

PROBLEMI NUTRIZIONALI NEI BAMBINI IMMIGRATI.

Prof. Francesco Cataldo,
Past Segretario GLNBI,
Dipartimento Materno Infantile, Palermo
e-mai : cesco.cataldo1@libero.it

In Italia negli ultimi 10 anni si è osservato un aumento costante e progressivo dei bambini immigrati, secondario soprattutto ai minori nati nella nostra nazione da genitori immigrati ed a quelli arrivati in Italia per ricongiungimento familiare : i minori stranieri erano 280.000 il 31 Dicembre del 2000 mentre alla fine del 2009 risultavano 932.675, pari al 9,5% della popolazione infantile residente nella nostra Nazione (1).

I bambini immigrati hanno un elevato rischio di problemi nutrizionali (ritardo di crescita, anemie carenziali, rachitismo o viceversa obesità, diabete, ipertensione). Questo rischio è legato soprattutto alle abitudini alimentari (sia quelle che le loro famiglie portano dal Paese di origine, che quelle del Mondo Occidentale che molti minori ed adolescenti tendono ad acquisire), ma anche alle modalità dell'arrivo in Italia di questi bambini (Tabella 1), nonché allo svantaggio sociale ed alla povertà delle famiglie di appartenenza, specie se immigrate da poco od irregolari.

- Nati in Italia da immigrati regolari (77.150 nel 2009, pari al 13,6% delle nascite in Italia)
- Ricongiungimenti familiari (26.350 nel 2009)
- Adottati dall'estero (circa 4.000 all'anno negli ultimi anni)
- Nomadi e Zingari (non censibili)
- Profughi e rifugiati politici (non censibili)
- Bambini non accompagnati (circa 7.000 quelli censiti)
- Figli di genitori irregolari o clandestini (non censibili)

TABELLA 1

Così, molte madri straniere tendono a conservare, con errori alimentari soprattutto qualitativi, le tradizioni dei paesi di provenienza : allattamento esclusivo e protratto al seno fino ed oltre l'anno di vita, divieto di assumere carne di mucca (induisti), o quella suina o non *halal* (mussulmani), obbligo di seguire il *ramadan* (islamici), diete vegetariane, macrobiotiche e vegans proprie di alcune religioni e culture del Sub-Continente indiano (2). Di contro, diete carenti dal punto di vista quantitativo e che favoriscono pure esse l'insorgenza di turbe nutrizionali, sono quelle sostenute dalla clandestinità delle famiglie di questi minori che si associa quasi sempre ad un basso reddito (se non alla povertà) ed a condizioni igienico-sanitarie e di vita scadenti (2). Naturalmente ogni categoria di bambino immigrato descritta nella Tabella 1 presenta nei confronti dei problemi nutrizionali un rischio diverso. Un primo esempio

è costituito dai bambini adottati dall'estero al loro arrivo in Italia. Essi negli ultimi 10 anni sono stati più di 22.000 (3) e costituiscono una categoria di minori con bisogni "speciali" di tutela. Tra questi le malattie da carenza alimentare. La Tabella 2 riporta i risultati di una indagine relativamente recente (4) condotta a Palermo su una casistica ospedaliera (anni 2002-2006) di 136 bambini adottati dall'estero (133 dall'Europa dell'Est). Le situazioni morbose osservate sono apparse correlate soprattutto al tempo trascorso in orfanotrofio prima della adozione e secondarie alla cattiva ed insufficiente alimentazione, agli scadenti stili di vita, ed alla assenza di supplementazione vitaminica. Osservazioni sovrapponibili sono riportate in altre casistiche italiane ,tra le quali più significative appaiono quella di Ancona (5) e quella di Firenze (6) (rispettivamente 547 e 552 bambini), con minori giunti in Italia oltre che dall'Est Europa in buona parte anche dall'America Latina, dal Sub Continente indiano e dall'Africa. Fortunatamente questi bambini superano rapidamente le loro condizioni di malnutrizione che presentano all'arrivo in Italia perché le famiglie che li accolgono sono molto motivate e quasi sempre hanno un reddito ed una condizione sociale medio-alte.

