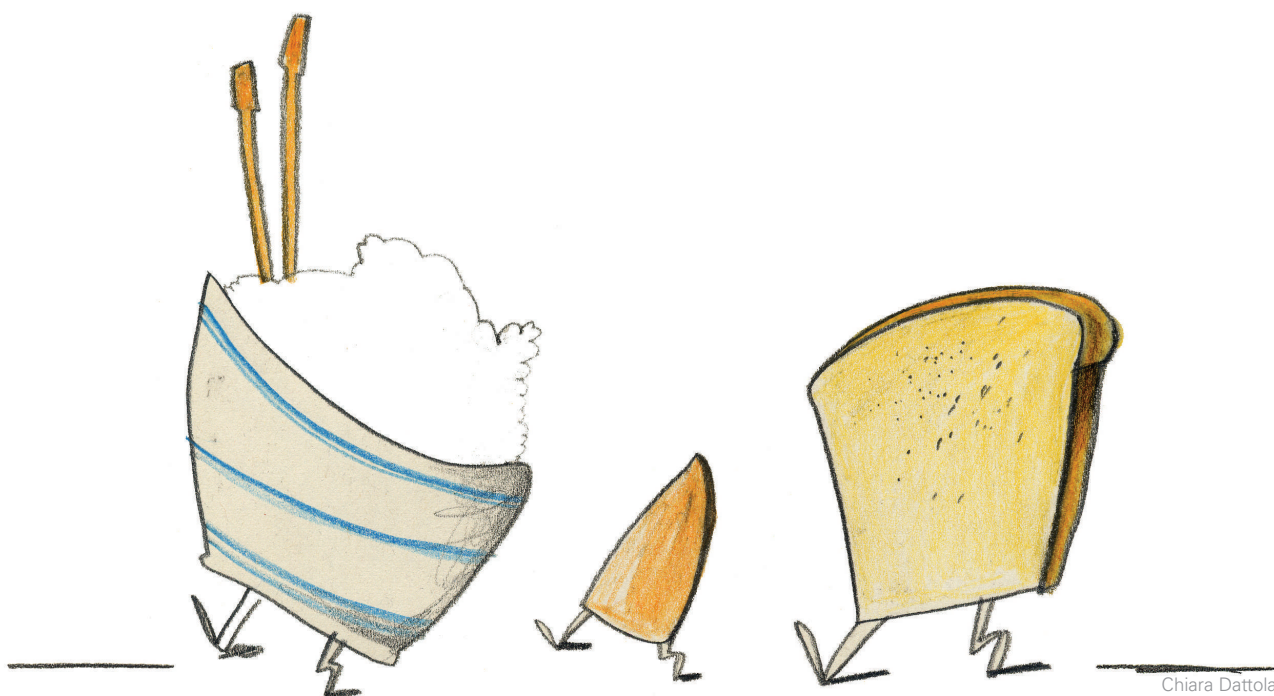


BAMBINI E ADOLESCENTI TRA NUTRIZIONE E MALNUTRIZIONE

**Problemi vecchi e nuovi in Italia e
nel mondo in via di sviluppo**



Chiara Dattola

Pubblicazione del
Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus
Via Palestro, 68 - 00185 Roma
tel. 06478091 fax 0647809270
www.unicef.it
pubblicazioni@unicef.it
C.F. 01561920586

Testi a cura di Patrizia Paternò

Lo studio è stato realizzato in collaborazione
con l'Istituto Nazionale di Statistica, Istat
Hanno contribuito:
Emanuela Bologna e Lidia Gargiulo
Direzione centrale delle statistiche
socio-demografiche e ambientali

Si ringrazia Chiara Dattola per
l'illustrazione, gentilmente concessa

Progetto grafico e impaginazione
Simone Manca, 51M1 design

Stampa
Artigrafiche Agostini



Finito di stampare
Roma, novembre 2013

ISBN 978-88-89285-30-5

Questa pubblicazione suggella una storica collaborazione con l'Istat, che ci vede da molti anni impegnati sulle tematiche relative all'infanzia nel nostro paese. Lo studio, realizzato congiuntamente, presenta alcuni aspetti della nutrizione dei bambini in Italia e contestualmente affronta il dramma della malnutrizione infantile nel mondo in via di sviluppo.

Monitorare la nutrizione e più in generale gli stili di vita dei bambini e degli adolescenti nel nostro paese è fondamentale per avviare un'analisi approfondita e promuovere interventi di sanità pubblica. Da tempo i dati e gli studi rilevano un aumento di sovrappeso e obesità in età infantile, un fenomeno peraltro in crescita anche nei paesi a reddito medio-basso, che necessita di risposte adeguate in termini socio-culturali e sanitari.

L'ambiente familiare svolge un compito importante per gli stili di vita, e in particolare sono le donne a essere determinanti in quanto ricoprono il ruolo centrale nella cura dei figli in tutte le culture. Ecco perché da sempre l'UNICEF si impegna a promuovere l'istruzione femminile nel mondo in via di sviluppo come uno dei migliori investimenti che i paesi possano realizzare. Madri istruite e consapevoli hanno maggiori capacità di garantire la salute e la crescita dei loro figli, contribuendo al progresso di tutta la società.

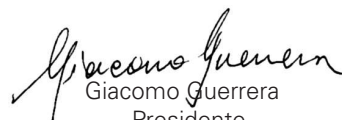
Quello che possiamo constatare oggi in termini di benessere dei bambini in Italia, deve indurci a porre particolare attenzione a quanto succede in altre parti del mondo, a quegli stessi problemi che anche il nostro paese ha affrontato pochi decenni fa e che ha superato grazie allo sviluppo economico e a importanti investimenti per migliorare le condizioni socio-sanitarie della popolazione.

