizioni di salute.

Nel 2014, lo European Advisory Committee on Health Research ha consigliato al Segretariato di commissionare una serie di report di sintesi alla Health Evidence Network (HEN), con l'obiettivo di supportare i decisori politici della sanità pubblica nell'utilizzare le migliori evidenze disponibili nei propri processi decisionali. I report di sintesi HEN riassumono ciò che si conosce sulla questione politica, le lacune nelle evidenze, gli ambiti del dibattito e le scelte politiche.

Nel 2015 sono stati pubblicati tre report di sintesi HEN incentrati sull'accesso e sulla qualità dei servizi sanitari erogati ai migranti irregolari, ai lavoratori migranti e ai rifugiati e richiedenti asilo. Questi report hanno individuato la necessità di ulteriori ricerche e evidenze, lo sviluppo di politiche informate sulle evidenze sulla salute degli immigrati e nuovi approcci per migliorare gli esiti di salute dei migranti. I report HEN hanno costruito una base di evidenze per lo sviluppo e l'attuazione della strategia e del piano d'azione sulla salute dei rifugiati e dei migranti nella Regione Europea dell'OMS, da sottoporre all'approvazione degli Stati Membri nella 66^a sessione del WHO Regional Committee for Europe.

La serie HEN sulla salute dei rifugiati e dei migranti si concentra ora su problematiche specifiche, tra cui la salute materno-infantile, la salute mentale e le definizioni dei migranti

nel contesto della salute pubblica. La serie proporrà ai decisori possibili opzioni politiche per il sistema sanitario che riguardano la salute dei migranti e li sosterrà nel loro lavoro e impegno verso una salute migliore per i migranti nella Regione Europea dell'OMS.

Zsuzsanna Jakab
WHO Regional Director for Europe

SOMMARIO

Il problema

Un grande e rapido afflusso di immigrati nella Regione Europea dell'OMS pone preoccupazioni per la salute pubblica e richiede una risposta urgente e concertata, al fine di garantire un buono stato di salute sia per i migranti che per le popolazioni ospitanti.

L'OMS stima una presenza di circa 73 milioni di migranti nella Regione Europea dell'OMS nei primi mesi del 2016, il 52% dei quali sono donne. Nell'agosto 2015 il Fondo delle Nazioni Unite (UNFPA) ha stimato che in Turchia ci sono state circa 500.000 donne rifugiate siriane e ragazze in età riproduttiva; di queste, più di 30.000 erano incinte. Se per i vari gruppi di migranti ci possono essere problemi specifici di accesso alle cure sanitarie, la salute materno-infantile genera particolari esigenze sia per i migranti che per le popolazioni ospitanti.

La domanda centrale del report

L'obiettivo di questo report è affrontare, per mezzo di una revisione sistematica delle evidenze accademiche disponibili e di una sintesi interpretativa critica della letteratura grigia, che comprende anche i quadri strategici, la seguente questione: "Qual è l'evidenza sulla riduzione delle disuguaglianze nell'accessibilità e nella qualità delle cure materno-infantili per i migranti? Una revisione delle evidenze esistenti nella Regione Europea dell'OMS".

Le evidenze

Le evidenze sono state prodotte dalla letteratura accademica peer-reviewed, pubblicata in inglese tra il 2000 e l'inizio del 2016. Inoltre, è stata effettuata una sintesi interpretativa critica della letteratura grigia relativa ai quadri strategici in materia di salute materna delle donne migranti, che sono applicabili alla Regione Europea dell'OMS o a uno dei suoi Paesi Membri e che sono stati pubblicati nello stesso arco di tempo in inglese, francese, tedesco o russo, le quattro lingue ufficiali della Regione Europea dell'OMS, e anche in olandese, spagnolo o ucraino, in base alle nazionalità del team di autori coinvolti in questa ricerca. A partire da un database iniziale di 3632 fonti, sono state valutate 325 pubblicazioni accademiche e 121 documenti politici.

I risultati

Le condizioni vissute durante la migrazione possono creare o aumentare la vulnerabilità alla malattia, con diversi gruppi di migranti che si trovano ad affrontare varie sfide per la propria salute e ad avere minore o maggiore successo nell'accesso ai servizi sanitari e sociali. Una bassa condizione socio-economica e lo status di irregolare aumentano queste sfide. I fattori che possono limitare l'accesso ai servizi comprendono le differenze linguistiche e culturali e le barriere istituzionali e strutturali, formali e informali che siano.

La maggior parte delle donne migranti deve affrontare la gravidanza in condizioni di maggior povertà, con una più elevata incidenza di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), di tagli cesarei, di parti strumentali e di complicazioni, rispetto alle donne non-migranti. I risultati relativi ai bambini con basso peso alla nascita e ai casi di pre-eclampsia differiscono in base al gruppo di migranti, alla generazione e al paese ospitante. I fattori di rischio identificati non sono solo legati alla fase della gravidanza, al parto e al periodo post-partum, ma anche alla fase preconcezionale. Le donne migranti possono aderire bene ad alcune indicazioni e meno bene ad altre, portando con sé dei problemi già dall'epoca pre-concezionale e legati ad un accesso discontinuo ai servizi e alle visite in epoca pre e post-natale.

Il diritto alle cure è spesso limitato a causa dello status di migrante di una donna e questo potrebbe non essere compatibile con un approccio basato sui diritti umani. Inoltre, l'accesso alle cure materno-infantili è compromesso da problemi di familiarità, di comprensione della lingua, di accettabilità, di disponibilità e di accessibilità. Le barriere economiche sono una delle principali preoccupazioni e variano notevolmente da Paese a Paese, e all'interno di uno stesso Paese a seconda dello status di migrante. Gli elementi culturali e l'incertezza dovuta allo status giuridico spesso ritardano l'accesso alle strutture sanitarie. Inoltre, la violenza sessuale e gli abusi, associati soprattutto al fatto di essere ragazze e donne, può rendere più difficile l'accesso alle cure. La mancanza di un quadro giuridico per prevenire la violenza sessuale e chiarire lo status giuridico delle donne migranti spesso crea ostacoli alla ricerca di aiuto e di assistenza sanitaria.

Mancando ancora le definizioni universali degli indicatori per la qualità delle cure materno-infantili, è necessario offrire tale assistenza in modo culturalmente sensibile. Esistono una serie di strumenti e politiche che illustrano le buone pratiche che potrebbero contribuire a migliorare la salute delle madri migranti, se fossero efficacemente messe in atto.

Le considerazioni politiche

Al fine di supportare i decisori (politici) nel rafforzamento o nell'introduzione di politiche specifiche in materia di cure materno-infantili per le donne migranti, sono stati individuati gli ambiti in cui le donne migranti possono avere rischi o difficoltà specifiche di accesso alle cure e sono state delinate le possibili scelte politiche da attuare.

Peggiori condizioni di salute materno-infantile tra le donne migranti

Le donne migranti spesso presentano profili di salute peggiori rispetto alle donne dei paesi ospitanti, per fattori di rischio che precedono e si associano alla migrazione, ad esempio per la pianificazione familiare, la prevenzione, i comportamenti orientati alla salute, la violenza di genere, la richiesta di asilo. Le condizioni vissute durante la migrazione, il basso livello socio-economico e lo status di irregolare possono avere un impatto negativo sulla salute materno-infantile. Politiche sanitarie che considerino la salute sessuale e riproduttiva (SSR) come un aspetto che porta ad una buona salute materno-infantile contribuirebbero a ridurre questi fattori di rischio.

Diritto alle cure

Il diritto alle cure materno-infantili varia tra i paesi della Regione Europea dell'OMS e in base allo status di migranti, all'interno di un singolo paese; spesso né le donne né gli operatori sanitari comprendono i diritti delle donne. Garantire l'accesso universale alle cure nell'ambito della salute materno-infantile consentirebbe di fornire chiare informazioni sul diritto all'assistenza e potrebbe anche rivelarsi efficace da un punto di vista dei costi per i servizi di sanità pubblica.

Accessibilità delle cure materno-infantili

L'accessibilità può essere limitata da barriere di comprensione, accettabilità e disponibilità. La presenza di mediatori culturali e di validi sussidi didattici in lingua permetterebbe di far fronte ad alcune di queste barriere.

Accessibilità economica

Si tratta di una delle principali barriere di accesso alle cure. Il mancato accesso alle cure prenatali spesso porta a cure d'emergenza più costose, nonché a risultati indesiderati riguardo alla gravidanza. Promuovere la salute e investire nella pianificazione familiare e nelle cure materno-infantili può essere una strategia efficace dal punto di vista dei costi, per migliorare la salute delle donne migranti e prevenire gravidanze indesiderate.

Qualità delle cure

Continuano a mancare delle definizioni universali degli indicatori di qualità delle cure, ma misure culturalmente sensibili dovrebbero essere incluse tra gli indicatori di una buona assistenza materno-infantile.

La recente crisi migratoria ha richiesto nuovi sforzi per fornire le cure materno-infantili ai migranti appena arrivati, ai migranti in transito e a quelli che intendono rimanere più a lungo, indipendentemente dal loro status giuridico. Questo accentua la necessità dello sviluppo e dell'applicazione di indicatori comuni in materia di migrazione e salute, per informare le buone politiche decisionali in tutta la Regione Europea dell'OMS.

1. INTRODUZIONE

1.1. Il contesto

Il marcato aumento di rifugiati, richiedenti asilo e migranti verso la Regione Europea dell'OMS degli ultimi anni ha focalizzato l'attenzione sulle problematiche di salute, sia individuale che pubblica, e sulla necessità di una risposta concertata per garantire un buono stato di salute sia per i migranti che per le popolazioni ospitanti.

Il termine "migrante" è onnicomprensivo e copre una serie di sottogruppi, spesso con diversi bisogni di salute e barriere di accesso. A livello internazionale, non esiste una definizione universalmente accettata di migrante e si analizzano anche i contesti legali e sociali che determinano le definizioni di migranti, rifugiati e richiedenti asilo. L'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR) sottolinea che i rifugiati sono una categoria di migranti a parte, perché sono in fuga da persecuzioni e richiedono protezione internazionale (1). L'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (IOM-OIM) ha dichiarato che "il termine migrante è di solito utilizzato per indicare tutti i casi in cui la decisione di migrare è stata presa liberamente dalla persona interessata, per motivi di convenienza personale e senza l'intervento di un fattore stressante esterno" (2). Un richiedente asilo è invece un individuo che è in cerca di protezione internazionale. Nei Paesi con procedure individuali di accoglienza, un richiedente asilo è una persona la cui domanda non è ancora stata accolta, o è stata respinta, nel Paese in cui l'ha presentata. Non tutti i richiedenti asilo saranno in ultima analisi riconosciuti come rifugiati, ma ogni rifugiato è inizialmente un richiedente asilo (3). Un migrante irregolare è una persona la cui presenza nel luogo di residenza si caratterizza per il non essere conforme alle leggi in materia di immigrazione del paese ospitante, a prescindere dal modo in cui è giunto in tale Paese (i termini migrante irregolare e migrante senza documenti sono da intendersi sinonimi e questo rapporto utilizzerà il primo.) I migranti irregolari sono un gruppo particolarmente vulnerabile perché possono avere un accesso limitato alle cure sanitarie e/o agli altri servizi pubblici a disposizione dei migranti regolari, e quindi possono trovarsi ad affrontare delle barriere specifiche di accesso alle cure loro necessarie (4).

Indipendentemente dalle sfide legali ed amministrative nel distinguere tra rifugiati, richiedenti asilo e migranti, tutte le persone hanno diritto alla salute, in base alla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo (5) e al Patto Internazionale sui Diritti Sociali, Economici e Culturali (6). In linea con il quadro della risoluzione 61.17 dell'Assemblea Mondiale della Sanità del 2008, l'attenzione degli Stati Membri dovrebbe essere concentrata sulla necessità di garantire un accesso equo alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie e alla cura per i migranti (7). Tuttavia, il diritto all'assistenza sanitaria e la facilità di accesso possono essere subordinate alla condizione giuridica dei rifugiati o migranti (con status giuridico, che hanno richiesto lo status giuridico e senza status giuridico (8)). Questo rapporto utilizza migrante come termine generale per indicare tutti questi sottogruppi, ma discuterà delle aree in cui l'accesso può essere influenzato dall'identificazione di un migrante come parte di un sottogruppo e da barriere quali i problemi legati alla lingua/comunicazione e la consapevolezza dei diritti.

L'OMS stima una presenza di circa 73 milioni di migranti nella Regione Europea dell'OMS nei primi mesi del 2016, il 52% dei quali sono donne (9). I più recenti dati Eurostat indicano che nel 2013 l'Unione Europea (UE) da sola ha ricevuto 3,4 milioni di migranti provenienti da paesi extra-UE (47% dei quali erano donne), contro gli 1,8 milioni del 2008 (10,11), con un picco di richiedenti asilo (12). Il massiccio aumento della migrazione verso

la Regione Europa evidenzia la necessità di individuare le migliori pratiche e di impegnarsi in dialoghi politici transnazionali in materia di immigrazione.

La pressione sui sistemi sanitari, dovuta all'enorme incremento del flusso di migranti, varia all'interno dei paesi della Regione Europea dell'OMS, a seconda che si tratti di un paese di arrivo, come la Turchia, di transito, come la Grecia o di destinazione, come la Germania. Dopo cinque anni di conflitto nella Repubblica Araba di Siria, la Turchia ospita un grande contingente di rifugiati siriani; nell'agosto del 2015 vi erano 484.750 donne e ragazze in età riproduttiva, delle quali 34.320 in gravidanza (13). Le regioni dell'Europa orientale e dell'Asia centrale si trovano nel crocevia di percorsi migratori attivi, con una migrazione significativa dalla regione, al suo interno e attraverso la regione stessa. I dati disponibili indicano che la Federazione Russa ospita attualmente circa 13-17 milioni di migranti, registrati e irregolari, dall'Asia centrale, dall'Ucraina e dalla Repubblica di Moldavia (14) e ci sono circa 1.120.000 lavoratori migranti temporanei in Kazakistan (15,16).

Le condizioni vissute durante la migrazione possono creare o aumentare la vulnerabilità alla malattia, con diversi gruppi di migranti che si trovano ad affrontare varie sfide per la propria salute e ad avere minore o maggiore successo in termini di accesso ai servizi sanitari e sociali. Una bassa condizione socio-economica e lo status di irregolare aumentano queste sfide. I fattori che possono limitare l'accesso ai servizi comprendono le differenze linguistiche e culturali e le barriere istituzionali e strutturali (formali e informali che siano).

Il 54% circa di tutti i migranti internazionali residenti in Europa orientale e in Asia centrale sono donne (la media mondiale è del 48%) (15). Dati recenti mostrano che le donne rappresentano anche una percentuale crescente di lavoratori migranti che si recano in Kazakistan e nella Federazione Russa, soprattutto da altri Paesi della Comunità degli Stati Indipendenti (CSI) (15-17). Di conseguenza, le cure materno-infantili sono un problema significativo nella fornitura di assistenza sanitaria ai migranti di ogni tipo.

Nel 2010 l'OMS ha dichiarato che la salute riproduttiva include "il diritto di accesso a servizi sanitari adeguati che consentano alle donne di portare a termine la gravidanza ed affrontare il parto in modo sicuro e fornire alle coppie le migliori possibilità di avere un bambino sano" (18). La salute materno-infantile, secondo la definizione dell'OMS, riguarda la salute delle donne durante la gravidanza, il parto e il periodo post-partum, creando così un collegamento diretto con gli aspetti sanitari più ampi che precedono e/o contestualizzano la salute materno-infantile, come la pianificazione familiare e altri fattori di rischio (19). Sia gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, che i più recenti Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, esortano gli Stati a garantire l'accesso universale ai servizi di Salute Sessuale e Riproduttiva (SSR), comprese le cure materno-infantili, per migliorare la salute materno-infantile e per ridurre la mortalità materna, affrontando in particolare la vulnerabilità dei migranti (19). Ci sono ancora grandi disparità tra i paesi della Regione Europea dell'OMS, e al loro interno, nel garantire l'accesso universale alle cure per la SSR e nel ridurre la mortalità materna per tutte le popolazioni (20-22). La mortalità materna tende ad essere maggiore nelle donne che vivono in zone rurali e tra le comunità più povere (23). Queste disparità sono più rilevanti per le donne migranti, che fanno registrare maggiori tassi di complicanze e di mortalità materna e peggiori esiti di salute perinatale rispetto alla popolazione del paese ospitante (24,25).

