

DIAMOGLI PESO.
L'IMPEGNO
DELL'UNICEF
PER COMBATTERE
LA MALNUTRIZIONE

unicef 

per ogni bambino

INDICE

- 3 Prefazione
- 4 Malnutrizione e infanzia: allarme globale
- 6 Forme di malnutrizione e dati di riferimento
- 10 Il lavoro dell'UNICEF: strategie e interventi
- 12 Le forme di malnutrizione in Italia
- 14 Povertà e sicurezza alimentare in Italia: quanto pesa l'infanzia
- 16 Quando il troppo non è abbastanza:
una panoramica sui disturbi alimentari nei giovani
- 21 L'impegno dell'UNICEF in Italia per il contrasto alla malnutrizione
- 24 Riferimenti bibliografici
- 26 Consigli per una sana e corretta alimentazione

PREFAZIONE

nel 2019 la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza compirà 30 anni.

Il 20 novembre del 1989, infatti, l'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha approvato quello che ad oggi rimane il trattato sui diritti umani maggiormente ratificato al mondo.

A livello nazionale ed internazionale i dati sono lì a dimostrarci che molto è stato fatto per la sopravvivenza, lo sviluppo e la protezione dell'infanzia. Tuttavia, non mancano campanelli di allarme che rischiano di portarci indietro rispetto ai progressi compiuti.

Uno di questi è rappresentato dal problema della malnutrizione: nuovi dati disponibili ci dicono che negli ultimi 3 anni la fame nel mondo è cresciuta tornando ai livelli di un decennio fa. Nel 2017 ne soffrivano 821 milioni di persone ed erano circa 151 milioni i bambini affetti da malnutrizione cronica e oltre 50 milioni quelli colpiti da malnutrizione acuta.

La Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza prevede all'articolo 24 che tutti i bambini e le bambine godano del miglior stato di salute possibile e prevede esplicitamente la lotta alle malattie e alla malnutrizione. Per questo l'UNICEF lavora affinché ogni bambina e ogni bambino possa godere di questo diritto.

Inoltre, il 25 settembre 2015, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha approvato i 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile e l'Obiettivo n. 2 prevede un impegno preciso per eliminare la fame nel mondo entro il 2030.

Quando si parla di malnutrizione il nostro immaginario ci porta direttamente a situazioni legate ai paesi più poveri. Infatti, uno dei maggiori problemi per l'infanzia nel mondo è quello dei bambini malnutriti a causa della sotto-alimentazione. Tuttavia, malnutrizione non significa solo non avere da mangiare a sufficienza, ma anche mangiare in modo errato o

malsano. Attraverso questo opuscolo, vogliamo mettere in luce anche il problema dell'obesità infantile che sta assumendo le caratteristiche di una vera e propria epidemia: si stima, infatti, che 38,3 milioni di bambini e adolescenti nel mondo siano in sovrappeso correndo quindi un rischio maggiore di trovarsi da adulti in una condizione di obesità.

Infine, grazie al contributo di esperti, vogliamo presentare altri due aspetti legati alla questione della cattiva alimentazione nel nostro paese. Il primo è quello della sicurezza alimentare: anche in Italia bambini e bambine che vivono nei nuclei familiari più poveri non hanno accesso a fonti di cibo sicure e sufficienti. Il secondo è quello dei disordini alimentari, che porta alla luce una forma crescente di disagio tra gli adolescenti e presta il fianco ad una serie di altre problematiche quali quelle del bullismo legato all'immagine fisica.

L'UNICEF in Italia e nel mondo è in prima linea nella promozione della Convenzione e nei paesi più poveri porta avanti programmi per la sopravvivenza e lo sviluppo dell'infanzia che comprendono interventi di lotta alla malnutrizione. Per questo attraverso questa pubblicazione vogliamo contribuire ad aumentare la consapevolezza sui problemi legati alla malnutrizione infantile e offrire consigli alle Istituzioni e alle famiglie per affrontare il problema.

Francesco Samengo,
Presidente dell'UNICEF Italia

MALNUTRIZIONE E INFANZIA: ALLARME GLOBALE

Negli ultimi 3 anni la fame nel mondo è cresciuta tornando ai livelli di un decennio fa: al 2017 ne soffrivano 821 milioni di persone – 1 su 91.¹ A livello globale oltre 200 milioni di bambini soffrono di una qualche forma di malnutrizione. Secondo gli ultimi dati pubblicati dall'UNICEF, OMS e Banca Mondiale sono circa 151 milioni i bambini affetti da malnutrizione cronica, 50,5 sono colpiti da malnutrizione acuta e 38,3 sono in sovrappeso.

Il 25 settembre 2015, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha approvato i 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile che vedono coinvolti tutti gli Stati nella ricerca della sostenibilità economica, sociale e ambientale, verso un futuro inclusivo, sostenibile e resiliente. In particolare, l'obiettivo 2 "Porre fine alla fame, raggiungere la sicurezza alimentare, migliorare la nutrizione e promuovere un'agricoltura sostenibile" prevede entro il 2030 di:

- **eliminare la fame e assicurare a tutte le persone, in particolare i poveri e le persone in situazioni vulnerabili, tra cui i bambini, l'accesso a un'alimentazione sicura, nutriente e sufficiente per tutto l'anno.**
- **eliminare tutte le forme di malnutrizione, incluso il raggiungimento, entro il 2025, degli obiettivi concordati a livello internazionale sull'arresto della crescita e il deperimento dei bambini sotto i 5 anni di età, e soddisfare le esigenze nutrizionali di ragazze adolescenti, in gravidanza, in allattamento e delle persone anziane.**

La Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, ratificata da 196 paesi e territori – tra cui l'Italia – prevede all'articolo 24 che tutti i bambini e le bambine godano del miglior stato di salute possibile e prevede esplicitamente la lotta alle malattie e alla malnutrizione. Ma, se i trend attuali continueranno, entro il 2030, 31 milioni di bambini soffriranno di malnutrizione cronica a causa di un'inadeguata nutrizione.

Il mondo ha compiuto importanti progressi nell'affrontare le molteplici forme di malnutrizione e, nonostante i tassi di malnutrizione risultino in costante declino, restano allarmanti: la malnutrizione cronica cala troppo lentamente, la malnutrizione acuta mette a rischio la vita di milioni di bambini, mentre per il sovrappeso non si registrano progressi da più di 15 anni. Nel 2017, la malnutrizione è stata concausa di circa 3 milioni di decessi infantili.

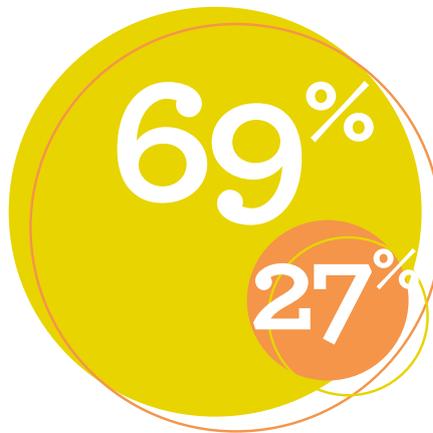
¹ Rapporto FAO/IFAD/WFP/UNICEF/OMS: *Lo stato della Sicurezza Alimentare e della nutrizione nel mondo 2018*

Africa e Asia sopportano il peso maggiore delle 3 forme di malnutrizione.

