

Il bambino Immigrato

Milena Lo Giudice

Obiettivi:

- Essere in grado di condurre un accurato esame obiettivo in un bambino stranero
- Prescrivere solo gli accertamenti eventualmente necessari
- Saper ascoltare e comprendere i diversi modi di allevare un bambino

Distinzione fra le diverse tipologie

Quando si parla di numeri in campo di immigrazione i dati non sono mai omogenei e concordi, risultano infatti confusi dall'alto tasso di clandestinità. Il numero di bambini presenti in Italia si aggira secondo il dossier Dossier piantate 2004 Sull'Immigrazione - XIV Rapporto della Caritas Italiana a 300.000, di questi il 20% risulta nato nel paese di origine e il restante 80% invece in Italia. I bambini provengono da 150 paesi diversi costituendo un vero e proprio caleidoscopio di etnie.

Dentro il calderone dei bambini immigrati si differenziano inoltre diverse tipologie con caratteristiche e problematiche completamente diverse. Vi sono infatti:

- bambini adottati provenienti dal Sudamerica, dall'Africa, Asia e dai Paesi dell'Europa dell'Est. Il destino di questi bambini è legato alle motivazioni all'adozione della famiglia ed all'età in cui sono stati adottati: quanto più piccolo è il bambino tanto minore è il tempo di deprivazione affettiva che ha dovuto subire;
- bambini nati in paesi stranieri, circa il 20%, giunti in Italia insieme ai genitori nei quali è fortemente presente la "sindrome dell'espianto";
- bambini figli di immigrati nati in Italia che presentano una forte spinta all'integrazione, in atto sono circa l'80% di tutti i bambini immigrati ed è sicuramente un numero destinato ad aumentare;
- bambini figli di nomadi, meglio noti come zingari, ormai quasi tutti non più nomadi, vivono in condizioni di grande emarginazione da parte della popolazione ospite e sono all'ordine del giorno movimenti di genitori che rifiutano i piccoli gitani nelle scuole, gomito a gomito accanto ai loro bambini. Gli zingari o meglio i ROM (dal sanscrito Romànes) pare vengano dal nord dell'India da dove partirono in seguito a un importante movimento migratorio intorno all'anno 1000. Pur essendo tutti caratterizzati dall'orgoglio di appartenenza sono un gruppo disomogeneo per provenienza, lingua e religione. Dal punto di vista della cultura religiosa di appartenenza si dividono prevalentemente in musulmani e cristiani ortodossi.
- bambini per lo più provenienti dagli stati della ex-Unione Sovietica ad opera di varie organizzazioni umanitarie, che soggiornano presso famiglie private o in case-famiglia per periodi di solito definiti, a volte anche ripetendo l'esperienza negli anni successivi, realizzando una sorta di "pendolarismo di beneficenza"
- bambini figli di profughi o rifugiati politici, sono i bambini che hanno visto e conosciuto gli orrori delle guerre, il più delle volte orfani almeno di un genitore e sempre portatori di traumi psicologici.

Purtroppo però buona parte degli immigrati e soprattutto dei bambini sfugge alla medicina di base, pediatria compresa, probabilmente per mancata informazione ed è frequente il ricorso alle cure del Pronto Soccorso. Si rende necessaria pertanto una "promozione della fruibilità" attivando percorsi per facilitare l'accesso alle strutture sanitarie inserendo fra l'altro la medicina transculturale all'interno della formazione di base e permanente di tutti gli operatori della salute.

Nell'ambito delle cure primarie, oltre alla gestione delle patologie acute e croniche che non necessitano di ospedalizzazione, gli obiettivi principali saranno l'attività di prevenzione (screening, bilanci di salute, vaccinazioni, valutazione dello sviluppo psicofisico, ecc.), e l'educazione alla salute (linee guida anticipatorie, indicazione dei rischi per l'età, consigli sulle problematiche alimentari e nutrizionali, ecc.) al fine di assicurare uno sviluppo del bambino il più adeguato possibile.