I bambini italiani hanno conosciuto la povertà e la fame, la sofferenza di lunghi viaggi per mare alla ricerca di un futuro diverso, quando anche il nostro paese era così povero da spingere milioni di persone a cercare fortuna oltreoceano. Viaggiavano su imbarcazioni sovraffollate come quelle che oggi trasportano sulle nostre coste uomini, donne e bambini costretti da analoghe motivazioni: una speranza per un domani diverso.

La storia e l'esperienza dimostrano che la mortalità infantile è dovuta a una serie di cause, la cui origine risiede nella povertà e nell'ingiustizia sociale, spesso alla base di ulteriori fattori strettamente sanitari. Per questo, in molte parti del mondo, come un tempo nel nostro paese, si muore ancora per cause facilmente prevenibili, tra cui la malnutrizione, co-responsabile del 45% delle morti sotto i 5 anni (6,6 milioni nel 2012).

Eppure combattere la malnutrizione e salvare i bambini è possibile con misure semplici e a basso costo. L'UNICEF opera con i suoi partner nelle aree del mondo dove la malnutrizione infantile è più grave e diffusa attraverso interventi per promuovere l'allattamento esclusivo al seno per i primi 6 mesi di vita, la somministrazione di micronutrienti e integratori e la fornitura di alimenti terapeutici contro la malnutrizione acuta grave. Nella crisi umanitarie, come conflitti o catastrofi naturali, l'UNICEF è l'agenzia leader a livello internazionale che coordina gli interventi di supporto nutrizionale per madri e bambini.

Raggiungere i bambini più poveri e vulnerabili è da sempre al centro della missione dell'UNICEF, secondo un modello di intervento basato sull'equità che si propone di accelerare i progressi, ridurre le disparità sociali e raggiungere i più poveri tra i poveri. Ed è innanzi tutto un imperativo morale, sancito dalla Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza del 1989, fondata sui principi di universalità, non discriminazione e responsabilità.


Giacomo Guerrera
Presidente
Comitato Italiano per l'UNICEF

BAMBINI E ADOLESCENTI TRA NUTRIZIONE E MALNUTRIZIONE

**Problemi vecchi e nuovi in Italia e
nel mondo in via di sviluppo**

Sommario

L'eredità di una buona nutrizione	3
L'allattamento al seno	3
Le mamme dello Stivale	4
L'alimentazione dei bambini in Italia	5
La "silente epidemia globale": il fenomeno dell'eccesso di peso	9
Il doppio peso della malnutrizione nei paesi a reddito medio-basso	12
Tra fame e malnutrizione: il ruolo materno	13
Le misure contro la malnutrizione: l'impegno dell'UNICEF	14
Lezioni tratte dall'esperienza: i salvavita più efficaci	15
Bibliografia	15
Nota metodologica	16

L'eredità di una buona nutrizione

Non è necessario volgere lo sguardo a migliaia di anni fa per capire quanti progressi il nostro paese è riuscito a fare per migliorare la salute e l'alimentazione dei bambini.

Ancora pochi anni dopo l'Unità d'Italia, infatti, quasi un bambino su due non riusciva a raggiungere il suo quinto compleanno¹.

Molti fattori concomitanti contribuivano a questa strage di innocenti, simili a quelli che ancora mietono, nel mondo, 18.000 vittime sotto i 5 anni ogni giorno: malattie, malnutrizione materno-infantile, mancanza di risorse economiche e alimentari, scarsa istruzione.

Allora in Italia, come oggi in molti paesi in via di sviluppo, i bambini erano malnutriti già alla nascita a causa dell'inadeguata alimentazione delle madri durante la gravidanza, ed erano ulteriormente penalizzati da un latte materno povero di elementi nutritivi essenziali.

Del resto le alternative alla mancanza di latte materno non erano migliori: poltiglie di pan grattato e farine, pappe e minestre di vario genere spesso masticate dalla mamma, che finivano per costituire "il naturale terreno di coltura delle malattie gastroenteriche e predisponeva al rachitismo"².

Gli effetti nocivi della malnutrizione si tramandavano – e si tramandano – da una generazione all'altra. Ma allo stesso modo, anche i benefici di una buona nutrizione possono essere trasmessi dalla madre ai figli e generare un circolo virtuoso. Garantire a un bambino una sana nutrizione già dal grembo materno ha un impatto fondamentale per il suo sviluppo fisico e mentale.

Ma a fronte dell'ormai diffusa accessibilità al cibo nel mondo cosiddetto ricco, emergono in maniera crescente altri problemi legati alla nutrizione; le indagini e gli studi rilevano sempre di più una tendenza ad alimentarsi troppo o male, con nuove e conseguenti patologie, prima tra tutte l'aumento del sovrappeso e dell'obesità. E non solo nei paesi a reddito medio-alto. L'eccesso di peso e l'obesità, con il passare del tempo, possono rappresentare un

fattore di rischio per la salute.

