

Queste pagine rappresentano la finestra su "Medico e Bambino" cartaceo dei contributi originali delle pagine elettroniche. I testi in estenso sono pubblicati on line.

L'ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE NELLE POPOLAZIONI IMMIGRATE: INDAGINE SU TRE GRUPPI LINGUISTICI DELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA

A. Volta¹, A. Fabbri², I. Dall'Asta³, Z. Guennouna³, A. Chiarenza³, L. Bonvicini⁴, L. Moscara¹, D. Pini¹, C. Ventura⁴

¹Salute Donna e Infanzia, Dipartimento di Cure Primarie

²Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, Dipartimento di Sanità Pubblica; ³Staff Ricerca e Innovazione, Direzione Generale

⁴Servizio di Epidemiologia, Dipartimento di Sanità Pubblica Azienda USL di Reggio Emilia

Indirizzo per corrispondenza: alessandro.volta@ausl.re.it

COMPLEMENTARY FOOD IN IMMIGRANT POPULATIONS: A SURVEY ON THREE LINGUISTIC GROUPS IN THE PROVINCE OF REGGIO EMILIA

Key words Complementary food, Immigrant populations, Breastfeeding

Objectives - The linguistic groups most represented in the province of Reggio Emilia are North African, Chinese and Indian. In 2008, the Authors started a survey to examine eating habits during the first year of life among the three groups, in order to customise our nutritional information even further.

Materials and methods - The interviews with the parents were conducted at an outpatient clinic during the vaccination sessions at 10 and 14 months. Three young interviewers belonging to the three linguistic groups were trained to submit a semi-structured questionnaire. A total of 218 mothers were interviewed: 50 Chinese, 45 North African, 45 Indian and 78 Italian as control group.

Results - The period of introduction of complementary food in the different groups was examined by assessing the level of compliance with the indications of the paediatrician and identifying any "traditional" food managed independently by the family. The rate of breastfeeding was also obtained and the ratio with complementary food. The diet which proved to be most similar to the Italian one was the North African; the Indian parents interviewed proved to be highly sensitive to the indications of the paediatrician, although they apply a very careful balance with their own traditional food; the Chinese group proved to pay little attention to the indications of the paediatrician, with early introduction of complementary food and a particularly short period of breastfeeding.

Conclusions - In sum, family paediatricians, in providing indications on complementary feeding to parents, should have a transcultural approach, consistent with both the nutritional recommendations and the principles and values of the family concerned.

Introduzione - Per le popolazioni immigrate l'alimentazione rappresenta uno dei principali fattori in grado di favorire o di ostacolare un processo di integrazione difficile e delicato. Il cibo contiene infatti importanti valenze culturali e identitarie, permette il legame con le tradizioni del Paese di origine e mantiene il gruppo nel nuovo contesto di vita unito e solidale. Per molti gruppi di immigrati, almeno nelle grandi città, è oggi possibile reperire numerosi alimenti tradizionali e limitare così l'inevitabile "contaminazione" con cibi estranei alla cultura di origine; cionon-

stante una forma di *melting pot* alimentare è inevitabile e per certi versi utile.

In provincia di Reggio Emilia è presente un alto tasso di immigrazione a causa delle elevate opportunità lavorative; nel 2009 i nati da genitori immigrati hanno raggiunto il 30%, con punte del 42% a Guastalla. I gruppi più rappresentati provengono dal Nord Africa, dalla Cina e dall'India. La situazione demografica complessa ha prodotto criticità per i servizi dedicati all'infanzia a partire dai consultori familiari fino ai punti nascita e alla pediatria di famiglia (PdF).

Nel 2004 abbiamo iniziato ad approfondire la problematica dell'alimentazione complementare nel primo anno di vita, rilevando la difficoltà nel gestire la relazione con le popolazioni straniere rispetto alle raccomandazioni nutrizionali ritenute utili per una sana e corretta alimentazione. L'indagine sviluppata in quel periodo mostrava la volontà e l'interesse della maggior parte dei pediatri a personalizzare le indicazioni alimentari tenendo conto della cultura e dei cibi tradizionali delle famiglie, ma nel contempo si evidenziava la scarsa conoscenza dei cibi tradizionali delle diverse culture.

Lo scopo del presente studio è conoscere come avviene l'introduzione dei cibi complementari nelle famiglie immigrate: quali difficoltà e quali eventuali modifiche la famiglia apporta ai suggerimenti del pediatra, quali cibi sarebbero stati utilizzati se la famiglia fosse rimasta nel Paese di origine, quali possibili errori alimentari collegati a cibi inadatti alla prima infanzia.