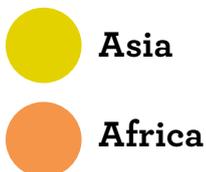
Malnutrizione cronica



Malnutrizione acuta



Bambini in sovrappeso



Nel 2017, il 55% dei bambini affetti da malnutrizione cronica viveva in Asia, il 39% in Africa; il 69% di quelli con malnutrizione acuta si trovava in Asia, il 27% in Africa; il 46% dei bambini in sovrappeso era in Asia, il 25% in Africa.

Lo stato nutrizionale infantile dipende da 3 fattori più ampi: cibo, salute e cure adeguate. Visti più da vicino questi fattori si traducono in una dieta inadeguata che non fornisce le necessarie calorie, proteine, vitamine e minerali (micronutrienti) per la crescita o nell'incapacità di assorbire adeguatamente nutrienti per malattie quali diarrea, morbillo, parassiti intestinali, malaria, con conseguenti deficienze nutrizionali.

Nei bambini molto piccoli spesso lo stato nutrizionale è determinato da quello della madre: la malnutrizione della donna durante la gravidanza e l'allattamento sarà causa della malnutrizione del bambino. Altre cause di fondo sono riconducibili a povertà, carenza di servizi sanitari e assistenza, fragilità dei sistemi di sicurezza sociale, soprattutto a fronte di emergenze ricorrenti: siccità, alluvioni, migrazioni forzate, conflitti.

Sovrappeso e obesità rappresentano un volto nuovo della malnutrizione, plasmato almeno in parte dalle strategie di marketing dell'industria alimentare e da un maggiore accesso a cibi lavorati a livello industriale, oltre che da una minore attività fisica. Il problema è più significativo in Nord America, ma anche Africa e Asia stanno vedendo un rialzo di questa tendenza.

Se la malnutrizione può manifestarsi in molteplici forme, **il modo per prevenirla è virtualmente identico**: un'adeguata nutrizione materna, prima e durante la gravidanza e l'allattamento; un allattamento ottimale nei primi due anni di vita del bambino; alimenti nutrienti, differenziati e sicuri nella prima infanzia; un ambiente sano, che permetta l'accesso all'assistenza medica essenziale, a servizi idrici ed igienico-sanitari adeguati, all'educazione all'igiene e a opportunità per un'attività fisica salutare.

FORME DI MALNUTRIZIONE E DATI DI RIFERIMENTO

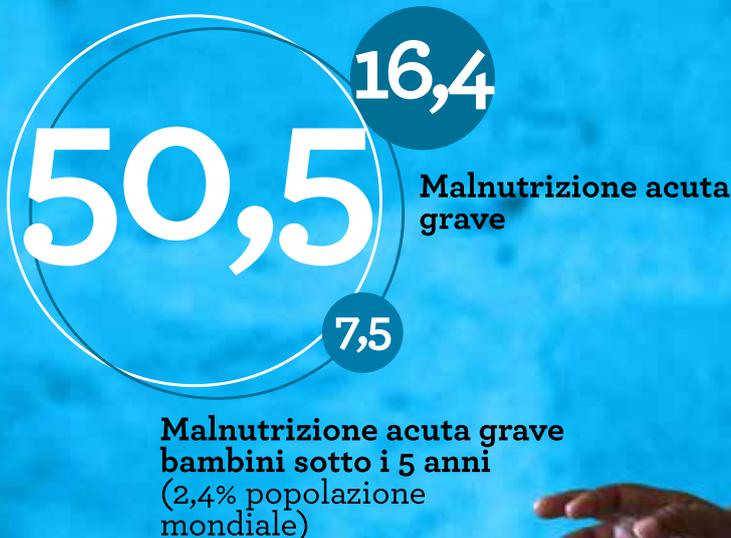
La **malnutrizione cronica** – o **Stunting**, ritardo della crescita – è connotata da un basso rapporto altezza/età, può essere moderata o grave, ed è il risultato della carenza di nutrienti di base nei primi 1.000 giorni di vita: dal concepimento del bambino fino ai primi 2 anni di vita. Le conseguenze sullo sviluppo del bambino – sia fisico sia cognitivo – sono irreversibili, determinando anche una minore resistenza alle malattie, una riduzione delle capacità di apprendimento scolastico e, successivamente, di produttività nella vita adulta.

> Tra il 2000 e il 2017, la malnutrizione cronica è calata da oltre 198 milioni a quasi 151 milioni di bambini sotto i 5 anni, ma è aumentata in modo allarmante in Africa Occidentale e Centrale, da 22,8 milioni a 29,9 milioni di bambini.

> L'Africa è l'unica regione in cui il numero di bambini affetti da malnutrizione cronica è aumentato - da 50,6 milioni nel 2000 a 58,7 milioni nel 2017.

La **malnutrizione acuta** – **Wasting, deperimento** - è connotata da un basso rapporto altezza/peso ed è il risultato di una rapida perdita di peso o dell'incapacità di acquisire peso. Può essere moderata o grave: in quest'ultimo caso, il bambino corre un rischio di morte altissimo, 9 volte superiore rispetto a bambini ben nutriti.

Malnutrizione acuta (milioni di bambini)



Un bambino affetto da malnutrizione acuta ha un peso inadeguato per la sua altezza, a causa di una rapida perdita di peso spesso dovuta a condizioni di vita critiche in contesti di emergenza (siccità, alluvioni, migrazioni, conflitti): nella forma grave risulta in pericolo di vita ma è curabile se assistito con terapie adeguate ed immediate.

> In termini di **prevalenza**, oltre la metà dei bambini affetti da malnutrizione acuta e malnutrizione acuta grave vivevano in **Asia meridionale** ed 1/4 in **Africa Sub-Sahariana**. La soglia del 15% segna il passaggio a condizioni in cui la malnutrizione acuta costituisce un problema critico di salute pubblica: con una prevalenza del 15,9%, in Asia Meridionale la malnutrizione acuta è oggi un'emergenza di salute pubblica; in Africa Occidentale e Centrale (9%) e in Nord Africa e Medioriente (7,6%) richiede programmi terapeutici urgenti e appropriati.

> **L'Asia è il continente con il maggior numero** di bambini sotto i 5 anni che soffrono di malnutrizione acuta (35 milioni) e malnutrizione acuta grave (12,1 milioni), seguita **dall'Africa** con 13,8 milioni di bambini con malnutrizione acuta, di cui 4 milioni nella forma grave. Più della metà di tutti i bambini sotto i 5 anni affetti da malnutrizione acuta vivono in **Asia meridionale: 26,9 milioni**.