La salute materno-infantile della donna migrante può essere influenzata negativamente da diversi fattori di rischio che sono legati allo status di migrante, per esempio le cattive condizioni di vita, la disoccupazione, la necessità di sostenere le famiglie e la povertà.

Altri esiti avversi possono essere le infezioni, come le infezioni sessualmente trasmissibili, l'HIV e la tubercolosi, e pericoli quali i traffici illeciti, la tratta ed il lavoro forzato. Questo rapporto prende in considerazione le evidenze disponibili che mettono a confronto la salute materno-infantile dei migranti con quella delle popolazioni ospitanti nella Regione Europea dell'OMS, e anche quelle che indicano le differenze tra i vari gruppi di migranti. Le aree considerate comprendono i fattori di rischio per i problemi di salute materno-infantile, i diritti delle donne di accesso all'assistenza sanitaria e i fattori che condizionano l'accesso.

1.2. La metodologia

1.2.1. Fonti per la revisione

La ricerca della letteratura accademica peer-reviewed è avvenuta attraverso i database PubMed e Web of Science per le pubblicazioni in lingua inglese tra il 2000 e la fine del 2015. In particolare, è stata effettuata una specifica ricerca sulla Cochrane Library riguardo alla salute materno-infantile e alle condizioni della popolazione. La letteratura grigia è stata esaminata manualmente per i temi connessi alla salute materno-infantile tra i migranti, compresi i quadri strategici che sono applicabili alla Regione Europea dell'OMS, o a uno dei suoi Paesi Membri, e che sono stati pubblicati nello stesso arco di tempo in inglese, francese, tedesco o russo, le 4 lingue ufficiali dell'OMS, e anche in olandese, spagnolo o ucraino, in base alle nazionalità del team di autori coinvolti in questa ricerca. Sono stati consultati i siti web dell'OMS e delle Nazioni Unite (l'UNHCR, il Fondo delle Nazioni Unite per le Popolazioni -UNFPA, l'agenzia delle Donne delle Nazioni Unite, il Programma delle Nazioni Unite per lo Sviluppo - UNDP) per l'intera Regione Europea dell'OMS. Date le diverse costellazioni geopolitiche, la ricerca è stata divisa tra Stati membri dell'UE e Paesi extra-UE, tenendo dove possibile in considerazione la CSI, il Partenariato Orientale e la Sinergia del Mar Nero. Per l'UE, in particolare, sono stati esaminati i siti web del Parlamento Europeo, della Commissione Europea e del Consiglio Europeo, in base ai criteri di inclusione. Infine, per tutti i Paesi è stata effettuata una ricerca su Google, Google Scholar, nel progetto SOPHIE, nell'Indice delle politiche per l'integrazione degli immigrati (MIPEX), nel programma PHAME e nei siti dei Ministeri della Salute nazionali. Le raccomandazioni sulle pratiche di salute dei migranti sono state cercate valutando i siti web e le newsletter delle principali organizzazioni non governative (ONG) e delle reti che operano nel campo della salute e/o della migrazione, come il Consiglio Europeo per i Rifugiati e gli Esuli (ECRE) e la Federazione Internazionale per la Genitorialità Pianificata (IPPF), così come i precedenti rapporti HEN.

1.2.2. Estrazione dei dati

Una prima selezione delle pubblicazioni accademiche è stata fatta in base al titolo degli articoli. A causa dell'eterogeneità nella tipologia di studi, la qualità è stata valutata sulla base della rilevanza del quesito di ricerca e dell'obiettivo. I criteri di inclusione per la letteratura accademica sono stati: studi pubblicati tra il 2000 e il 2015, in inglese, con testo completo disponibile, che riguardavano la salute materno-infantile e i migranti nella Regione Europea dell'OMS.

L'allegato 1 illustra i database utilizzati per la ricerca e la metodologia di revisione, sulla base della dichiarazione PRISMA (26).

La revisione sistematica della letteratura ha identificato 3340 studi (dopo l'eliminazione dei duplicati). Dopo aver esaminato gli abstract e aver effettuato una snow-ball search della bibliografia, sono stati utilizzati 325 studi accademici. Delle 292 risorse di letteratura grigia, sono stati infine inclusi 121 documenti programmatici.

2. RISULTATI

2.1. Le evidenze sulle cattive condizioni di salute materno-infantile dei migranti

La migrazione si è confermata un fattore di rischio per la salute o un determinante di salute in sé (27-32), il cui impatto dipenderà dal tipo di migrazione, dalle condizioni di stress vissute durante il viaggio, dall'accessibilità ai servizi sanitari nei paesi di transito e di destinazione. Possono verificarsi delle disparità di salute tra le donne migranti e quelle nate nei paesi ospitanti e anche tra i gruppi di migranti. La maggior parte degli studi ha mostrato peggiori esiti di salute materna e perinatale tra le donne migranti, tuttavia alcuni studi hanno riportato un miglioramento degli esiti perinatali nelle popolazioni di immigrati, nonostante un aumento dei fattori di rischio demografici e socio-economici. Una migliore salute materno-infantile tra le donne migranti, rispetto alle donne non migranti, spesso è dovuta all'influenza protettiva di reti familiari o di sostegno sociale informale durante la gravidanza e/o a comportamenti più sani rispetto alla popolazione non migrante (ad esempio, meno alcol, tabacco) (33 -40). Questo "effetto migrante sano" rispetto alla salute materno-infantile (41) tende, tuttavia, a esaurirsi con l'aumento del tempo trascorso nel paese ospitante, a causa di problemi come una diminuzione dello status socio-economico. Tuttavia, l'"effetto migrante sano" rimane ancora un fenomeno legato al Paese d'origine e a esiti specifici (34,42-45). Allo stesso modo, le donne migranti possono aderire bene ad alcune indicazioni, e meno bene ad altre, e questo potrebbe giustificare l'accesso discontinuo ai servizi pre e post-natali. Ad esempio, in Belgio è stato riscontrato che le donne marocchine e turche hanno dato alla luce bambini con basso peso alla nascita meno frequentemente rispetto alle donne non immigrate (46), ma queste donne sono state anche più a rischio di diabete e macrosomia fetale (42,43,46,47).

2.1.1. Esito della gravidanza

Ci sono ancora grandi disparità tra i paesi della Regione Europea dell'OMS, e al loro interno, nel garantire l'accesso universale alle cure per la SSR e nei tassi di mortalità materna e queste disparità sono più rilevanti tra le donne migranti (24,25). Queste ultime, rispetto alle donne non-migranti, hanno dimostrato di avere peggiori esiti della gravidanza, con un'incidenza più alta di aborti indotti, tagli cesarei, parti strumentali e complicazioni; i risultati attuali rispetto al basso peso alla nascita e alla pre-eclampsia differiscono a seconda dei gruppi di migranti, della generazione e del Paese ospitante (46,48-50). Le donne migranti nell'UE risultano avere peggiori esiti di salute perinatale rispetto alle donne non-migranti (24,25). Secondo uno studio svedese, il rischio di morte neonatale delle immigrate africane era 18 volte superiore a quello delle madri svedesi (51). Nella Federazione russa, circa il 50% delle gravidanze in donne migranti si è conclusa con l'aborto. Nel 10% dei casi si sono verificati aborti spontanei e nati morti e le cause sono da attribuire, secondo gli autori dello studio, al duro lavoro o all'indisponibilità dei servizi sanitari (17). Nella regione della capitale, la probabilità delle donne migranti di avere complicazioni durante il parto era 1,4 volte maggiore rispetto alle non-migranti (52).

Tuttavia, gli studi su esiti della gravidanza variano in base agli esiti che sono stati individuati, e questo può riflettere l'eterogeneità delle donne stesse in termini di paese di origine, ragione della migrazione e paesi ospitanti in cui partoriscono. Due studi hanno indicato che le immigrate recenti hanno maggiori probabilità di avere esiti migliori riguardo ai bambini con basso peso alla nascita e alle nascite pretermine, rispetto alle donne nate nel paese ospitante (53,54), mentre un altro studio non ha riscontrato tale correlazione (40). Altri autori hanno osservato un aumento del tasso di parti pretermine nelle donne migranti (38,42,55,56), che varia a seconda del gruppo etnico; per esempio un odds ratio

di 3,54 nelle donne africane in Italia e un aumento di 1,8 punti percentuali del rischio nelle donne africane, rispetto alle portoghesi (55,56). In Norvegia, il rischio di pre-eclampsia era più basso tra le donne migranti che tra quelle norvegesi, ma è aumentato con il prolungarsi della residenza in Norvegia (57).

2.1.2. Mortalità materna

Le donne migranti, in generale, fanno registrare tassi maggiori di mortalità materna e infantile rispetto alle donne dei paesi di accoglienza (24,47,48,58-60). Una recente meta-analisi ha mostrato che le donne migranti nei paesi dell'Europa occidentale avevano un rischio raddoppiato (pooled risk ratio, 2,00; 95% intervallo di confidenza (IC) 1,72-2,33) di morire, durante o dopo la gravidanza, rispetto alle donne del paese ospitante (61). Le donne migranti avevano un rischio più elevato (non significativo) di morte per cause dirette, piuttosto che indirette, e questo suggerisce un possibile legame con le cure ostetriche (61). Anche nei paesi con l'accesso universale alle cure sanitarie (ad esempio Svezia, Norvegia, Portogallo), queste disparità di salute continuano ad esistere (62). Non si tratta comunque di una situazione semplice perché, sebbene la mortalità perinatale sia più elevata nelle donne migranti che in quelle del paese ospitante, potrebbe comunque essere più bassa rispetto a quella del paese di origine (63) e può variare a seconda dei diversi gruppi di migranti (64,65).

In uno studio svedese, il tasso di fattori non ottimali che possono provocare la morte perinatale potenzialmente evitabile era significativamente più alto tra le immigrate africane, che avevano un maggiore rischio di mortalità prenatale (6 volte), intrapartum (13 volte) e neonatale (18 volte), rispetto alle madri svedesi (51). I fattori più comuni erano: ritardo nella ricerca di cure, madri che rifiutano parti cesarei, sorveglianza insufficiente in casi di rallentamento della crescita intrauterina, farmaci inadeguati, errata interpretazione della cardiocografia e problemi interpersonali di comunicazione (51). Un altro studio svedese ha dimostrato che fattori non ottimali (maggiori o minori) relativi alle cure erano presenti in più di due terzi delle morti materne. Quelle connesse alla migrazione sono state associate a problemi di comunicazione, mancanza di mediatori culturali, conoscenza limitata delle malattie rare e delle complicazioni della gravidanza (62).

I dati provenienti dall'Europa orientale e dall'Asia centrale dimostrano, inoltre, che la mortalità materna è spesso determinata dallo status di migrante delle donne. Nel 2013, in Kirgystan, il 26% delle morti materne registrate era di donne migranti che non avevano ricevuto assistenza prenatale e che erano state ricoverate nel reparto di ostetricia in gravi condizioni (66). Nel 2008 l'analisi delle cause di mortalità materna nella Repubblica di Moldavia ha dimostrato che circa il 47% delle morti sono state determinate dalle condizioni sociali: circa il 13% era attribuito alla migrazione e il 27% al lavoro delle donne all'estero, che implicava un lavoro occasionale o stagionale e la possibilità di lavorare in condizioni nocive o di pericolosità (67,68).

2.2. I fattori di rischio per la cattiva salute materno-infantile dei migranti

2.2.1. Fattori individuali e interpersonali

La salute materno-infantile della donna migrante può essere influenzata negativamente da diversi fattori che sono legati all'essere migranti, come le cattive condizioni di vita, la disoccupazione, la necessità di sostenere le famiglie e la povertà. Questi espongono le donne a una serie di rischi, comprese le infezioni come le infezioni sessualmente trasmissibili, l'HIV e la tubercolosi (21,25,69-71), e di pericoli come i traffici illeciti, la tratta o il lavoro forzato, dove aumentano i rischi di violenza sessuale, di infezioni sessualmente trasmissibili e di gravidanza indesiderata (71-73).

È stato dimostrato che nel periodo preconcezionale le donne migranti hanno meno accesso alla pianificazione familiare e alla contraccezione (48) e fanno meno ricorso ai servizi di assistenza ginecologica (25). Uno studio sulle donne in Georgia, nella *Reproductive Health Survey*, ha mostrato che alle donne migranti sono state diagnosticate infezioni a trasmissione sessuale con minor probabilità rispetto alle donne non-migranti, ma sono stati più spesso diagnosticati casi di malattia infiammatoria pelvica, indicatore di minor accesso alle cure (74). È stato inoltre riscontrato che le donne migranti in Asia centrale hanno minor conoscenza e consapevolezza dell'accesso ai servizi per l'HIV rispetto ai lavoratori migranti di sesso maschile e ai cittadini non migranti (75,76).

Lo stress cronico relativo alle esperienze di migrazione, alle procedure d'asilo, alle precarie condizioni di vita, al lavoro pesante durante la gravidanza e alle difficoltà di integrazione, è stato identificato come fattore particolarmente lesivo della salute materno-infantile delle donne migranti (77-79). Uno studio del 2006 ha rivelato che lo status di migrante ha aumentato i rischi e peggiorato l'esito della gravidanza in Georgia e ha riscontrato tassi più alti di ipocondria e depressione tra le donne migranti, rispetto alla popolazione di controllo (80).

Due studi in Svizzera hanno indicato che la mancanza di documentazione legale è stata una barriera di accesso ai servizi di pianificazione familiare, che ha portato a gravidanze indesiderate e a cure prenatali tardive (81,82). Rispetto alle donne che erano legalmente residenti a Ginevra nel 2008, le migranti irregolari avevano gravidanze indesiderate e accedevano tardivamente alle cure prenatali, utilizzavano minori misure preventive ed erano esposte ad una maggiore violenza durante la gravidanza (82). Uno studio del 2015, che ha esaminato la relazione tra possesso di documenti e gravidanze indesiderate delle donne immigrate, ha mostrato che, dopo un aggiustamento per altri predittori significativi, le donne in situazione irregolare hanno avuto più gravidanze indesiderate (75,2% rispetto al 20,6% delle donne con documenti in regola) (81).

I fattori di rischio frequentemente citati per i peggiori esiti di salute materno-infantile tra le donne migranti in gravidanza includono il basso status socio-economico, il diabete gestazionale/l'alto indice di massa corporea, i fattori congeniti, la sproporzione fetopelvica, la lingua/le barriere di comunicazione e l'assistenza prenatale insufficiente (correlata, o meno, alle varie restrizioni normative in materia di ammissibilità per l'accesso alle cure sanitarie) (24,34,36,62,82-87).

Tuttavia, al momento non vi è un consenso generale su quali fattori di rischio personali rendano le donne migranti più suscettibili di cattiva salute materno-infantile rispetto alle donne non-migranti. Ad esempio, alcuni autori hanno mostrato che le donne migranti erano a maggiore rischio per il fumo (ogni giorno) durante la gravidanza (88), mentre altri hanno riscontrato che erano meno propense ad usare tabacco ed alcol durante la gravidanza (a parte le madri single, che hanno usato più sostanze psicoattive) (89). La letteratura è poco coerente anche rispetto alla violenza sessuale subita nell'anno precedente e successivo la gravidanza: alcuni studi mostrano una prevalenza maggiore, e altri minore, tra le popolazioni migranti rispetto alle altre (90-92).

2.2.2. Fattori di rischio a livello di comunità

Spesso si sostiene che le caratteristiche socio-demografiche determinino gli esiti materni/perinatali, tuttavia queste variabili di contesto non spiegano tutte le differenze nella morbilità/mortalità delle madri migranti e dei loro figli, rispetto alle donne e ai bambini del paese ospitante (91), accennando a potenziali fattori quali il paese di origine, l'etnia e/o le pratiche culturali. Per esempio, è stato dimostrato che vivere in un quartiere

disagiato ha un impatto negativo sulla salute materno-infantile (36,58,93), ma questo non influisce su tutte le donne allo stesso modo: le donne migranti e alcuni gruppi di madri straniere presentano tassi più bassi di bambini con basso peso alla nascita, di parti pretermine e di bambini nati piccoli per l'età gestazionale, in confronto alle donne non-migranti che vivono nella stessa area (94).