Materiale e metodi - L'indagine è stata attivata nel 2008 e rivolta a madri magrebine, cinesi e indiane. Le madri sono state contattate in occasione della terza vaccinazione esavalente o della trivalente (10 e 14 mesi), utilizzando il tempo di attesa successivo alla prestazione. La somministrazione del questionario semi-strutturato è stata effettuata da tre intervistatrici appartenenti al gruppo linguistico da indagare, competenti per lingua e cultura; a un gruppo di controllo italiano è stato proposto un questionario modificato da autocompilare.

Nell'elaborazione dei questionari le variabili continue sono state sintetizzate attraverso medie, mediane, minimi e massimi, mentre per le variabili categoriche sono state calcolate frequenze assolute e relative. Sono inoltre state confrontate le età di somministrazione dei nuovi alimenti in Italia con le età di somministrazione nei Paesi di origine.

Risultati - Sono stati intervistati 50 genitori cinesi, 45 indiani, 45 magrebini (Marocco, Tunisia, Egitto) e 78 italiani.

Il **gruppo cinese** ha mostrato un'introduzione precoce di alimenti complementari (mediana 4 mesi, ma in due casi al secondo mese); l'allattamento al seno esclusivo è risultato infatti particolarmente basso e l'uso di latte artificiale elevato. Le indicazioni per la corretta alimentazione del bambino giungono prevalentemente dai consigli dei parenti; solo una minima parte segue le indicazioni del pediatra. È comunque molto bassa la quota di cinesi che iniziano cibi complementari seguendo le tradizioni del proprio Paese (4%), di cui peraltro il 68% conosce poco o nulla; diventa pertanto difficile valutare le differenze nel timing di introduzione degli alimenti tra Italia e Paese di origine. Un genitore cinese su quattro ritiene che l'alimentazione del bambino non abbia effetti sulla salute a lungo termine (mentre tra i magrebini lo ha dichiarato il 10% e tra gli indiani il 4%). L'alimentazione non

viene considerata particolarmente importante e anche per il bambino piccolo viene utilizzato poco cibo fresco e molto cibo congelato e inscatolato (nel 26% dei casi si tratta di cibo di produzione cinese).

Al **gruppo indiano** le indicazioni per la corretta alimentazione del bambino giungono prevalentemente dal medico, a differenza di quanto avviene nel Paese di origine. I soggetti da noi intervistati sono risultati molto sensibili alle indicazioni del pediatra, ma per mantenere un legame con le tradizioni del proprio Paese attuano un'attenta mediazione tra le indicazioni del medico e le proprie abitudini. La chiara identità culturale emerge dalla percentuale molto bassa, rispetto agli altri gruppi linguistici, di "non so" (22%) alla domanda su chi avrebbe fornito loro consigli alimentari nel proprio Paese di origine. Gli indiani intervistati sanno meglio degli altri gruppi intervistati con quali alimenti nel proprio Paese avviene l'introduzione di alimenti complementari. Viene dichiarato un elevato consumo di frutta e verdura fresca, farinacei e latte (vaccino); rispetto al Paese di origine non si osservano differenze significative nell'età di introduzione dei cereali, dove domina come alimento il miglio; differenze emergono invece sull'utilizzo delle spezie (soprattutto pepe e peperoncino) e del sale, che in Italia avviene più tardivamente. Il 26% delle famiglie intervistate non utilizza per l'alimentazione complementare carne, sostituendola con creme di legumi; molto precoce risulta l'introduzione di acidi grassi saturi (burro e burro chiarificato - *ghee* - fin dal quarto mese). Quasi una famiglia su cinque utilizza cibo proveniente dal proprio Paese (17%); diversi genitori (36%) hanno dichiarato difficoltà di comprensione nello scegliere alimenti italiani.

Nel **gruppo magrebino** le indicazioni per la corretta alimentazione del bambino giungono alle mamme prevalentemente dal pediatra, a differenza di quanto avviene nel Paese di origine; tuttavia solo 1/3 di loro segue completamente le indicazioni del medico. Abbiamo rilevato introduzioni di alimenti complementari precoci (al secondo mese in 2 casi) e tardive (dopo i dieci mesi in altri 2 casi) rispetto alle principali raccomandazioni internazionali. Dalle interviste non risulta siano stati eliminati cibi tra quelli consigliati dal pediatra (a parte ovviamente la carne di maiale che, di fronte a dichiarate scelte religiose, non dovrebbe neppure essere proposta). L'età media di introduzione dei vari alimenti è risultata più alta in Italia rispetto a quanto avviene nel Paese d'origine: soprattutto per quanto riguarda i cereali (cous-cous, farina di grano), il tuorlo d'uovo e i legumi; si evidenzia che il 42% ha introdotto la farina di grano prima dei 6 mesi di età e il 25% ha somministrato il latte vaccino prima dei 12 mesi. Alla domanda su come si alimentano i bambini nel proprio Paese di origine prevale la consapevolezza che nei due paesi si utilizza sostanzialmente lo stesso cibo (frutta, verdura, carne, minestrina, yogurt): l'alimentazione complementare pare legata a quella che è la tradizione mediterranea indipendentemente dai consigli della rete parentale. Pochi hanno dichiarato di aver trovato difficoltà nel capire le indicazioni del pediatra.