Per monitorare il fenomeno in Italia sono state promosse varie iniziative già nei primi anni del 2000. Nel 2003, ad esempio, le linee guida promosse dall'INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione), davano indicazioni sui corretti comportamenti alimentari e sulle cattive abitudini da rimuovere nella fascia di età dei bambini e dei ragazzi. Inoltre, a partire dal 2007, il Ministero della Salute/CCM-Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie ha promosso e finanziato lo sviluppo e l'implementazione di un Sistema di sorveglianza (OKkio alla SALUTE) sulle abitudini alimentari e sull'attività fisica dei bambini delle scuole primarie (6-10 anni)³.

L'allattamento al seno

Numerose ricerche epidemiologiche dimostrano che l'allattamento esclusivo al seno nei primi sei mesi di vita è il migliore alimento di un neonato, a tutte le latitudini.

L'allattamento materno è una sorta di prima vaccinazione naturale dei bambini ed è il modo più efficace e meno costoso per tutelare la loro salute e la loro stessa sopravvivenza, soprattutto per i più poveri e per quelli che nascono in paesi in cui il latte in polvere ha costi alti e rischia di essere contaminato se diluito acqua non potabile o sporca.

Eppure secondo le ultime stime a livello mondiale, nel 2012 solo il 39% dei bambini di età inferiore ai 6 mesi è stato allattato esclusivamente al seno. Questo dato è migliorato di poco negli ultimi vent'anni, in parte a causa di quelle grandi nazioni in cui il tasso delle madri che allattano esclusivamente al seno è basso (ad esempio la Cina), in parte per la mancanza generale di un ambiente di supporto a questa pratica.

I bambini che vengono allattati esclusivamente al seno hanno una probabilità di sopravvivere durante i primi sei mesi di vita 14 volte più alta rispetto agli altri bambini. L'allattamento al seno dal primo giorno di vita riduce il rischio di morti neonatali fino al 45%.

¹ Istat UNICEF, *L'Italia post-unitaria a confronto con i Paesi in via di sviluppo*, Comitato Italiano per l'UNICEF Roma, 2010.

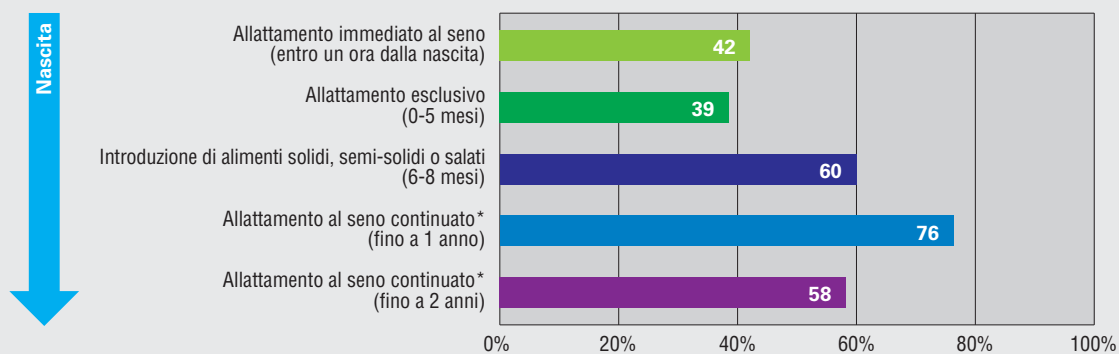
² Alberto De Bernardi, Luigi Ganapini, *Storia d'Italia 1860-1995*, Ed. Bruno Mondadori, Milano 1996.

³ Il sistema è coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità e condotto in collaborazione con le Regioni e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

GRAFICO 1

A LIVELLO GLOBALE, MENO DEL 40% DEI NEONATI VIENE ALLATTATO ESCLUSIVAMENTE AL SENO

Percentuale di neonati attaccati al seno entro un'ora dalla nascita; allattati esclusivamente al seno; allattati al seno e che ricevono cibi supplementari; che continuano a essere allattati per un determinato periodo.



* Esclusa Cina.

Fonte: UNICEF Global Nutrition Database 2012 basato su MICS, DHS e altre indagini a livello nazionale, 2007-2011.

Il grafico è tratto dalla pubblicazione UNICEF, *Improving Child Nutrition. The achievable imperative for global progress*, UNICEF, New York, aprile 2013, p. 19.

Le mamme dello Stivale

Secondo quanto emerge dagli studi dell'Istat, in Italia le donne godono di un buon livello di assistenza in gravidanza e la quota di quelle che allatta al seno si è mantenuta stabile tra la fine degli

anni Novanta e metà degli anni Duemila.

L'ultima indagine a disposizione, che fa riferimento al 2005 (è attualmente in corso quella per gli anni 2012-2013) indica che l'81,4% delle donne che ha avuto figli nei cinque anni precedenti le rilevazioni, ha allattato al seno⁴.

TABELLA 1

DONNE CHE HANNO PARTORITO NEGLI ULTIMI CINQUE ANNI PER ALLATTAMENTO AL SENO E NUMERO MEDIO DI MESI DI ALLATTAMENTO, PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA E TITOLO DI STUDIO - ANNI 1999-2000 E 2005 (PER 100 DONNE CON LE STESSA CARATTERISTICHE)

	Ha allattato		Numero medio mesi di allattamento al seno	
	1999-2000	2005	1999-2000	2005
RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE				
Italia Nord-Occidentale	81,1	80,3	5,9	7,6
Italia Nord-Orientale	86,6	86,0	6,7	7,2
Italia Centrale	84,9	81,9	6,3	7,6
Italia Meridionale	82,7	81,9	6,4	7,1
Italia Insulare	65,4	74,5	5,7	6,8
TITOLO DI STUDIO				
Laurea o diploma di scuola media superiore	84,1	84,3	6,4	7,6
Licenza scuola media inferiore	79,2	78,2	6,1	7,0
Licenza scuola elementare e nessun titolo	72,5	77,1	6,1	6,3
Totale	81,1	81,4	6,2	7,3

Fonte: Istat, Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000 e 2005.

