

Quale assistenza i paesi ricchi offrono alle donne immigrate prima, durante e dopo la gravidanza?

scritto da Luisella Gilardi | 14 Aprile 2025

Circa il 2,3% della popolazione mondiale vive al di fuori del proprio paese di origine. Sono in aumento i tassi di migrazione verso i paesi ad alto reddito (High Income Countries), in particolare verso gli Stati Uniti e l'Europa. Negli Stati Uniti, le donne immigrate rappresentano circa il 14% della popolazione femminile totale. In Inghilterra e Galles, una donna partorienti su tre proviene da un contesto migratorio. La maggior parte dei immigrati di livello internazionale si sposta volontariamente per motivi economici o familiari, ma circa un terzo è costretto a spostarsi a causa di cambiamenti climatici, conflitti o persecuzioni.

Le donne immigrate incinte o che hanno partorito da poco, a causa delle condizioni di stress vissute prima della migrazione, nella fase di transito e dopo avere raggiunto i paesi ospitanti, rischiano esiti negativi prima, durante e in seguito al parto, con un possibile impatto a lungo termine sulla salute loro e dei neonati, se partoriscono nel paese che le ospita, [possono incontrare difficoltà nell'accesso all'assistenza offerta nel periodo della maternità e ostacoli nei servizi di maternità: discriminazione, povertà, isolamento sociale, mancanza di conoscenza dei servizi disponibili, barriere linguistiche.](#)

La maggior parte dei paesi ad alto reddito offre alle donne immigrate un certo livello di assistenza alla maternità, ma i servizi sono raramente adeguati alle loro esigenze e talvolta sono a pagamento. Negli Stati Uniti, le immigrate che non possono pagare l'assistenza accedono a programmi specifici, tipo Medicaid o Refugee Medical Assistance (RMA), ma a molte, con basso reddito e prive di documenti (che non soddisfano i requisiti amministrativi stabiliti dal paese che ospita, per entrare, soggiornare o esercitare un'attività economica), non viene offerta assistenza gratuita e se prive di assicurazione medica privata devono pagare di tasca propria. Nel Regno Unito, ai rifugiati e ai richiedenti asilo viene offerta assistenza gratuita alla maternità, ma ai migranti privi di documenti viene addebitato il 150% dei costi di assistenza del Servizio Sanitario Nazionale. In Europa, ai rifugiati e ai richiedenti asilo viene solitamente offerta assistenza gratuita alla maternità, ma gli immigrati privi di documenti spesso pagano di tasca propria.

La letteratura dedicata agli interventi indirizzati alle donne immigrate incinte e ai loro neonati nei paesi ad alto reddito si è fino ad ora focalizzata su interventi clinici. Si tratta di tre studi (Balaam 2021, Rogers 2020, Higginbottom 2019), tutti hanno valutato qualitativamente gli interventi e hanno scoperto che le donne immigrate apprezzano il supporto tra pari e l'assistenza olistica.

[La revisione sistematica Stevenson, pubblicata su eClinical Medicine nel 2024, ha incluso anche interventi che affrontano i più ampi determinanti della salute, compresi gli interventi politici e di salute pubblica, effettuando solo una sintesi quantitativa.](#) L'obiettivo principale era individuare **quali sono gli interventi per migliorare gli esiti perinatali indirizzati alle donne immigrate nei paesi ad alto reddito. Un obiettivo secondario era esplorare l'efficacia di questi interventi, considerandone l'impatto sugli esiti perinatali.** Per perinatale si intende il periodo prima, durante e dopo il parto (fino a un anno dopo la nascita). Il team di autori ha considerato anche il punto di vista di madri che vivono nel Regno Unito e provenienti da contesti differenti che hanno sperimentato la migrazione e i servizi di assistenza materno-infantile. Queste donne hanno contribuito a definire la domanda di ricerca, analizzare e interpretare i dati per favorire la rilevanza e la comprensione del contesto. Si è pertanto deciso di **valutare il coinvolgimento delle donne migranti nella progettazione e/o nella realizzazione degli interventi.**

Destinatari degli interventi perinatali sia ospedalieri che di comunità sono donne di età superiore ai quindici anni (età normale del consenso per le cure mediche), che vivono in un paese ad alto reddito (HIC) e che sono nate al di fuori del paese ospitante, cioè immigrate di prima generazione.

La ricerca ha inizialmente recuperato 29.495 record, a seguito di un processo di selezione (esclusione sulla base della lettura degli abstract prima e poi del testo completo), **sono alla fine stati inclusi 29 studi comprendenti dati di 16.763.837 donne, pubblicati tra il 1986 e il 2023.** Sono studi di intervento osservazionali, quasi-sperimentali e sperimentali con risultati quantitativi.

