

■ Francesco Cataldo

🔑 Parole chiave
bambini immigrati, abitudini alimentari
🔑 Keywords
immigrant children, dietary habits

L'alimentazione del bambino immigrato

Riassunto

Negli ultimi 25 anni l'Italia è divenuta una nazione multiethnica per la forte ondata migratoria.

Ciò comporta problemi di integrazione culturale, tra cui le abitudini alimentari, differenti in relazione alle tradizioni e alle credenze religiose di ogni popolo. Il pediatra, per non trovarsi spiazzato deve quindi conoscerle. Egli deve inoltre prevenire con una corretta educazione alimentare i rischi correlati all'alimentazione: la malnutrizione legata alla persistenza delle consuetudini alimentari del paese di origine e le intolleranze e le allergie alimentari o le malattie degenerative del mondo occidentale (obesità, diabete mellito, malattie cardiovascolari) legate all'acquisizione delle abitudini alimentari dei Paesi industrializzati.

Summary

In the last 25 years the migratory flow towards Italy has progressively increased leading to problems concerning the integration with Italian population. From this point of view, dietary habits are peculiar because strictly connected with traditions and religions of each ethnic group. Paediatricians must know these dietary habits in order to be not unready facing with them. Moreover, considering the recognized association between diet with malnutrition or some diseases related to the diet of industrialized countries (food intolerances and allergies, obesity, diabetes mellitus, cardiovascular diseases) our efforts should be addressed to promote correct dietary habits also among immigrant infants and children.



Sin dall'inizio del secolo scorso e per quasi 70 anni l'Italia ha conosciuto una forte emigrazione verso nazioni più ricche. Dal 1980 si è verificata un'inversione di tendenza, con la trasformazione dell'Italia da Paese di emigrazione in Paese di immigrazione. Tale fenomeno si è accentuato negli ultimi 15 anni, quando ha subito anche una profonda modificazione: da **provvisorio** si è trasformato in **stabile**, perché buona parte della popolazione adulta immigrata non è più clandestina ma regolare e tende a formare nuove famiglie. Ciò ha comportato un notevole incremento sia di nati in Italia da genitori immigrati sia di ricongiungimenti familiari di minori che risiedevano nel Paese di origine¹. La stabilizzazione del fenomeno migratorio e la formazione di nuove famiglie **straniere** che portano le tradizioni del Paese di origine determina anche problemi di **integrazione culturale** con la nostra società. Tra questi, peculiari sono le **abitudini alimentari** che sono proprie di ogni parte del mondo e di ogni etnia e strettamente connesse alle tradizioni, agli stili di vita e alle credenze religiose di ogni popolo. I pediatri italiani, quindi, per non trovarsi spiazzati di fronte a modalità di *maternage* infantile che non conoscono, perché non affrontate durante gli anni della loro formazione, debbono per prima cosa prendere confidenza con le tradizioni alimentari delle numerose etnie oggi presenti in Italia (se ne contano 190, con 80 lingue e 18 religioni diverse). Essi inoltre devono sapere se i bambini stranieri tendono ad assumere le nostre abitudini alimentari (con un maggior **rischio di intolleranze** o allergie alimentari, di **ipertensione**, **diabete**, **obesità**, **arteriosclerosi**) o a conservare quelle del Paese di origine (che facilmente possono comportare **turbe disnutrizionali**, quali anemie carenziali, rachitismo, turbe della crescita).