Nel **gruppo italiano** di controllo 1/3 degli intervistati ha dichiarato di seguire solo parzialmente le indicazioni ricevute dal pediatra. È stato rilevato un alto utilizzo di cibo fresco e di prodotti per l'infanzia; è risultato invece limitato l'impiego di alimenti biologici, molto scarso quello di cibo surgelato o inscatolato.

Discussione - Il processo migratorio tra i cambiamenti più evidenti vede quello alimentare: la cucina tradizionale costituisce un'eredità culturale che da una parte accresce il ricordo e attutisce l'inesorabile cambiamento in atto, dall'altra si scontra con le consuetudini e le disponibilità presenti nel Paese ospitante. Osserva Massimo Montanari: *"i modelli e le pratiche alimentari sono il punto di incontro fra culture diverse, frutto della circolazione di uomini, merci, tecniche, gusti da una parte all'altra del mondo. Diciamo di più: le culture alimentari (ma le culture in genere) sono tanto più ricche e interessanti quanto più gli incontri e gli scambi sono stati vivaci e frequenti"*. Il cibo diventa spesso un parametro importante per calcolare la distanza dalla terra d'origine e può rappresentare un ponte verso i propri affetti e i luoghi dell'identità. Nell'arco di un paio d'anni i bambini immigrati arrivano a uniformarsi all'alimentazione della famiglia, per cui diventa evidente l'inutilità, o la non opportunità, di "prescrivere" schemi di alimentazione complementare troppo lontani dalle abitudini alimentari tradizionali, con il rischio di modificare o di orientare negativamente l'educazione al gusto di questi lattanti. Il PdF, nel rispetto delle conoscenze e delle raccomandazioni scientifiche, può valutare con le famiglie immigrate i cibi più appropriati tra quelli appartenenti alla loro cultura di provenienza, vigilando su eventuali significativi errori collegati a cibi inadatti o a preparazioni inadeguate alla prima infanzia. Abbiamo in programma il coinvolgimento dei PdF della nostra provincia per rendere più fruibili e concrete le informazioni ricavate da questo studio, approfondendo anche gli aspetti relativi al tipo di cottura e di preparazione dei cibi.

Le **pagine elettroniche (pagine verdi)** riportano la sintesi di alcuni dei contributi che compaiono per esteso sul **sito web** della rivista (www.medicoebambino.com). Il sommario delle pagine elettroniche è riportato a pag. 481. La **Ricerca** sull'alimentazione complementare delle popolazioni immigrate (in formato full text sulle pagine elettroniche) viene discussa nella rubrica **Il commento**. Dice Lucio Piermarini: «... Si tratta di un primo passo, un esame dei comportamenti nell'ambito dell'alimentazione complementare e, certamente, ancora insufficiente alla soluzione del problema ma assolutamente indispensabile... Questo lavoro, i successivi che verranno, e il trasferimento nella pratica delle loro conclusioni acquistano ancora più importanza a fronte dell'impegno di contrasto all'epidemia di obesità che ci siamo assunti come pediatri...». I tre **Casi indimenticabili** di questo mese (due di questi con una ricca parte iconografica) riguardano due evenienze neonatali: la presentazione clinica di uno *stroke* (con convulsioni); una tempestiva diagnosi di ipovitaminosi D neonatale ("È tutto sua mamma"). Il terzo caso è davvero indimenticabile: «le dita appaiono come "salsicciotti" con strozzature o tagli circolari tra le falangi, con edema distale e cute tesa e lucida. Non sono visibili corpi estranei o raccolte ascessuali» (la causa è tutta da scoprire). Esiste l'anemia ferro-carente ferro-refrattaria (IRIDA)? Sarebbe di sì ed è importante conoscerla pur nella sua rarità (**Caso contributivo**). **Striscia... la notizia** è la rubrica sfogliabile con notizie curiose, giornalistiche, ma anche scientifiche delle pagine elettroniche: anche questo numero è di estremo interesse.