Alcune pratiche culturali possono fornire un supporto alla salute materno-infantile, mentre altre possono avere un impatto fortemente negativo, come la pratica della mutilazione genitale femminile. Sebbene la sua prevalenza nella Regione Europea dell'OMS sia ancora incerta (95), è stato chiaramente dimostrato che le donne che hanno subito mutilazioni genitali femminili soffrono di una serie di problemi di salute (96-98) e hanno: maggiori probabilità di avere complicazioni perinatali, come l'induzione del travaglio, la sofferenza fetale, la dilatazione cervicale lenta/assente, il secondo stadio del travaglio prolungato, il parto operativo e la morte perinatale (98-102); un rischio maggiore di lacrime perineali di terzo grado (102,103); e un numero maggiore di nati morti (104).

2.2.3. Fattori di rischio a livello sociale e dell'organizzazione

Altri fattori di rischio individuati per le cattive condizioni di salute materno-infantile nei migranti sono legati agli aspetti organizzativi (presi in considerazione anche nella sezione 2.4.) e sociali della gestione delle migrazioni.

Uno studio condotto in Belgio e nei Paesi Bassi tra 223 migranti ha riscontrato che essi ritenevano che i sistemi di asilo e le leggi migratorie dei due paesi ospitanti li avessero costretti in una situazione di dipendenza strutturale, creando stress e insicurezza, con effetti significativi sulla loro SSR (79).

Ci sono anche dei fattori sociali che rappresentano dei rischi per la salute materno-infantile delle donne migranti, compresa la violenza sessuale e lo sfruttamento, che sono spesso legati ad una maggiore vulnerabilità economica in queste popolazioni (105). Mentre la violenza sessuale colpisce la SSR in generale, conseguenze come le lesioni genitali, le infezioni sessualmente trasmissibili e da HIV, le gravidanze indesiderate, gli aborti forzati, l'infertilità e i problemi di salute mentale di lunga durata influenzano la salute della madre e sono potenzialmente dannosi per i suoi figli (106-115). Le donne migranti in età riproduttiva nella Regione Europea dell'OMS sono 2-3 volte più a rischio di essere vittime di violenza rispetto alla popolazione generale; tra gli autori delle violenze (in una percentuale che va fino al 25%) vi sono i professionisti che lavorano con i migranti, altri connazionali nei centri di migrazione e i superiori sul posto di lavoro (106-108,116 -121). Tuttavia, la mancanza di un quadro giuridico volto a prevenire la violenza sessuale contro le donne migranti (107,122-124) e il loro (limitato) status giuridico spesso le mettono a rischio di ulteriore sfruttamento ed abuso, quando cercano aiuto dopo essere state vittime di violenza, e ostacolano il loro accesso alle cure (21,106,107,118).

2.3. Diritto alle cure materno-infantili

Diverse normative esistenti sanciscono il diritto alle cure sanitarie per le donne migranti (5,6,125). La Carta Internazionale dei Diritti Umani (5) è stata ratificata da 50 dei 53 Stati Membri della Regione Europea dell'OMS. Le Nazioni Unite hanno creato una serie di alleanze per promuovere degli aspetti dei diritti umani (126-128), comprese le raccomandazioni per la fornitura di servizi durante la gravidanza, il parto e dopo il parto, adatti alle esigenze specifiche delle donne migranti (127,128). La Conferenza Internazionale sulla Popolazione e lo Sviluppo del 1994 ha adottato per la prima volta un approccio basato sui diritti alla SSR, che comprende anche la salute materno-infantile (129). A livello regionale, l'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa ha invitato gli

Stati Membri a fornire alle donne rifugiate assistenza nel campo della salute riproduttiva (130), riconoscendo la vulnerabilità delle donne migranti irregolari in gravidanza (131).

Tuttavia, l'analisi condotta per questo rapporto indica che l'accesso alle cure materno-infantili nella Regione Europea dell'OMS non è così universale come parrebbero sostenere queste normative internazionali, essendo spesso subordinato a leggi nazionali più restrittive. La ricerca ha inoltre messo in evidenza che, nella Regione, l'attenzione politica nei confronti della salute generale dei migranti può essere motivata dai rischi percepiti per la salute della popolazione generale, in particolare in termini di malattie infettive (21). All'interno dell'UE, le variazioni nazionali rispetto ai diritti alla salute sono consentite dalla Carta dei Diritti Fondamentali, nonostante tutti gli Stati Membri abbiano ratificato la Carta Internazionale (132). A livello nazionale, sebbene il diritto di accesso alle cure per le donne migranti in gravidanza sia spesso menzionato nei quadri giuridici sul diritto alle cure materno-infantili e alla salute riproduttiva dei migranti, in pratica molti paesi tendono a limitare l'accesso alle cure d'emergenza, spesso senza una chiara definizione di "emergenza", creando incertezza all'interno dei paesi stessi e nel corso del tempo. Di per sé, la limitazione dell'accesso alle cure d'emergenza fallisce solo nel non soddisfare il principio di non discriminazione, di cui all'articolo 2 del Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali (126,133). In molti Paesi (come la Grecia, l'Italia e la Croazia) queste cure d'emergenza potrebbero coprire il parto, ma non l'accesso completo alle cure pre e post-natali (30,134-138). Tuttavia, includere le donne in gravidanza in un quadro giuridico nazionale, non garantisce necessariamente che ricevano cure adeguate; per esempio in Croazia le donne in gravidanza sono riconosciute come vulnerabili, ma a metà del 2015 il decreto sui bisogni specifici di salute non era ancora stato adottato (136). Il Regno Unito ha rimosso il trattamento dell'HIV dal suo elenco delle cure di emergenza nel 2009, anche per le donne incinte e i neonati (139). Da allora, in Inghilterra e Scozia l'HIV è stata inclusa nell'elenco delle malattie per le quali la cura è gratuita, indipendentemente dallo status di migrante (140); le cure possono essere invece soggetto a pagamento in Irlanda del Nord e nel Galles (141). Inoltre, le leggi nazionali spesso fanno delle distinzioni tra i sottogruppi di migranti, un'ulteriore violazione dell'universalità. Fino al 2013, gli immigrati irregolari in Svezia non potevano accedere alle cure che "non possono aspettare" (tra le quali le cure materno-infantili, l'aborto e la pianificazione familiare), senza la compartecipazione al pagamento, mentre i richiedenti asilo ne avevano diritto (142). A Malta, l'accesso alle cure sanitarie è diventato gratuito per le donne migranti in gravidanza a partire dal 2005, sulla base di disposizioni non vincolanti, ma a maggio 2015 questo accesso non era ancora garantito per legge (143). La situazione in Spagna è un esempio di problemi di accesso alle cure (Caso studio 1). Recentemente, il Parlamento Europeo ha riconosciuto che, per le donne migranti irregolari, l'accesso alle cure, in particolare quelle per la salute riproduttiva, differisce ampiamente da uno Stato Membro all'altro (149).

Le dinamiche regionali sull'universalità di accesso alle cure materno-infantili si stanno tuttavia modificando. All'interno dell'UE, il Trattato di Lisbona ha introdotto la possibilità di vincolare a livello regionale la normativa di sanità pubblica sul benessere e la salute (133). Allo stesso tempo, il Benelux (Belgio, Paesi Bassi e Lussemburgo) e i Paesi del Mediterraneo, che storicamente hanno una tradizione di accesso universale, hanno limitato l'accesso alle cure materno-infantili a causa della crisi finanziaria (41.139.150). Inoltre, la crescente "criminalizzazione della migrazione" influisce sulla realizzazione del diritto alla salute dei migranti in quanto limita il loro accesso (133). Di conseguenza, il diritto alle cure in tutta l'UE rimane frammentario (4,30,41,151).

Caso studio 1. Spagna

Il Regio Decreto Legge 16/2012 ("Misure urgenti per garantire la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale e migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi") ha modificato la Legge 16/2003 ("Coesione e qualità del sistema sanitario nazionale") con l'obiettivo di far fronte alla spesa pubblica in materia di salute in un momento di deficit del reddito pubblico. Una delle tre modifiche ha escluso i migranti privi di documenti, senza assicurazione, da servizi che precedentemente erano a disposizione di tutti i cittadini e gli stranieri sul territorio spagnolo e ha rimosso il loro diritto ad una "tessera sanitaria" per accedere ai servizi sanitari (144). Anche se l'Articolo 3 ha affermato che la gravidanza, il parto e le cure post-parto fanno eccezione, in realtà alle donne incinta senza documenti è stato spesso chiesto un pagamento anticipato, o il passaporto, per accedere alle cure (145). Un'indagine condotta da una rete di organizzazioni della società civile ha mostrato che ad almeno 78 donne senza documenti è stato negato l'accesso all'assistenza nel peripartum tra gennaio 2014 e luglio 2015 (146). Il decreto legislativo ha incontrato una forte resistenza (147) e nell'agosto del 2015 il Ministero della Salute ha proposto alcune modifiche per migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria (148).

Lo stesso fenomeno si è registrato nei paesi terzi della Regione: mentre alcuni stanno cercando di migliorare gli esiti di salute e l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria per i migranti, altri stanno promulgando leggi più restrittive. In molti paesi ci sono delle differenze rispetto all'assistenza prenatale e ai parti assistiti per l'intera popolazione, legati all'ubicazione in località rurali, al livello di istruzione, all'età e allo status socio-economico. I migranti sono spesso particolarmente vulnerabili in questo senso, indipendentemente dai loro diritti. Secondo il Ministero della Salute ucraino, non vi sono gruppi formalmente esclusi dai servizi di salute riproduttiva e non ci sono barriere dichiarate per quanto riguarda l'accesso. Le donne in gravidanza possono ricevere le cure prenatali e partorire in qualsiasi ambulatorio o reparto di ostetricia, senza la documentazione medica relativa alla gravidanza (152). In Armenia, nessun gruppo di popolazione è formalmente escluso dal ricevere le cure per la salute riproduttiva, ma in pratica il rischio per i migranti di avere un basso stato socio-economico può limitare il loro accesso (153). In Kazakistan, sono garantite le cure mediche a tutti i lavoratori migranti, regolari o no, in caso di malattie gravi. Sebbene nessun gruppo di popolazione sia escluso dai servizi di salute riproduttiva e materno-infantile, alcuni incontrano delle barriere di accesso alle cure prenatali, quali la distanza e la necessità di avere una prova formale di residenza (153). Per i cittadini dei paesi della CSI che lavorano e vivono in Kazakistan, l'assistenza medica è gratuita e completa, copre anche il parto e l'emergenza durante la gravidanza (154).

2.4. L'accessibilità alle cure materno-infantili

Sia la letteratura accademica peer-reviewed che la letteratura grigia dimostrano chiaramente che le donne migranti devono affrontare significative e molteplici barriere di accesso alle cure materno-infantili (35,41,70,82,155-158). L'accessibilità è un concetto complesso e sfaccettato e può essere considerato sia dal punto di vista dell'utente che da quello del fornitore di servizi. Sia per l'uno che per l'altro può non essere chiaro che cosa forniscano le cure materno-infantili. Questa sezione esamina le diverse componenti che costituiscono l'accessibilità complessiva, al fine di individuare le questioni fondamentali che devono essere affrontate dalla politica, quali la familiarità, la comprensibilità, l'accessibilità, la disponibilità, l'accettabilità e l'accessibilità fisica.

2.4.1. Consapevolezza dei diritti di accesso da parte delle donne migranti

Tra le donne migranti la mancanza di informazioni e le difficoltà di comunicazione ostacolano l'accesso alle cure materno-infantili, in quanto può essere molto difficile riuscire ad acquisire familiarità e a comprendere la complessità dei sistemi sanitari e dei diritti (25). In media, in Europa occidentale e meridionale solo un quarto dei migranti conosce i propri diritti di accesso alle cure e solo la metà sa come muoversi nel sistema sanitario (139).

Gli studi che hanno esaminato l'accesso alle cure prenatali per Paese di origine nell'UE hanno mostrato che i tassi di cure prenatali tardive e/o inadeguate variano ampiamente a seconda del paese di nascita, a dimostrazione del fatto che la situazione non è uguale per tutte le donne migranti (33,51,62,155-157,159 -162). I predittori di un'assistenza prenatale inadeguata tra le donne migranti sono: avere età inferiore ai 20 anni, essere pluripare, single, con scarsa o assente competenza linguistica, con scolarizzazione inferiore ai 5 anni, avere una gravidanza non pianificata ed essere senza assicurazione sanitaria (160).

Altri fattori che influiscono sul ricorso alle cure prenatali comprendono gli atteggiamenti delle donne in gravidanza, le loro percezioni dell'assistenza ricevuta durante la maternità, le differenze nelle aspettative di salute legate alle cure prenatali, la mancanza di consapevolezza rispetto alle alternative di cui possono disporre i migranti, la scarsa soddisfazione nel corso di precedenti incontri con il servizio sanitario e fattori culturali (ad esempio, non parlare con gli uomini su questioni femminili, quali la salute legate alla gravidanza) (34,51,62,82,155-157,159-162). Nei Paesi Bassi, ad esempio, la mancanza di informazioni sui servizi di salute riproduttiva e sulla contraccezione, associata alle difficoltà nel pagamento dei servizi e alla paura di espulsione, ha portato ad un mancato o tardivo accesso alle cure in gravidanza (il 19% non ha mai ricevuto cure prenatali), ad uno scarso utilizzo dei contraccettivi e a conseguenti elevati tassi di aborto (64.9 / 1000) (163). Il sistema sanitario sembra essere più facilmente comprensibile per le madri migranti al loro secondo figlio (155-157).

Poche fonti forniscono dati sulla consapevolezza e sulla disponibilità di informazioni riguardanti i servizi di salute materno-infantile tra i migranti in Europa centrale e orientale e in Asia centrale e alcuni di questi paesi hanno i maggiori tassi di mortalità materna nella Regione Europea dell'OMS (164,165). Ad esempio, circa il 77-80% di tutti i decessi materni in Kirgizstan sono stati registrati nelle aree rurali, dove è presente un vasto numero di lavoratori migranti e dove potrebbe esserci una disponibilità limitata di cure materno-infantili e una scarsa educazione sanitaria (166). Uno studio su 123 donne migranti nella capitale del Kirgizstan ha mostrato che solo il 3% delle donne in gravidanza si è rivolta ai servizi per le cure prenatali, l'82% delle donne in gravidanza ha sofferto di diverse forme di anemia e il 23% ha avuto un disturbo ipertensivo (167). Secondo uno studio condotto dalla regione di Mosca (Federazione Russa), il 76% delle gravidanze tra le donne provenienti da famiglie migranti è stata pianificata e il 56% delle donne non si è rivolta ai servizi di cure prenatali (52). Nella città russa di Krasnoyarsk, il 27,8% delle donne migranti non ha mai frequentato i servizi di cure prenatali e le donne migranti avevano maggior probabilità di soffrire di anemia e malattie croniche rispetto alle donne locali (168).

2.4.2. Consapevolezza dei diritti di accesso da parte degli operatori sanitari

La mancanza di familiarità e di comprensibilità riscontrata tra gli utenti dei servizi si riflette sugli operatori sanitari, che spesso riferiscono difficoltà a determinare quale livello di servizio possono fornire a quali gruppi di migranti. I potenziali esiti di salute negativi possono derivare dal fatto che gli operatori sanitari optano per misure discrezionali (27,30,169) o richiedono alle donne migranti in gravidanza di fornire una prova tangibile

della residenza, dell'assicurazione o un prospetto delle proprie risorse economiche, anche se tali elementi non sono richiesti per legge (170). Questo è stato osservato ad esempio in Belgio e in Italia, dove la distinzione tra cure di emergenza gratuite e a pagamento a volte è poco nota ai medici (150,169).