⁴ Istat, *Gravidanza, parto allattamento al seno*, Statistica Report, Roma 5 giugno 2006.

Nell'arco temporale tra il 1999-2000 e il 2005 non si sono registrati cambiamenti significativi nella percentuale complessiva di mamme che allattano, ma aumenta la durata media del periodo di allattamento al seno da 6,2 mesi a 7,3 mesi.

Le percentuali più basse di allattamento materno si riscontrano nell'Italia insulare, dove nel 2005 solo il 74,5% delle donne allattava al seno, e per un periodo minore (6,8 mesi) rispetto alla media. Bisogna però rilevare che il dato più contenuto delle isole è dovuto soprattutto alle più basse percentuali che si registrano in Sicilia, mentre la Sardegna evidenzia percentuali sempre più alte della media nazionale.

Va però anche sottolineato che è proprio l'Italia insulare, nell'arco temporale esaminato, a registrare un aumento significativo di mamme che allattano.

I dati dell'Istat rilevano l'influenza del livello di istruzione su questa pratica: a più elevati titoli di studio delle madri corrisponde una quota più alta di donne che allatta (84,3% nel 2005) così come un periodo più lungo di allattamento.

Questi risultati sembrano avvalorati dai primi dati provvisori delle rilevazioni in corso (2012-2013), da cui peraltro emergerebbero segnali di ulteriore miglioramento, da verificarsi tuttavia una volta completata l'indagine.

L'alimentazione dei bambini in Italia

L'andamento dei dati sulla dieta di bambini e adolescenti italiani per gli anni 2005, 2008 e 2012 rilevati dall'Istat (cfr. Tabelle 2 e 3) mostra una certa stabilità temporale degli stili alimentari, ma con alcune peculiarità legate alle diverse fasce di età, alla ripartizione geografica, alle condizioni economiche della famiglia e al titolo di studio dei genitori.

Quello che va sottolineato – peraltro avvalorato dagli studi comparativi dell'UNICEF tra i paesi a reddito medio-alto⁵ – è che il reddito delle famiglie non può

essere l'unica misura per rappresentare il benessere dei bambini in questi paesi.

Da tempo l'UNICEF ha infatti avviato tali indagini comparative in 29 nazioni a reddito medio-alto, tra cui l'Italia, che non si limitano a misurare il reddito familiare per poter valutare il reale benessere dei bambini e degli adolescenti, ma scelgono la misurazione diretta delle privazioni. Tra gli indicatori presi in esame dalla Serie *Innocenti Report Card* dell'UNICEF, ad esempio, figurano quelli che specificano se i bambini consumano tre pasti al giorno, se mangiano porzioni di frutta e verdura, proteine ai pasti, ecc.

L'indagine statistica multiscopo dell'Istat – da cui sono tratti i dati di questa pubblicazione – rileva ogni anno le informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui e delle famiglie per diverse aree tematiche. In questa analisi abbiamo voluto porre l'accento su alcuni indicatori specifici degli stili alimentari dei bambini per fasce di età comprese tra i 3 e i 17 anni per comprendere il legame tra nutrizione, salute e aspetti socio-economici.

In particolare sono stati esaminati i dati su: colazione non adeguata (dove per colazione non adeguata si intende una colazione in cui si bevono solo tè, caffè, ma non si assume latte né si mangia), consumo di snack almeno una volta al giorno (dove per snack si intendono alimenti salati come patatine, noccioline, olive, ecc.), consumo giornaliero di verdura, ortaggi e frutta (fino a 3 porzioni; 4 o più porzioni)⁶, consumo di più di mezzo litro di bevande gassate al giorno⁷.

I nutrizionisti considerano fondamentale il primo pasto della giornata, e sebbene sia esigua la quota di bambini dai 3 ai 10 anni che non fa una colazione adeguata (3,9%), richiede attenzione l'abitudine molto più diffusa che si riscontra nella fascia d'età successiva; tra gli 11 e i 17 anni ben un ragazzo su sei (16,7%) non si assicura un adeguato apporto giornaliero di calorie all'inizio della giornata.

Il consumo di snack, cioè di prodotti poveri di nutrienti salutari ma di cui spesso si abusa, si è ormai diffuso da tempo nel nostro paese e attrae in particolare la fascia di bambini e giovani. Tra i bambini di 3-10 anni la

⁵ cfr. la Serie Innocenti Report Card realizzata dall'Innocenti Research Centre dell'UNICEF disponibile anche su <http://www.unicef-irc.org/>

⁶ Secondo le Linee guida di una sana alimentazione dell'INRAN le porzioni giornaliere raccomandate sarebbero almeno 5, ma poiché la definizione di porzione resta un concetto difficile da standardizzare nelle abitudini alimentari italiane, nonostante ci siano criteri oggettivi di riferimento quali il peso dell'alimento considerato, si è ritenuto opportuno far riferimento al consumo dichiarato di almeno 4 porzioni.

⁷ L'indicatore viene rilevato per tutti i ragazzi dagli 11 anni e più.

quota di chi ne fa uso giornaliero è pari all'11,4%, mentre tra gli adolescenti aumenta al 17,4%.

