

Maternità e migrazione. Uno studio qualitativo su giovani madri immigrate in Italia

Giovanni Giulio Valtolina^{1,2}, Giancarlo Tamanza¹, Maria Luisa Gennari¹

¹Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

²Società Italiana di Psicologia Pediatrica (SIPPED)

La gravidanza e la maternità sono eventi che presentano particolare complessità per le donne migranti. È stato condotto uno studio qualitativo su giovani donne immigrate in Italia relativamente al benessere psichico durante la gravidanza e nel periodo perinatale. Sono stati organizzati 18 focus group con madri provenienti da Marocco, Egitto, Siria e Tunisia. Dall'analisi delle verbalizzazioni sono emerse 4 principali aree di bisogno: l'esigenza di sostegno familiare; il fronteggiamento dello stress da acculturazione; l'ansia per la salute propria e dei neonati; la ricerca di strategie di vita per una buona salute del bambino. I risultati indicano la necessità di ridurre l'effetto negativo prodotto dall'isolamento sociale e dalla mancanza di sostegno familiare, in particolare attraverso attività socializzanti, con donne dello stesso gruppo etnico, finalizzate anche a conciliare le pratiche tradizionali di accudimento e le pratiche italiane. Particolare attenzione va inoltre riservata alla sintomatologia depressiva, frequentemente già presente nelle madri prima del parto, come espressione di un mancato adattamento al nuovo contesto culturale.

Pregnancy and motherhood are events that present particular complexity for migrant women. A qualitative study was conducted on young migrant women in Italy regarding psychological well-being during pregnancy and the perinatal period. Eighteen focus groups were organized with mothers from Morocco, Egypt, Syria, and Tunisia. Analysis of the verbalizations revealed 4 main areas of need: the need for family support; coping with acculturation stress; anxiety about their own and their newborns' health; and the search for life strategies for good child health. The results indicate the need to reduce the negative effect produced by social isolation and lack of family support, particularly through socializing activities with women of the same ethnic group, also aimed at reconciling traditional caregiving and Italian practices. Special attention should also be paid to depressive symptomatology, frequently already present in mothers before childbirth, as an expression of a failure to adapt to the new cultural context.

Introduzione

La gravidanza e il parto sono ormai esperienze comuni a molte giovani donne migranti, dato che in Italia, già dal 2013, i permessi di soggiorno per motivi familiari – primariamente per ricongiungersi con moglie e figli – hanno ampiamente su-

perato i permessi di soggiorno per motivi di lavoro. Comprendere le sfide associate alla gravidanza e al periodo post-parto per le donne migranti è quindi molto importante, perché la compresenza di eventi così stressanti ha spesso conseguenze sulla salute mentale della madre non sempre tenute nella giusta considerazione [1].

La maggior parte degli studi che indagano le esperienze di gravidanza e parto delle madri migranti si è concentrata su tre dimensioni: gli esiti della gravidanza; la salute mentale materna e l'utilizzo dei servizi per la salute materna e dei figli.

In termini di esiti della gravidanza, la letteratura suggerisce un maggior rischio di complicazioni materne quali diabete gestazionale, traumi perineali, emorragia post-parto e complicazioni alla nascita (es. livelli più elevati di tagli cesarei) fra le migranti. Riguardo alla salute mentale, viene evidenziato come le donne migranti siano più a rischio di depressione post-parto rispetto alle madri autoctone [2]. Altri studi suggeriscono che, per le madri migranti, le barriere all'utilizzo dei servizi per la salute materno-infantile comprendono scarsa padronanza della lingua del Paese ospitante, mancanza di comprensione dei sistemi di prenotazione degli appuntamenti, uso inadeguato degli interpreti e delle risorse, difficoltà di trasporto, scarsa cultura sanitaria [3].