2.4.3. Problemi di comunicazione

La lingua e la cultura possono essere delle barriere di accesso a buone cure materno-infantili e a una buona comunicazione tra gli utenti dei servizi e i fornitori dei medesimi (69,171,172). È stato dimostrato che le conoscenze linguistiche delle donne migranti in gravidanza influenzano direttamente il modo in cui vengono erogate le cure materno-infantili; per esempio, la mancata conoscenza della lingua del paese ospitante è stata associata ad una scarsa erogazione delle cure prenatali e dell'anestesia regionale in Austria (173) e dell'analgesia in Svezia (174). Nelle frammentarie evidenze disponibili relative alla Federazione Russa, i dati suggeriscono che le donne migranti subiscono discriminazioni e disparità di trattamento nelle strutture sanitarie durante la gravidanza (17). In Estonia, Lettonia e Lituania, la lingua utilizzata per le comunicazioni e le informazioni è stata identificata come uno dei problemi principali che influenzano la parità di accesso ai servizi di assistenza sanitaria per cittadini e migranti (175).

Le barriere linguistiche si intrecciano con quelle culturali. La percezione del corpo, la salute e l'assistenza sanitaria, così come i ruoli di genere, possono variare tra paesi, regioni e gruppi etnici, in particolare quando si tratta di gravidanza e di genitorialità (79.170.176).

Uno studio condotto nel 2006 ha studiato i fattori correlati all'etnia che contribuiscono all'erogazione di cure scadenti durante la maternità e a una grave morbilità materna tra 20 donne immigrate nei Paesi Bassi. Le donne immigrate e le ostetriche hanno ammesso che per 15 donne le cure scadenti possono aver giocato un ruolo nello sviluppo di complicanze (49). Lo studio ha concluso che la comunicazione da parte dei professionisti che si occupano della salute materno-infantile dovrebbe migliorare attraverso una maggiore sensibilità ai fattori sociali che influenzano i problemi di salute delle donne immigrate e che le donne stesse dovrebbero essere supportate migliorando la comunicazione e l'educazione sui segnali di pericolo in gravidanza e aumentando le informazioni sulle possibilità di sottoporsi a cure ostetriche. Ad una conclusione simile, ossia che un maggiore accesso alle cure è correlato ad una crescita culturale delle donne migranti, si è giunti anche in uno studio che ha mostrato come la mortalità materna sia diminuita significativamente nel tempo per le donne turche residenti in Germania (35).

Molta della formazione medica in Europa si concentra sull'individuo piuttosto che su una comprensione delle strutture sociali più ampie che potrebbero avere un impatto sulla salute (177). Tuttavia, chi fornisce le cure è invitato a prendere in considerazione i problemi che potrebbero portare ad una mancanza di fiducia tra i pazienti e gli operatori (138), per esempio donne che parlano di questioni femminili, quali la salute legata alla gravidanza, ad operatori sanitari di sesso maschile (51,160-162). Inoltre, i migranti spesso sviluppano una specifica resilienza dopo la migrazione e ciò significa che le difficoltà incontrate durante il parto, come il dolore o la sensazione di insicurezza, non sono facilmente condivise con gli operatori sanitari (178).

Guardando alla questione specifica dell'erogazione di cure materno-infantili alle donne migranti, la maggior parte della ricerca sostiene con forza la necessità di offrire uno "spazio sicuro" (179), fornendo un'assistenza sanitaria culturalmente sensibile o culturalmente competente (176-180). Un'assistenza sanitaria di questo tipo richiede una formazione specifica e delle linee guida per i professionisti sanitari sugli aspetti culturali

del corpo e della salute, sui rischi specifici per la salute legati alla migrazione (27, 177) e sulle pratiche culturali nocive che incidono direttamente sulla salute materno-infantile (99,181-183). Essa comprende anche il coinvolgimento dei migranti e delle loro comunità nella pianificazione e nello sviluppo (176) del sistema sanitario e la facilitazione dell'interazione tra pazienti e operatori grazie ad interpreti qualificati e a esperti del sistema sanitario (172). L'implementazione di un sistema di cura culturalmente sensibile richiede, inoltre, di dover affrontare il problema della discriminazione e dell'razzismo espressi da alcuni operatori nell'interazione con i migranti (142,177,184).

2.4.4. Accessibilità economica: le barriere (economiche) all'accesso

L'esclusione dei migranti dai quadri giuridici inerenti l'accesso ai servizi sanitari spesso implica che queste popolazioni possono accedere alle cure solo se hanno i mezzi economici per farlo. Il costo delle cure rimane un grosso ostacolo per i migranti in tutta la Regione Europea dell'OMS (82) ed è stato identificato dai migranti stessi come la principale barriera di accesso alle cure (185).

La situazione che riguarda i costi economici delle cure materno-infantili varia molto all'interno della Regione. Fino al 2013, per i migranti irregolari il parto in ospedale poteva costare circa € 2500 in Svezia, ma era gratuito in Francia (41, 150). La riforma sanitaria svedese del 2013 ha qualificato l'assistenza al parto tra le cure che non possono essere rinviate e deve quindi essere fornita gratuitamente (186). Tuttavia, due anni dopo l'approvazione della legge, le autorità pubbliche hanno riconosciuto che continuano ad esserci dei problemi tra gli operatori sanitari a causa della scarsa familiarità con la legge (187). Le differenze possono essere osservate non solo tra i diversi paesi ma anche al loro interno. In Spagna, le cure materno-infantili sono fornite gratuitamente in alcune regioni, come l'Andalusia o la Catalogna (150), mentre in Germania alcune città hanno creato dei meccanismi di finanziamento specifici per facilitare l'accesso alle cure per i migranti irregolari (139). Anche nei paesi con un buon livello di assistenza materno-infantile possono verificarsi delle lacune nel sistema (Caso studio 2).

Caso studio 2. Variazione nell'erogazione delle cure materno-infantili in Belgio in base allo status di richiedente asilo

Una giovane donna fuggita dal suo paese d'origine dopo essere stata violentata è arrivata in Belgio incinta e positiva all'HIV. Il governo belga include l'assistenza alla gravidanza e le cure neonatali nella "+ -list" e le rimborsa nell'ambito della procedura di asilo; pertanto, sia la madre che il bambino sono stati trattati con antiretrovirali e al bambino è stato dato latte in polvere, facendo rientrare tutto nei costi legati alla richiesta di asilo. Tuttavia, due anni dopo la sua richiesta è stata respinta. Nel frattempo aveva conosciuto un uomo che le piaceva, ma che non voleva sposare (ancora) poiché era preoccupata di diventare troppo dipendente da un uomo, ma è rimasta incinta. Poiché il suo appello per l'asilo è stato rifiutato, si è trovata priva di documenti e ha dovuto lasciare il centro di accoglienza per i richiedenti asilo. Questo cambiamento di status implica delle variazioni rispetto alle cure disponibili e alla facilità di accedervi e crea una serie di problemi per questa madre HIV-positiva e i suoi figli. L'assistenza medica d'urgenza è per situazioni molto gravi che mettono in pericolo di vita ed è a disposizione di tutti, compresi i migranti senza documenti. Una seconda procedura per le "cure di emergenza" garantisce l'accesso all'assistenza sanitaria per i migranti senza documenti e, in teoria, dovrebbe comprendere cure preventive e curative, oltre alla prescrizione di farmaci. Tuttavia, l'accesso è fornito dai centri pubblici di assistenza sociale e si tratta di una procedura complessa che richiede un certificato da parte di un medico e che può variare da zona a zona rispetto alle cure che saranno coperte. Solitamente non è prevista la fornitura di latte in polvere e ciò mette questa madre nella spiacevole situazione di dover scegliere tra i rischi derivanti dall'allattare il nuovo bambino, essendo lei HIV positiva, e l'onere economico per l'acquisto di latte in polvere. Alcune ONG hanno una disponibilità limitata di latte in polvere o potrebbe prendere in considerazione l'idea di trasferirsi in un'altra città dove il centro di assistenza sociale potrebbe essere più generoso (Sulla base di un'intervista effettuata per il Belgium Health care Knowledge Centre Report (169)).

In Romania le donne migranti ricevono l'assicurazione sanitaria gratuita durante la gravidanza e dopo il parto, anche senza reddito o quando il loro reddito è inferiore al salario minimo (30, 188). Secondo la normativa vigente in Slovenia, i richiedenti asilo e i migranti irregolari hanno gli stessi diritti dei cittadini locali. I servizi di emergenza, così come le cure pre e post-natali, la pianificazione familiare e l'assistenza per l'aborto sono gratuiti (30). La situazione opposta si verifica nella Federazione Russa, dove nel 2010 è stata approvata una nuova legge che limita l'accesso all'assistenza sanitaria per gli "stranieri temporaneamente presenti". Essi hanno diritto alle cure d'emergenza, ma possono accedere alle cure programmate ed essere ricoverati in ospedale solo se in possesso di un'assicurazione sanitaria o se pagano le tasse. Nella Federazione Russa solo il 10% delle donne migranti ha accesso ai servizi sanitari gratuiti (189). Le donne migranti dall'Asia centrale nella Federazione Russa hanno riportato la presenza di barriere economiche di accesso all'assistenza sanitaria, comprese le cure ginecologiche, e solo il 2-5% è stato curato gratuitamente (17). Nella Federazione Russa, a causa di una transizione verso nuovi sistemi di assicurazione e un nuovo tipo di finanziamento per i sistemi sanitari, le donne migranti in gravidanza non hanno più diritto a ricevere cure prenatali gratuite e sono stati segnalati casi di richieste di pagamento delle tasse per il ricovero negli ospedali pubblici (190). I risultati relativi alla Georgia e alla Bosnia-Erzegovina hanno confermato che le barriere economiche sono una delle maggiori preoccupazioni per l'accesso ai servizi di SSR per le persone che vivono in povertà, compresi i migranti (20). Esse riguardano i mezzi di trasporto costosi e i pagamenti extra per i servizi, compreso il trattamento di complicanze post-aborto, che non sono coperti da assicurazione sanitaria statale.

Chiedere ai migranti di pagare per ricevere delle cure ha delle conseguenze che vanno al di là del semplice impedimento ad accedere ai servizi. I migranti che non possono pagare incidono negativamente sul reddito di chi fornisce le cure (3) e questo a sua volta ha un impatto sulle motivazioni degli operatori sanitari nel fornire assistenza quando non sanno se i costi saranno coperti (30.150.169).

Infine, è importante prendere in considerazione i costi della salute materno-infantile per i migranti in un contesto più ampio, tenendo conto della crisi economica e finanziaria e dell'impatto delle misure di austerità sulle spese di sanità pubblica, associate alla possibilità di accesso alle cure. In Grecia, Spagna e Portogallo, i tagli ai finanziamenti pubblici per la salute e l'assistenza sociale hanno provocato rischi elevati per la salute delle persone più vulnerabili (191). L'implementazione di criteri di accesso alle cure sulla base delle risorse economiche ha aumentato la pressione, soprattutto finanziaria, sulle ONG che offrono assistenza sanitaria sia alla popolazione generale che ai migranti (139,150,192,193).

2.4.5. Accettabilità delle cure materno-infantili

Numerosi ulteriori fattori incidono sulle esperienze di cura e sugli esiti di salute dei gruppi di migranti (29). Le esperienze riportate relative ai servizi di salute materno-infantile, compresi i livelli di soddisfazione, hanno dimostrato di essere peggiori per le donne migranti che per la popolazione ospitante, in paesi e in setting assistenziali differenti (34,91,155-157,160,194). La progettazione e la fornitura di servizi sono indubbiamente importanti, ma ci sono diversi processi socio-economici, politici e culturali che destano ulteriori preoccupazioni riguardo all'accettabilità delle cure (35). Le reti sociali sono un fattore abilitante per tutti i migranti per l'accesso alle cure (172), ma hanno dimostrato di

essere particolarmente critiche rispetto all'accesso all'assistenza prenatale (178). Le diverse aspettative riguardo alle cure prenatali, i diversi ruoli professionali nel paese di origine, le difficoltà di comunicazione durante questi incontri, la mancanza di conoscenza dei diritti dei migranti e i comportamenti scorretti da parte degli operatori sanitari, possono tutti giocare un ruolo rispetto all'accettabilità. La discriminazione diretta e indiretta è riconosciuta come una importante fonte di disparità nell'assistenza sanitaria, ma è difficile per gli operatori sanitari riconoscere tale aspetto (155-157).

2.5. La disponibilità delle cure materno-infantili: la fornitura dei servizi

I determinanti spesso ipotizzati nell'ambito dell'erogazione delle cure materno-infantili, che influiscono negativamente sulle esperienze e sugli esiti di salute delle donne migranti, comprendono: la mancanza di servizi di supporto per consentire alle donne migranti di muoversi in modo efficace nell'ambito del sistema sanitario e di effettuare una scelta; l'incapacità, per alcune donne migranti, di riconoscere e rispondere in modo accettabile alle complesse problematiche di vita (trauma, isolamento, mobilità, povertà); l'incapacità di riconoscere e sviluppare iniziative per aiutare a curare o prevenire le comorbidità, in particolare quelle relative alla salute mentale; i livelli variabili di fiducia e competenza culturale tra gli operatori sanitari che si occupano della salute materno-infantile; la discriminazione, gli stereotipi e l'insensibilità a livello di chi programma e di chi eroga le cure e i servizi; l'assenza di continuità delle cure e follow-up inadeguati nel periodo pre e post-natale; l'incapacità di apprezzare la diversità di bisogni e circostanze delle popolazioni migranti; regole incoerenti, inique e mutevoli per quanto riguarda il diritto alle cure di alcuni gruppi di migranti, che rappresentano notevoli problemi per il personale sanitario; il ricorso a iniziative ad hoc e a breve termine legate alla maternità che non possono contare su un finanziamento prolungato e dipendono quasi totalmente dall'impegno e dalla volontà di singoli individui (34,35,91,117,155-157,160).

I potenziali facilitatori sono spesso correlati a problemi di disponibilità. Una scoping review specifica per paese e una consultazione delle parti interessate in Germania, Canada e Regno Unito ha valutato come potrebbe essere migliorata la salute materno-infantile delle donne migranti /delle minoranze a livello internazionale (35). Questo studio ha individuato la necessità di maggiore disponibilità di *doula* con background etno-culturali simili, di sollievo dal dolore per coloro che lo desiderano, di assistenza di alta qualità durante il parto e nelle situazioni critiche, di disponibilità di organizzazioni della comunità che agiscano da intermediari per muoversi all'interno del sistema sanitario ed interpretarlo. Nel Regno Unito alcune pratiche innovative hanno migliorato l'accesso per le donne provenienti da un contesto migratorio, con ambulatori specialistici per le donne affette da mutilazioni genitali femminili e ostetriche specializzate impiegate per fornire assistenza personalizzata alle donne provenienti da comunità di immigrati e alle loro famiglie (35).

Laddove la struttura sanitaria è meno organizzata, o sotto stress, le donne migranti possono essere particolarmente vulnerabili. Ad esempio, nelle zone rurali del Kirgizstan, le donne migranti in gravidanza possono avere particolari difficoltà ad accedere alle cure pre e post-natali (153). È stato riscontrato che i migranti in Georgia e in Bosnia-Erzegovina si trovano ad affrontare gravidanze indesiderate e poco distanziate e hanno tassi più alti di mortalità e morbilità materna, a causa di un accesso limitato ai servizi di pianificazione familiare e di una carenza di personale qualificato (20,195). Un improvviso rapido afflusso di migranti può anche creare pressione sul sistema sanitario locale e rendere più difficile l'assistenza sanitaria materno-infantile. Questo è particolarmente difficile per alcuni paesi della Regione Europea dell'OMS con l'attuale grande afflusso di

migranti (Caso 3). Quando un sistema sanitario locale è sovraccaricato da un rapido movimento di persone, fornire un supporto d'emergenza può essere efficace. Ad esempio, l'UNFPA ha fornito kit ostetrici per gli ospedali ucraini che avevano avuto un afflusso massiccio di donne che necessitavano di assistenza ostetrica: 199 kit ostetrici sono stati distribuiti nel settembre 2015 in 47 ospedali di 5 regioni orientali dell'Ucraina (200), per assistere 7800 parti normali e 3200 parti complicati (taglio cesareo).

Caso studio 3. Erogazione di cure materno-infantili a rifugiati, immigrati e richiedenti asilo in Turchia

Dopo cinque anni di conflitti nella Repubblica Araba di Siria, la Turchia è diventata il paese che ospita il secondo maggiore contingente di profughi siriani: nell'agosto 2015, esso comprendeva 484.750 donne e ragazze di età riproduttiva, delle quali 34.320 in gravidanza (13). Uno studio condotto dalla Disaster and Emergency Management Authority nel 2014 ha rilevato che le gravidanze precoci si stavano diffondendo all'interno di questo gruppo di popolazione, con gravidanze che si verificavano frequentemente nelle ragazze di 13 o 14 anni (196). L'accesso ai servizi di pianificazione familiare e salute materno-infantile per questi migranti è diventato un importante problema di salute pubblica.