Per il pediatra di famiglia che deve instaurare con la famiglia un rapporto continuativo è particolarmente importante affinare le proprie capacità comunicative e di mediazione al fine di raggiungere con la famiglia scelte negoziate e condivise nel migliore interesse possibile del bambino. Le difficoltà che si pongono non sono solo in ambito linguistico, ma anche e soprattutto nel campo della reciproca integrazione culturale. Bisognerà infatti cercare di assicurare il più possibile il rispetto delle tradizioni sociali, culturali e religiose delle diverse etnie quando queste non danneggino la salute psicofisica del bambino (vedi ad esempio le mutilazioni genitali femminili). Inoltre dovranno essere messe in discussione, nel rispetto delle conoscenze scientifiche, le proprie radicate abitudini e le proprie certezze professionali di fronte a uguali risultati ottenibili anche con altri comportamenti, più consoni alle tradizioni e alle abitudini dell'immigrato.

La presa in carico

L'accesso in ambulatorio deve essere integrato con quello dei bambini italiani, senza alcuna discriminazione. Le modalità di accesso e le varie informative, se possibile, dovrebbero essere esplicitate per iscritto anche nella lingua di origine, magari utilizzando per la traduzione pazienti disponibili o *mediatori culturali*, soprattutto per quelle etnie che frequentemente giungono nel nostro paese senza conoscere la nostra lingua.

Gli immigrati hanno in genere maggiore difficoltà a rispettare gli appuntamenti per svariati motivi per esempio difficoltà di trasporto (manca un mezzo proprio, non conoscenza o scarsità mezzi pubblici) o problemi di orari di lavoro poco flessibili per cui rischiano di perdere il lavoro, sarà quindi necessaria da parte del PdF una buona dose di flessibilità iniziale.

L'anamnesi va raccolta con particolare attenzione per evidenziare, oltre i normali dati di routine: il paese di provenienza e la religione di appartenenza.

Per l'esame obiettivo vanno valutati:

- lo stato nutrizionale e possibili situazioni carenziali (rachitismo, anemia, carenza vitamina A, ecc.)
- gli eventuali deficit dell'accrescimento staturale ponderale (basso peso alla nascita, malnutrizione cronica, precarie condizioni socio sanitarie e ambientali, ecc.)
- sintomi di patologie croniche (segni di anemia, ed emolisi)
- sintomi di "malattie da importazione" (valutare dimensioni del fegato e della milza, osservare la congiuntiva per escludere tracoma oculare, lesioni da piantate o e della pelle in genere)

E' necessario ricordarsi di ricercare il segno della vaccinazione da BCG (cicatrice braccio destro); sarebbe inoltre importante avere a disposizione le curve di crescita delle varie etnie e le relative tappe dello sviluppo puberale, non sempre facili da reperire e, forse, non sempre esistenti.

Accertamenti

È necessario evitare eccessive indagini volte ad evidenziare patologie e rischi improbabili, ricordando che, in termini di salute, rischia molto di più il bambino ad essere inserito nella nostra comunità rispetto a quanto rischiamo noi per la sua presenza.

Spesso i genitori dei bambini adottati richiedono accertamenti di ogni genere, anche superspecialistici, per ricercare “possibili difetti” e per conoscere tutto sulla salute di quel bambino, anche perché le notizie fornite dalle strutture sanitarie del paese di origine talvolta sono insufficienti o allarmanti (succede facilmente per bambini provenienti dalla Russia, dalla Romania e da altri paesi dell’Est europeo). Sarebbe auspicabile un atteggiamento di ragionevole attesa prima di effettuare prelievi e quant’altro possa apparire “invasivo” al nuovo arrivato. Le indagini da effettuare riguardano soprattutto pregresse malattie infettive o carenziali, in particolare quando siamo di fronte a precari stati di salute di bambini da poco immigrati dai paesi di origine o adottati dall’estero.

In realtà questi bambini presentano patologie praticamente sovrapponibili a quelle dei bambini italiani indigenti, cioè quelle derivanti da precarie condizioni socio economiche e ambientali, mentre sono invece piuttosto rare le “patologie da importazione”.

Quando è necessario, accanto agli accertamenti di normale routine ematologia ed urinarie, valutando caso per caso, si può decidere di richiedere:

- markers per epatite virale A, B, C
- VDRL
- HIV
- Esame parassitologico delle feci e delle urine
- Intradermoreazione di Mantoux
- Anticorpi anti pian e toxocara
- Ormoni tiroidei se il bambino proviene da zona potenzialmente gozzigena
- Indagini per malaria in bambini giunti da poco da aree in cui la malattia è endemica

È stato segnalato l’aumento del rachitismo carenziale in una discreta percentuale di bambini maghrebini (Africa nord occidentale) per cui, anche se le casistiche riportate sono ancora troppo ridotte per trarre conclusioni definitive, appare opportuno comunque somministrare nel frattempo un’adeguata supplementazione di vitamina D ai bambini di tale etnia.