Questi dati sono rilevanti in quanto la gravidanza e il parto avvengono in un contesto culturale che modella il tipo di sostegno offerto alle madri [4,5]. Le aspettative culturali delle donne migranti molto spesso risultano però in conflitto con quelle dei Paesi ospitanti, che sono più focalizzati sulle competenze sanitarie e sulle procedure burocratiche. Le problematiche che riguardano le donne migranti in ambiti come i ruoli di genere, la discriminazione, la cultura sanitaria allargano ulteriormente il divario fra aspettative culturalmente caratterizzate e possibilità di fruizione dei servizi sanitari. Tuttavia, nonostante l'importanza della questione, l'impatto del contesto socioculturale sulle esigenze sanitarie delle madri migranti nel periodo prenatale e perinatale è stato poco studiato e quindi risulta poco conosciuto. Pochi studi italiani hanno infatti indagato i fattori che potrebbero migliorare l'esperienza delle madri migranti. Questo studio vuole quindi esplorare i vissuti e le percezioni di un campione di donne immigrate in Italia, rispetto al benessere psichico e alle esigenze sanitarie durante la gravidanza, il parto e il periodo post-parto.

Metodi

Hanno partecipato alla ricerca 126 madri, tutte primipare, di religione islamica, con un figlio tra gli 0 e i 2 anni, reclutate tra le donne straniere che avevano partecipato a un più ampio progetto di ricerca, finanziato da una fondazione bancaria lombarda. Le madri appartenevano a quattro diverse nazionalità: Marocco (27), Egitto (31), Tunisia (17) e Siria (51). L'età media delle madri era di 24,3 anni (DS: 2,1) e l'anzianità migratoria compresa tra i 3 e i 6 anni. Il 14,3% delle madri intervistate lavorava, mentre le restanti erano casalinghe.

Sono stati organizzati 18 focus group. A tutti i focus group ha partecipato una mediatrice culturale bilingue, dello stesso gruppo etnico delle partecipanti. Alle madri è stato richiesto il consenso scritto e l'autorizzazione a registrare i focus group. Ogni sessione, della durata di circa 90 minuti, è stata condotta da una psicologa italiana, con una pluriennale esperienza di lavoro con madri immigrate, che ha garantito a tutte le madri l'opportunità di condividere la propria esperienza. Le mediatrici culturali avevano la possibilità di fare domande esplorative per chiarire le risposte e facilitare l'andamento della discussione. I focus group si sono svolti nelle sedi delle associazioni di migranti a cui le donne appartenevano.

Le verbalizzazioni emerse nei focus group sono state codificate dai ricercatori, con il supporto delle mediatrici culturali. L'analisi del contenuto è stata condotta utilizzando il software

ATLAS.ti [6]. Successivamente, i risultati sono stati analizzati secondo i principi della *grounded theory*, concentrandosi sui significati emersi, cercando di evitare di selezionare le informazioni e i dati sulla base di categorie predefinite.

Risultati

Dall'analisi del contenuto condotta sulle verbalizzazioni delle madri sono emerse 4 principali aree di bisogno: l'esigenza di sostegno familiare; il fronteggiamento dello stress da acculturazione; l'ansia per la salute propria e dei neonati; la ricerca di strategie di vita per una buona salute del bambino.

L'esigenza di sostegno familiare

La quasi totalità delle madri intervistate ha affermato di sentirsi socialmente isolata durante e dopo la gravidanza, a causa della separazione dalla famiglia allargata ("genitori, suoceri, sorelle, cugini", in particolare). Il fatto di non parlare la lingua italiana in modo fluente e di non avere sufficienti contatti per poter creare quelle che loro stesse hanno definito "amicizie di sostegno" ha reso la percezione di isolamento sociale particolarmente gravosa. Le madri intervistate descrivevano questo isolamento sociale come un elemento che contribuiva a generare un considerevole stress mentale, che portava a sentimenti depressivi anche marcati, come ben descritto da una madre egiziana: "Vivevo da sola, senza amici, senza famiglia, per questo mi sentivo depressa e la depressione è continuata dopo la gravidanza per quasi un anno dal parto... è iniziata dalla mia gravidanza... ed è continuata anche dopo la gravidanza" (F., egiziana, 21 anni). Le madri che vivevano in Italia da più tempo erano maggiormente integrate e avevano reti sociali migliori ("adesso ho amici, adesso, prima no"), migliori capacità comunicative ("adesso ho fiducia... Vado ovunque, telefono anche a chiunque") e maggiori contatti con i servizi sanitari (il primo anno erano tutti italiani, anche l'infermiera, e così se avevo qualche domanda non riuscivo a farla, perché non mi avrebbe capito... era inutile andare").