Nel 2012 una missione interagenzia delle Nazioni Unite ha valutato i bisogni di salute dei rifugiati nei campi della Turchia meridionale e ha scoperto che, sebbene venissero forniti loro alcuni servizi sanitari gratuiti, esistevano notevoli disparità nell'erogazione delle cure, comprese quelle materno-infantili. La missione ha evidenziato notevoli lacune nell'erogazione delle cure post-parto e nei sistemi di registrazione dell'assistenza pre e post-natale; il personale sanitario aveva bisogno di costruire competenze per far fronte ai bisogni specifici delle donne rifugiate riguardo alla salute riproduttiva; tutte le gravidanze non sono state completamente monitorate anche se tutti i parti sono avvenuti negli ospedali (197). Il Turkish Family Health and Planning Fund, insieme alle agenzie delle Nazioni Unite e ad altre ONG, ha esortato risposte puntuali ai bisogni di salute delle donne rifugiate, evidenziando le loro esigenze di pianificazione familiare (198). Tra le priorità dell'UNFPA per la salute materno-infantile dei migranti in Turchia nel 2015 vi era quella di garantire la disponibilità delle cure ostetriche essenziali a tutte le rifugiate siriane, di fornire consulenze sulla salute riproduttiva e di istituire degli spazi "a misura di donna" all'interno e all'esterno dei campi (199).

2.6. La qualità delle cure

L'OMS definisce la qualità delle cure come "la misura in cui i servizi sanitari forniti alle persone e alle popolazioni di pazienti migliorano gli esiti di salute desiderati. Per raggiungere questo obiettivo, l'assistenza sanitaria deve essere sicura, efficace, tempestiva, efficiente, equa e incentrata sulla persona" (201). Alcuni studi hanno riscontrato che le differenze negli esiti perinatali riflettono le cure non ottimali e di diversa qualità che ricevono le donne migranti, rispetto alle donne dei paesi d'accoglienza (51,65,155,157,159). Le donne migranti hanno riportato ritardi nel ricevere informazioni sulla diagnosi e la cura; avevano problemi nell'identificare le complicanze clinicamente significative, nel presentare le proprie lamentele al personale sanitario in modo efficace e nell'assumere un ruolo attivo, in quanto pazienti (51,65,155,157,159). Anche le donne migranti più istruite hanno mostrato scarse abilità di health literacy nella loro interazione con i medici su problemi relativi alla salute materno-infantile (47,48,155,157,159,161). Uno studio condotto in Norvegia nel 2013 ha identificato un rischio maggiore di morte perinatale per le donne provenienti da Afghanistan (Odds ratio aggiustato -ORA 4.01; 95%

IC, 2,40-6,71), Somalia (ORA 1,83; 95% IC, 1,44-2,34) e Sri Lanka (ORA 1,76; 95% IC, 1.36-2.27) rispetto alle madri norvegesi, ma comunque un rischio inferiore a quello nel paese d'origine della donna (ad esempio, 97 decessi ogni 1000 nascite per le donne afgane in Afghanistan rispetto a 24 decessi ogni 1000 nati in Norvegia) (63). Da eusto si evince che l'accessibilità è un fattore importante, ma la qualità dell'assistenza sanitaria è fondamentale. Pertanto, potrebbe essere utile passare dall'accessibilità delle cure alla garanzia di qualità delle cure stesse (155-157). Lo studio nei Paesi Bassi, descritto in precedenza (49), ha anche concluso che le prospettive dei pazienti sono uno strumento prezioso per valutare la qualità delle cure fornite alla mamma in gravidanza e al neonato.

Poco è stato scritto sulla partecipazione dei migranti nella valorizzazione culturale delle cure materno-infantili all'interno della Regione Europea dell'OMS. La letteratura è unanime soprattutto riguardo alla necessità di sistematizzare la raccolta di dati sulle disuguaglianze di salute (176, 202), all'attuazione di interventi mirati all'interno dei sistemi sanitari (203) e alla loro valutazione con la partecipazione dei migranti (180). Tuttavia, vi sono ancora poche evidenze di interventi che hanno migliorato l'accesso ai servizi di assistenza materno-infantile per le donne migranti.

2.6.1. Indicatori di qualità

La qualità delle cure è un concetto multidimensionale; di conseguenza, per raggiungere gli esiti di salute desiderati è necessario un quadro/modello con ambiti di misurazione e percorsi (assistenziali) validi per identificare i punti di azione più adatti per migliorare la qualità delle cure (201).

Dal 2004 una serie di iniziative hanno sviluppato degli indicatori di qualità per valutare e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria prenatale, intra e postnatale fornita alla madre e al neonato (204-211). La ricerca indica che le misure degli outcome della gravidanza di solito si registrano, ma i meccanismi nazionali per monitorare la qualità delle cure sono spesso carenti (209) e molti sistemi sanitari continuano ad utilizzare i propri indicatori di qualità.

2.7. I metodi per acquisire dati sull'erogazione delle cure

Fornire informazioni accurate sulla salute materno-infantile e sui diritti e i servizi disponibili, nonché facilitare la comunicazione tra il paziente e chi eroga i servizi sono i primi passi indispensabili per garantire l'accesso alle cure materno-infantili (155-157,170,179,180,212). Tutta la formazione e tutte le informazioni utili sulla SSR e sulla salute materno-infantile dovrebbero includere una dimensione socio-culturale (213), indipendentemente dal fatto che siano destinate ai migranti o agli operatori sanitari (31, 169). Sono stati sviluppati alcuni quadri strategici che aiuteranno a fornire le evidenze per informare le politiche per la salute materno-infantile dei migranti.

- La EN-HERA! Network (Rete europea per la promozione della salute sessuale e riproduttiva dei rifugiati, dei richiedenti asilo e dei migranti irregolari in Europa e non solo) è stata lanciata nel 2009 con 39 paesi partecipanti in tutta la Regione Europea dell'OMS (180). La Rete ha sviluppato un programma di ricerca, ma anche una guida strategica di riferimento con uno strumento di autovalutazione per i decisori politici e per i fornitori di servizi. Per entrambi la valutazione si estende su questioni fondamentali (principi guida) e su questioni programmatiche (indicatori di qualità). I sei principi guida sono: un approccio basato sui diritti, la partecipazione, l'empowerment, l'equilibrio di genere, la multidisciplinarietà e l'approccio intersettoriale. Gli indicatori di qualità sono basati sulle evidenze e sono coerenti con le linee guida internazionali: riservatezza e privacy; disponibilità, accettabilità,

accessibilità economica e accessibilità, monitoraggio e valutazione, informazione e scelta, continuità delle cure.

- Nel 2004 un'iniziativa europea, il *Migrant Friendly Hospital Project*, ha pubblicato delle raccomandazioni per gli operatori sanitari che lavorano negli ospedali (214). L'assistenza alla maternità in approccio *migrant-friendly* è stata concepita in modo da comprendere la cura fisica e psico-sociale da parte di professionisti ed essere per sua natura di supporto e specifica per le cure fornite durante la gravidanza, il parto o dopo il parto, all'interno o al di fuori di un contesto ospedaliero. È stato elaborato un questionario di 112 domande, culturalmente sensibile, che potrebbe essere compilato diversi mesi dopo la nascita con un'intervista di 45 minuti e che è attualmente disponibile in inglese, francese e spagnolo (91). Il questionario riguarda la migrazione, i servizi di assistenza sanitaria ed ostetrica (storia attuale e passata), le percezioni di cura e la socio demografia, oltre a temi come l'accesso alle cure, gli scambi di informazioni, i rischi e gli esiti clinici, la consapevolezza e la sensibilità del caregiver. Il questionario permette di effettuare una valutazione dell'assistenza fornita in un determinato contesto e nei diversi paesi e contribuisce anche a misurare l'efficacia dei programmi per ottimizzare l'assistenza alla maternità per le donne migranti e migliorare la qualità delle cure (91).

3. DISCUSSIONE

Il quadro teorico nell'ambito del quale è stato condotto lo studio ha combinato un approccio basato sui diritti (151,170,215) con il modello socio-ecologico sulla salute (216).

3.1. I punti di forza e i limiti della revisione

Questo lavoro si basa su un'ampia revisione della letteratura accademica e su documenti di policy inerenti la salute materno-infantile dei migranti e i fattori di rischio specifici che precedono e contestualizzano la salute materno-infantile tra i migranti. La composizione del team di autori ha permesso di ricercare evidenze in inglese, francese, tedesco, russo, olandese, spagnolo ed ucraino. Tuttavia, data la notevole diversità di lingue e culture che arricchiscono la Regione Europea dell'OMS, potrebbero esser state perse informazioni importanti scritte in altre lingue.

Inoltre, le ricerche disponibili spesso si occupano dei gruppi di migranti più numerosi presenti nei paesi ospitanti. Il fatto che non ci siano indicatori comuni sul contesto della migrazione e che non sia stata raccolta nessuna evidenza sistematica sulla salute materno-infantile crea delle difficoltà nel fare dei confronti tra paesi e tra gruppi di migranti (4,29,69,180,192).

Laddove sono disponibili dei dati sulle problematiche relative alla salute materno-infantile, spesso hanno un approccio orientato alla malattia – e al problema- e si concentrano sulle malattie sessualmente trasmissibili, sulla mortalità e morbilità materna, e sui fenomeni presumibilmente indotti dalla cultura (69.124.192).

Anche se le evidenze sono limitate, ci sono diverse raccomandazioni politiche e pratiche per migliorare la salute materno-infantile delle madri migranti e più specificamente i problemi che sono stati affrontati in questa revisione (si veda sopra). Alcune barriere di accesso alle cure sono state costantemente messe in evidenza, compresi i diritti di accesso e la loro conoscenza, i problemi legati alla lingua, la comunicazione che tenga conto delle diversità culturali e le aspettative. Queste evidenze suggeriscono misure di miglioramento sia nella raccolta dei dati che nell'assistenza sanitaria.

3.2. Le scelte e le implicazioni politiche

Attualmente, la Regione Europea dell'OMS sta discutendo su come affrontare e ospitare un grande afflusso di migranti in fuga da conflitti e disastri. Una serie di direttive e convenzioni si riferiscono alle preoccupazioni relative alla salute materno-infantile.

- E' in fase di preparazione e negoziato il nuovo Piano d'Azione Europeo dell'OMS per la Salute Sessuale e Riproduttiva e i relativi Diritti, per il periodo 2017-2021, con l'obiettivo di fornire un quadro comune di risposte politiche specifiche per ciascun paese in tutta la Regione Europea dell'OMS, al fine di ridurre le disuguaglianze nella SSR, incluso il miglioramento della salute materno-infantile per tutti e più nello specifico per i gruppi vulnerabili, compresi i migranti (217).
- La revisione della Direttiva Europea sugli standard minimi per l'accoglienza dei richiedenti asilo (2013/33 / UE) chiede che gli Stati Membri dell'UE garantiscano "l'accesso a trattamenti o cure mediche e psicologiche per i gruppi vulnerabili", includendo tra questi gruppi anche le donne incinta richiedenti asilo, e di adottare "misure appropriate che impediscano la violenza di genere, tra cui la violenza e le molestie sessuali" nei centri di accoglienza e nelle strutture ricettive (218).

- La Convenzione di Istanbul del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (215) è entrata in vigore nel 2014 e ha un intero capitolo dedicato ai migranti e richiedenti asilo.
- Il "*Pacchetto di servizi minimi iniziali* per la salute riproduttiva in situazioni di crisi", prodotto dalla UNHCR, fornisce le linee guida sulle attività prioritarie per prevenire e gestire le conseguenze della violenza sessuale, ridurre la trasmissione di HIV, evitare l'eccesso di morbilità e mortalità materna e neonatale, e il piano per i servizi di salute riproduttiva (219).
- Un nuovo progetto in Europa (SH-CAPAC) è stato messo a punto per supportare i Paesi sotto pressione a causa del grande afflusso migratorio, al fine di garantire un'assistenza sanitaria efficace per i migranti, inclusa quella materno-infantile (220).

Questo rapporto HEN ha individuato una serie di ambiti specifici (vedi pag 2) della salute materno-infantile dei migranti che potrebbero diventare l'obiettivo dei decisori politici.

Peggiori condizioni di salute materno-infantile delle donne migranti rispetto alle donne dei paesi ospitanti

Le condizioni vissute durante la migrazione, la bassa posizione socio-economica e lo status di irregolare possono avere un impatto negativo sulla salute materno-infantile. Le peggiori condizioni di salute materno-infantile delle donne migranti, rispetto alle donne non-migranti, sono spesso legate a fattori di rischio che precedono la gravidanza, come ad esempio la disponibilità alla pianificazione familiare, i comportamenti orientati alla salute, la violenza di genere e le procedure connesse alla migrazione e i rischi del periodo perinatale. L'impatto di questi fattori di rischio può essere ridotto attraverso politiche che comprendano tutti gli aspetti legati alla SSR di una donna, attraverso interventi di sensibilizzazione e di educazione per le ragazze e le donne migranti e le loro famiglie e comunità. Anche gli operatori sanitari, il personale dei centri di accoglienza e le forze dell'ordine hanno bisogno di essere messi a conoscenza dei diritti delle donne alle cure sanitarie, del problema delle violenze sessuali e delle pratiche culturali dannose che possono compromettere la loro salute e devono sapere come affrontarli.

Diritto alle cure

Anche se quasi tutti i paesi della Regione Europea dell'OMS si sono impegnati a garantire il diritto ad un livello di salute (materno-infantile) più elevato possibile per tutti, il diritto continua ad essere applicato in maniera diversa in tutta la Regione, con alcuni paesi che limitano l'accesso alle "cure d'emergenza" e altri che coprono solo il parto e non le cure pre o post-natali. L'allineamento dei quadri giuridici nazionali ai requisiti internazionali per fornire un'assistenza sanitaria materno-infantile completa a tutti sistematicamente servirebbe a chiarire la situazione alle donne migranti, alle loro comunità e agli operatori sanitari. Molti regolamenti e piani d'azione già consigliano di fornire l'accesso universale alle cure materno-infantili. Semplificare e standardizzare le procedure amministrative relative all'erogazione delle cure ai migranti con diversi status giuridici eliminerebbe anche l'incertezza riguardo alle cure disponibili, sia tra gli utenti che tra i fornitori dei servizi.

Accessibilità delle cure materno-infantili

L'accessibilità è limitata da problemi inerenti la familiarità, la comprensibilità, l'accettabilità e la disponibilità. Le informazioni riguardanti i diritti delle donne migranti all'assistenza sanitaria e le procedure amministrative di un paese dovrebbero essere fornite sensibilizzando le comunità, i centri di accoglienza e gli operatori sanitari che sono spesso indecisi su cosa sia consentito in termini di accesso. Il materiale didattico dovrebbe essere fornito in un modo culturalmente sensibile. La presenza di interpreti/mediatori culturali e di altri servizi di supporto potrebbe consentire alle donne migranti di muoversi in modo efficace all'interno dei sistemi sanitari. I programmi per rafforzare la consapevolezza culturale tra gli operatori sanitari aumenterebbero la loro consapevolezza rispetto alla diversità di bisogni e circostanze delle donne migranti e delle loro famiglie e ridurrebbero discriminazioni, stereotipi e insensibilità.

L'integrazione dei servizi di salute materno-infantile per le donne migranti all'interno dei servizi di salute materno-infantile disponibili per tutta la popolazione, favorirebbe la continuità delle cure fino al periodo post-natale. La recente crisi migratoria richiede sforzi ulteriori per quanto riguarda la necessità di fornire le cure materno-infantili ai migranti appena arrivati, ai migranti in transito e a quelli che intendono rimanere più a lungo, indipendentemente dal loro status giuridico.

