

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XIV

Ottobre 2011

numero 8

RICERCA

L'alimentazione complementare nelle popolazioni immigrate: indagine su tre gruppi linguistici della provincia di Reggio Emilia

Alessandro Volta¹, Alessandra Fabbri², Ilaria Dall'Asta³, Zineb Guennouna³, Antonio Chiarenza³, Laura Bonvicini⁴, Luigi Moscara¹, Dea Pini¹, Chiara 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

Abstract 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.

RIASSUNTO

Obiettivi. Nella nostra provincia i gruppi linguistici più rappresentati sono quelli magrebino, cinese e indiano. Nel 2008 abbiamo attivato un'indagine per conoscere, nelle tre popolazioni citate, le abitudini alimentari nel primo anno di vita, al fine di personalizzare maggiormente le nostre indicazioni alimentari.

Materiali e metodi. Le interviste ai genitori si sono svolte in consultorio nel corso delle sedute vaccinali previste a 10 e a 14 mesi. Sono state addestrate tre mediatrici culturali che hanno utilizzato un questionario predefinito. Complessivamente sono state intervistate 218 mamme: 50 cinesi, 45 magrebine, 45 indiane e 78 italiane (come gruppo di controllo).

Risultati. Abbiamo esaminato il periodo di introduzione dei cibi complementari nei tre gruppi, valutando il livello di adesione alle indicazioni del pediatra e individuando gli eventuali alimenti "tradizionali" gestiti in autonomia dalla famiglia. È stato inoltre rilevato la frequenza di allattamento al seno e il rapporto con l'alimentazione complementare. L'alimentazione più simile alla nostra è risultata quella magrebina; gli indiani intervistati sono risultati molto sensibili alle indicazioni del pediatra, pur praticando un'attenta mediazione con le proprie tradizioni alimentari; il gruppo cinese ha mostrato di seguire poco le indicazioni del pediatra, attuando un'introduzione precoce di alimenti complementari e un allattamento al seno particolarmente breve.

Conclusioni. Riteniamo che il pediatra di famiglia, nel fornire indicazioni per l'alimentazione complementare alle famiglie immigrate, possa procedere con un approccio transculturale, nel rispetto sia delle indicazioni nutrizionali sia dei principi culturali delle popolazioni interessate.

PAROLE CHIAVE

Alimentazione complementare, Popolazioni immigrate, Allattamento, Alimentazione tradizionale

INTRODUZIONE

Per le popolazioni immigrate, nel faticoso adattamento al nuovo contesto di vita, l'alimentazione rappresenta uno dei principali fattori in grado di favorire o di ostacolare un processo difficile e delicato¹. Il cibo contiene infatti importanti valenze culturali e identitarie, permette il legame (anche affettivo) con le tradizioni del paese di origine e mantiene il gruppo nel nuovo contesto di vita unito e solidale. Come osserva Massimo Montanari: *'il gusto è anche sapere, è valutazione sensoriale di ciò che è buono o cattivo, piace o dispiace: e questa valutazione viene dal cervello prima che dalla lingua. Da questo punto di vista il gusto non è affatto una realtà soggettiva e incomunicabile, bensì collettiva e comunicata. È un'esperienza di cultura che ci viene trasmessa fin*

dalla nascita, assieme alle altre variabili che concorrono a definire i valori di una società².

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; ciononostante una forma di melting pot alimentare è inevitabile e per certi versi utile. Anche la popolazione del paese ospitante può ricevere apporti culturali derivati dalla cucina delle popolazioni immigrate, arricchendo le proprie conoscenze e allargando la propria competenza verso sapori e gusti nuovi: *"le identità culturali non sono realtà metafisiche e neppure sono iscritte nel patrimonio genetico di una società, ma si modificano e si ridefiniscono incessantemente, adattandosi a situazioni sempre nuove determinate dal contatto con culture diverse"*².

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'India³. La situazione demografica complessa ha prodotto criticità per i servizi dedicati all'infanzia a partire dai consultori famigliari fino ai punti nascita e alla pediatria di libera scelta.