L'allattamento al seno

L'allattamento viene profondamente influenzato da credenze culturali e pratiche religiose diverse in ogni popolo². Per esempio, nell'Africa del Nord, in molte popolazioni dell'Africa Sub-Sahariana, nel Sub Continente Indiano, in Estremo Oriente, e in parte anche nell'America Meridionale, il **colostro** non viene somministrato. Esso infatti è

ritenuto dannoso perché non essendo “bianco”, cioè “puro” come il latte maturo della nutrice, può risultare nocivo per il neonato. Le tradizioni di questi popoli vogliono invece che l’inizio dell’allattamento al seno venga preceduto dall’assunzione o di acqua zuccherata, o di miele, o di latte di animale, o di grassi animali (burro chiarificato), o di grassi vegetali (olio di palma, olio di ricino), o di infusi di piante ed erbe. Questi alimenti avrebbero, secondo le tradizioni, azione lassativa, favorendo l’eliminazione del meconio, e abitualmente è la donna più anziana della famiglia che indica l’alimento più idoneo somministrandolo, come in un rituale di iniziazione, per la prima volta.

Al contrario di quanto comunemente si verifica nel mondo occidentale, l’allattamento al seno in tutti i Paesi in via di sviluppo è la regola e di solito è prolungato almeno per tutto il primo anno e molto spesso fino ai 18-24 mesi di vita. Esso inoltre è subordinato anche a credenze religiose. Nelle popolazioni musulmane (in Italia circa il 35 per cento degli immigrati seguono questa religione) l’allattamento al seno è fortemente raccomandato. Il Corano infatti recita “le madri allattino i figli per due anni interi” e “ogni donna che allatta il proprio figlio avrà un premio da Allah”. Il latte materno, inoltre, secondo la tradizione musulmana è *baraka*, cioè “benedizione divina”.

In tutti i Paesi in via di sviluppo, l’allattamento al seno ha un forte significato simbolico, costituendo un momento privilegiato di scambio affettivo tra madre e figlio e viene praticato “a richiesta”: il bambino viene allattato non appena piange, per addormentarlo, per farlo giocare e, di regola, anche di notte. Egli infatti durante i primi 18-24 mesi dorme nello stesso letto della madre e trascorre buona parte della giornata in un pezzo di stoffa, che è tipico di ogni Paese (*Bambaran, Dodo, Kangourou*), che funge da marsupio, attaccato alla madre che lo porta con sé mentre svolge le sue normali attività giornaliere. In questa maniera viene favorita la pratica del *baby-carrying*, una forma di maternage ad alto contatto, ormai persa nella cultura del mondo occidentale – pur con qualche tentativo di ritorno³ – ma abituale nei Paesi in via di sviluppo.

Non più soltanto latte materno

Lo svezzamento nei Paesi in via di sviluppo è più tardivo rispetto a quello praticato nel mondo occidentale (in genere dal compimento del 1° anno in poi), e ciò è in relazione anche alla maggiore durata dell’allattamento al seno. Il suo inizio ha un forte significato simbolico di accoglienza del bambino nella comunità adulta, e viene comunemente accompagnato da una grande festa familiare che dà allo svezzamento un significato simile a quello dei riti di iniziazione alla pubertà. Esistono notevoli differenze sull’epoca di inizio e sulle modalità dello svezzamento nelle varie aree del mondo, che sono correlate anche alla reperibilità degli alimenti. Così nell’Africa Settentrionale si è soliti iniziare con cereali a base di farina di grano, mentre in Estremo Oriente e nel Sub Continente Indiano con il riso. Nell’Africa Sub-Sahariana si utilizzano invece la polenta bianca o porridges a base di cereali minori (sorgo, miglio, orzo, tapioca, mais) e nell’America Latina farine di mais o di frumento. Le verdure (sotto forma di passati), la carne e il pesce sono di solito iniziati più tardivamente, alla fine del 2° anno di vita.