35

milioni di bambini in Asia

13,8

milioni di bambini in Africa



Le persone sono malnutrite anche quando in **sovrappeso** – **Overweight**, condizione per cui un bambino pesa troppo per la sua altezza – quando si **bruciano troppe poche calorie rispetto a cibo e bevande consumate**. I bambini in sovrappeso sono esposti a più elevati rischi di malattie nel corso dello sviluppo nell'età adulta. Sovrappeso e obesità sono il risultato almeno in parte delle strategie di marketing dell'industria alimentare e di un maggiore accesso a cibi lavorati a livello industriale, oltre che da livelli non adeguati di attività fisico-motoria.

> Da più di 15 anni non si registrano progressi nell'arginare la crescita del tasso di sovrappeso: nel **2017, 38,3 milioni di bambini sotto i 5 anni risultavano in sovrappeso**, 8 milioni in più rispetto ai 30,1 milioni del 2000. Nel 2017, il 5,6% della popolazione infantile mondiale sotto i 5 anni risultava in sovrappeso.

> **L'Asia è il continente con il maggior numero** di bambini in sovrappeso – 17,5 milioni – **seguito dall'Africa** con 9,7 milioni e dalla regione dell'**America latina e Caraibi** con 3,9 milioni. Nel 2017, l'Asia Orientale e Pacifico è risultata l'area regionale con il numero più elevato di bambini in sovrappeso, con 8,9 milioni colpiti, seguita da Medio Oriente e Nord Africa, con circa 5,3 milioni.

> **In Africa, il numero di bambini in sovrappeso è cresciuto di quasi il 50%** tra il 2000 e il 2017: da 6,6 milioni a 9,7. Di particolare preoccupazione la crescita dei bambini sia in sovrappeso sia con malnutrizione cronica in Africa Occidentale e Centrale, dove i sistemi sanitari non sono attrezzati per questo duplice aspetto della malnutrizione.

> **La crescita della prevalenza** dei bambini in sovrappeso riguarda quasi **tutte le regioni del pianeta**, ma l'aumento più elevato tra il 2000 e il 2017 riguarda la regione dell'**Europa Orientale e dell'Asia Centrale** - con il 14,8% dei bambini sotto i 5 anni colpiti - seguita da **Medio Oriente e Nord Africa** al 10,9% e dal **Nord America** al 7,9%. Il 39% di tutti i bambini sotto i 5 anni in sovrappeso vive in paesi a reddito medio-alto, il 38% in paesi a basso-medio reddito, il 12% in paesi ad alto reddito ed il 10% in paesi a basso reddito. In Nord America, i bambini in sovrappeso risultano oltre 1,7 milioni.

malnutrizione cronica

Nel mondo, circa **1 bambino su 4** sotto i 5 anni soffre di malnutrizione cronica: **150,8 milioni di bambini** nel 2017, il 22,2% di tutti i bambini a livello globale.



58,7 milioni
Africa Subsahariana



83,6 milioni
Asia



5,1 milioni
America Latina
E Caraibi



Nel 2017 **38,3 milioni di bambini** sotto i 5 anni risultavano in

sovrappeso



1 su 3
Europa



9,7 milioni
Africa



17,5 milioni
Asia

3,9 milioni
America Latina
E Caraibi



1,7 milioni
Nordamerica

IL LAVORO DELL'UNICEF: STRATEGIE E INTERVENTI

Per **promuovere e rafforzare l'impegno di governi e comunità per una corretta nutrizione**, l'UNICEF opera a livello globale con le controparti istituzionali, la comunità scientifica, le agenzie per lo sviluppo e le Ong partner, le associazioni della società civile, le comunità locali e familiari.

Tra i risultati conseguiti nel 2017, l'UNICEF ha sostenuto **interventi nutrizionali in 120 paesi**, dislocando **599 esperti nutrizionisti** nelle aree con i più alti tassi di malnutrizione dell'Asia Meridionale, dell'Africa Occidentale e Centrale e dell'Africa Orientale e Meridionale, **investendo oltre 665 milioni di dollari** per fornire servizi di prevenzione e terapia della malnutrizione in tutte le sue forme.

Tra i risultati conseguiti nelle 4 aree operative **per la Nutrizione infantile**, nel 2017:

> **1. Nutrizione infantile e per la prima infanzia:** grazie al sostegno dell'UNICEF, i tassi di allattamento esclusivo al seno sono aumentati negli ultimi 4 anni, nel quadro del piano strategico dell'UNICEF per il 2014-2017. Il numero di paesi con tassi di allattamento esclusivo al seno superiori al 50% è passato da 27 nel 2014 a 35 nel 2017. Il numero di paesi assistiti da programmi nutrizionali operati dall'UNICEF è passato da iniziali 64 a 86 nel 2017.

> **2. Somministrazione di micronutrienti e fortificazione degli alimenti base:** quale primo fornitore a livello mondiale di vitamina A, nel 2017 l'UNICEF ha sostenuto 553 milioni di terapie a base di vitamina A in 58 paesi prioritari per 250 milioni di bambini. Più di 15,6 milioni di bambini sono stati raggiunti con micronutrienti in polvere nel 2017, con la fornitura dell'UNICEF aumentata del 340% tra il 2014 e il 2017, da 346 milioni di bustine nel 2014 a 1,185 miliardi nel 2017.

> **3. Interventi nutrizionali d'emergenza e cure per la malnutrizione acuta grave:** nel corso del 2017, l'UNICEF ha potenziato gli interventi di terapia e cura dei bambini affetti da malnutrizione acuta grave in 67 paesi, con più di 4 milioni di bambini con malnutrizione acuta grave ed in grave pericolo di vita trattati con terapie nutrizionali. In totale, oltre 14,9 milioni di bambini affetti da malnutrizione acuta grave e in pericolo di vita hanno beneficiato di terapie nei 4 anni coperti dal piano strategico dell'UNICEF, sia in contesti di emergenza che di sviluppo. Nel quadro della risposta ad emergenze nutrizionali, 3 milioni di bambini affetti da malnutrizione acuta grave sono stati trattati con terapie di cura, con il 91% pienamente guarito.

Interventi in
120
paesi

599
esperti
nutrizionisti

665
milioni di dollari
in investimenti



L'UNICEF
ha investito nel 2017
219,9
milioni di dollari
in prodotti
nutrizionali

> 4. **Programmi complessivi per il miglioramento delle condizioni**

nutrizionali: l'UNICEF guida e sostiene un crescente numero di partenariati globali in materia di nutrizione. Nel 2017, l'UNICEF ha presieduto, coordinato o partecipato quale membro direttivo a 12 iniziative nutrizionali di livello globale. L'UNICEF continua ad essere leader mondiale in termini di competenze in materia di nutrizione materna e infantile: nel 2017, esperti nutrizionisti dell'UNICEF sono stati autori o coautori di 75 articoli scientifici su diversi aspetti della nutrizione infantile.