Alcune madri hanno descritto i gruppi di supporto alle madri nel periodo post-parto come un momento molto importante, poiché questi gruppi fornivano loro l'opportunità di conoscere altre donne che parlavano arabo. Questa percezione era però esclusivamente associata alla partecipazione a gruppi formati da donne arabe e non alla partecipazione a gruppi formati da donne italiane e straniere. "Alla fine, l'infermiera mi raccontò dei gruppi di madri, ma quando provieni da un'altra cultura... nella mia mente pensai, no... non voglio unirmi alle persone italiane no... perché dovrei andare con loro, forse perché sono depressa?... io non posso parlare con loro, non posso chiacchierare con loro, niente, niente..." (S., siriana, 26 anni). Le madri intervistate hanno anche ribadito di volere più sostegno dai loro mariti durante la gravidanza e soprattutto nel periodo post-parto, nel prendersi cura dei figli. I mariti spesso lavoravano molte ore e non erano pertanto disponibili ad aiutare le mogli. Le madri affermavano di accettare che il ruolo tradizionale dei padri fosse quello di *bread-winner*, tuttavia erano anche molto chiare sul fatto che volevano che questo cambiasse, visto che in Italia erano liberi dai vincoli e dalle regole sociali del Paese d'origine. Alcune madri, quelle che lavoravano fuori casa, asserivano poi che anche loro stavano ricoprendo ruoli che erano tradizionalmente dei loro mariti, prima della migrazione. Ma che ora era tutto cambiato. La tensione fra le madri e i padri sui ruoli e sulle responsabilità per la cura dei figli è ben descritta da questa madre: "Sì... perché nella nostra cultura è diverso... perché i padri non aiutano mai le madri quando sono incinte e dopo. I padri dicono che l'educazione dei figli è compito delle madri... essi sono i fornitori... alcuni sono bravi ma la maggior parte si lamenta che non è compito loro..." (A., marocchina, 20 anni). Può essere utile però segnalare che, sebbene le madri volessero una riassegnazione

dei compiti e delle responsabilità educative, con un maggior coinvolgimento del marito, non erano certe del modo in cui raggiungere questo obiettivo, soprattutto perché consideravano i mariti del tutto impreparati e inadeguati al compito.

I problemi dell'acculturazione

Le madri hanno descritto le differenze fra le pratiche prenatali e perinatali in Italia come molto distanti da quelle delle loro culture tradizionali. Tuttavia, riconoscevano che conformarsi agli standard culturali italiani relativamente al parto e al periodo perinatale era importante, per la loro salute e quella del neonato. Le pratiche tradizionali includevano, per esempio, l'introduzione – da subito – nell'alimentazione del neonato anche dei cibi solidi (madri siriane), l'assunzione di erbe particolari per stimolare l'allattamento al seno (madri tunisine), non lavarsi i capelli per un certo periodo di tempo dopo il parto, per evitare di avere mal di testa (madri siriane).

Le differenze fra queste pratiche tradizionali e i consigli forniti dal personale sanitario italiano provocavano forti tensioni quando le famiglie allargate controllavano le madri per assicurarsi che le pratiche tradizionali venissero scrupolosamente osservate. Tuttavia, bisogna rilevare che le differenze fra le pratiche tradizionali e i protocolli sanitari occidentali erano fonte di conflitto solo quando le famiglie allargate facevano pressione sulle madri per conformarsi alle pratiche tradizionali. Senza questa pressione, le madri conciliavano queste differenze avendo diversi livelli di adesione a entrambe le pratiche, senza che questo costituisse una fonte di conflitto interno significativo, mostrando capacità di adattamento efficaci e protettive: "i miei genitori dicono che non si deve ascoltare gli italiani perché loro non conoscono le nostre tradizioni e sbagliano; ma io faccio anche quello che mi ha detto l'infermiera e così ascolto metà e metà..." (Z., marocchina, 25 anni).