Vaccinazioni.

Secondo la circolare del Ministero della Sanità n.8 del 23 Marzo 1993 quando per qualunque bambino non sia noto lo stato vaccinale è necessario procedere alla rivaccinazione totale.

Differenti culture dell’infanzia

La gestione dei problemi di salute del bambino immigrato sarà certamente una componente sempre più presente nella quotidianità della pediatria, e come professionisti abbiamo bisogno di acquisire nuove competenze mediche, relazionali, antropologiche. All’interno di ogni cultura il mondo dell’infanzia è vissuto con caratteristiche differenti, certamente non è possibile diventare competenti in tutte le diverse etnie, sarà però necessario acquisire la capacità di accostarsi alle “diversità” con rispetto ed accoglienza, consapevoli che certe conoscenze potranno arricchirci anche nel rapporto con i pazienti isoculturali.

Di seguito sono riportate diverse modalità di gestione del bambino la cui conoscenza può essere utile per la comprensione di comportamenti e atteggiamenti molto lontani dalla nostra cultura.

Nascita

La nascita di un bambino per ogni cultura e latitudine è sempre un evento forte, centrale per la continuità della vita, ma in alcune culture può assumere particolare risonanza, secondo alcune popolazioni dell’Africa subsahariana il bambino non è un nuovo essere che biologicamente e storicamente non è mai esistito, al contrario costituisce la continuità della vita e porta in sé l’essenza e la saggezza degli antenati che lo hanno preceduto, il piccolo viene dal mondo degli spiriti e proprio per evitare che il piccolo a questo mondo possa ritornare non va mai lasciato da solo. Nella cultura musulmana il nome viene dato in settima giornata, alla nascita però si recita all’orecchio del nuovo nato un versetto del Corano. Mi ha molto commosso il racconto un immigrato del Bangladesh: nella sua regione quando nasce un figlio maschio il padre grida alla finestra l’invito alla preghiera e al compimento delle opere buone secondo gli insegnamenti dei Allah, essendo nato il suo piccolo in un ospedale cittadino e non potendo evidentemente emettere in corsia il suo grido, ha raggiunto velocemente la sua autovettura, ha accuratamente chiuso i finestrini ed ha proclamato ad alta voce l’invito alla preghiera e la sua lode ad Allah in solitudine. Nelle isole Mauritius la puerpera e il neonato non vengono mai lasciati soli ma qualcuno veglia sempre su di loro per evitare che forze malefiche possano ucciderli, tutto questo evidentemente trae origine dall’alta percentuale di complicazioni neonatali e post partum gravi e talvolta mortali.

Nome

Il nome costituisce l’identificazione del bambino, significa riconoscergli dignità di persona. In molti villaggi il nome non viene mai dato prima di una settimana, porta in sé un che di sacro non va mai quindi storpiato od abbreviato.

Circoncisione

È una Tradizione araba anteriore a Maometto che gli Islamici seguono ad imitazione del Profeta, secondo la tradizione Mohammed sarebbe nato circonciso. Il termine arabo suona Khitan, parola molto simile a Khatana significa genero questo probabilmente perché originariamente veniva praticata immediatamente prima del matrimonio ed aveva un significato di iniziazione sessuale. Il rito ha tempi differenti secondo i diversi paesi quasi dovunque però costituisce l’ingresso del nuovo nato nella comunità e viene sottolineato con una grande festa.

Le posizioni della medicina occidentale sono controverse personalmente condivido la posizione dell’American Academy of Pediatrics in una dichiarazione del 1999: vedi riquadro.

“Esistono evidenze scientifiche che dimostrano i potenziali benefici della circoncisione neonatale maschile. Tuttavia questi dati non sono sufficienti a raccomandarla in modo routinario. Essendovi infatti potenziali rischi e benefici e qualora la stessa non sia essenziale per il normale benessere del bambino, i genitori dovrebbero decidere cosa debba esser fatto nel best interest del bambino. Per effettuare una scelta consapevole, i genitori di tutti i bambini maschi dovrebbero ricevere un’informazione accurata e imparziale e avere l’opportunità di discuterne ai fini della decisione. I genitori hanno il diritto di tener conto delle tradizioni culturali, etniche e religiose, in aggiunta ai fattori medici, per poter prendere la loro decisione.”