Sono stati identificati sedici tipi di intervento, poi classificati in due ampie categorie: "interventi di assistenza alla maternità", erogati in ospedale o nella comunità, "interventi di salute pubblica o politici", incentrati sui determinanti più ampi della salute.

Nella prima categoria, sull'assistenza alla maternità, si annoverano i seguenti interventi:

- Equipe multidisciplinare specializzata nell'assistenza prenatale ai migranti (include medici, assistenti sociali, interpreti e psicologi)
- Operatore pari come etnia e cultura / formazione rispetto alle donne migranti: una donna immigrata con esperienza di parto nel paese ospitante, un'utente del servizio formata per fornire supporto perinatale, una persona dello stesso contesto migratorio o culturale che è specificamente formata per lavorare con le donne migranti durante l'assistenza alla maternità.
- Servizio di interpretariato in presenza: un interprete specializzata a disposizione nel corso degli incontri clinici, nei corsi preparto. Questa interprete ha esperienza di lavoro in ambito medico con donne provenienti da un contesto migratorio.
- Assistenza prenatale di gruppo fornita a donne immigrate
- Continuità delle cure ostetriche di assistenza prima, durante e dopo la

gravidanza

- Cure e visite nel periodo dopo il parto, che si estendono oltre i 28 giorni standard previsti
- Doula, donna bilingue delle comunità, che sostiene le donne immigrate durante il travaglio, e talvolta anche prima e dopo la nascita
- Supporto postnatale all'alimentazione del neonato, compreso l'allattamento al seno, il latte artificiale e i consigli per lo svezzamento
- Supporto psicologico per il benessere e la salute mentale fornito alle donne nel periodo perinatale

Fanno parte della categoria relativa agli interventi politici e di salute pubblica:

- l'assistenza sociale, vale a dire misure di supporto rispetto a questioni che riguardano i determinanti sociali di salute dall'abitazione, all'immigrazione, alla previdenza sociale, le banche alimentari, la fornitura gratuita di abbigliamento / materiali per l'infanzia
- materiali didattici / corsi per madri, con l'offerta di lezioni e informazioni destinate a donne in gravidanza o neomamme
- assistenza sanitaria gratuita
- Cambiamenti nel sistema di immigrazione, che possono facilitare o rendere più difficile perseguire e espellere le persone immigrate prive di documenti
- Supporto sociale, supporto tra pari: creare reti sociali tra donne immigrate, fare formazione tra pari – donne con la medesima etnia e esperienze delle donne immigrate – perché possano sostenerle nel periodo perinatale, anche aiutandole a orientarsi in un nuovo sistema sanitario
- programmi di formazione per lo staff dedicato all'assistenza alla maternità, riforma del sistema di assistenza alla maternità in ospedale o a livello regionale
- assistenza perinatale mobile direttamente in quartieri con alti tassi di donne immigrate, per azioni di sensibilizzazione, informazione e supporto per l'accesso ai servizi sociali e sanitari, eventualmente per controlli di salute prima e dopo la nascita

In riferimento agli esiti presi in esame, i principali sono la partecipazione a visite e appuntamenti prenatali e postnatali, il peso alla nascita, il parto pretermine (prima delle 37 settimane di gravidanza) , che [sono anche misure chiave della qualità dell'assistenza alla maternità secondo l'OMS.](#)

La revisione Stevenson del 2024 ha identificato 29 studi comprendenti interventi che miravano a migliorare l'assistenza alla maternità per le donne immigrate nei paesi ad alto reddito, 22 studi riguardavano interventi multicomponente, in quanto un unico programma includeva contemporaneamente diversi degli interventi sopra elencati, circa il 40% degli studi riguardano

l'ambito clinico e quasi due terzi degli studi erano di qualità metodologica debole. **Gli interventi clinici con la più forte evidenza di beneficio sui tre risultati di interesse – basso peso alla nascita, tassi di nascite pretermine e partecipazione agli appuntamenti perinatali – sono team multidisciplinari specializzati e interpretariato specialistico di persona. Anche l'assistenza prenatale di gruppo, il supporto alla salute mentale e la continuità dell'assistenza ostetrica possono migliorare i risultati per le donne migranti.**

Gli interventi politici e di sanità pubblica con la più forte evidenza di benefici sono stati l'assistenza sociale spesso integrata all'assistenza clinica, l'assistenza sanitaria gratuita e l'educazione materna. Alcuni esempi di assistenza e sostegno sociale includevano l'offerta gratuita di vestiti e forniture per bambini, cibo sano gratuito per madri e neonati o il rinvio a servizi di assistenza sociale come l'abitazione e il sostegno all'occupazione. Per quel che concerne l'educazione materna tra gli esempi figurano la partecipazione a un programma nazionale indirizzato a educare le madri verso alimentazione sana, esercizio fisico, cura del neonato. Infine l'assistenza sanitaria gratuita nel periodo della maternità ha consentito ai sistemi sanitari nazionali e regionali di risparmiare sui costi. Tra gli esempi offerti un modello economico che valutava l'impatto dell'inclusione dei migranti privi di documenti nei programmi nazionali di assistenza prenatale gratuita in Europa, e quattro studi che hanno considerato l'impatto dell'estensione dell'assistenza prenatale gratuita (MEDICAID) per le donne a basso reddito negli Stati Uniti.