Il consumo di frutta e verdura consente di assumere elementi fondamentali della dieta quali vitamine, minerali, fibre, che svolgono un'azione protettiva per la salute. Il consumo giornaliero di frutta e verdure costituisce una delle principali indicazioni delle *Linee guida di una sana alimentazione* dell'INRAN e si consigliano anche come alimenti sostitutivi più salutari rispetto a snack o merendine, da evitare.

Dall'analisi effettuata emerge che nel 2012 la quota di bambini e ragazzi di 3-17 anni che fa una colazione non adeguata è pari al 9,9%; il dato è stabile nel decennio considerato. Sono soprattutto i ragazzi di 11-17 anni a caratterizzarsi per questo comportamento alimentare (16,7%), mentre tra i più piccoli, di 3-10 anni, tale quota scende al 3,9%. Il consumo di snack almeno una volta al giorno riguarda, invece, il 14,2% dei 3-17enni, con quote più elevate registrate anche in questo caso tra i più grandi (11,7% 3-11 anni contro 17,4% 11-17 anni). Analizzando il consumo giornaliero di frutta e verdura, si osserva essere pari al 12% la quota di bambini e ragazzi che consuma 4 o più porzioni, mentre il 63,2% si caratterizza per un consumo più basso fino a 3 porzioni.

Osservando i risultati emersi si evidenzia in modo netto quanto la componente culturale aiuti a comprendere meglio le differenze nei comportamenti alimentari dei bambini: più elevato è il titolo conseguito dai genitori più accurato è l'aspetto nutrizionale dei bambini soprattutto per le fasce di età inferiori, considerando anche che i bambini più piccoli hanno meno autonomia decisionale. Come per l'allattamento al seno, anche le variabili geografiche determinano alcune differenze significative.

Se si considera il titolo di studio delle madri, nel 2012 il totale dei bambini tra i 3 e i 17 anni che non fa una colazione adeguata è pari al 5,6% se la madre ha conseguito la laurea, al 7,9% se invece ha conseguito solo il diploma di scuola superiore e al 12,2% se ha solo completato la scuola dell'obbligo, quindi cresce man mano che diminuisce il livello di istruzione delle madri.

Molte meno variazioni si rilevano invece esaminando il giudizio che le famiglie riportano sulle proprie risorse economiche: tra quelle che le giudicano ottime o adeguate, la quota di bambini e ragazzi che fa una colazione non adeguata è pari al 9,0%, di poco superiore (10,7%) tra quante considerano scarse o insufficienti le proprie risorse economiche.

Anche per il consumo giornaliero di snack si ripropone la stessa associazione inversa con il titolo di studio delle madri: la percentuale aumenta man mano che si abbassa il livello di istruzione 7,3% (laurea), 12,2% (diploma scuola superiore) e 17,4% (scuola dell'obbligo).

Per questo indicatore sembra invece che le risorse economiche ottime o adeguate comportino complessivamente una riduzione di consumatori giornalieri di snack, con una percentuale del 13% contro il 15,6% rilevato nelle famiglie con risorse economiche scarse e insufficienti.

Interessante è anche il dato sul consumo di frutta e verdura, che ripropone la corrispondenza virtuosa tra titolo di studio elevato dei genitori e comportamento alimentare più sano dei bambini e dei ragazzi: nel 2012 sono il 24,1% dei bambini e dei ragazzi tra i 3 e i 17 anni con una mamma laureata che consuma 4 o più porzioni di frutta o verdura al giorno e il 14,5% di quelli con una mamma che ha il diploma di scuola superiore o che ha solo completato la scuola dell'obbligo.

Anche per il consumo di bevande gassate, di cui spesso i ragazzi abusano, i dati del 2012 rilevano la relazione con il titolo di studio delle madri; la quota di consumatori quotidiani di più di mezzo litro di bevande gassate tra i ragazzi di 11-17 anni è pari al 4,7% se le madri sono laureate, al 10,4% se hanno il diploma di scuola superiore e all'8,6% se completato solo la scuola dell'obbligo.

Le risorse economiche invece non fanno registrare particolari differenze nel consumo di bevande gassate.

Esaminando gli stili alimentari rispetto alle aree geografiche si può notare che il Sud e le isole presentano i dati più critici, come si evince, ad esempio, dal consumo di snack almeno una volta al giorno; il 19,4% dei bambini e ragazzi tra i 3 e i 17 anni che vive al Sud rispetto al 16,3% nel Nord-Ovest, all'11,4% nel Nord-Est, all'8,9% nel centro e all'11,7% nelle isole.

Sempre riguardo al consumo di snack almeno una volta al giorno, il trend temporale (2005-2012) rispetto alla madri laureate non evidenzia la netta riduzione che invece si registra tra i bambini e i ragazzi con padri laureati: tra questi la percentuale scende notevolmente passando dall'11% nel 2005 al 4,6% nel 2012.

Lo svantaggio del Sud emerge anche rispetto al consumo giornaliero di verdura, ortaggi e frutta che lì si attesta al 6,8%, mentre nelle isole è al 9,1%, contro il 14,2% nel Nord-Ovest, il 14,9% nel Nord-Est e il 15,1% nel Centro.