L'ansia per la salute propria e la crescita dei figli

Il dato maggiormente evidenziatosi nelle interviste a questo riguardo è stato quello relativo alla grande incertezza su quanto stessero crescendo e se si stessero sviluppando adeguatamente i loro figli dopo il parto, oltre a preoccupazioni sulla loro stessa salute, in particolare per il peso corporeo. Molte madri erano confuse su quale fosse il modo più appropriato di accudire il proprio figlio dopo il parto (conseguenza questa della scoperta dei modelli occidentali di accudimento del bambino) e molto preoccupate su "quanto fossero sani" i loro figli. Le preoccupazioni maggiormente ansiogene sono risultate la durata dell'allattamento al seno, quale tipo di cibi solidi usare per lo svezzamento, dove far dormire i figli (in una culla da soli o nel letto insieme ai genitori), se usare o meno le coperte. La quasi totalità delle madri intervistate ha descritto le infermiere italiane come fonti importanti di informazioni utili per affrontare queste ansie. Le madri siriane, in particolare, hanno evidenziato una particolare apprensione riguardo alla salute fisica dei propri figli: "io voglio sapere quanto cresce il mio bambino, perché vedo gli altri bambini... voglio sapere qual è l'altezza e il peso giusto per il mio bambino... va bene per lui essere alto così? perché gli altri bambini sono molto più alti..." (M., siriana, 27 anni). Anche in questo caso, l'ansia delle madri era amplificata dalla famiglia allargata, in particolare dai nonni dei neonati, che mettevano pressione alle madri per replicare esattamente il modello di accudimento del Paese d'origine. Le madri intervistate hanno dichiarato di essere molto preoccupate anche per alcuni aspetti della loro salute in gravidanza (es. pressione alta, diabete, gonfiore alle gambe e alle braccia, stanchezza mattutina) e nel periodo post-parto (es. depressione, dolori, pelle secca). Tuttavia, di primaria importanza è emersa la loro preoccupazione per il peso corporeo durante e dopo la gravidanza. Le madri siriane hanno sottolineato il loro timore di prendere troppo peso durante la gravi-

danza e, soprattutto, di non ritornare rapidamente a un peso corporeo normale dopo aver partorito. L'aspettativa era che il loro corpo fosse "sempre in buona forma". Coloro che non avevano preso troppo peso durante la gravidanza erano considerate "fortunate". Al contrario, le madri nordafricane sottolineavano che nel loro Paese d'origine erano ritenute "brave madri" in base a quanto pesavano, in particolare dopo la gravidanza. Queste madri hanno sottolineato che "essere pesanti" era considerato socialmente desiderabile nella cultura araba, perché indica cura, generosità, calore: "Se sei troppo grassa tutti ti vogliono bene. Dicono che sei una brava madre... Se sei troppo magra, molte persone dicono che sei dura di cuore... Se sei grassa, la gente dice che va bene, che sei buona di cuore, non ferisci mai nessuno o niente" (B., tunisina, 26 anni).

La ricerca di strategie di vita per una buona salute del bambino

Per le madri intervistate, un elemento importante per garantire una buona salute al figlio è la conoscenza della lingua italiana ("è molto difficile vivere in un Paese di cui non parli la lingua"). Le madri riconoscevano l'offerta di molte opportunità di apprendimento dell'italiano, ma la loro fruizione risulta fortemente limitata a causa di difficoltà pratiche, quali la mancanza di strutture di assistenza ai figli e la stanchezza dovuta alla giornata lavorativa. Molte di esse hanno inoltre affermato che l'ambiente urbano in cui vivevano favorisce uno stile di vita sano. Per esempio, la presenza di parchi incoraggia le madri a camminare e a portare fuori i figli, invece di stare chiuse in casa. Un'altra utile strategia emersa è l'organizzazione di dimostrazioni pratiche di cucina: "Sì, ci vogliono solo 10 minuti per cucinare bene... è una buona cosa che qualcuno venga e ti insegna che questo è un olio buono... e che questo non è buono... poi lo sai e il figlio sta bene" (J., marocchina, 21 anni).