Ritardo ponderale : 25/136 (18,4%)
Ritardo staturale : 26/136 (19,1%)
Ritardo staturo-ponderale : 18/136 (13,2%)
Circonferenza cranica < 3° centile : 12/136 (8,8%)
Anemia ferrocarenziale : 74/136 (54,4%)
Rachitismo : 21/136 : 15,4%
Ritardo età ossea : 17/136 (12,5%)

TABELLA 2

Anche se gli studi sui nomadi sono poco numerosi e non esaustivi, un'altra categoria di minori stranieri che frequentemente va incontro a turbe nutrizionali è costituita dagli zingari. I campi in cui essi vivono (quasi sempre abusivi,posti in zone periferiche delle città, spesso privi dei comuni requisiti igienico-sanitari) ed il basso reddito familiare che conduce ad una alimentazione inadeguata ed insufficiente favoriscono le anemie carenziali,il rachitismo ed il deficit staturo-ponderale (7,8).

Pure tra i bambini stranieri non accompagnati e tra i bambini profughi di guerra sono comuni le condizioni di malnutrizione descritte nei minori zingari. Anzi, spesso esse sono più frequenti e più evidenti a causa dei lunghi e più gravi periodi di deprivazione nutrizionale ed emozionale cui sono sottoposti (9,10).

Il rachitismo carenziale è molto comune tra i bambini immigrati, sia se figli di genitori regolari e quindi più facilmente integrati con i nostri costumi e stili di vita perché più a lungo residenti in Italia, sia se figli di clandestini difficilmente integrati con la nostra cultura. Anzi negli ultimi anni in Italia, alla pari di altri Paesi del Mondo Occidentale (11), questo stato morboso che era quasi scomparso è riapparso come fenomeno emergente, interessando quasi esclusivamente la popolazione infantile immigrata (12,13,14,15). Tra questi studi, quello più ampio ed esaustivo è stato condotto mediante una indagine retrospettiva sui bambini (sia italiani che stranieri)

dimessi nel triennio 2000-2003 dagli ospedali piemontesi (15). Sono stati identificati 99 pazienti con rachitismo e 94 di questi (95%) erano immigrati : 26 provenivano dall'Africa Centro-Occidentale o Sub-sahariana e dal Sub-Continente indiano,59 erano marocchini e 9 albanesi. Il loro numero è aumentato nel corso degli anni (12 nel 2000, 34 nel 2001 e 53 nel 2003) ed i fattori patogenetici comuni, nonostante la diversità delle loro etnie e delle loro culture, erano: la pelle scura od olivastra (la melanina assorbe i raggi solari ostacolando la trasformazione della pro vitamina D in vitamina D),l'allattamento esclusivo e protratto al seno fino o oltre l'anno di vita (il latte di donna contiene quantità di vitamina D che sono sufficienti per un soggetto in rapida crescita quale è il lattante solo fino al 6° mese di vita), la scarsa esposizione al sole sia del bambino che della nutrice (uso dello chador), l'assenza di una adeguata profilassi medicinale con vitamina D,l'abitudine per motivi culturali o religiosi sia nel bambino che nella nutrice di diete vegetariane, macrobiotiche o vegans che sono povere di calcio e ne ostacolano l'assorbimento.