Per la fornitura di prodotti nutrizionali, nel 2017 l'UNICEF ha investito oltre 219,9 milioni di dollari, procurando: 52.850 tonnellate di alimenti terapeutici pronti per l'uso (RUTF), il 55% delle quali prodotte negli stessi paesi beneficiari; 554 milioni di terapie a base di vitamina A, destinate a 250 milioni di bambini in 58 paesi prioritari; 238,6 milioni di compresse per la cura dei parassiti intestinali; oltre 1.185 miliardi di sacchetti di micronutrienti multipli in polvere; 1.414 miliardi di tavolette a base di integratori di ferro e acido folico.

LE FORME DELLA MALNUTRIZIONE IN ITALIA

Quando si parla di malnutrizione il nostro immaginario ci porta direttamente a immagini e situazioni legate ai paesi più poveri. Infatti, uno dei maggiori problemi per l'infanzia nel mondo è quello dei bambini malnutriti a causa della sotto-alimentazione. Questa è il risultato di un'alimentazione inadeguata, con un apporto insufficiente di calorie, proteine e micronutrienti necessari per la crescita del bambino.

Tuttavia, malnutrizione non significa solo non avere da mangiare a sufficienza, ma anche mangiare in modo errato o malsano. Anche l'obesità, infatti, è una forma di malnutrizione e secondo il rapporto UNICEF Report Card 14 **"Costruire il futuro"** è in aumento, con rare eccezioni, in tutti i 41 paesi dell'Unione Europea e dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico presi in esame¹.

Le più importanti istituzioni sanitarie nazionali ed internazionali, ormai periodicamente, stanno mettendo in guardia il nostro paese sulle dimensioni che sta assumendo il fenomeno dell'obesità infantile: secondo l'ultima indagine condotta dall'osservatorio **"Okkio alla Salute"** dell'Istituto Superiore di Sanità² il 9,3% dei bambini/e coinvolti nell'indagine è obeso e circa il 21% in sovrappeso. Nel documento completo si legge che in Italia la percentuale di bambini e adolescenti obesi è aumentata di quasi 3 volte nel 2016 rispetto al 1975.

L'obesità infantile nel nostro paese, come in altri, non è dovuta soltanto ad una cattiva alimentazione (eccesso anche in età infantile di consumo di zuccheri e di grassi), ma anche ad uno stile di vita spesso troppo sedentario. Secondo gli ultimi dati dell'ISTAT la quota dei bambini sedentari è molto alta nella fascia di età 3-5 anni (48,8%) diminuisce nelle fasce di età successive, ma inizia a risalire e a mantenersi alta a partire dalla fascia di età 18-19 anni (20,8%)³.

Per contrastare quella che sta diventando una vera e propria epidemia nel nostro paese è necessaria la cooperazione di tutti gli attori coinvolti, affinché vengano realizzate campagne capillari di informazione rivolte alle famiglie e promosse abitudini alimentari e stili di vita sani presso i bambini e i ragazzi; a partire dall'ambiente scolastico luogo di incontro privilegiato. È importante poi che tali interventi siano condotti utilizzando un linguaggio rispettoso e



bambini obesi

bambini sovrappeso





non stigmatizzante per tutelare i bambini e i ragazzi affetti da tale patologia e prevenire l'insorgere di fenomeni di bullismo tra coetanei.

L'obesità è forse la forma di malnutrizione maggiormente conosciuta e dibattuta nel nostro paese. Tuttavia, grazie al contributo di esperti che quotidianamente operano nei rispettivi settori attraverso questo opuscolo vogliamo accendere i riflettori su altri due fenomeni legati a questo problema: l'insicurezza alimentare e i disordini alimentari.

POVERTÀ E SICUREZZA ALIMENTARE IN ITALIA: QUANTO PESA L'INFANZIA

Gli ultimi dati ISTAT indicano che la povertà minorile in Italia è una vera emergenza: più di un 1 milione e 200 mila bambini e adolescenti non hanno l'indispensabile per una vita quotidiana dignitosa e più del 20% delle famiglie con tre o più figli minori si trova in questa stessa condizione.

di **Marco Lucchini**
Segretario Generale
Fondazione Banco
Alimentare

Solo 15 anni fa era 1 giovane su 50 a vivere in situazioni di povertà assoluta, oggi è 1 su 10. Allo stesso tempo è significativo che il tasso del 6,9% relativo alle famiglie in grave indigenza materiale, quasi raddoppia raggiungendo il 12,1% se nel nucleo familiare sono presenti minori. Tra le deprivazioni maggiormente emerse da tutte le indagini svolte, la mancanza di cibo in quantità e qualità è sempre al primo posto.

Nell'immaginario collettivo la povertà è messa in relazione alla denutrizione, invece i numeri indicano che nelle aree geografiche con maggior deprivazione dal punto di vista sia economico che socio-culturale soprattutto i minori soffrono di problemi legati a sovrappeso e/o obesità. Questo dato emerge non solo nelle regioni dell'Italia meridionale ma trova conferma anche nei quartieri periferici con più alta presenza di povertà delle città del nord. La prima causa rilevata risiede nella ridottissima capacità di spesa per l'alimentazione che porta la famiglia a scelte indirizzate più alla sazietà che alla qualità.

Di fronte a questo grave fenomeno, che purtroppo è incrementato negli ultimi anni, occorrono molteplici risposte e serve offrire un sostegno alimentare che consenta alle famiglie di avere a disposizione i beni in quantità e varietà sufficiente a soddisfare un corretto equilibrio nutrizionale.

Un ruolo importante lo giocano le istituzioni scolastiche, in particolare attraverso una refezione scolastica in grado di garantire un equilibrio quanti-qualitativo quotidiano, che difficilmente potrebbe essere offerto in altro modo, confermando anche il valore del pranzo in mensa come momento educativo e di condivisione.

I minori però da soli non possono migliorare la loro difficile condizione, per questo un ulteriore contributo è il sostegno socio-educativo verso i genitori così da poter affrontare in modo più efficace il proprio stato di difficoltà. A questo proposito è risultato di

1,2

milioni di bambini e adolescenti e il

20%

delle famiglie con tre o più figli minori non hanno l'indispensabile per una vita quotidiana dignitosa

particolare efficacia sviluppare e rafforzare reti di prossimità per il supporto alle famiglie.

A questo livello si realizza il contributo di Banco Alimentare che collabora con 8.000 associazioni che in Italia accolgono poco più di 1.500.000 di persone povere, infatti l'aiuto alimentare si è rivelato il miglior accesso per conoscere e affrontare altri gravi problemi. Il 78% di queste associazioni consegna spese alimentari, una gran parte recandosi presso il domicilio delle famiglie per garantire una maggiore discrezione. Invece rispetto alla fascia d'età la percentuale di minori (0-15 anni) sul 1.500.000 assistito è del 23% con circa un 7% di bambini da 0 a 5.