TABELLA 2
BAMBINI E RAGAZZI DI 3-17 ANNI PER STILI ALIMENTARI, ETÀ, TITOLO DI STUDIO DELLA MADRE E DEL PADRE, RISORSE ECONOMICHE DELLA FAMIGLIA (PER 100 BAMBINI E RAGAZZI DI 3-17 ANNI CON LE STESSÉ CARATTERISTICHE)

	Colazione NON adeguata ^(a)			Snack almeno una volta al giorno			Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno					
	2005	2008	2012	2005	2008	2012	Fino a 3 porzioni			4 e più porzioni		
	2005	2008	2012	2005	2008	2012	2005	2008	2012	2005	2008	2012
TITOLO DI STUDIO DELLA MADRE(*)												
Laurea												
3-10 anni	1,7	2,5	2,8	4,5	4,2	6,7	71,8	66,7	59,4	12,2	11,2	14,5
11-17 anni	13,9	14,9	11,2	10,8	19,6	8,6	60,2	64,6	56,3	19,3	18,5	26,3
Totale	6,7	7,0	5,6	7,1	9,7	7,3	67,0	66,0	58,3	15,1	13,8	18,5
Diploma scuola superiore												
3-10 anni	3,6	3,6	3,2	10,7	10,2	9,2	69,5	64,1	67,6	7,0	11,7	11,1
11-17 anni	13,3	14,1	14,4	14,9	16,7	16,3	65,1	61,3	63,2	13,1	13,5	11,2
Totale	7,7	8,4	7,9	12,4	13,2	12,2	67,7	62,8	65,8	9,5	12,5	11,1
Scuola dell'obbligo												
3-10 anni	4,8	5,2	4,8	15,9	12,5	15,4	69,0	62,4	66,8	8,7	10,1	9,0
11-17 anni	17,7	17,0	18,6	19,7	20,3	19,2	66,4	58,1	59,3	10,9	12,1	12,0
Totale	11,6	11,4	12,2	17,9	16,6	17,4	67,6	60,1	62,8	9,9	11,2	10,6
TITOLO DI STUDIO DEL PADRE(*)												
Laurea												
3-10 anni	1,5	3,2	2,5	8,0	4,7	3,1	74,4	65,5	62,8	10,7	10,9	14,3
11-17 anni	13,8	11,7	9,8	15,2	13,4	7,0	57,6	64,1	57,9	20,3	15,1	26,0
Totale	6,6	7,1	5,3	11,0	8,7	4,6	67,4	64,9	60,9	14,6	12,8	18,7
Diploma scuola superiore												
3-10 anni	3,7	3,6	3,1	10,9	6,6	9,3	69,8	61,4	67,5	6,5	12,0	11,6
11-17 anni	16,0	12,5	12,6	15,2	17,6	17,2	67,2	59,5	64,6	12,3	13,6	13,4
Totale	9,1	7,5	7,0	12,8	11,4	12,6	68,7	60,5	66,3	9,0	12,7	12,3
Scuola dell'obbligo												
3-10 anni	4,8	5,0	4,5	14,7	13,7	14,8	69,0	65,2	66,6	8,4	9,5	9,0
11-17 anni	16,5	17,7	18,0	19,0	21,2	19,2	65,8	59,5	59,7	11,7	12,7	10,2
Totale	10,6	11,3	11,4	16,8	17,4	17,0	67,4	62,4	63,1	10,0	11,0	9,7
RISORSE ECONOMICHE DELLA FAMIGLIA												
Risorse economiche ottime-adequate												
3-10 anni	3,9	4,2	3,3	11,4	9,0	9,8	69,4	64,3	65,4	8,9	11,9	11,4
11-17 anni	16,9	14,8	15,9	16,6	16,9	16,9	63,9	59,5	61,4	13,9	15,0	13,8
Totale	9,9	9,1	9,0	13,8	12,7	13,0	66,9	62,1	63,6	11,2	13,4	12,5
Risorse economiche scarse o insufficienti												
3-10 anni	4,3	4,3	4,4	14,6	12,0	13,3	69,6	63,8	66,6	7,9	9,6	10,2
11-17 anni	15,7	16,4	17,4	18,6	20,6	18,1	66,7	60,1	58,8	10,5	11,6	13,0
Totale	10,1	10,3	10,7	16,6	16,3	15,6	68,2	61,9	62,8	9,2	10,6	11,5
TOTALE												
3-10 anni	4,1	4,2	3,9	12,7	10,5	11,4	69,6	63,8	65,9	8,3	10,9	10,9
11-17 anni	16,4	15,7	16,7	17,6	18,8	17,4	65,3	59,7	60,1	12,3	13,1	13,3
Totale	10,0	9,7	9,9	15,1	14,5	14,2	67,5	61,8	63,2	10,2	12,0	12,0

(a) Per NON adeguata, si intende una colazione in cui si assumono soltanto bevande come tè, caffè ma non si beve latte né si mangia qualcosa.
 * Si considerano solo i bambini e ragazzi che vivono con almeno un genitore.

Fonte: Istat, Indagine annuale "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2005, 2008 e 2012.