Task force on Circumcision of the American Academy of Pediatrics, Circumcision Policy Statement (RE9850) in: “Pediatrics”, 1999, vol. 103 n. 3: 686-693.

Mutilazioni Genitali Femminili

Diverse sono le problematiche rispetto alle mutilazioni genitali femminili e che non sono certamente una prescrizione islamica. Attualmente si calcola che nel mondo vi siano circa 140 milioni di donne che hanno subito tale pratica e ogni anno circa 2 milioni di bambine sono esposte al rischio di subirla. Anche se, sporadicamente, è presente in una quarantina di Paesi, la zona di maggior diffusione è l'Africa, in modo particolare l'Africa subsahariana e centrale.

Nel 1995 l'OMS ha identificato le tipologie fondamentali di MFG che sono riconducibili a quattro gruppi:

- **Tipo I** – Ablazione del prepuzio con o senza ablazione di una parte del clitoride. Detta in arabo sunnah (che significa "tradizione") costituisce una sorta di circoncisione femminile ed è la più innocua ma, al tempo stesso la meno praticata. A volte si limita a un piccola incisione mediante la quale si fanno fuoriuscire sette gocce di sangue.
- **Tipo II** – Escissione del clitoride (clitoridectomia) unitamente all'asportazione parziale o totale delle piccole labbra. E' chiamata in arabo tahara che significa "purificazione" o khefad (che significa "riduzione").
- **Tipo III** (infibulazione) – Escissione del clitoride e cruentazione delle piccole labbra che vengono fatte aderire restringendo, così, l'ostio vaginale. Al termine dell'intervento questo viene suturato con fili di crine o, più frequentemente la rima vaginale viene accostata con spine di acacia, lasciando solo un piccolo foro per il passaggio delle urine e del sangue mestruale. Le gambe vengono poi tenute serrate per circa quaranta giorni per favorire la cicatrizzazione.
- **Tipo IV** – Comprende tutte le altre pratiche lesive come puntura, foratura, incisione, allungamento, cauterizzazione dei genitali esterni, raschiamento e/o restringimento della vagina

Tale problematica, si inserisce poi nella più vasto orizzonte del rispetto della corporeità femminile e nell'uso strumentale che di essa continua a farsi in tutte le società: pornografia minorile, sfruttamento per la prostituzione, mutilazioni genitali sono fenomeni certamente diversi ma, in qualche modo correlati dalla strumentalizzazione della donna per fini dettati e controllati dall'universo maschile. La logica di dominio uomo-donna che ha afflitto le società del passato e che il Cristianesimo, la conquista civile dei diritti umani, il movimento femminista hanno cercato di smontare trova in queste nuove schiavitù pericolose e subdole riproposizioni.

Tuttavia è solo alla Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo svoltasi a Cairo nel 1994 che si è avuta la ferma ed esplicita condanna di tali pratiche, successivamente confermata in vari passaggi della Dichiarazione conclusiva della Conferenza Mondiale sulla donna tenutasi a Pechino nel 1995. Specifiche leggi contro le mutilazioni genitali femminili (MGF) sono state di recente emanate anche in alcuni Paesi in cui le MGF sono più diffuse: Guinea, Repubblica Centro Africana, Ghana, Etiopia, Djibouti, Uganda, Egitto, Burkina Faso, Costa d'Avorio, Tanzania, Togo, Senegal.

Relazione madre-bambino

Chi ha una madre ha la felicità (Proverbio Buma)

Il rapporto fisico mamma bambino continua in maniera intensa come se continuasse una sorta di gestazione extrauterina. Secondo alcuni studi il contatto fisico arriva fino al 90%

del tempo per i primi tre mesi, giunge quindi fino al 60% alla fine del primo anno; gli stessi studi hanno calcolato che le mamme francesi hanno un contatto fisico giornaliero che per i primi 12 mesi di vita del bambino non supera mai il 40% del tempo. Tra mamma e bambino si crea una sorta di aura Nef o Nefesh secondo la lingua ebraica che avvolge ambedue e rappresenta una protezione costante e continuata per il piccolo. La mamma è sempre sollecitata a rispondere al pianto del figlio, il pianto è definito il domandare del bambino e va sempre preso in considerazione; secondo Allah il pianto dei primi 4 mesi costituisce La il Allah una sorta di lodi a dio, per i quattro mesi successivi sono saluti del Profeta, i pianti dall'ottavo al dodicesimo mese sono invece preghiere per i genitori. Un simile piantate o è assolutamente in linea con le indicazioni di John Bowlby per la costituzione della "base sicura".