Discussione

Il vissuto di isolamento sociale e la presenza di sintomi distimici, che si acquisiscono nel periodo prenatale e perinatale, rilevati nel nostro studio, sono coerenti con i risultati di diverse ricerche condotte nel tempo sulle madri migranti, impegnate ad affrontare uno stress da acculturazione spesso difficile da gestire [7-10]. Questi sentimenti derivano in gran parte dalla mancanza del supporto offerto dalla famiglia allargata durante la gravidanza e nel periodo post-parto, supporto che è un elemento caratterizzante di molte società tradizionali. In queste comunità (es. nei Paesi arabi, nel Medio Oriente, nell'Africa subsahariana) le donne spesso vivono con la famiglia allargata e questo permette loro di condividere le fatiche imposte dalla maternità nella vita quotidiana. Come si evidenzia nella lette-

ratura [11], nei Paesi d'emigrazione, senza il sostegno dei loro familiari, queste madri mettono in atto diverse strategie, a seconda della cultura d'appartenenza, per far fronte, con più o meno successo, alle difficoltà del periodo preparto e post-parto. Per esempio, le madri africane interagiscono frequentemente con gli assistenti sociali e altre madri dello stesso gruppo etnico attraverso le organizzazioni religiose e i movimenti. Al contrario, le madri mediorientali scelgono di limitare i contatti con i diversi servizi territoriali e preferiscono avere contatti frequenti con altre madri che parlano la stessa loro lingua. In altri studi [10], si è rilevato come il sostegno sociale svolga un ruolo importante anche per la salute mentale della madre. In Australia, per esempio, le madri migranti hanno una prevalenza più alta di depressione post-parto rispetto alle donne nate in Australia (28,8% vs 15%) [12]. I fattori favorevoli alla depressione post-parto nelle madri migranti, oltre all'isolamento sociale, comprendono la presenza di depressione o distimia prima del parto, una gravidanza imprevista, relazioni difficili con le suocere, stress e conoscenze genitoriali ritenute insufficienti [13]. Gli studi in questo ambito [14] suggeriscono che interventi quali programmi finalizzati ad acquisire stili di vita salutari o programmi intensivi di supporto post-parto, con professionisti specializzati, possono ridurre anche significativamente la sintomatologia depressiva. Non bisogna però dimenticare che le modalità con cui le donne migranti cercano aiuto per la depressione post-parto è fortemente influenzata dalla tradizione culturale d'appartenenza, dalle risorse a disposizione e dalla qualità della relazione coniugale.

Conclusioni

I nostri risultati, seppur limitati dal ridotto numero di gruppi etnici coinvolti e dalle diverse modalità di integrazione in Italia, sembrerebbero suggerire che il supporto offerto dai sanitari italiani per superare il divario fra pratiche e credenze tradizionali e procedure sanitarie del nostro Paese sia stato efficace nell'evitare quella "lacerazione dell'io" che caratterizza la condizione dei primo-migranti. Per le giovani madri immigrate, risulterebbe inoltre importante l'organizzazione di gruppi di supporto pre e post-parto, costituiti però da madri dello stesso gruppo etnico, finalizzati a condividere le inevitabili preoccupazioni che accompagnano la gravidanza e il parto in un Paese straniero e ad apprendere strategie atte a supportare lo sviluppo cognitivo e comportamentale dei figli. I nostri dati suggeriscono anche che, per avere ulteriori informazioni sulle barriere socioculturali e sulle esigenze sanitarie durante la gravidanza e nel periodo post-parto, sono necessari ulteriori studi che includano informazioni più precise e accurate, quali, per esempio, la condizione migratoria (titolare di protezione internazionale, titolare di un permesso di soggiorno, migrante irregolare), la situazione abitativa, l'ampiezza del nucleo familiare convivente, il livello educativo delle madri, le loro attività e i loro mezzi di sostentamento. ■

La bibliografia di questo articolo è consultabile online.