Tra i bambini immigrati sono anche possibili le anemie carenziali (ferroprive, da deficienza di acido folico e di vitamina B12).In Italia non ci sono studi epidemiologici ampi come quelli riportati per il rachitismo su queste condizioni patologiche e non è quindi possibile riportare dati significativi ed esaustivi su questo argomento. Tuttavia nelle Nazioni del Mondo Occidentale sede da lungo tempo di fenomeni immigratori dai Paesi in Via di Sviluppo (PVS), le anemie carenziali sono ben conosciute (16-20). Esse riconoscono una etiologia multifattoriale e diversi momenti patogenetici: 1°) la immaturità e la prematurità, comuni nei nati da gestanti clandestine perché queste non si sottopongono a regolari controlli sanitari in gravidanza, sono fattori predisponenti l'anemia ferropriva in quanto nelle prime epoche della vita le riserve di ferro dipendono dalla durata della gravidanza e dal peso alla nascita; 2°) l'allattamento esclusivo e protratto al seno fino a oltre il primo anno di vita,frequente nelle nutrici provenienti dai PVS, favorisce la carenza di ferro in quanto non soddisfa dopo il 5°-6° mese il fabbisogno di alimentare del lattante; 3°) l'assunzione precoce (sin dai primi mesi di vita) di latte vaccino pastorizzato, legata al basso reddito familiare delle famiglie immigrate che, specie se clandestine, non sono in grado di acquistare il latte formulato, predispone all'anemia da carenza di ferro e a quelle megaloblastiche perché il latte pastorizzato contiene ferro eme scarsamente biodisponibile e favorisce le microemorragie intestinali, mentre è povero di vitamina B2 e folati; 4°) lo svezzamento, che tra gli immigrati è spesso tardivo per motivi culturali e non di rado con un modesto apporto di omogeneizzati e di carne fresca per il basso reddito familiare, predispone alla carenza di ferro, di acido folico e di vitamina B12; 5°) le diete legate ad alcune tradizioni culturali e credenze religiose (induismo, islamismo, giainismo, diete vegetariane, macrobiotiche, vegans, etc) portano all'assunzione di alimenti che da un lato sono poveri di ferro,di acido folico e vitamina B12 e dall'altro (diete vegetariane) ostacolano l'assorbimento di ferro determinando, se protratte, anemie carenziali (20,21,22).

Anche i ritardi di crescita (ponderale e staturale) sono possibili tra i bambini immigrati. Questi fortunatamente non sono frequenti e raramente arrivano a gravi quadri di malnutrizione (distrofie severe).Risultano strettamente collegati alla

povertà ed alla indigenza e quindi sono più frequenti nelle famiglie clandestine ed in quelle con lavoro irregolare o saltuario, risultando correlate più che alla etnia di appartenenza al tempo trascorso in Italia dopo l'immigrazione : come è stato dimostrato (23), le famiglie giunte da poco nella nuova nazione hanno un reddito abitualmente più basso e tendono facilmente a mantenere ancora la cultura e le tradizioni alimentari del paese di origine .

Un problema per fortuna ancora oggi non riscontrato in Italia tra gli immigrati, ma che è già stato osservato in altre nazioni industrializzate sede di fenomeni immigratori da PVS (24,25,26), è quello delle malattie così dette della “*opulenza*”, proprie della civiltà occidentale. Il 31/12/2009 (27) i minori stranieri di 2° generazione nati in Italia, i così detti G2, erano 572.000, pari al 61% della popolazione infantile immigrata residente nella nostra nazione (essi rispetto al 2001, quando erano 160.000, sono più che triplicati). Nella 2° e 3° infanzia, ed ancor più nella adolescenza, la scolarità dei minori immigrati, che è aumentata in maniera quasi esponenziale in questi ultimi anni (1), favorisce uno stretto contatto ed una facile integrazione dei minori stranieri con gli stili di vita (sedentarietà,abuso della televisione,dei videogiochi, di internet) e con le abitudini alimentari (esagerata assunzione di zuccheri a rapido assorbimento,di proteine animali e di grassi saturi) dei loro coetanei italiani. Ciò comporta un maggior rischio nella età giovane-adulta di stati morbosi quali le malattie cardiovascolari, l'obesità, il diabete mellito, l'ipertensione e la sindrome metabolica anche nella popolazione immigrata. Una delle prossime sfide che dovremo presto affrontare è quindi quella di confrontarci con questi aspetti del processo di identificazione e di integrazione con la società occidentale dei bambini immigrati così detti G2, al fine di prevenire gli effetti a medio-lungo termine sul loro stato di salute.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Dossier Statistico Immigrazione della Caritas 2010. Edizioni Antarem.
- 2) Cataldo F. L'alimentazione nel bambino immigrato. Il Pediatra 2007; 2 : 26-29.
- 3) Presidenza del Consiglio dei Ministri. Rapporto della Commissione per le Adozioni Internazionali 2010. www.commissioneadozioni.it
- 4) Cataldo F, Viviano E. Health problems of internationally adopted children. It J Ped 2007; 33 : 92-99.
- 5) Gabrielli O, Rocchi E, Viridis F. Adozioni internazionali. In : Il Bambino immigrato, Vol. 1°. A cura di Bona G. Edizioni Editeam. 2003 : 97-109.
- 6) Adami Lami C. Accoglienza sanitaria del bambino adottato dall'estero. In : Il Bambino immigrato, Vol. 2°. A cura di Cataldo F e Gabrielli O. Edizioni Editeam. 2005 : 95-109.
- 7) Acerbi L Porcu R. Il bambino zingaro. Atti 1° Congresso del GLNBI, Novara Dicembre 1999. Riv Ital Ped 1999; 25/Suppl. 3 : 31-33.
- 8) Acerbi L, Trillò M E. Il bambino zingaro. In : Il bambino immigrato Vol. 1°. A cura di Bona G. Edizioni Editeam 2003 : 111-119.