Accessibilità economica

L'accessibilità è stata identificata dai migranti stessi come una delle principali barriere nell'accesso alle cure. Il mancato accesso alle cure prenatali spesso porta a cure d'emergenza più costose, nonché a risultati indesiderati riguardo alla gravidanza. Promuovere la salute e investire nella pianificazione familiare e nelle cure materno-infantili può essere una strategia efficace dal punto di vista dei costi per un Paese. La condivisione di informazioni tra i diversi paesi sulle strategie sostenibili per finanziare i servizi di assistenza sanitaria per le donne migranti e le loro famiglie potrebbe favorire la pianificazione di politiche sanitarie basate sulle evidenze.

Qualità delle cure

Nonostante continuino a mancare degli indicatori universali di qualità delle cure materno-infantili, la ricerca sostiene fortemente l'erogazione di cure culturalmente sensibili come un indicatore di buona qualità. L'utilizzo di indicatori di qualità standardizzati e basati sulle evidenze, in tutte le strutture che forniscono cure materno-infantili, permetterebbe la valutazione continua della qualità delle cure fornite. Allo stesso modo, la qualità delle cure sarebbe rafforzata coinvolgendo le donne migranti nell'organizzazione dei servizi di assistenza sanitaria a loro dedicati e formando il personale su problematiche quali la comunicazione interculturale, le cure culturalmente sensibili e i rischi specifici per la salute femminile delle donne migranti. Un quadro strategico in materia di salute potrebbe aiutare a coordinare i diversi soggetti che forniscono assistenza a tutti i migranti; esso permetterebbe, inoltre, di valutare i bisogni assistenziali specifici e di redigere piani d'azione per fornire tale assistenza e per creare pacchetti di risorse culturalmente sensibili e materiale formativo idoneo.

4. CONCLUSIONI

La recente crisi migratoria ha richiesto nuovi sforzi per fornire le cure materno-infantili ai migranti appena arrivati, ai migranti in transito e a quelli che intendono rimanere più a lungo, indipendentemente dal loro status giuridico. Molti Paesi Membri hanno delle tensioni all'interno del proprio sistema sanitario, anche senza la pressione aggiuntiva posta da questa crisi umanitaria, e potrebbero non disporre delle conoscenze e delle infrastrutture necessarie per fornire un'adeguata assistenza sanitaria specifica per le donne, essendo queste ultime consapevoli che le buone cure materno-infantili sono un fattore significativo per la salute propria e dei loro bambini. Lo sviluppo e l'applicazione di indicatori comuni sulla salute materno-infantile dei migranti in tutta la Regione Europea dell'OMS aiuterebbe i paesi nel processo decisionale.

I migranti potrebbero essere vittime di disuguaglianze sociali che, assieme al disagio del viaggio migratorio, possono mettere a rischio il loro benessere fisico e mentale. La salute dei migranti è anche in larga misura determinata dalla disponibilità, dall'accessibilità economica, dall'accettabilità, dall'accessibilità e dalla qualità dei servizi nel paese ospitante. Questo report esamina i fattori che sono i determinanti della salute materno-infantile delle donne migranti. Si pone il problema che, per il bene comune di tutti, una salute pubblica di qualità dovrebbe promuovere l'accesso ai servizi sanitari e sociali per tutti i migranti, indipendentemente dal loro status giuridico.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Refugees and migrants: frequently asked questions. Geneva: United Nations Refugee Agency; 2016 (<http://www.unhcr.org/56e95c676.html>, accessed 3 June 2016).
2. Glossary on migration, 2nd edition. Geneva: International Organization for Migration; 2011 (<http://www.epim.info/wp-content/uploads/2011/01/iom.pdf>, accessed 3 June 2016).
3. Master glossary of terms. Geneva: United Nations Refugee Agency; 2006 (<http://www.refworld.org/pdfid/42ce7d444.pdf>, accessed 23 June 2016).
4. Access to health care for undocumented migrants in Europe. Brussels: Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants; 2007.
5. Universal declaration of human rights. New York: United Nations; 1948 (General Assembly resolution 217 A (III)) (<http://www.un.org/Overview/rights.html>, accessed 23 June 2016).
6. International covenant on economic, social and cultural rights. New York: United Nations; 1966.
7. Sixty-first World Health Assembly. Health of migrants. Geneva: World Health Organization; 2008 (WHA61.17) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R17-en.pdf, accessed 21 March 2016).
8. Huddleston T, Bilgili Ö, Joki A-L, Vankova Z. Migrant integration policy index 2015: integration policies, who benefits? Barcelona: Barcelona Centre for International Affairs and Migration Policy Group; 2015 (<http://mipex.eu/sites/default/files/downloads/files/mipex-2015-book-a5.pdf>, accessed 3 June 2016).
9. Migrant health in the European Region 2016. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region>, accessed 28 March 2016).
10. Migrants in Europe: a statistical portrait of the first and second generation. Luxembourg: Eurostat; 2011.
11. Migration and migrant population statistics. Luxembourg: Eurostat; 2015.
12. Asylum statistics, 2015. Luxembourg: Eurostat; 2015.
13. Regional situation report for Syria crisis. Amman, Jordan: United Nations Population Fund Regional Syria Response Hub; August 2015 (Issue 36; <http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA%20REGIONAL%20SITUATION%20REPORT%20FOR%20SYRIA%20CRISIS%20ISSUE%2036%20AUGUST%202015.pdf>, accessed 22 April 2016).

14. Mosmuller H. Migrants turn Moscow into Europe's biggest city. *Moscow Times*. 2011, 20 April (<http://www.themoscowtimes.com/news/article/migrants-turn-moscow-into-europes-biggest-city/435371.html>, accessed 28 March 2016).
15. 2015–2020 Strategy for south-eastern Europe, eastern Europe and central Asia. Geneva: International Organization for Migration Office for South-Eastern Europe, Eastern Europe and Central Asia; 2014 (<https://www.iom.int/sites/default/files/country/docs/RO-Vienna-Regional-Strategy.pdf>, accessed 22 April 2016).
16. El-Bassel N, Gilbert L, Terlikbayeva A, West B, Bearman P, Wu E et al. Implications of mobility patterns and HIV risks for HIV prevention among migrant market vendors in Kazakhstan. *Am J Public Health*. 2011;101(6):1075–81.
17. Tyuryukanova EV, editor. *Zenshini-migranti iz stran SNG v Rossii* [Female migrants from CIS countries in Russia]. Moscow: MAX Press; 2011 (<https://www.hse.ru/pubs/share/direct/document/81010041>, accessed 28 March 2016).
18. Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators. Geneva: World Health Organization; 2010.
19. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2015.
20. Colombini M, Mayhew SH, Rechel B. Sexual and reproductive health in eastern Europe and central Asia: exploring vulnerable groups' needs and access to services. *EntreNous*. 2011;73:16–17.
21. Keygnaert I, Guieu A, Ooms G, Vettenburg N, Temmerman M, Roelens K. Sexual and reproductive health of migrants: does the EU care? *Health Policy*. 2014;114:215–25.
22. Shelter from the storm : a transformative agenda for women and girls in a crisis-prone world. UNFPA state of world population 2015. New York: United Nations Population Fund; 2015.
23. Maternal mortality. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>, accessed 5 April 2016).
24. European perinatal health report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. Paris: EURO-PERISTAT; 2013 (<http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>, accessed 28 March 2016).
25. Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare. Vienna: European Union Agency for Fundamental Rights; 2013 (https://fra.europa.eu/sites/default/files/inequalities-discrimination-healthcare_en.pdf, accessed 28 March 2016).
26. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med*. 2009;151(4):264–9.

27. Romero-Ortuño R. Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned? *Eur J Health Law*. 2004;11:245–72.
28. Ingleby, D. Ethnicity, migration and the “social determinants of health” agenda. *Psychosoc Interv*. 2012;21:331–41.
29. Bhopal R. Chronic diseases in Europe’s migrant and ethnic minorities: challenges, solutions and a vision. *Eur J Public Health*. 2009;19(2):140–3.
30. HUMA network. Are undocumented migrants and asylum seekers entitled to access health care in the EU? A comparative overview in 16 countries. Madrid: Médicos del Mundo; 2010.
31. Sex work, migration, health: a report on the intersections of legislation and policies regarding sex work, migration and health in Europe. Amsterdam: TAMPEP; 2009.
32. Sebo P, Jackson Y, Haller DM, Gaspoz JM, Wolff H. Sexual and reproductive health behaviors of undocumented migrants in Geneva: a cross sectional study. *J Immigr Minor Health*. 2011;13:510–17.
33. Sørbye IK, Daltveit AK, Sundby J, Vangen S. Preterm subtypes by immigrants’ length of residence in Norway: a population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:239.
34. Almeida LM, Caldas J, Ayres-de-Campos D, Salcedo-Barrientos D, Dias S. Maternal healthcare in migrants: a systematic review. *Matern Child Health J*. 2013;17(8):1346–54.
35. Higginbottom G, Reime B, Bharj K, Chowbey P, Ertan K, Foster-Boucher C et al. Migration and maternity: insights of context, health policy, and research evidence on experiences and outcomes from a three country preliminary study across Germany, Canada, and the United Kingdom. *Health Care Women Int*. 2013;34(11):936–65.
36. Poeran J, Maas AF, Birnie E, Denktas S, Steegers EA, Bonsel GJ. Social deprivation and adverse perinatal outcomes among Western and non-Western pregnant women in a Dutch urban population. *Soc Sci Med*. 2013;83:42–9.
37. Wahlberg A, Roost M, Haglund B, Högberg U, Essén B. Increased risk of severe maternal morbidity (near-miss) among immigrant women in Sweden: a population register-based study. *BJOG*. 2013;120:1605–12.
38. Schaaf JM, Liem SM, Mol BW, Abu-Hanna A, Ravelli AC. Ethnic and racial disparities in the risk of preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Am J Perinatol*. 2013;30(6):433–50.
39. Eggert J, Sundquist K. Socioeconomic factors, country of birth, and years in Sweden are associated with first birth fertility trends during the 1990s: a national cohort study. *Scand J Public Health*. 2006;34(5):504–14.
40. Reime B, Ratner PA, Tomaselli-Reime SN, Kelly A, Schuecking BA, Wenzlaff P. The role of mediating factors in the association between social deprivation and low birth weight in Germany. *Soc Sci Med*. 2005;62(7):1731–44.

41. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet*. 2013;381:1235–45.
42. Juárez SP, Ortiz-Barreda G, Agudelo-Suárez AA, Ronda-Pérez E. Revisiting the healthy migrant paradox in perinatal health outcomes through a scoping review in a recent host country. *J Immigr Minor Health*. 2015 (Epub ahead of print, PMID: 26601982).
43. Juárez SP, Revuelta-Eugercios BA. Too heavy, too late: investigating perinatal health outcomes in immigrants residing in Spain. A cross-sectional study (2009–2011). *J Epidemiol Community Health*. 2014;68(9):863–8.
44. Urquia ML, Frank JW, Glazier RH, Moineddin R, Matheson FI, Gagnon AJ. Neighborhood context and infant birthweight among recent immigrant mothers: a multilevel analysis. *Am J Public Health*. 2009;99(2):285–93.
45. Ray JG, Vermeulen MJ, Schull MJ, Singh G, Shah R, Redelmeir DA. Results of the Recent Immigrant Pregnancy and Perinatal Long-term Evaluation Study (RIPPLES). *CMAJ*. 2007;176(10):1419–26.
46. Jacquemyn Y, Benjahia N, Martens G, Yuksel H, Van Egmond K, Temmerman M. Pregnancy outcome of Moroccan and Turkish women in Belgium. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2012;39:181.
47. Reeske A, Kutschmann M, Razum O, Spallek J. Stillbirth differences according to regions of origin: an analysis of the German perinatal database, 2004–2007. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11:63.
48. Mladovsky P. Migration and health in the EU. London: European Observatory on the Social Situation and Demography; 2007 (Research note).
49. Jonkers M, Richters A, Zwart J, Öry F, van Roosmalen J. Severe maternal morbidity among immigrant women in the Netherlands: patients' perspectives. *Reprod Health Matters*. 2011;19(37):144–53.
50. Reeske A, Razum O. Maternal and child health: from conception to first birthday. In: Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M, editors. *Migration and health in the European Union*. Buckingham, UK: Open University Press; 2011:129–143.
51. Essén B, Bödker B, Sjöberg N-O, Langhoff-Roos J, Greisen G, Gudmundsson et al. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *BJOG*. 2002;109:677–82.
52. Albitsky V, Odinaeva N, Nechaeva, N. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ИЗ СЕМЕЙ МИГРАНТОВ [Health condition of the first year infants in migrant families.] *Curr Pract*. 2006;5(4):5–7.
53. Urquia ML, O'Campo PJ, Heaman MI. Revisiting the immigrant paradox in reproductive health: the roles of duration of residence and ethnicity. *Soc Sci Med*. 2012;74(10):1610–21.
54. Kirby RS. Perinatal outcomes and nativity: does place of birth really influence infant health? *Birth*. 2011;38(4):354–6.

55. Sosta E, Tomasoni LR, Frusca T, Triglia M, Pirali F, El Hamad I et al. Preterm delivery risk in migrants in Italy: an observational prospective study. *J Travel Med.* 2008;15(4):243–7.
56. Harding S, Boroujerdi M, Santana P, Cruickshank J. Decline in, and lack of difference between, average birth weights among African and Portuguese babies in Portugal. *Int J Epidemiol.* 2006;35(2):270–6.
57. Naimy Z, Grytten J, Monkerud L, Eskild A. The prevalence of pre-eclampsia in migrant relative to native Norwegian women: a population-based study. *BJOG.* 2015;122(6):859–65.
58. Luque-Fernandez MA, Franco M, Gelaye B, Schomaker M, Gutierrez Garitano I, D'Este C et al. Unemployment and stillbirth risk among foreign-born and Spanish pregnant women in Spain, 2007–2010: a multilevel analysis study. *Eur J Epidemiol.* 2013;28:991–9.
59. Gissler M, Alexander S, MacFarlane A, Small R, Stray-Pedersen B, Zeitlin J et al. Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(2):134–48.
60. Bernis C, Varea C, Bogin B, Gonzalez A. Labor management and mode of delivery among migrant and Spanish women: does the variability reflect differences in obstetric decisions according to ethnic origin? *Matern Child Health J.* 2013;17:918–27.
61. Pedersen GS, Grøntved A, Mortensen LH, Andersen AM, Rich-Edwards J. Maternal mortality among migrants in western Europe: a meta-analysis. *Matern Child Health J.* 2014;18(7):1628–38.
62. Esscher A, Haglund B, Högberg U, Essén B. Excess mortality in women of reproductive age from low-income countries: a Swedish national register study. *Eur J Public Health.* 2013;23(2):274–9.
63. Naimy Z, Grytten J, Monkerud L, Eskild A. Perinatal mortality in non-western migrants in Norway as compared to their countries of birth and to Norwegian women. *BMC Public Health.* 2013;13:37.
64. van den Akker T, van Roosmalen J. Maternal mortality and severe morbidity in a migration perspective. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2016;32:26–38.
65. Philibert M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle MH. Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be explained by suboptimal obstetric care? *BJOG.* 2008;115(11):1411–18.
66. National review of the Kyrgyz Republic in the framework of the Beijing Declaration and platform for action. Bishkek: Ministry of Social Development of the Kyrgyz Republic; 2014 (<http://www2.unwomen.org/~media/field%20office%20eca/attachments/publications/2014/national%20reviewbeijing20.pdf?v=1&d=20150616T222504>, accessed 20 April 2016).
67. Evaluation report of the national development strategy 2008–2011. Chişinău: Ministry of Health of Moldova; 2008.