TABELLA 3
BAMBINI E RAGAZZI DI 3-17 ANNI PER STILI ALIMENTARI, SESSO, ETÀ E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA (PER 100 BAMBINI E RAGAZZI DI 3-17 ANNI CON LE STESSÉ CARATTERISTICHE)

	Non fa colazione o la fa in modo NON adeguato ^(a)			Snack almeno una volta al giorno			Porzioni di verdura, ortaggi o frutta consumate al giorno					
							Fino a 3 porzioni			4 e più porzioni		
	2005	2008	2012	2005	2008	2012	2005	2008	2012	2005	2008	2012
SESSO												
Maschi												
3-10 anni	3,8	4,4	2,8	14,3	12,0	11,5	68,5	63,4	66,1	7,8	10,2	10,3
11-17 anni	13,0	13,8	14,9	18,9	19,5	18,5	63,7	59,0	59,5	11,6	10,4	11,1
Totale	8,2	8,9	8,6	16,5	15,6	14,8	66,2	61,3	63,0	9,6	10,3	10,7
Femmine												
3-10 anni	4,3	4,0	4,9	11,1	9,0	11,4	70,7	64,2	65,8	8,9	11,5	11,4
11-17 anni	20,1	17,7	18,5	16,3	18,0	16,3	67,0	60,5	60,7	13,0	15,9	15,7
Totale	11,9	10,6	11,2	13,6	13,4	13,7	68,9	62,4	63,4	10,9	13,7	13,4
RIPARTIZIONE GEOGRAFICA												
Nord-Ovest												
3-10 anni	4,0	5,3	4,6	11,4	7,4	13,2	67,9	57,1	63,0	8,5	15,8	14,2
11-17 anni	19,4	18,2	16,1	18,4	17,6	20,1	61,3	56,2	61,2	14,2	16,2	14,3
Totale	11,0	11,3	9,9	14,6	12,2	16,3	64,9	56,7	62,2	11,1	16,0	14,2
Nord-Est												
3-10 anni	3,8	5,0	4,0	5,4	8,9	7,2	66,2	62,9	61,8	10,2	11,8	13,1
11-17 anni	17,9	20,6	17,9	13,0	20,1	16,9	61,5	57,0	56,3	13,1	14,6	17,3
Totale	10,1	12,0	10,1	8,8	13,9	11,4	64,1	60,2	59,5	11,5	13,0	14,9
Centro												
3-10 anni	4,2	3,5	3,2	6,1	9,4	5,6	69,1	64,7	65,1	10,6	11,9	13,5
11-17 anni	16,0	14,2	15,5	13,4	17,1	12,9	61,5	60,5	55,7	14,7	12,5	17,1
Totale	10,0	8,7	8,7	9,7	13,2	8,9	65,4	62,7	60,9	12,6	12,2	15,1
Sud												
3-10 anni	3,8	3,7	4,0	22,5	14,1	19,1	73,7	68,6	71,9	6,8	6,9	5,0
11-17 anni	13,5	11,9	15,3	21,8	20,0	19,7	72,6	63,5	64,2	10,0	11,2	8,6
Totale	8,7	7,9	9,7	22,1	17,1	19,4	73,1	66,0	68,0	8,4	9,1	6,8
Isole												
3-10 anni	5,1	2,7	2,9	14,6	13,7	9,1	69,7	67,2	69,1	5,2	6,0	7,1
11-17 anni	16,8	15,7	20,6	18,4	18,9	14,3	64,9	60,1	60,2	10,2	10,8	11,1
Totale	10,8	9,2	11,7	16,4	16,3	11,7	67,4	63,6	64,6	7,6	8,4	9,1
TOTALE												
3-10 anni	4,1	4,2	3,9	12,7	10,5	11,4	69,6	63,8	65,9	8,3	10,9	10,9
11-17 anni	16,4	15,7	16,7	17,6	18,8	17,4	65,3	59,7	60,1	12,3	13,1	13,3
Totale	10,0	9,7	9,9	15,1	14,5	14,2	67,5	61,8	63,2	10,2	12,0	12,0

(a) Per NON adeguata, si intende una colazione in cui si assumono soltanto bevande come tè, caffè ma non si beve latte né si mangia qualcosa.

Fonte: Istat, Indagine annuale "Aspetti della vita quotidiana". Anni 2005, 2008 e 2012.

Esaminando il consumo giornaliero di verdura, ortaggi e frutta “fino a 3 porzioni al giorno” le differenze si mantengono evidenti: al Sud si registra il 68%, e nelle isole il 64,6% mentre al Nord e al Centro si osservano prevalenze più contenute.

La “silente epidemia globale”: il fenomeno dell'eccesso di peso

Agli stili di vita va associata anche la diffusione di sovrappeso e obesità tra i bambini e i ragazzi, non solo in Italia, ma in tutti i paesi del mondo, un fattore che merita sempre più attenzione per le proporzioni che sta assumendo. Proprio di recente l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito l'obesità una “silente epidemia globale.”

Il fenomeno dell'obesità (cfr. Tab. 4) tra i bambini e i ragazzi – rileva l'Istat – è più diffuso tra i maschi (30,1% contro il 23,6% delle femmine), tra coloro che vivono al Sud (34,6% rispetto al 22,7 del Nord-Ovest, al 21,1% del Nord-Est, al 24,6% del Centro e al 31,1% delle isole), tra chi svolge poca attività fisico-motoria, nonché ancora una volta tra chi vive in famiglie che ritengono le proprie risorse economiche scarse o insufficienti e soprattutto con livelli di istruzione dei genitori più bassi.

Inoltre sono soprattutto i bambini e i ragazzi che vivono in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso a essere a loro volta in sovrappeso od obesi.

Se entrambi i genitori sono in eccesso di peso la percentuale di bambini e adolescenti dai 6 ai 17 anni in sovrappeso sale al 38,1% rispetto alla percentuale del 28,1% (solo madre in sovrappeso) e del 26,5% (solo padre in sovrappeso). La quota di bambini in sovrappeso con entrambi i genitori normopeso scende al 20,4% (cfr. Tab. 5).