Le condizioni dettate dalla religione

L’alimentazione abituale dell’adulto nei Paesi in via di sviluppo può essere condizionata anche da credenze religiose. Tra le popolazioni che praticano l’islamismo quella più seguita è il divieto di assumere carne suina e carne *non halal*, cioè purificata secondo un rituale religioso ben codificato: l’animale quando viene macellato deve essere tenuto con il capo rivolto verso la Mecca e deve essere completamente dissanguato, mentre si pronuncia la parola *Baslama*, cioè nel nome di Maometto. Questa procedura è obbligatoria anche tra gli ebrei, che parlano di carne *kasher*, cioè idonea. I musulmani inoltre non possono assumere alcolici e durante il mese lunare di digiuno (*Ramadan*), che è obbligatorio sin dall’inizio dell’adolescenza, cioè in piena età evolutiva, non possono assumere cibo e bevande se non dopo il tramonto. Le usanze alimentari dettate da credenze religiose sono molto frequenti anche in India: per chi pratica



In molte popolazioni dell’Africa Sub-Sahariana, il colostro non viene somministrato. Ritenuto dannoso perché non essendo “bianco”, cioè “puro” come il latte maturo della nutrice, può risultare nocivo per il neonato



L’allattamento al seno in tutti i Paesi in via di sviluppo è la regola e di solito è prolungato almeno per tutto il primo anno e molto spesso fino ai 18-24 mesi di vita

l'induismo la vacca è sacra e quindi non commestibile perché connessa alla dottrina della trasfigurazione, mentre i seguaci del Gianismo sono vegetariani e quindi non assumono carne e pesce, perché secondo la loro religione tutti gli esseri viventi, compresi gli animali, debbono essere rispettati.

L'osservazione di stati carenziali

Le nostre conoscenze sull'alimentazione del bambino immigrato in Italia fino a pochi anni fa erano modeste perché riguardavano casistiche poco numerose e limitate a etnie ristrette. Recentemente (anni 2003/2004) il Gruppo di lavoro nazionale per il bambino immigrato (GLNBI) della SIP ha condotto un'indagine multicentrica intervistando retrospettivamente 1.284 madri straniere sulle abitudini alimentari dei loro figli⁴. La frequenza e la durata dell'allattamento esclusivo al seno e di quello misto nei bambini immigrati sono apparse più elevate di quelle dei bambini italiani. Tuttavia esse sono sensibilmente ridotte se paragonate a quelle in atto nei Paesi di origine. Nella quasi totalità dei bambini stranieri che vivono in Italia lo svezzamento avviene in epoche (3°-5° mese) e con modalità sovrapponibili a quelle dei bambini italiani, utilizzando alimenti del commercio confezionati nella nostra nazione. Nella 2° e 3° infanzia **solo una minoranza** dei bambini immigrati preferisce i cibi del Paese di origine a quelli italiani. L'acquisizione da parte dei bambini stranieri delle nostre abitudini alimentari non appare correlata alle diverse etnie esaminate, ma all'essere nato in Italia e/o all'aver raggiunto i propri genitori da più di 4 anni.

Lo studio, in accordo con precedenti indagini eseguite in altri Paesi sede di importanti fenomeni migratori dai Paesi in via di sviluppo, suggerisce che i bambini immigrati tendono ad **acquisire le abitudini alimentari** della nuova nazione e che con il passare degli anni tale fenomeno si fa più evidente come conseguenza della integrazione con la cultura e gli stili di vita del mondo occidentale. Errori alimentari nel corso delle prime epoche di vita del bambino immigrato (allattamento al seno esclusivo fino a oltre il 1° anno, che da solo e per lungo tempo non soddisfa le esigenze nutrizionali di un lattante, oppure assunzione precoce e protratta di latte vaccino sterilizzato a lunga conservazione senza integrazione con frutta, verdure e carne) possono favorire situazioni carenziali, quali il ritardo di crescita, il rachitismo, l'anemia ferropriva ecc. L'aumentato rischio di questi stati disnutrizionali, che peraltro non sono molto comuni nei bambini immigrati, appare correlato non alle differenze razziali di per sé ma a un'immigrazione recente della famiglia e allo stato di povertà che frequentemente si accompagna alle fasi iniziali del fenomeno migratorio. Solo in pochi casi (famiglie del Continente indiano che sono vegetariane) è possibile una relazione di queste condizioni con le etnie di appartenenza. Una indagine nazionale multicentrica del GLNBI e della SIGENP ha rilevato una elevata frequenza di bambini immigrati con **malattia celiaca**. Questi appartenevano a etnie diverse (Est Europa, Nord Africa, Africa Centrale, Sud Asia, Medio Oriente) ma avevano in comune abitudini alimentari simili ed eguali a quelle dei bambini italiani: durata breve dell'allattamento al seno o allattamento innaturale sin dalla nascita e svezzamento al 3°-4° mese con alimenti contenenti glutine. Tali osservazioni suggeriscono che il rischio di sviluppare malattia celiaca non è da correlare alle diversità etniche e razziali, ma alle medesime abitudini alimentari che sono state acquisite a seguito del fenomeno migratorio.