68. Extended migration profile of the Republic of Moldova. Geneva: International Organization for Migration; 2012 (http://www.iom.md/attachments/110_emp05_10.pdf, accessed 28 March 2016).
69. De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Ricciardi W. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (Health Evidence Network Synthesis Report 42).
70. Ismayilova L, Lee H-N, Shaw S, El-Bassel N, Gilbert L, Terlikbayeva A et al. Mental health and migration: depression, alcohol abuse, and access to health care among migrants in central Asia. *J Immigr Minor Health*. 2014;16(6):1138–48.
71. Platt L, Grenfell P, Fletcher A, Sorhaindo A, Jolley E, Rhodes T et al. Systematic review examining differences in HIV, sexually transmitted infections and health-related harms between migrant and non-migrant female sex workers. *Sex Transm Infect*. 2013;89:311–19.
72. Horbaty G, Gollob A, Daita S, Carballo M. Migration in central Asia and its possible implications for women and children. Geneva: International Centre for Migration and Health; 2006.
73. Weine S, Golobof A, Bahromov M, Kashuba A, Kalandarov T, Jonbekov J et al. Female migrant sex workers in Moscow: gender and power factors and HIV risk. *Women Health*. 2013;53(1):56–73.
74. Doliashvili K, Buckley CJ. Women's sexual and reproductive health in post-socialist Georgia: does internal displacement matter? *Int Fam Plan Perspect*. 2008;34(1):21–9.
75. Zhussupov B, McNutt L-A, Gilbert L, Terlikbayeva A, El-Bassel N. Migrant workers in Kazakhstan: gender differences in HIV knowledge and sexual risk behaviors. *AIDS Behav*. 2015;19(7):1298–1304.
76. Zotova N, Agadjanian V. Sexual risks of central Asian migrant women in the context of the Russian HIV epidemic. Princeton, NJ: Princeton University; 2013 (<http://paa2014.princeton.edu/papers/141339>, accessed 28 March 2016).
77. Bakken KS, Skjeldal OH, Stray-Pedersen B. Immigrants from conflict-zone countries: an observational comparison study of obstetric outcomes in a low-risk maternity ward in Norway. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;5(15):163.
78. Bollini P, Stotzer U, Wanner P. Pregnancy outcomes and migration in Switzerland: results from a focus group study. *Int J Public Health*. 2007;52(2):78–86.
79. Keygnaert I, Vettenburg N, Roelens K, Temmerman M. Sexual health is dead in my body: participatory assessment of sexual health determinants by refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *BMC Public Health*. 2014;14:416.

80. Gogol KN, Gotsiridze EG, Guruli ZV, Kintraia NP, Tsaava FD. [The expectancy-stress factor in pregnant refugee women.] *Georgian Med News*. 2006;138:13–16 (in Russian).
81. Casillas A, Bodenmann P, Epiney M, Gétaz L, Irion O, Gaspoz JM et al. The border of reproductive control: undocumented immigration as a risk factor for unintended pregnancy in Switzerland. *J Immigr Minor Health*. 2015;17(2):527–34.
82. Wolff H, Epiney M, Lourenco AP, Costanza MC, Delieutraz-Marchand J, Andreoli N et al. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*. 2008;8:93.
83. Delnord M, Blondel B, Zeitlin J. What contributes to disparities in the preterm birth rate in European countries? *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2015;27(2):133–42.
84. Merry L, Small R, Blondel B, Gagnon AJ. International migration and caesarean birth: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:27.
85. Binder P, Johnsdotter S, Essén B. Conceptualising the prevention of adverse obstetric outcomes among immigrants using the “three delays” framework in a high-income context. *Soc Sci Med*. 2012;75(12): 2028–36.
86. Melchiorre K, Sutherland GR, Liberati M, Bhide A, Thilaganathan B. Prevalence of maternal cardiac defects in women with high-resistance uterine artery Doppler indices. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2011;37(3):310–16.
87. Gagnon AJ, Zimbeck M, Zeitlin J for the ROAM Collaboration. Migration to western industrialised countries and perinatal health: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2009;69(6):934–46.
88. Ergin I, Hassay H, Tanik F, Aslan G. Maternal age, educational level and migration: socio-economic determinants for smoking during pregnancy in a field study in Turkey. *BMC Pregnancy Childb*. 2010;10:325.
89. Melchior M, Chollet A, Glangeaud-Freudenthal N, Saurel-Cubizolles MJ, Dufourg MN, van der Waerden J et al. Tobacco and alcohol use in pregnancy in France: the role of migrant status – the nationally representative ELFE study. *Addict Behav*. 2015;51:65–71.
90. Wallach HS, Weingram Z, Avitan O. Attitudes toward domestic violence: a cultural perspective. *J Interpers Violence*. 2010;25(7):1284–97.
91. Gagnon AJ, DeBruyn R, Essén B for the ROAM Collaboration. Development of the Migrant Friendly Maternity Care Questionnaire (MFMCQ) for migrants to western societies: an international Delphi consensus process. *BMC Pregnancy Childb*. 2014;10(14):200.
92. Stewart DE, Gagnon AJ, Merry LA, Dennis CL. Risk factors and health profiles of recent migrant women who experienced violence associated with pregnancy. *J Womens Health*. 2012;21(10):1100–6.

93. de Graaf JP, Steegers EA, Bonsel GJ. Inequalities in perinatal and maternal health. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2013;25(2):98–108.
94. Zeitlin J, Combiere E, Levailant M, Lasbeur L, Pilkington H, Charreire H et al. Neighbourhood socio-economic characteristics and the risk of preterm birth for migrant and non-migrant women: a study in a French district. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2011;25(4):347–56.
95. Female genital mutilation in the European Union and Croatia. Report. Vilnius: European Institute for Gender Equality; 2013.
96. Abdulcadir J, Pusztaszeri M, Vilarino R, Dubuisson JB, Vlastos AT. Clitoral neuroma after female genital mutilation/cutting: a rare but possible event. *J Sex Med*. 2012;9(4):1220–5.
97. Andro A, Cambois E, Lesclingand M. Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Soc Sci Med*. 2014;106:177–84.
98. Lundberg PC, Gereziher A. Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery*. 2008;24(2):214–25.
99. Johansen RE. Care for infibulated women giving birth in Norway: an anthropological analysis of health workers' management of a medically and culturally unfamiliar issue. *Med Anthropol Q*. 2006;20(4):516–44.
100. Litorp H, Franck M, Almroth L. Female genital mutilation among antenatal care and contraceptive advice attendees in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008;87(7):716–22.
101. Vangen S, Stoltenberg C, Johansen RE, Sundby J, Stray-Pedersen B. Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002;81(4):317–22.
102. Wuest S, Raio L, Wyssmueller D, Mueller MD, Stadlmayr W, Surbek DV et al. Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland. *BJOG*. 2009;116(9):1204–9.
103. Berggren V, Bergström S, Edberg AK. Being different and vulnerable: experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden. *J Transcult Nurs*. 2006;17(1):50–7.
104. Small R, Gagnon A, Gissler M, Zeitlin J, Bennis M, Glazier R et al. Somali women and their pregnancy outcomes postmigration: data from six receiving countries. *BJOG*. 2008;115(13):1630–40.
105. Azerbaijan: after more than 20 years, IDPs still urgently need policies to support full integration. Geneva: Internal Displacement Monitoring Centre; 2014 (<http://www.internal-displacement.org/assets/library/Europe/Azerbaijan/pdf/201403-eu-azerbaijan-overview-en.pdf>, accessed 28 March 2016).

106. Keygnaert I, Vettenburg N, Temmerman M. Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *Cult Health Sex.* 2012;14:505–20.
107. Keygnaert I, Dias SF, Degomme O, Devillé W, Kennedy P, Kováts A et al. Sexual and gender-based violence in the European asylum and reception sector: a perpetuum mobile? *Eur J Public Health.* 2015;25(1):90–6.
108. Kerimova J, Posner SF, Brown YT, Hillis S, Meikle S, Duerr A. High prevalence of self-reported forced sexual intercourse among internally displaced women in Azerbaijan. *Am J Public Health.* 2003;93(7):1067–70.
109. Hynes M, Cardozo BL. Sexual violence against refugee women. *J Womens Health Gend Based Med.* 2000;9:819–23.
110. Jina R, Thomas LS. Health consequences of sexual violence against women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013;27:15–26.
111. Sommers MS, Brown KM, Buschur C, Everett JS, Fargo JD, Fisher BS et al. Injuries from intimate partner and sexual violence: significance and classification systems. *J Forensic Leg Med.* 2012;19:250–63.
112. Mason F, Lodrick Z. Psychological consequences of sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013;27:27–37.
113. Cortina LM, Kubiak SP. Gender and posttraumatic stress: sexual violence as an explanation for women’s increased risk. *J Abnorm Psychol.* 2006;115:753–9.
114. Nickerson A, Steenkamp M, Aerka IM, Salters-Pedneault K, Carper TL, Barnes JB et al. Prospective investigation of mental health following sexual assault. *Depress Anxiety.* 2013;30:444–50.
115. Mersky JP, Topitzes J, Reynolds AJ. Unsafe at any age: linking childhood and adolescent maltreatment to delinquency and crime. *J Res Crime Delinq.* 2012;49:295–318.
116. Sexual and gender-based violence against refugees, returnees and internally displaced persons: guidelines for prevention and response. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2003.
117. Violence and exploitation of undocumented migrant women: building strategies to end impunity. Brussels: Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants ; 2010.
118. Keygnaert I. Sexual violence and sexual health in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Europe and the European neighbourhood: determinants and desirable prevention. Ghent: ICRH-Ghent University; 2014.
119. Dias S, Fraga S, Barros H. Interpersonal violence among immigrants in Portugal. *J Immigr Minor Health.* 2013;15(1):119–24.

120. Arcel LT. Deliberate sexual torture of women in war: the case of Bosnia–Herzegovina. In: Shalev AY, Yehuda R, McFarlane AC, editors. International handbook of human response to trauma. New York: Springer; 2000:173–93.
121. Blazek M. Migration, vulnerability and the complexity of violence: experiences of documented non-EU migrants in Slovakia. *Geoforum*. 2014;56:101–12.
122. National actions plans on violence against women in the EU: EWL barometer. Brussels: European Women’s Lobby; 2011.
123. Barometer on rape in the EU 2013. Brussels: European Women’s Lobby; 2013.
124. Keygnaert I, Guieu A. What the eye doesn’t see: a critical interpretive synthesis of European policies addressing sexual violence in migrants. *Reprod Health Matters (Special issue sexual violence)* 2015;23(46):45–55.
125. International covenant on civil and political rights. New York: United Nations; 1966.
126. Convention relating to the status of refugee. New York: United Nations; 1951.
127. General comment No 14: the right to the highest attainable standard of health. New York: United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2000 (E/C12/2000/4).
128. General recommendation 24 on Article 12 (Women and health) of the convention on elimination of all forms of violence against women. New York: United Nations Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women; 1999.
129. Programme of action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994. New York: United Nations; 1994.
130. Parliamentary Assembly. Recommendation 1374 (1998) on the situation of refugee women in Europe. Brussels: Council of Europe; 1998.
131. Resolution 1509 (2006) on human rights of irregular migrants. Brussels: Council of Europe; 2006.
132. European Union. Charter of fundamental rights of the European Union (2000/C 364/01). *Official J Eur Communities*. 2000;43:C364.
133. Pace P. The right to health of migrants in Europe. In: Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M, editors. *Migration and health in the European Union*. Buckingham, UK: Open University Press; 2011:49–60.
134. Equihealth. Assessment report: the health situation at EU southern borders migrant health, occupational health, and public health. Italy. Brussels: Regional Office for the European Economic Area, the European Union and NATO, Migration Health Division; 2013 (http://equi-health.eea.iom.int/images/SAR_Italy_final.pdf, accessed 28 March 2016).
135. Equihealth. Assessment report: the health situation at EU southern borders

- migrant health, occupational health, and public health. Greece. Brussels: Regional Office for the European Economic Area, the European Union and NATO, Migration Health Division; 2013 (http://equi-health.eea.iom.int/images/SAR_Greece_final.pdf, accessed 28 March 2016).
136. Equihealth. Assessment report: the health situation at EU southern borders migrant health, occupational health, and public health. Croatia. Brussels: Regional Office for the European Economic Area, the European Union and NATO, Migration Health Division; 2014 (http://equi-health.eea.iom.int/images/SAR_Croatia_final.pdf, accessed 28 March 2016).
 137. Chiavarini M, Lanari D, Minelli L, Pieroni L, Salmasi L. Immigrant mothers and access to prenatal care: evidence from a regional population study in Italy. *BMJ Open* 2016;6.
 138. Macherey A-L. Legal report on access to health care in 12 countries. Madrid: Médicos del Mundo; 2015 (<https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/05/mdm-legal-report-on-access-to-healthcare-in-12-countries-3rd-june-20151.pdf>, accessed 28 March 2016).
 139. European Observatory, Médecins du Monde. Access to healthcare for undocumented migrants in 11 European countries, 2008. Paris: Médecins du Monde; 2009 (<http://www.epim.info/wp-content/uploads/2011/02/Access-to-healthcare-for-Undocumented-Migrants-in-11-EU-countries-2009.pdf>, accessed 28 March 2016).
 140. The National Health Service (Charges to Overseas Visitors) Regulations 2015. London: The Stationery Office; 2015 (Statutory Instrument 2015 No. 238; http://www.legislation.gov.uk/uksi/2015/238/pdfs/uksi_20150238_en.pdf, accessed 28 March 2016).
 141. Health charges for visitors and migrants: England Factsheet. London: Medical Protection Society; 2015. (<http://www.medicalprotection.org/docs/default-source/pdfs/factsheet-pdfs/england-factsheet-pdfs/health-charges-for-visitors-and-migrants.pdf?sfvrsn=4>, accessed 28 March 2016)
 142. Nkulu Kalenyagi FK, Hurtig AK, Ahlm C, Ahlberg BM. It is a challenge to do it the right way: an interpretive description of caregivers' experiences in caring for migrant patients in northern Sweden. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:433.
 143. Equihealth. Assessment report: the health situation at EU southern borders – migrant health, occupational health, and public health. Malta. Brussels: Regional Office for the European Economic Area, the European Union and NATO, Migration Health Division; 2013 (http://equi-health.eea.iom.int/images/SAR_Malta_Final.pdf, accessed 28 March 2016).
 144. Ministerio de la Presidencia, Spain. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistem Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones [Royal Decree-Law 16/2012, of 20 April, on urgent measures to guarantee the sustainability of the national health

system and improve the quality and safety of its services]. BOE [Official State Gazette]. 2012;98:31278–31312.

145. Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo [Two years of health reform: more human lives at risk]. Madrid: Médicos del Mundo; 2014 (https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_Impacto-Reforma-Sanitaria-Medicos-del-Mundo_3ec0bdf9%232E%23pdf, accessed 28 March 2016).
146. REDER. Radiografía de la reforma sanitaria. La universalidad de la exclusión [Screening of the health reform. The universality of exclusion]. Madrid: Médicos del Mundo; 2015.
147. Derecho a curar: llamamiento a la acción contra la exclusión sanitaria de las personas inmigrantes en situación irregular [Right to heal: call to action against health exclusion of immigrants in an irregular situation]. Madrid: Médicos del Mundo; 2013 (<http://www.medicosdelmundo.es/derechoacurar/>, accessed 28 March 2016).
148. Alfonso Alonso recuerda que el Gobierno quiere armonizar la asistencia sanitaria que ofrecen las comunidades autónomas y establecer un control [Alfonso Alonso recalls that the government wants to harmonize the health care offered by the autonomous communities and establish control]. Madrid: Spanish Ministry of Health, Social Services and Equality; 2015, 25 August (Press release).
149. Resolution of 4 February 2014 on undocumented migrants in the European Union (2013/2115(INI)). Luxembourg: European Parliament; 2014.
150. Migrants in an irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Member States. Vienna: European Union Agency for Fundamental Rights; 2011 (<http://fra.europa.eu/en/publication/2012/migrants-irregular-situation-access-healthcare-10-european-union-member-states>, accessed 28 March 2016).
151. Health care for undocumented migrants in the EU. Geneva: International Organization for Migration; 2009.
152. Всі переселенці отримують безкоштовну медичну допомогу у повному обсязі [All immigrants receive free medical care in full]. Kiev: Ministry of Health of Ukraine; 2014 (Press release; http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20140905_b.html, accessed 28 March 2016).
153. A review of progress in maternal health in eastern Europe and central Asia. New York: United Nations Population Fund; 2009.
154. Ni V, Tonkobayeva A. Gender aspects of labour migration in the Republic of Kazakhstan: an expert evaluation 2012. Almaty: UN Women; 2012 (<http://www.unwomen-eeca.org/module/project/img/519.pdf>, accessed 28 March 2016).
155. Almeida LM, Caldas JP, Ayres-de-Campos D, Dias S. Assessing maternal healthcare inequities among migrants: a qualitative study. Cad Saude Publ. 2014;30(2):333–40.