Nel 2017 il contributo alimentare del Banco Alimentare è stato pari a circa 91.000 tonn. di alimenti, in particolare focalizzando il recupero di alimenti primari ma difficilmente presenti nei menù delle famiglie povere, quali frutta e verdura o pesce. Per far fronte alla crescente domanda di cibo, oltre alla quotidiana attività di recupero, sono state realizzate partnership con importanti aziende alimentari al fine di donare maggior quantità e qualità di alimenti mirati in particolare ai bambini. In questo modo, ad esempio, sono state realizzate campagne al fine di garantire la prima colazione a decine di migliaia di famiglie, avendo riscontrato che questo è un pasto spesso assente sulla tavola dei più poveri.

Il Banco Alimentare nell'ambito di un territorio ha quindi un duplice valore: un sostegno al lavoro svolto dalle associazioni non profit che accolgono e accompagnano le famiglie con minori e un'azione volta al recupero di cibo evitando uno spreco causato da una logica di puro mercato, e che invece ritorna ad essere una risorsa prioritaria per chi pur essendo un "consumatore" non può essere un "acquirente".

¹http://www.unicef.it/Allegati/Costruire_il_futuro.pdf

²<http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

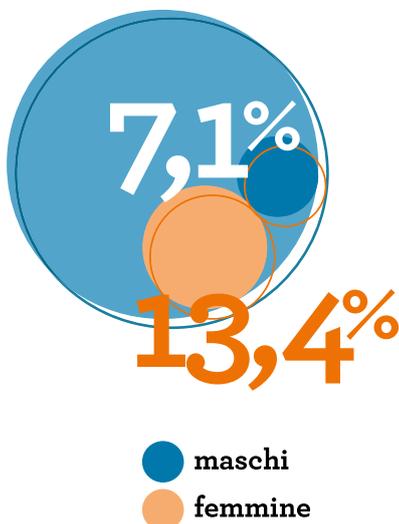
³Fonte: ISTAT, Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"

QUANDO IL TROPPO NON È ABBASTANZA:

UNA PANORAMICA SUI DISTURBI ALIMENTARI NEI GIOVANI

di **Martina Maria Mensi**,
MD - Specialista in
Neuropsichiatria Infantile
(NPI) Referente NPI Day
Hospital per i Disturbi del
Comportamento Alimentare
U.O. Neuropsichiatria
Infantile (N.P.I.) Fondazione
Mondino

Bambini in età
compresa tra i 9 e i 14
anni che presentano
un comportamento
alimentare disturbato



È stato a lungo ritenuto che i disturbi del comportamento alimentare siano emersi solamente nel tardo diciannovesimo secolo, attraverso le descrizioni pressoché simultanee di Lasègue in Francia e Gull in Inghilterra, conferendo perciò a tali patologie la connotazione di “fenomeno moderno”. Tuttavia recenti studi hanno rivelato che numerose e variabili manifestazioni di volontaria restrizione alimentare sono state praticate per millenni (Bemporad, 1996). Le forme patologiche descritte attualmente potrebbero dunque non essere esemplificative di un nuovo disturbo, emergente in risposta ai cambiamenti sociali portati dall'industrializzazione, ma solo la dimostrazione più recente di un problema molto più antico e pervasivo nato già nell'era pre-industriale (Bemporad, 1997).

L'anoressia nervosa venne definita da Meyers come una condizione caratterizzata da perdita (*an*) di appetito (*orexis*), accompagnata da calo ponderale (Court & Kaplan, 2016); solo successivamente, fu concepita come un disturbo psichiatrico caratterizzato da intensa paura di aumentare di peso e alterazione dell'immagine corporea. La bulimia nervosa venne descritta invece da Russell come un distinto disturbo del comportamento alimentare (Vandereycken, 1994) caratterizzato da episodi di abbuffate e condotte compensatorie (utilizzate per mitigare gli effetti dell'iperalimentazione) associato ad un livello di autostima indebitamente influenzato dalla forma e dal peso corporeo.

A questi due disturbi, si aggiungono, al momento attuale, il disturbo da binge eating (episodi di abbuffate in assenza di franche condotte di eliminazione) e il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo nonché la pica e il disturbo da ruminazione.

I disturbi del comportamento alimentare costituiscono, quindi, un gruppo eterogeneo di condizioni patologiche che molto frequentemente colpiscono giovani (soprattutto di sesso femminile) nei paesi occidentali (Hoek, 2016). L'adolescenza, periodo caratterizzato da numerosi cambiamenti sul piano neurobiologico, ormonale, oltre che relazionale e ambientale, rappresenta l'epoca di maggiore insorgenza di tali disturbi, il cui picco di esordio è compreso tra i 14 e i 19 anni.

In particolare, nei soggetti di età compresa tra i 9 e i 14 anni, il 7,1% dei maschi e il 13,4% delle femmine presenta un comportamento alimentare disturbato (Herpertz-Dahlmann, 2015).

Per quanto concerne la distribuzione geografica, i disturbi del comportamento alimentare si presentano con maggior frequenza nei paesi industrializzati ed ad alto reddito (American Psychiatric Association, 2013). Nonostante l'incidenza reale di tale disturbo sia incerta nei paesi a basso reddito a causa della mancanza di dati epidemiologici sufficienti, recenti ricerche documentano un incremento, soprattutto nelle regioni arabe e asiatiche, in congiunzione con l'aumento dell'industrializzazione, urbanizzazione e globalizzazione (Hoek, 2016).

Come fenomeno di attualità, è dibattuta, poi, l'influenza di forme di denigrazione del corpo, presenti soprattutto sui social networks, chiamato “body shaming”.

Sulla base di recenti studi europei, l'anoressia nervosa risulta essere diventata globalmente più frequente nel corso degli anni, in particolare nel XX secolo, soprattutto nella fascia di età 15-24 anni (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders, 2014; Smink, et al., 2016). Tale dato epidemiologico potrebbe essere correlato alla incrementata presenza di strutture specificamente dedicate ai disturbi del comportamento alimentare che facilitano, rispetto al passato, la diagnosi degli stessi. È possibile, tuttavia, che si sia verificato un reale aumento del tasso di incidenza delle patologie alimentari, da ricondurre specialmente alla comparsa nel '900 di un nuovo ideale di bellezza, incarnato da una figura eccessivamente magra, fattore che ha spinto nel corso degli anni gli individui, specialmente giovani, a conformarsi a tale modello attraverso l'adozione di un comportamento alimentare anomalo (Dell'osso L, 2016). Come fenomeno di attualità, è dibattuta, poi, l'influenza di forme di denigrazione del corpo, presenti soprattutto sui social networks, che gli esperti hanno chiamato “body shaming”. La vergogna è un'emozione dolorosa, concettualizzata come una risposta difensiva che sorge quando si pensa che gli altri vedano e giudichino il proprio sé negativamente, come debole, non attraente, inferiore e/o difettoso. Il rischio è che questi sentimenti possano essere successivamente interiorizzati portando ad autovalutazioni negative e sentimenti di inadeguatezza e inferiorità (Gilbert P., 1998; Santos Dias B.S., 2018). Nel caso del body shaming, queste valutazioni negative sono focalizzate sul peso e sull'aspetto fisico e corrispondono alla percezione che la persona non abbia caratteristiche fisiche (forma del corpo, dimensioni o peso) che si adattino a ciò che gli altri percepiscono come attraente (Santos Dias B.S., 2018; Duarte C., 2014). In effetti, l'insorgenza di sentimenti di