Tracciando una panoramica della letteratura disponibile sul tema emergono alcune lacune o carenze attuali, che possono in futuro orientare la ricerca. Se circa la metà degli studi ha coinvolto le donne immigrate nella progettazione o nell'erogazione dell'intervento, **solo un terzo ha fin dall'inizio co-progettato interventi con donne migranti.**

Solo quattro studi (14%) hanno valutato il supporto alla salute mentale, nonostante i dati suggeriscano che le donne migranti sono a rischio significativamente più elevato di malattie mentali perinatali rispetto alle popolazioni ospitanti. **Solo quattro studi (14%) hanno esplorato gli interventi durante il periodo postnatale,** sebbene venga riconosciuto come un momento importante per offrire il supporto materno e infantile. Anche se le analisi economiche sono fondamentali per orientare le decisioni politiche in sanità, **solo due studi (7%) hanno incluso un'analisi costo-efficacia.** Infine **nessuno studio si è concentrato specificamente su altri esiti relativi alla salute della madre,** ad esempio la mortalità, il ricovero in terapia intensiva, la preeclampsia, l'anemia o la perdita di sangue intrapartum.

Lo studio Stevenson presenta alcuni limiti. Mancano disegni di studio di alta qualità, il 59% (n = 17) degli studi inclusi era di qualità debole, il 31% (n = 9) moderata e solo il 10% (n = 3) di qualità alta. Oltre la metà degli studi inclusi non ha coinvolto gli utenti dei servizi nella progettazione o nell'erogazione degli interventi, il che significa che **è stato difficile valutare formalmente l'efficacia del coinvolgimento degli utenti dei servizi in questo processo.** Inoltre, gli studi hanno spesso **incluso popolazioni immigrate alquanto eterogenee** – immigrati economici, rifugiati, richiedenti

asilo e immigrati privi di documenti – rendendo difficile determinare l’impatto sulle diverse categorie. Quasi la metà degli studi identificati proveniva dagli Stati Uniti e ha prevalentemente coinvolto gli immigrati di etnia latina e **questo limita la generalizzabilità dei risultati**, che dovrebbero essere interpretati con cautela, considerando l’impatto del paese ospitante e il background delle donne immigrate coinvolte. Sono stati **inclusi solo studi quantitativi** che limitano la comprensione delle ragioni per cui gli interventi hanno avuto successo o meno e la loro accettabilità per i partecipanti.

Lo studio di Stevenson e colleghi sottolinea quanto nei paesi ad alto reddito, per le donne immigrate e i loro neonati, sono importanti le politiche e gli interventi di salute pubblica insieme a un’assistenza clinica equa. Inoltre, tra le azioni politiche, i dati suggeriscono che l’**accesso all’assistenza gratuita alla maternità** per le donne immigrate può avere effetti positivi su alcuni esiti di salute materno-infantile e far risparmiare sui costi dei sistemi sanitari nazionali e regionali. Interventi di questa portata sono fondamentali per **raggiungere l’obiettivo di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite, di concedere a tutti, entro il 2030, la copertura sanitaria universale**, che include una protezione dei rischi finanziari e l’accesso a servizi sanitari di qualità per ognuno, indipendentemente dal contesto migratorio.

Stevenson, Kerrie et al. Public health, policy, and clinical interventions to improve perinatal care for migrant women and infants in high-income countries: a systematic review. *eClinicalMedicine* 2024, 78, 102938
[10.1016/j.eclinm.2024.102938](https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102938)

Balaam M-C, Kingdon C, Haith-Cooper M. A systematic review of perinatal social support interventions for asylum-seeking and refugee women residing in Europe. *ReviewPaper. J Immigr Minority Health*. 2021;24(3):741–758.
<https://doi.org/10.1007/s10903-021-01242-3>

Rogers HJ, Hogan L, Coates D, Homer CSE, Henry A. Responding to the health needs of women from migrant and refugee backgrounds-Models of maternity and postpartum care in high income countries: a systematic scoping review. *Health Soc Care Community*. 2020;28(5):1343–1365. <https://doi.org/10.1111/hsc.12950>.

Higginbottom GMA, Evans C, Hussain B, Morgan M, Bharj KK, Eldridge J. Experience of and access to maternity care in the UK by immigrant women: a narrative synthesis systematic review. *BMJ Open*. 2019;9(12):e029478.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029478>.

Foto di Russell Watkins/Department for International Development, CC BY 2.0,
<https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=30786731>

paola.capra@dors.it