156. Almeida LM, Casanova C, Caldas J, Ayres-de-Campos D, Dias S. Migrant women's perceptions of healthcare during pregnancy and early motherhood: addressing the social determinants of health. *J Immigr Minor Health*. 2014;16(4):719–23.
157. Almeida LM, Santos CC, Caldas JP, Ayres-de-Campos D, Dias S. Obstetric care in a migrant population with free access to health care. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;126(3):244–7.
158. A needs assessment of women migrant workers. Central Asia and Russia. New York: United Nations Development Fund for Women; 2009.
159. Lauria L, Bonciani M, Spinelli A, Grandolfo ME. Inequalities in maternal care in Italy: the role of socioeconomic and migrant status. *Ann Ist Super Sanita*. 2013;49(2):209–18.
160. Heaman M, Bayrampour H, Kingston D, Blondel B, Gissler M, Roth C et al. Migrant women's utilization of antenatal care: a systematic review. *Matern Child Health J*. 2013;17(5):816–36.
161. Malin M, Gissler M. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BMC Public Health*. 2009;9:84.
162. Ny P, Dykes AK, Molin J, Dejin-Karlsson E. Utilisation of antenatal care by country of birth in a multi-ethnic population: a four-year community-based study in Malmö, Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(7):805–13.
163. Schoevers MA, van den Muijsenbergh ME, Lagro-Janssen AL. Illegal female immigrants in the Netherlands have unmet needs in sexual and reproductive health. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2010;31(4):256–64.
164. World Health Organization, United Nations Population Fund, World Bank Group, and United Nations Population Division Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Maternal mortality in 1990–2015*. Geneva: World Health Organization; 2015
165. World population data sheet 2014. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2014 (http://www.prb.org/pdf14/2014-world-population-data-sheet_eng.pdf, accessed 28 March 2016).
166. Kyrgyz Republic: Millennium Development Goals progress report. Bishkek: United Nations Development Programme; 2003.
167. Kupreeva E, Sarybaeva A. Оценка влияния внутренней миграции на состояние репродуктивного здоровья женщин [Evaluation of the influence of internal migration on women's reproductive health status]. *Электронный научно – образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке (Health Educ Millennium)*. 2007;11:г.(Т.9).
168. Lee-Gee-Ru SY. Influence of migration processes on perinatal outcomes. *J Mod Res Soc Probl*. 2012;1.1 (9) (<http://sisp.nkras.ru/p-ru/issues/2012/1.1.pdf#page=101>, accessed 28 March 2016).
169. Roberfroid D, Dauvrin M, Keygnaert I, Desomer A, Kerstens B, Camberlin C et al. What health care for undocumented migrants in Belgium? Brussels: Belgium

- Health Care Knowledge Centre; 2015 (KCE Reports 257Cs. D/2015/10.273/110; https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_257C_Health_care_migrants_Synthesis.pdf, accessed 20 April 2016).
170. EN-HERA! Sexual and reproductive health and rights of refugees, asylum seekers and undocumented migrants: Report 1. Ghent: Academia Press; 2009.
 171. Darling KEA, Gloor E, Ansermet-Pagot A, Vaucher P, Durieux-Paillard S, Bodenmann P et al. Suboptimal access to primary healthcare among street-based sex workers in southwest Switzerland. *Postgrad Med J.* 2013;89:371–5.
 172. Bhatia R, Wallace P. Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study, *BMC Fam Pract.* 2007;8:48.
 173. Oberaigner W, Leitner H, Oberaigner K, Marth C, Pinzger G, Concini H et al. Migrants and obstetrics in Austria: applying a new questionnaire shows differences in obstetric care and outcome. *Wien Klin Wochenschr.* 2013;125:34–40.
 174. Hayes I, Enohumah K, McCaul C. Care of the migrant obstetric population, *Int J Obstet Anesth.* 2011;20:321–9.
 175. New immigrants in Estonia, Latvia and Lithuania. Tallinn: Legal Information Centre for Human Rights; 2010 (<http://www.epim.info/wp-content/uploads/2011/02/new-immigrants-in-Estonia-Latvia-and-Lithuania-LICHR.pdf>, accessed 28 March 2016).
 176. Maternal and child care for immigrant populations. Brussels: International Organization for Migration Liaison Office for Europe; 2009.
 177. Haith-Cooper M, Bradshaw G. Meeting the health and social care needs of pregnant asylum seekers; midwifery students' perspectives. Part 3 The pregnant woman within the global context; an inclusive model for midwifery education to address the needs of asylum seeking women in the UK. *Nurse Educ Today.* 2013;33:1045–60.
 178. Byrskog U, Olsson P, Essén B, Allvin MK. Violence and reproductive health preceding flight from war: accounts from Somali born women in Sweden. *BMC Public Health.* 2014;14:892.
 179. Equal rights, equal voices. Brussels: European Women's Lobby; 2007.
 180. EN-HERA! Sexual and reproductive health and rights of refugees, asylum seekers and undocumented migrants: a framework for the identification of good practices. Ghent: Academic Press; 2009.
 181. Cappon S, L'Ecluse C, Clays E, Tency I, Leye E. Female genital mutilation: knowledge, attitude and practices of Flemish midwives. *Midwifery.* 2015;31(3):e29–35.
 182. Surico D, Amadori R, Gastaldo LB, Tinelli R, Surico N. Female genital cutting: a survey among healthcare professionals in Italy. *J Obstet Gynaecol.* 2015;35(4):393–6.
 183. Widmark C, Tishelman C, Ahlberg BM. A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery.* 2002;18(2):113–25.

184. Bischoff, A. Caring for migrant and minority patients in European hospitals: a review of effective interventions. Vienna: Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine; 2003 (http://www.mfh-eu.net/public/files/mfh_literature_review.pdf, accessed 28 March 2016).
185. Chauvin P, Simonnot N, Douay C, Vanbiervliet F. Access to healthcare for people facing multiple vulnerability factors in 27 cities across 10 countries. Report on the social and medical data gathered in 2013 in eight European countries, Turkey and Canada. Paris: International Network of Médecins du Monde; 2014 (<https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/05/access-to-healthcare-27-cities-10-countries-doctors-of-the-world1.pdf>, accessed 28 March 2016).
186. Sveriges Riksdag. Law 2013:047 on health care to some foreigners who reside in Sweden without the necessary permits. Stockholm: Swedish Code of Statutes; 2013.
187. Care for undocumented migrants. A follow-up on the act concerning healthcare for people residing in Sweden without permission. Stockholm: Swedish Agency for Public Management; 2015 (<http://www.statskontoret.se/In-English/publications/2015---summaries-of-publications/care-for-undocumented-migrants.-a-follow-up-on-the-act-concerning-healthcare-for-people-residing-in-sweden-without-permission-201510/>, accessed 28 March 2016).
188. MIGHEALTHNET. State of the art report, Romania. Athens: Information Network on Good Practice in Health Care for Migrants and Minorities in Europe; 2009 (http://mighealth.net/ro/index.php/Pagina_principal%C4%83#Raport_-_15_Aprilie_2009, accessed 28 March 2016).
189. Tyuryukanova EV. Миграция и гендер. Трудовая миграция в России: медико-социальные и гендерные аспекты [Migration and gender. Labor migration in Russia: socio-medical and gender aspects]. Presentation at the Conference of the International Organization for Migration, Moscow, 26 October 2012.
190. Rocheva, A. Понаехали тут' в роддомах России: исследование режима стратифицированного воспроизводства на примере киргизских мигрантов в Москве ["Ponaehali tyt" in the maternity houses of Russia: research of the stratified reproduction using an example of the Kyrgyz migrants in Moscow]. *J Soc Pol Stud.* 2014;3:367–80 (<http://demoscope.ru/weekly/2015/0635/analit01.php>, accessed 28 March 2016).
191. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet.* 2013;381:1323–31.
192. Simon J, Kiss N, Laszewska A, Mayer S. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for labour migrants in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (Health Evidence Network Synthesis Report 43).
193. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet.* 2011;378:1457–58.

194. Balaam MC, Akerjordet K, Lyberg A, Kaiser B, Schoening E, Fredriksen AM et al. A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *J Adv Nurs*. 2013;69(9):1919–30.
195. Creel L. Meeting the reproductive health needs of displaced people. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2002 (<http://www.prb.org/Publications/Reports/2002/MeetingtheReproductiveHealthNeedsofDisplacedPeople.aspx>, accessed 28 March 2016).
196. Syrian women in Turkey. Ankara: Prime Ministry Disaster and Emergency Management Authority; 2014.
197. United Nations interagency health-needs-assessment mission southern Turkey 4–5 December 2012. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
198. Ulusoy Y. Examining health care resources for Syrian women in Turkey. *Hurriet Daily News*. 2014, 6 September.
199. Women and girls in the Syria crisis: UNFPA response. Facts and figures. Amman, Jordan: United Nations Population Fund Regional Syria Response Hub; 2015.
200. Ukraine humanitarian newsletter, Issue 1. New York: United Nations Population Fund; September 2015 (<http://www.unfpa.org.ua/files/articles/5/25/Ukraine%20Humanitarian%20Newsletter%20Sept2015.pdf>, accessed 28 March 2016).
201. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R et al. Quality of care for pregnant women and newborns: the WHO vision. *BJOG*. 2015;122(8):1045–9.
202. Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Monitoring migrant health in Europe: a narrative review of data collection practices. *Health Policy*. 2012;105:10–16.
203. Whitehead M. A typology of actions to tackle social inequalities in health. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61:473–8.
204. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;20;384(9948):1129–45.
205. Bollini P, Quack-Lötscher K. Guidelines-based indicators to measure quality of antenatal care. *J Eval Clin Pract*. 2013;19(6):1060–6.
206. Boulkedid R, Alberti C, Sibony O. Quality indicator development and implementation in maternity units. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27(4):609–19.
207. Boulkedid R, Sibony O, Goffinet F, Fauconnier A, Branger B, Alberti C et al. Quality indicators for continuous monitoring to improve maternal and infant health in maternity departments: a modified Delphi survey of an International Multidisciplinary Panel. *PLoS ONE* 2013;8(4):e60663.

208. Sprague AE, Dunn SI, Fell DB, Harrold J, Walker MC, Kelly S et al. Measuring quality in maternal-newborn care: developing a clinical dashboard. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013;35(1):29–38.
209. Sibanda T, Fox R, Draycott TJ, Mahmood T, Richmond D, Simms RA. Intrapartum care quality indicators: a systematic approach for achieving consensus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;166(1):23–9.
210. Korst LM, Gregory KD, Lu MC, Reyes C, Hobel CJ, Chavez GF. A framework for the development of maternal quality of care indicators. *Matern Child Health J.* 2005;9(3):317–41.
211. Safe Motherhood and Reproductive Health Working Group. Maternal and newborn standards and indicators compendium, Washington, DC: CORE Group; 2004.
212. de Maesschalck S. Linguistic and cultural diversity in the consultation room. A tango between physicians and their ethnic minority [thesis]. Ghent: Faculty of Medicine and Health Sciences, Ghent University; 2012.
213. European Committee on Social Rights. Conclusions XIX-2 (2009 Germany) on Articles 3, 11, 12, 13 and 14 of the European Social Charter. Strasbourg: Council of Europe; 2010.
214. MFH Project Group. The Amsterdam declaration towards migrant-friendly hospitals in an ethno-culturally diverse Europe. Brussels: European Commission (http://www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_english.pdf, accessed 5 April 2016).
215. Council of Europe Istanbul convention: action against violence against women and domestic violence. Strasbourg: Council of Europe; 2011 (Council of Europe Treaty Series No. 210; <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168008482e>, accessed 28 March 2016).
216. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.
217. Lazdane G, Avery L. SSR and rights, well-being and equity for all. *Entre Nous.* 2015;85:8–11.
218. Council of the European Union. Directive 2013/33/EU of 26 June 2013: Laying down standards for the reception of applicants for international protection (recast). *EUR-Lex.* 2013;L180/96.
219. Minimum initial service package (MISP) for reproductive health in crisis situations: a distance learning module, New York: Women’s Refugee Commission; 2011.
220. SH-CAPAC [website]. Granada: Andalusian School of Public Health; 2016 (<http://www.easp.es/sh-capac/>, accessed 27 April 2016).

ALLEGATO 1. STRATEGIA DI RICERCA

Database e siti web

Le ricerche bibliografiche sono state eseguite a ottobre e novembre del 2015; un secondo ciclo di ricerche è stato effettuato dopo una revisione esterna a gennaio e febbraio del 2016. La letteratura accademica è stata ricercata utilizzando database di PubMed e Web of Science e la Cochrane Library.

La sintesi interpretativa critica della letteratura grigia, compresi i quadri politici, ha utilizzato i siti web (e le newsletter, se rilevanti) dell'OMS, delle Nazioni Unite (UNHCR, UNFPA, United Nations Women, United Nations Development Programme), del Parlamento Europeo, della Commissione Europea, del Consiglio Europeo, dei ministeri della salute nazionali, delle principali ONG e delle reti che operano nel settore della salute e/o della migrazione. Una ricerca è stata effettuata su Google, Google Scholar, SOPHIE, MIPPEX e PHAME per tutti i Paesi.

Termini di ricerca

La letteratura accademica era limitata a fonti che fornivano informazioni in inglese, con testo completo disponibile. In una prima fase, la letteratura accademica è stata revisionata applicando le linee guida PRISMA. Tutti i termini/le parole chiave MESH, elencati di seguito, sono stati verificati in PubMed e Web of Science. Successivamente, sono stati letti gli abstract dei documenti e sono stati esclusi gli articoli che non soddisfacevano tali criteri. Infine, è stata eseguita una snowball-seraching dei riferimenti bibliografici negli articoli inclusi. Da un database iniziale di 3340 articoli, sono stati utilizzati 325 articoli accademici.

La ricerca della letteratura grigia è stata effettuata su fonti in inglese, francese, tedesco, russo, olandese, spagnolo o ucraino.

Lo screening è stato condotto dai cinque autori, sulla base di indicatori, per valutare la qualità dell'assistenza sanitaria fornita alle donne in gravidanza, alle madri e ai neonati nelle strutture sanitarie; sono state considerate pubblicazioni riguardanti gli indicatori di qualità della salute materno-infantile. Qualsiasi disaccordo è stato risolto con una discussione e una consultazione con un altro revisore, se necessario.

Per la ricerca nei suddetti database sono stati utilizzati i seguenti termini o parole-chiave MeSH:

Salute materno-infantile - family planning, contraception, pregnancy, unintended pregnancy, unwanted pregnancy, teenage pregnancy, childbirth, delivery, birth, attended births, hospital births, abortion, maternal health, newborn/neonatal/infant health, perinatal health (care), antenatal care, postpartum care, maternal morbidity/mortality, maternal death, perinatal death, neonatal death, stillbirth, skilled (birth) attendance, (pre-)eclampsia, low birth weight, preterm birth, gestational diabetes, anaemia, uterine rupture, severe postpartum haemorrhage, infant/newborn vaccination, breastfeeding, maternal health quality indicator(s), quality of care, maternal health care services, equity, accessibility, affordability, availability, comprehensibility, reliability, familiarity, reachability, usefulness.

Fattori di rischio SSR - sexually transmitted infections/diseases, STI, HIV, HPV, hepatitis B, syphilis, testing, screening, treatment, prevention, physical violence, battering, sexual violence, sexual assault, sexual abuse, emotional/psychological abuse, sexual and gender-based violence, SGBV, domestic violence, family violence, intimate partner violence, trafficking, torture, female genital mutilation/cutting, FGM/C, honour related violence, forced marriages, child marriages, harmful cultural practices.

Popolazione target - migrants, foreign-born, refugees, asylum seekers, undocumented migrants, regular migrants, irregular migrants, labour migrants, internally displaced populations.

Strategia di ricerca per Paese - WHO European Region, European Union, Europe, eastern Europe, western Europe, southern Europe, central Asia, CIS region, USSR, post-Soviet countries, the 53 WHO European Region countries specifically (Albania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaijan, Belarus, Belgium, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Georgia, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Monaco, Montenegro, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Republic of Moldova, Romania, Russian Federation, San Marino, Serbia, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, Tajikistan, the former Yugoslavian Republic of Macedonia, Turkey, Turkmenistan, Ukraine, the United Kingdom and Uzbekistan).

La Figura A1 illustra la selezione degli studi.

Fig. A1 Selezione degli studi