Nella 2° e 3° infanzia la scolarità favorisce un più stretto contatto e una più facile integrazione dei bambini immigrati con gli stili di vita del mondo occidentale, tra cui anche le usanze alimentari. Queste nel teen-ager italiano sono frequentemente caratterizzate da un'**esagerata assunzione di zuccheri a rapido assorbimento, di proteine animali e di grassi saturi** con conseguente maggior rischio nell'età adulta di stati morbosi tipici della civiltà moderna: malattie cardiovascolari, obesità, ipertensione, diabete. Una delle prossime sfide che il pediatra dovrà affrontare sarà quella di evitare, per mezzo di corretti interventi di educazione alimentare, che i ragazzi immigrati assumano gli stessi comportamenti dietetici dei loro coetanei italiani. Chi sa se – secondo una certa coerenza



Nella 2° e 3° infanzia solo una minoranza dei bambini immigrati preferisce i cibi del Paese di origine a quelli italiani

– un traguardo ulteriore non possa essere quello di far conoscere ai nostri ragazzi qualche vantaggio proprio dello stile alimentare degli immigrati.

Dalla conoscenza alla pedagogia alimentare

In conclusione, l'Italia è ormai divenuta una nazione multietnica e quindi multiculturale. Ciò comporta problemi anche nell'alimentazione infantile, perché questa è differente in rapporto alle usanze, alle tradizioni e alle credenze religiose di ogni etnia. Per non trovarci spiazzati di fronte a esse dobbiamo quindi, per prima cosa, imparare a conoscerle. Tuttavia le popolazioni immigrate, nel loro processo di integrazione culturale con la nostra società, tendono ad acquisire le abitudini alimentari del mondo occidentale, con i possibili rischi sanitari che queste comportano (allergie e intolleranze alimentari, malattie, in senso lato dismetaboliche, proprie dei Paesi industrializzati). Uno dei problemi emergenti relativi alla immigrazione è quindi quello della alimentazione infantile e degli stati morbosi a essa correlati. Potrà essere di grande utilità una sana pedagogia alimentare. ■

Indirizzo per la corrispondenza:

prof. Francesco Cataldo
Piazza Leoni 49
90143 Palermo
e-mail: cescoecat@freemail.it

Bibliografia

- 1 *Dossier statistico immigrazione; Caritas, Roma, 2005.*
- 2 *Balsamo E. La casa di tutti i colori. Mille modi di crescere, Franco Angeli Editore 2002.*
- 3 *Porsio A. La care e il metodo marsupio. Occhio Clinico Pediatria 2004; 7: 208-212.*
- 4 *Cataldo F, Pacchin M, Di Martinol ED, e GLNBI. Abitudini alimentari del bambino immigrato. Il bambino immigrato. Vol. 2; Editeam 2005.*
- 5 *Cataldo F, Pitarresi N, Accomado S, Greco L. With the SIGENP and GLNBI working groups on celiac disease: on Italian multicentre study. Dig Liv Dis 2004; 36: 722-729.*

pre aftir

UN AIUTO NATURALE PER PREVENIRE I PIDOCCHI



ROTTAPHARM

www.aftir.it