vergogna per il proprio corpo dipende in larga misura dalla società, dal momento che è il contesto socio-culturale che stabilisce un modello, e di conseguenza cosa viene valutato positivamente o al contrario discriminato (Santos Dias B.S., 2018; Gilbert P., 2002). La crescente oggettivazione del corpo da parte della collettività, in particolare in relazione all'apparenza femminile, rischia di portare le persone a stabilire pesi e standard legati all'aspetto fisico troppo spesso irraggiungibili e non realistici, contribuendo a un'autovalutazione negativa ed a livelli più elevati di vergogna per un corpo che difficilmente si adatta alla perfezione ricercata (Santos Dias B.S., 2018; Noll S.M., 1998). Anche se la vergogna focalizzata sul corpo sembra avere un'influenza sullo stabilirsi della psicopatologia in generale (Duarte C., 2014; Santos Dias B.S., 2018), il ruolo specifico sulla genesi dei disturbi del comportamento alimentare rimane ad oggi ancora scarsamente documentato nella letteratura scientifica.



L'anoressia nervosa si caratterizza per un decorso cronico nel

20%

dei casi, con un tasso di mortalità superiore di

18

volte

a quello della popolazione in generale.

Storicamente i disturbi dell'alimentazione sono stati largamente ignorati nel campo della salute globale, eccetto per il riconoscimento degli stessi come condizioni gravi e disabilitanti con un impatto negativo sugli individui e sulle loro famiglie. Tuttavia, la recente inclusione dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa nel calcolo della gravità globale delle malattie (Global Burden of Disease) ha dimostrato che questi disturbi incrementano sia il tasso globale di mortalità che di disabilità (Erskine HE, 2016). È importante sottolineare che la reale gravità dei disturbi del comportamento alimentare è probabilmente sottostimata: l'impatto di tali disturbi sulle famiglie, sulle scuole e sugli altri sistemi di supporto non è infatti compreso nei calcoli statistici. In aggiunta a ciò, è stato evidenziato che la gravità dei disturbi alimentari nelle giovani donne delle nazioni ricche è maggiore di quello di altre condizioni come abuso di alcol, violenza domestica e malattie ginecologiche (Erskine HE, 2016).

Rappresentando, dopo l'asma e l'obesità, la terza maggiore causa di morte per malattia cronica tra gli adolescenti (Herpertz-Dahlmann, 2015), i disturbi del comportamento alimentare sono dunque patologie di estrema potenziale gravità anche per l'alto tasso di complicità/comorbidità mediche e psichiatriche.

L'anoressia nervosa rappresenta la patologia psichiatrica con la più alta mortalità:

20%

a **20** *anni*

e **1/5** *per suicidio*

In particolare, l'anoressia nervosa si caratterizza per un decorso cronico in circa il 20 % dei casi, con un tasso di mortalità quasi 18 volte superiore a quello della popolazione generale (Steinhausen HC, 2008) e rappresenta, inoltre, la patologia psichiatrica con la più alta mortalità, stimata del 20% a 20 anni (Touyz & Hay, 2015), con un quinto delle morti per suicidio (Arcelus J, 2011).

L'ingente portata di queste manifestazioni sullo stato di salute degli individui ha fatto in modo che l'Organizzazione Mondiale della Sanità includesse i disturbi alimentari tra le malattie mentali prioritarie dei bambini e degli adolescenti (Treasure J, 2010).

La genesi dei disturbi del comportamento alimentare presenta ancora punti oscuri. L'approccio scientifico attuale all'eziologia dei disturbi del comportamento alimentare è multifattoriale: lo sviluppo dipende dalla presenza di una vulnerabilità individuale (genetica) sulla quale agiscono specifici fattori di rischio biologici, psicologici, ambientali, familiari, socio-culturali (Lock J, 2015)

(National Collaborating Centre for Mental Health, 2004; Dell'osso L, 2016). Soprattutto quando l'esordio del disturbo risulta insidioso, non è sempre chiaro se questi fattori agiscano in quanto cause o conseguenze del disturbo stesso.

Le principali linee guida europee e internazionali riguardanti i disturbi del comportamento alimentare hanno enfatizzato, quindi, la necessità, specialmente per bambini e adolescenti, di un trattamento multidisciplinare e multimodale, integrante un approccio medico-nutrizionale, che prevede la presa in carico e il trattamento degli aspetti alimentari e clinico-internistici (ripristino delle condizioni nutrizionali adeguate per età, programmi di educazione alimentare) e un approccio psicologico-psichiatrico, comprendente un percorso psicoterapico individuale, counseling o terapia familiare ed eventuale terapia psicofarmacologica aggiuntiva (American Psychiatric Association Practice Guidelines; National Collaborating Centre for Mental Health, 2004; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders, 2014; Treasure J, 2010; Onnis L, 2012).

Riferimenti bibliografici a pag. 24

L'IMPEGNO DELL' UNICEF IN ITALIA PER IL CONTRASTO ALLA MALNUTRIZIONE

Il Comitato Italiano per l'UNICEF nasce il 19 giugno del 1974 con l'obiettivo di promuovere i diritti dei bambini e degli adolescenti e raccogliere fondi per la realizzazione di progetti a tutela dell'infanzia in tutto il mondo.

Sin dalla sua nascita il Comitato ha portato avanti attività di raccolta fondi a sostegno dei progetti dell'UNICEF internazionale e l'attività di promozione di una cultura dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia e nel mondo.

Nel 1991 l'Italia ha ratificato la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, da allora il Comitato è in prima linea per far sì che i Governi mettano in piedi misure per l'attuazione della Convenzione.

Gli obiettivi del lavoro che l'UNICEF Italia porta avanti per la promozione della Convenzione derivano strettamente dall'agenda dell'UNICEF Internazionale così come le modalità di operare si inseriscono nell'ambito del mandato internazionale.

La Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza prevede all'articolo 24 che tutti i bambini e le bambine godano del miglior stato di salute possibile e prevede esplicitamente la lotta alle malattie e alla malnutrizione. Per questo anche in Italia operiamo affinché ogni bambina e ogni bambino possa godere di questo diritto.

In particolare, attraverso il Programma Ospedali e comunità amiche dei bambini lavoriamo per la creazione di servizi sanitari volti a migliorare le pratiche di assistenza alla mamma e al bambino, rendendo protagonisti i genitori e sostenendoli nelle scelte per l'alimentazione e la cura dei propri bambini.

Il programma si inserisce nell'obiettivo globale di una più corretta alimentazione del bambino, poiché tutte le madri dovrebbero ricevere informazioni corrette e indipendenti sui benefici dell'allattamento al seno, in modo da poter operare una scelta consapevole.