Allattamento

*Sono la tenerezza e il nutrimento materno che portano alla formazione dell'uomo maturo
Al Tabari (X Sec.)*

In genere il colostro non viene somministrato al bambino, secondo la tradizione il colorito giallastro è segno di impurità e potrebbe danneggiare il bambino. Quindi al piccolo vengono dati liquidi zuccherati, talvolta intrugli con il miele, in alcuni villaggi le donne che allattano altri bambini attaccano al seno il nuovo nato in attesa che la mamma inizi la vera e propria lattazione. L'allattamento materno è di norma l'unica alimentazione prevista per il lattante soprattutto nei centri rurali, nei centri urbani il biberon talvolta rappresenta uno status simbol e l'innalzamento di stato sociale corrisponde quasi sempre ad una diminuzione della frequenza di allattamento al seno, un po' come accadeva in Italia una trentina di anni fa.

Il Corano prescrive di allattare i bambini per due anni e l'allattamento viene sempre praticato a richiesta del bambino, senza orari fissi; è la mamma che si adatta alle esigenze del piccolo e non viceversa.

Baby carrying

La schiena della mamma è la medicina del bambino (Proverbio wolof)

Il trasporto con il marsupio (Bambaran come viene chiamato nella Guinea Bissau) rappresenta il modo elettivo di trasporto del piccolo bambino in diverse latitudini nasce probabilmente da esigenze di tipo pratico per consentire alla mamma di poter avere le mani libere per occuparsi dei lavori domestici, si rivela però una soluzione ottimale per lo stato fisico e psicologico del bambino, il trasporto con un marsupio assicura infatti il rapporto corporeo madre bambino per lungo tempo mantenendo quella continuità corporea bruscamente interrotta dopo il parto. In Arabia si parla di NEF definendo con questo termine, simile tra l'altro all'ebraico Nefesh, quell'aura, quello spirito di affetto e protezione che unisce mamma e bambino. In occidente dovremo arrivare agli studi dell'inglese John Bowlby (1907/1990) teorico della secure base per rivalutare l'influenza delle condizioni affettive sullo sviluppo cognitivo e sulla personalità del bambino. Bowlby condusse infatti numerosi studi osservazionali diretti per dimostrare come solo la consapevolezza dell'amore materno espresso anche attraverso un duraturo contatto fisico possa dare al piccolo quella base sicura che potrà aiutarlo e raggiungere una stabilità emotiva, una maggiore sicurezza nell'età adulta.

Massaggio

Il massaggio neonatale è una pratica diffusa sia nel continente africano che in quello asiatico, viene prevalentemente praticato sul grembo materno ed in genere la donna anziana lo insegna alla giovane madre; in alcune culture esistono massaggi differenziati per i maschietti e per le femminucce. Anche in questo caso il contatto corporeo con il bambino è favorito e si attiva una sorta di comunicazione fisica diretta nella diade mamma bambino, i vantaggi in termini di rilassamento sono tali che in questi ultimi anni anche in Italia si stanno diffondendo centri dove questo massaggio si pratica e si insegna.

Cosleeping

In alcune civiltà africane il sonno è considerato un tempo sociale che va quindi condiviso con gli altri membri del nucleo familiare, il neonato dorme sempre accanto alla mamma con l'ulteriore beneficio di un allattamento sempre pronto e disponibile; alcuni studi hanno misurato la qualità e la durata del sonno del bambino da solo nella culla o nello stesso letto della mamma ed esistono segnalazioni sull'influenza benefica della vicinanza materna; viene anche evidenziato che il respiro materno carico di CO² eviterebbe al bambino di cadere in fasi profonde del sonno responsabili di SIDS. Chiaramente sono necessari studi più approfonditi proprio in questo campo, tuttavia rimane un'ipotesi affascinante.

Divezzo

Il divezzo grosso modo avviene più o meno intorno al quinto sesto mese, anche se alcune popolazioni usano fare assaggiare il cibo degli adulti al piccolo già in età neonatale. I cibi frequentemente usati sono pappe a base diversi cereali, taluni introducono precocemente il miele. Certo sarebbe interessante conoscere i diversi stili di divezzo ed assecondare per quanto possibile gli usi dei paesi di provenienza aiutando queste madri, piantate dalla cultura d'origine e prive del supporto delle donne esperte della loro comunità, ad acquisire una maggiore sicurezza del loro ruolo in un paese straniero: perché ad esempio non svezzare un bambino tunisino con il cous cous al posto del semolino?