Box. Schema per la discussione nei focus group

1. Quali sono le principali sfide, le principali difficoltà, i principali ostacoli che avete dovuto affrontare nel diventare madri in Italia? [Durante la gravidanza? E dopo il parto?]
2. Che cosa si può fare per aiutare madri come voi a superare queste sfide e queste difficoltà?
3. Quali sono le tradizioni e le credenze, del vostro Paese d'origine, che avete utilizzato di più in Italia per decidere come comportarvi durante la gravidanza e dopo il parto? [Da approfondire: quali praticate utilizzate ancora? Quali avete abbandonato?]
4. Quali sono le caratteristiche necessarie per una "buona gravidanza" in Italia? E per una buona assistenza dopo il parto?
5. Che tipi di programmi aiuterebbero le madri come voi durante la gravidanza? E dopo il parto?

Bibliografia

1. Moore L, Jayaweera H, Redshaw M, Quigley M. Migration, ethnicity and mental health: evidence from mothers participating in the Millennium Cohort Study. *Pub Health* 2019;171:66–75.
2. Zlotnick C, Manor-Lavon I, Leahy-Warren P. Relationship between social support and postpartum depression in migrant and non-migrant first-time mothers. *J Clin Nurs* 2023; 32:1316–26.
3. Dell'Aversana G, Bruno A. Servizi sanitari, migrazione e diversità: prospettive sull'implementazione della competenza culturale. *Servizi sanitari, migrazione e diversità: prospettive sull'implementazione della competenza culturale. Ric. di Psicol* 2020;43:275–99.
4. Hanson CA. *Cultural History of Pregnancy: pregnancy, medicine and culture, 1750-2000*. Springer, 2004.
5. Valtolina GG. Parenting: A comparison between cultural models and traditions. *Studi Emigr* 2012;48:49–67.
6. Muhr T. *ATLAS.ti (Version 5.0)*. Berlin: Scientific Software Development, 2004.
7. Liamputtong P, Naksook C. Life as mothers in a new land: The experience of motherhood among Thai women in Australia. *Health Care Women In* 2003; 24:650–68.
8. Stacciarini JMR, Smith R, Garvan CW et al. Rural Latinos' mental wellbeing: a mixed-methods pilot study of family, environment and social isolation factors. *Community Ment Hlt J* 2015;5:404–13.
9. Wittkowski A, Patel S, Fox JR. The experience of postnatal depression in immigrant mothers living in Western countries: A meta-synthesis. *Clin Psychol Psychot* 2017;24:411–27.
10. Lim M, Van Hulst A, Pisanu S, Merry L. Social Isolation, Loneliness and Health: A Descriptive Study of the Experiences of Migrant Mothers with Young Children (0–5 Years Old) at La Maison Blue. *Front. Glob. Women Health* 2022;3:823632.
11. Renzaho AM, Oldroyd JC. Closing the gap in maternal and child health: a qualitative study examining health needs of migrant mothers in Dandenong, Victoria, Australia. *Matern Child Health J* 2014;18:1391–402.
12. Brown S, Lumley J. Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *BJOG* 2000;107:1194–201.
13. Ganann R, Sword W, Newbold KB et al. Influences on mental health and health services accessibility in immigrant women with post-partum depression: An interpretive descriptive study. *J Psychiatr Ment Hlt* 2020; 27:87–96.
14. Tandon SD, Johnson JK, Diebold A. Comparing the effectiveness of home visiting paraprofessionals and mental health professionals delivering a postpartum depression preventive intervention: a cluster-randomized non-inferiority clinical trial. *Arch Women Ment Hlth* 2021;24:629–40.