L'iniziativa Ospedale amico del bambino lanciata dall'UNICEF e dall'OMS nel 1992, incoraggia le buone pratiche per la promozione dell'allattamento materno, rispetta la naturalità dell'evento nascita e permette un buon avvio dell'allattamento al seno per madre e bambino.



È ormai scientificamente provato che l'allattamento materno offre benefici in termini di salute per la diade madre-bambino perché in grado di contribuire l'insorgere di patologie quali l'obesità.

L'iniziativa Comunità amica dei bambini è stata sviluppata proprio a partire dal progetto Ospedale amico adattandolo ai servizi socio-sanitari territoriali per far sì che tutti gli operatori a contatto con le donne in gravidanza, madri e bambini adottino uno standard di buone pratiche di assistenza per proteggere, promuovere e sostenere l'avvio e la durata dell'allattamento.

464.000

nati in Italia nel 2017

+30.277

nati in ospedali riconosciuti dall'UNICEF e dall'OMS

+28

ospedali in Italia riconosciuti come Amici dei bambini

Nel 2017, oltre 30.277 bambini, il 6,5% dei nati in Italia su un totale di 464.000, sono nati negli Ospedali riconosciuti dall'UNICEF e dall'OMS "Amici dei bambini". Questi neonati e le loro madri hanno quindi beneficiato dei migliori standard di assistenza in materia di parto e allattamento.

Ad oggi, fanno parte della Rete UNICEF in Italia 28 Ospedali e 7 Comunità riconosciuti dall'UNICEF come Amici dei bambini, 3 Corsi di Laurea riconosciuti Amici dell'Allattamento e oltre 650 Baby Pit Stop - spazi dedicati a tutte le famiglie in cui poter prendersi cura dei propri bambini.

Attraverso il programma dell'UNICEF sono stati formati oltre 3.900 operatori e oltre 1.600 persone sono state sensibilizzate per diffondere la cultura dell'allattamento all'interno del sistema sanitario. Nelle strutture che hanno iniziato il percorso per il riconoscimento di "Ospedali Amici dei Bambini" sono oltre 4.000 le persone e gli operatori che stanno seguendo corsi di formazione e sensibilizzazione. A livello internazionale sono oltre 23.000 gli ospedali riconosciuti dall'UNICEF in più di 150 paesi.

Il benessere psico-fisico di bambini e adolescenti è alla base di uno sviluppo sano e armonioso; per questo è importante che vengano garantite a tutti le migliori condizioni di partenza. La proposta che rivolgiamo alle Istituzioni è che nell'ambito delle politiche sanitarie, si investa per garantire a tutti i bambini il miglior stato di salute possibile e nella promozione di stili di vita sani, sin dalla nascita, soprattutto nei contesti di maggiore vulnerabilità.

Per questo auspichiamo che vengano portati avanti interventi concreti quali:

- > adottare una legge nazionale che tuteli l'allattamento materno nei luoghi pubblici
 - > assicurare politiche di sanità pubblica che portino ad un aumento di “Ospedali e comunità amiche dei bambini” in linea con gli standard UNICEF/OMS
 - > assicurare i servizi di mensa scolastica per una sana e corretta alimentazione, accessibili a tutte le famiglie e strutturati secondo un sistema di regole uniforme a livello nazionale
-

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Bibliografia sui disturbi dell'alimentazione

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition, Ed. American Psychiatric Association.
- Arcelus J, M. A. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch. Gen. Psychiatry*, 68, 723-731.
- Bemporad, J. (1996). Self starvation through the ages: reflections on the pre-history of anorexia nervosa. *Int. J Eat Disord.*, 19(3): 217-37.
- Bemporad, J. (1997). Cultural and historical aspects of eating disorders. *Theor. Med.*, 18(4): 401-20.
- Bhanji, S., Jolles, F., & Jolles, R. (1990). Goethe's Otilie: an early 19th century description of anorexia nervosa. *J R Soc Med.*, 83(9): 581-5.
- Cotrufo P, B. V. (1998). Full-syndrome, partial-syndrome and subclinical eating disorders: an epidemiological study of female students in Southern Italy. *Acta Psychiatr Scand.*, 98: 112-5.
- Court, J., & Kaplan, A. (2016). The Disjointed Historical Trajectory of Anorexia Nervosa Before 1970. *Curr Psychiatry Rep.*, 18(1):10.
- Dell'osso L, A. M. (2016). Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 12: 1651-60.
- Duarte C., P.-G. J. (2014). Body image as a source of shame: a new measure for the assessment of the multifaceted nature of body image shame. *Clin Psychol Psychother*, 22:656-666.
- Erskine HE, W. H. (2016). The global burden of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 29: 346-53.
- Gilbert P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In: Gilbert P, Andrews B (eds) *Shame: interpersonal behavior, psychopathology and culture*. New York: Oxford University Press.
- Gilbert P. (2002). Body shame: a biopsychosocial conceptualisation and overview with treatment implications. In M. J. Gilbert P, *Body shame: conceptualisation, research, and treatment*. (pp. pp 3-54). New York: Brunner Routledge.
- Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., & Lois. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48:1-62.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2015). Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, 24, 177-196.
- Hoek, H. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 29: 336-9.
- Lanzi, G., Rossi, G., Balottin, U., Brisone, G., Citterio, A., Leonardi, G., ... Zambrino, C. (1997). Eating behaviour disorders. Epidemiologic study of 434 adolescents. *Minerva Pediatr.*, 49, 249-60.
- Lasègue. (1997). On hysterical anorexia (Archives Générales de Médecine), 1873. *Obes. Res*, 5(5):492-7.
- Lock J, L. V. (2015). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 54 :412-25.
- National Collaborating Centre for Mental Health, N. I. (2004). *Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- Noll S.M., F. B. (1998). A mediational model linking self-objectification, body shame, and disordered eating. *Psychol Women Q*, 22:623-636.
- Onnis L1, B. E. (2012). Family relations and eating disorders. The effectiveness of an integrated approach in the treatment of anorexia and bulimia in teenagers: results of a case-control systemic research. *Eat Weight Disord.* , 17(1):36-48.
- Pearce, J. (2004). Richard Morton: origins of anorexia nervosa. *Eur Neurol.*, 52(4): 191-2.
- Preti A, R. M. (2011). A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta psychiatr. Scand.*, 124: 6-17.
- Russell, G., & Treasure, J. (1989). The modern history of anorexia nervosa. An interpretation of why the illness has changed. *Ann NY Acad. Sci.*, 575: 13-27.
- Santos Dias B.S., F. C. (2018). Influence of fears of compassion on body image shame and disordered eating. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-8.
- Smink, F., van Hoeken, D., Donker, G., Susser, E., Oldehinkel, A., & Hoek, H. (2016). Three decades of eating disorders in Dutch primary care: decreasing incidence of bulimia nervosa but not of anorexia nervosa. *Psychol Med.*, 46: 1189-96.
- Steinhausen HC. (2008). Outcome of eating disorders. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am*, 18:225-242.
- Su, X., Liang, H., Yuan, W., Olsen, J., Cnattingius, S., & Li, J. (2016). Prenatal and early life stress and risk of eating disorders in adolescent girls and young women. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25: 1245-1253.
- Tolstrup, K. (1990). Incidence and causality of anorexia nervosa seen in a historical perspective. *Acta Psychiatrica Scand Suppl.*, 361:1-6.
- Touyz, S., & Hay, P. (2015). Severe and enduring anorexia nervosa (SE-AN): in search of a new paradigm. *J Eat Disord.*, 3:26.
- Treasure J, C. A. (2010). Eating disorders. *Lancet Lond. Engl.*, 375: 583-593.
- Van Son, G., van Hoeken, D., Bartelds, A., EF, v. F., & Hoek, H. (2006). Urbanisation and the incidence of eating disorders. *Br J Psychiatry*, 189: 562-3.
- Vandereycken, W. (1994). Emergence of bulimia nervosa as a separate diagnostic entity: review of the literature from 1960 to 1979. *Int J Eat Disord*, 16(2): 105-16.
- Vandereycken, W., & Lowenkopf, E. (1990). Anorexia nervosa in 19th century America. *J Nerv Ment Dis.*, 178(8): 531-5.
- Vandereycken, W., & Van Deth, R. (1989). Who was the first to describe anorexia nervosa: Gull or Lasègue? *Psychol Med.*, 19(4): 873-45.
- Yager J, D. M. (2012). American Psychiatric Association Practice Guidelines - Guideline watch: practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd edition. American Psychiatric Association Practice Guidelines.