- 9) Pulito M A. Minori adolescenti stranieri non accompagnati. In : Il bambino immigrato Vol. 2°. A cura di Cataldo F, Gabrielli O. Edizioni Editeam 2003 : 77-80.
- 10) Cataldo F, Bona G. L'infanzia multietnica. In : Una Pediatria per la Società che cambia. A cura di Burgio GR, Bertelloni S. Editore Tecniche Nuove 2007 : 209-221.
- 11) Cataldo F. Rachitismo carenziale e immigrazione infantile. *Il Pediatra*. 2010; 6 : 56-63.
- 12) Pedori S, Mughetti L, Dodi I et Al. Il ritorno di un antico problema sanitario dell'infanzia : il rachitismo carenziale. Comunicazione al 3° Congresso Nazionale del GLNBI. Milano 16-17 Maggio 2003.
- 13) Preti P, Rossi A, Perrone A. Il rachitismo carenziale è diventato una patologia da immigrazione. Comunicazione al 3° Congresso Nazionale del GLNBI. Milano, 2003.
- 14) Weber G, Bozzetti V. Il rachitismo carenziale : se lo conosci lo preveni. *Pediatria Preventiva e Sociale*. 2006; 1 : 5-9.
- 15) Guala A, Guarino R, Ghiotti P et Al. Il rachitismo in Piemonte: una sorveglianza negli ospedali. *Medico e Bambino* 2006; 2 : 119.120.
- 16) Thane CW, Bates CJ, Prentice A. Risk factors for low intake and poor iron status in a national sample of british young children aged 4-18 years. *Public Health Nutrition* 2003; 6 : 485-496.
- 17) Lawson MS, Thomas M, Hardiman A. Iron status of Asian children aged 2 years living in England. *Arch Dis Child* 1998; 78 : 420-426.
- 18) MC Gillivray G, Skull SA, Davie G et al. High prevalence of asymptomatic Vit D and iron deficiency in East African immigrant children and adolescents living in a temperate climate. *Arch Dis Child* 2007; 92 : 1088-1093.
- 19) Britt RP, Strang W, Harper C. Pernicious anaemia in indian immigrants in the London. *Brit J Haem* 1970; 18 : 637-642.
- 20) Luong KV, Nguyen LT. Folate and Vit B12 deficiency anaemias in Vietnamese immigrant living in Southern California. *South Med Jour* 2000; 93 : 53-57.
- 21) Sanders TA, Reddy S. Vegetarian diets and children. *Am J Clin Nutr* 1994; 59 (5 Suppl): 1176S-1181S.
- 22) Weiss R, Fogelman Y, Bennett M et al. Severe Vit B12 deficiency in an infant associated with a maternal deficiency and a strict vegetarian diet. *J Ped Hemat Onc* 2004; 26 : 270-271.
- 23) Pelto GH. Ethnic minorities, migration and risk of undernutrition in children. *Acta Paed Scand* 1991, Suppl 374 : 51-57.
- 24) Magnusson MB, Hulthen L, Kjellgren KI. Obesity, dietary pattern and physical activity among children in a suburb with a high proportion of immigrants. *J Hum Nutr Diet* 2005; 18 : 187-94.
- 25) Uitewaal PJ, Manna DR, Hoes AW et al. Prevalence of type 2 diabetes mellitus, other cardiovascular risk factors and cardiovascular diseases in Turkish and Moroccan immigrants in North West Europe. *Prev Med* 2004; 39 : 1068-1076.
- 26) Gilibert PA, Khokhar S. Changing dietary habitats of ethnic groups in Europe and implications for health. *Nutr Rev* 2008; 66 : 203-215.
- 27) Atlante dell'infanzia in Italia. Edizioni Save the children Italia. 2010