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 alimentazione⁴. 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.

OBIETTIVI

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 (*Tabella I*).

Nella *Tabella II* sono riportati i risultati relativamente alla durata dell'allattamento esclusivo al seno, del periodo di introduzione degli alimenti, della figura che ha fornito il consiglio alimentare e di chi lo avrebbe fornito nel paese di origine, del livello di adesione alle indicazioni del pediatra.

La *Tabella III* riporta il periodo di inizio della alimentazione complementare in relazione al periodo di allattamento, la *Tabella IV* il periodo di introduzione di alcuni gruppi di alimenti.

	Italiani (n=78)	Cinesi (n=50)	Indiani (n=45)	Magrebini (n=45)
Anni di permanenza in Italia della madre, media (ds)	nr	5 (2,40)	4 (2,18)	5 (4,59)
Eccesso ponderale materno (BMI > 25) [n(%)]	20 (26%)	2 (4%)	8 (18%)	27 (60%)
Istruzione materna (diploma/laurea) [n(%)]	56 (78%)	4 (8%)	17 (38%)	19 (42%)
Casa di proprietà [n(%)]	nr	1 (2%)	11 (24%)	9 (20%)
Madre casalinga [n(%)]	nr	27 (54%)	42 (93%)	36 (80%)
Componenti in famiglia > 3 [n(%)]	nr	32 (64%)	36 (80%)	31 (70%)
Conoscenza della lingua italiana insuff/scarsa [n(%)]	nr	48 (96%)	10 (22%)	17 (38%)
Peso alla nascita del bambino, kg [media (ds)]	3,3 (0,42)	3,4 (0,30)	3,4 (0,43)	3,2 (0,57)

nr = non rilevato.

	Italiani	Cinesi	Indiani	Magrebini
Allattamento esclusivo al seno a 5 mesi	43%	10%	68%	53%
Periodo (mese) di introduzione degli alimenti (mediana, min e max)	6 (4-10)	4 (2-6)	5 (2-11)	5 (3-12)
Consigli alimentari ricevuti dal pediatra	80%	40%	60%	70%
'Non so' alla domanda: "chi avrebbe fornito consigli nel paese di origine"	—	68%	22%	21%
Ha seguito le indicazioni del pediatra completamente Parzialmente	68% 29%	24% 48%	51% 49%	33% 53%

	Seno esclusivo N media (ds) min - max	Misto N media (ds) min - max	Artificiale N media (ds) min - max	p-value*
Italiani	32 6,2 (1,10) 5-10	28 5,7 (1,18) 4-10	13 5,8 (0,69) 5-7	0,0348
Magrebini	23 5,9 (1,83) 4-12	20 4,4 (0,82) 3-6	2 5,5 (0,71) (5-6)	0,0029
Indiani	33 5,3 (1,74) 2-11	10 5,3 (1,16) 4-8	2 5 (1,41) 4-6	0,9679
Cinesi	4 3,7 (0,96) 3-5	39 4,2 (0,75) 2-6	7 4,4 (0,53) 4-5	0,3232

*p-value calcolato con il test di Kruskal-Wallis.

Considerando un errore di significatività $\alpha=0,05$ il test risulta

significativo ($p\text{-value} < \alpha$) per i gli italiani ($p\text{-value}=0,0348$) e per i magrebini ($p\text{-value}=0,0029$).