Bibliografia su dati e programmi UNICEF

- Levels and trends in child malnutrition*, UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates, May 2018
- UNICEF annual report 2017, United Nations Children's Fund (UNICEF) June 2018
- UNICEF Supply Annual Report 2017, UNICEF Supply Division June 2018

da 0 a 6 mesi

*Il latte materno:
nutriente, sano e a km 0*



Nutrirsi in modo sano è indispensabile fin dalla nascita, per questo **è importante ricevere esclusivamente il latte della mamma** fino a sei mesi compiuti.

Conserva questo piccolo vademecum. è importante!

da 6 a 12 mesi

L'importanza dell'alimentazione come **esperienza**



toccare il cibo

verdura e frutta

cereali

proteine

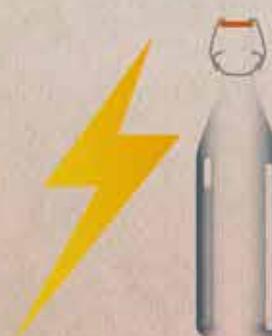


Una dieta bilanciata

È un momento di scoperta molto importante per la sua crescita e la sua salute; il bambino sperimenta odori e gusti nuovi e prendere confidenza con il cibo solido attraverso il cucchiaio e **soprattutto le manine!**

da 1 a 100 (e più) anni

energia e liquidi



Nell'alimentazione è molto importante la varietà e la giusta combinazione dei cibi: **mangiare molti vegetali, pesce e quantità moderate di carne** oltre a **ridurre il consumo di cibi ricchi di grassi e zuccheri** è un buon inizio. Inoltre, **l'attività fisica all'aria aperta** è il condimento migliore!

CONSIGLI PER UNA SANA E CORRETTA ALIMENTAZIONE

0-6 mesi Nutrirsi in modo sano è indispensabile fin dalla nascita, per questo è importante ricevere esclusivamente il latte della mamma fino ai sei mesi compiuti.

Il latte materno è molto nutriente e fornisce ai neonati un'alimentazione completa, fondamentale per il loro sviluppo e la loro crescita. È quindi un alimento perfetto perché è prodotto proprio su misura per il suo bebè: è sempre pronto, è sano, protegge i bambini dalle malattie ed è a KM 0!

La sana e corretta alimentazione sin dalle prime ore è una responsabilità di tutti: la mamma e il bebè vanno sostenuti ed aiutati in ospedale da tutto il personale sanitario coinvolto e a casa da tutti i membri della famiglia!

6-12 mesi A partire dai 6 mesi inizia il periodo in cui il bimbo, oltre al latte materno, comincia a provare altri elementi importanti per il suo sviluppo fisico e mentale.

È un momento di scoperta molto importante per la sua crescita e la sua salute; il bambino sperimenta odori e gusti nuovi e prendere confidenza con il cibo solido attraverso il cucchiaino e soprattutto le manine!

Assaggerà i vari alimenti in maniera bilanciata come ad esempio cereali e proteine di varia natura, verdure e frutta. Questo periodo rappresenta una tappa importantissima, è importante che intorno al momento della pappa si costruisca un rituale di calma e serenità per tutta la famiglia; dando la possibilità al bambino di fare esperienza toccando il cibo e rispettando i suoi tempi.

Per crescere forte e vigoroso come un albero, bambini, ragazzi ed adulti hanno bisogno di liquidi ed energia.

1-100 (e più) anni Il corpo assorbe liquidi tramite ciò che beviamo e mangiamo (l'ideale è bere tanta acqua e mangiare regolarmente frutta e verdura) e riceve energie dalle sostanze nutritive che si trovano nel cibo (carboidrati, fibre, proteine, vitamine, sali minerali ecc.)

Nell'alimentazione è molto importante la varietà e la giusta combinazione dei cibi: mangiare molti vegetali, pesce e quantità moderate di carne oltre a ridurre il consumo di cibi ricchi di grassi e zuccheri è un buon inizio.

Inoltre, l'attività fisica all'aria aperta è il condimento migliore!

Testi a cura di

Gianluca De Palma, Ufficio Stampa UNICEF Italia

Marta Fiasco, Ufficio Advocacy istituzionale e campagne UNICEF Italia

Coordinamento editoriale

Chiara Santamaria, Ufficio Brand, Contenuti e Pianificazione media
UNICEF Italia

con il contributo di Gian Paolo Porcu, Ufficio Programmi sul Campo,
per la raccolta dati e contenuti sui programmi d'intervento UNICEF

Impaginazione

B- Side Studio grafico, Roma

Si ringraziano per i contributi

Martina Maria Mensi, MD – Specialista in Neuropsichiatria Infantile
(NPI) Referente NPI Day Hospital per i Disturbi del Comportamento
Alimentare U.O. Neuropsichiatria Infantile (N.P.I.) Fondazione Mondino
e Marco Lucchini, Segretario generale del Banco Alimentare

Le opinioni espresse sono quelle degli autori e non riflettono necessariamente la
politica e gli approcci dell'UNICEF

Pubblicazione del Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus

Via Palestro, 68 – 00185 Roma

Tel 06478091 – Fax 0647809270

www.unicef.it

C.F. 01561920586

DIAMOGLI PESO.
L'IMPEGNO
DELL'UNICEF
PER COMBATTERE
LA MALNUTRIZIONE

unicef 