Un discorso a parte va fatto sull'uso dei cibi Halal della religione islamica: il termine sta ad indicare ciò che è concesso, l'animale ad esempio per essere mangiato dall'uomo deve essere ucciso secondo le modalità Halal e cioè deve essere sgozzato in maniera tale che vada incontro ad una sorta di dissanguamento; bisogna quindi verificare il livello di ortodossia religiosa della famiglia: in alcuni nuclei infatti non essendo molto diffuse le macellerie Halal (non esistono omogeneizzati Halal almeno in Italia) viene fatto assoluto divieto di mangiare carne anche per i bambini. Gli animali di cui è vietato mangiare le carni sono: il maiale, le bestie feroci, cani, asini, muli, rettili, topi, rana e formica; è concesso invece mangiare carne di lucertola, non possono inoltre essere mangiati i pesci senza squame, è sempre vietato assumere bevande fermentate ed ogni forma di alcol.

Un'altra notazione va fatta anche per quanto riguarda il **ramadan**, in realtà non dovrebbe essere praticato prima dei dodici anni né dalle donne che allattano, talvolta però si anticipa l'età del Ramadan e le nutrici per spirito religioso si sottopongono a questo digiuno prolungato

Mille modi per crescere bene un bambino

Certamente non esiste un solo modo per crescere bene un bambino, tale convinzione può essere solo frutto di non conoscenza delle altre culture dell'infanzia ed il mantenere ferme

certe posizioni può solo essere causa di incomprensioni sempre dannose per il bambino. Il pediatra deve quindi essere in grado di potenziare la sua capacità di negoziazione, vagliare bene tutte le possibili soluzioni al problema adattandole alla singole e diversissime realtà cercando di comprendere il grado di compliance della madre e pronto a scendere a patti con l'unico obiettivo di trovare una scelta condivisa che salvaguardi al meglio il bambino. Un esempio potrebbe essere costituito dalla circoncisione: davanti a posizioni assolutamente ferme la scelta di male minore per il bambino potrebbe essere il praticarla in ambiente idoneo con opportuna asepsi ed analgesia.

Possiamo quindi concludere affermando che un pediatra per essere efficace nella gestione del bambino immigrato deve essere in grado di:

- conoscere meglio possibile le differenze e le peculiarità culturali delle diverse etnie.
- comprendere le diversità, pronto a mettere in discussione le proprie conoscenze e certezze consapevoli che esistono diversi modi per crescere bene un bambino.
- comunicare superando le barriere linguistiche e culturali.
- negoziare con la famiglia le scelte migliori per la salute del piccolo paziente.

Concetti chiave:

1. Vi sono diverse tipologie di bambini immigrati, oltre a numerosissime etnie, con problemi differenti
2. Il pediatra deve comprendere la diversità e negoziare con la famiglia le scelte migliori

Bibliografia per approfondire:

1. Acerbi L, Porcu R. Il bambino zingaro, *Rivista Italiana di Pediatria*. 25 suppl. 3 (1999) pp. 31-33.
2. Baccetti S., *Donne e bambini stranieri*, in *La comunicazione interculturale in Sanità* CSE Firenze 2001, 55-65.
3. Cappelli E., *Etnopediatria: mille modi di crescere i bambini* in *Pediatria e immigrazione dalla conoscenza all'interazione* Scuderie Medicee Prato 2001.
4. Maffettone S., *Medicina e multiculturalismo*, Apeiron, Bologna 2000.
5. Mazzetti M., *Il dialogo transculturale in medicina*, L'arco di Giano, 22 (1999) pp. 37-56.
6. Rondini G. et alii, *Il ruolo del pediatra*, *Rivista Italiana di Pediatria*, 25 suppl. 3 (1999) pp. 9-12.
7. Zaffaroni M., *Nascere stranieri*, *Salute e Territorio*, XXII, 2001, 126, pp. 111-113
Lo Giudice M., *I bisogni di salute del bambino immigrato Area Pediatrica IV* (2003), 1, pp. 4-16
8. Lo Giudice M., *Etnopediatria: Bambini e salute in una società multi-etnica* Vol. I, Vol. II
9. Hippocrates Ed. Medico-scientifiche s.r.l. Milano 2003
10. Lo Giudice M., *Etnopediatria: Bambini e salute in una società multi-etnica* vol III in Press