	Cinesi N media (ds) min - max	Indiani N media (ds) min - max	Magrebini N media (ds) min - max
legumi	26 7,3 (1,18) 5-10	33 7,4 (1,89) 4-12	38 7,8 (2,23) 5-12
carne e pesce	48 5,8 (1,19) 4-10	30 8,3 (1,34) 6-12	45 6,7 (1,57) 4-11
uovo (albume)	31 8,3 (2,07) 4-12	18 10,6 (2,28) 5-14	26 6,7 (2,40) 3-12
uovo (tuorlo)	41 7,8 (2,11) 4-12	21 10,0 (2,21) 5-14	29 7,6 (2,32) 3-12
latte mucca	31 6,3 (1,33) 4-10	31 6,8 (1,93) 4-11	18 8,8 (3,39) 2-12
latticini	35 6,9 (1,63) 4-10	44 7,2 (2,04) 4-12	43 5,5 (1,22) 3-9
frutta secca	9 9,1 (1,36) 7-11	9 9,4 (5,92) 3-24	31 8,1 (2,87) 1-12
cereali senza glutine	43 5,7 (1,47) 4-10	42 7,0 (1,92) 4-13	43 6,3 (1,92) 3-12
cereali con glutine	33 5,5 (1,32) 4-9	43 6,7 (1,81) 4-13	43 6,4 (2,18) 4-12
spezie	38 8,3 (2,10) 4-10	37 7,9 (2,83) 1-12	38 7,7 (2,58) 4-12

Il gruppo **cinese** ha mostrato un'introduzione precoce di alimenti complementari (mediana 4 mesi, ma in due casi al 2° 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 per altro 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, infatti 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 (la percentuale di non responders è del 24%). 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 (in ottemperanza ai propri convincimenti religiosi); molto precoce risulta l'introduzione di acidi grassi saturi (burro e *ghè* fin dal 4° 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 complementare 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 parenterale. Pochi hanno dichiarato di aver trovato difficoltà nel capire le indicazioni del pediatra.

Nel gruppo di controllo **italiano** 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'altro si scontra con le consuetudini e le disponibilità presenti nel paese ospitante^{5,6}. Osserva Massimo Montanari²: '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'identità⁷.

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 alimentare tradizionali, con il rischio di modificare o di orientare negativamente l'educazione al gusto di questi lattanti^{8,9} (che, ricordiamo, conoscono già attraverso il liquido amniotico e il latte materno buona parte dei sapori dei cibi famigliari)¹⁰. Il pediatra di famiglia, 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^{11,12}.

Abbiamo in programma il coinvolgimento dei pediatri di famiglia 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.

Bibliografia

- Mazzetti M. Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto. Carocci, 2003.
- Montanari M. Il cibo come cultura. Laterza, 2004.
- Regione Emilia-Romagna. La nascita in emilia-romagna: 7° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP), anno 2009. http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/cedap/pubblicazioni/rapporto_2009.pdf.
- Volta A, Panza C, Capuano C, Ferraroni E, Novelli D. Alimentazione complementare nel primo anno di vita. Indagine conoscitiva in provincia di Reggio Emilia. Medico e Bambino 2006;25(7):445-50.
- Morrone A, Scardella P, Piombo L. Manuale di alimentazione transculturale. Editeam, 2009.
- Scardella P, Spada R, Piombo L, Carico R, Bracco D, Morrone A. Abitudini alimentari e aspetti antropologico-culturali dell'alimentazione in un gruppo di immigrati a Roma. La rivista di scienza dell'alimentazione. 2003;32:127-38.

- Marchisio O. Religione come cibo e cibo come religione. Franco Angeli, 2004.
- Sala D, Banderali G, Braga M, Salvatici E, Giovannini M. Divezzamento nei bambini immigrati: un'indagine svolta presso il centro di salute e ascolto per le donne immigrate e i loro figli dell'ospedale S. Paolo di Milano. Atti IX Consensus Conference sulla immigrazione. VII Congresso nazionale SIMM. Palermo, 27-29 aprile 2006.
- Cataldo F, Presti L. L'alimentazione infantile nelle diverse culture. In: La nutrizione del bambino sano. Il Pensiero Scientifico, 2004.
- Mennella JA, Jagnow CP, Beauchamp GK. Prenatal and Postnatal Flavor Learning by Human Infants. Pediatrics 2001;107:E88.
- Cataldo F. L'alimentazione del bambino immigrato, aspetti transculturali e patologia correlata. Symposia Pediatria e Neonatologia 2006;3:323-335.
- EU Directorate Public Health and Risk Assessment. Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l'Unione Europea. 2006. <http://www.acp.it/allattamento/EUpolicy06it.pdf>

Gli Autori dichiarano l'assenza di qualsiasi forma di conflitto di interessi