Tra gli stili di vita associati all'eccesso di peso c'è anche la sedentarietà (cfr. Tab. 6). La pratica di attività fisiche e motorie infatti gioca un ruolo significativo: basti vedere che la percentuale di maschi e femmine tra i 6 e i 17 anni in eccesso di peso che pratica sport con regolarità è del 23,7%, mentre quella che riguarda coloro che non praticano alcuno sport e/o attività fisica sale al 32,1%.

Un ruolo fondamentale nella prevenzione dell'eccesso di peso è giocato all'interno dall'ambiente familiare soprattutto dalle madri che, in quanto centrali nella cura dei figli, possono trasmettere stili di vita sani e sollecitare l'attività fisica e sportiva dei bambini e degli adolescenti. Ma occorre anche favorire interventi nelle scuole per promuovere l'educazione fisica e lo sport.

TABELLA 4
BAMBINI E RAGAZZI DI 6-17 ANNI IN ECCESSO DI PESO ^(A) PER SESSO, ETÀ E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA
(PER 100 BAMBINI E RAGAZZI DI 6-17 ANNI CON LE STESSA CARATTERISTICHE)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Isole	Totale
MASCHI						
6-10 anni	25,9	26,7	34,3	48,0	43,9	35,2
11-13 anni	26,3	22,1	27,2	36,7	40,3	30,1
14-17 anni	19,2	19,7	24,6	28,8	24,8	23,7
Totale	24,0	23,3	29,3	38,4	35,8	30,1
FEMMINE						
6-10 anni	34,7	26,6	31,4	47,9	38,7	36,3
11-13 anni	16,8	16,7	15,8	25,3	22,5	19,5
14-17 anni	9,5	9,7	6,8	15,4	12,2	11,0
Totale	21,5	18,8	19,8	30,7	25,8	23,6
MASCHI E FEMMINE						
6-10 anni	30,2	26,6	32,8	48,0	41,3	35,7
11-13 anni	21,8	19,6	22,3	31,3	32,4	25,2
14-17 anni	14,1	14,8	15,6	22,1	19,0	17,3
Totale	22,7	21,1	24,6	34,6	31,1	26,9

(a) Valori soglia per sovrappeso e obesità desunti da Cole et al (2000).

Fonte: Istat, Indagine multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana.” Media Anni 2011 e 2012.

TABELLA 5

BAMBINI E RAGAZZI DI 6-17 ANNI IN ECCESSO DI PESO ^(A) PER ETÀ, TITOLO DI STUDIO DEL PADRE E DELLA MADRE, RISORSE ECONOMICHE DELLA FAMIGLIA, ECCESSO DI PESO DEI GENITORI E SESSO (PER 100 BAMBINI E RAGAZZI DI 6-17 ANNI CON LE STESSO CARATTERISTICHE)

	MASCHI	FEMMINE	MASCHI E FEMMINE
TITOLO DI STUDIO DELLA MADRE (*)			
6-10 anni			
Laurea	30,7	28,1	29,3
Diploma scuola superiore	32,4	35,4	33,8
Scuola dell'obbligo	38,8	40,1	39,5
Totale	35,2	36,2	35,7
11-13 anni			
Laurea	29,1	20,1	24,9
Diploma scuola superiore	25,2	16,8	21,4
Scuola dell'obbligo	33,7	21,2	27,7
Totale	30,0	19,4	25,1
14-17 anni			
Laurea	23,3	7,2	14,6
Diploma scuola superiore	18,8	9,6	14,1
Scuola dell'obbligo	26,0	12,7	19,5
Totale	23,7	11,1	17,3
Totale			
Laurea	28,3	20,7	24,3
Diploma scuola superiore	26,7	22,7	24,8
Scuola dell'obbligo	32,7	25,3	29,0
Totale	30,0	23,6	26,9
TITOLO DI STUDIO DEL PADRE (*)			
6-10 anni			
Laurea	24,3	24,2	24,2
Diploma scuola superiore	31,7	34,7	33,2
Scuola dell'obbligo	38,8	40,2	39,5
Totale	35,2	36,2	35,7
11-13 anni			
Laurea	26,0	8,9	18,6
Diploma scuola superiore	24,7	14,9	20,1
Scuola dell'obbligo	33,0	21,6	27,8
Totale	30,0	19,4	25,1
14-17 anni			
Laurea	24,0	5,8	14,7
Diploma scuola superiore	20,3	12,6	16,2
Scuola dell'obbligo	24,6	12,0	18,5
Totale	23,7	11,1	17,3
Totale			
Laurea	24,6	15,1	19,9
Diploma scuola media superiore	26,8	23,0	24,9
Scuola dell'obbligo	32,2	25,8	29,1
Totale	30,0	23,6	26,9

segue

	MASCHI	FEMMINE	MASCHI E FEMMINE
RISORSE ECONOMICHE DELLA FAMIGLIA			
6-10 anni			
Risorse economiche ottime-adequate	33,6	34	33,8
Risorse economiche scarse o insufficienti	37,2	39,1	38,2
Totale	35,2	36,3	35,7
11-13 anni			
Risorse economiche ottime-adequate	28,6	15,1	22,6
Risorse economiche scarse o insufficienti	31,8	24,1	28,1
Totale	30,1	19,5	25,2
14-17 anni			
Risorse economiche ottime-adequate	21,1	10,4	15,6
Risorse economiche scarse o insufficienti	26,2	11,7	19
Totale	23,7	11	17,3
Totale			
Risorse economiche ottime-adequate	28,4	21,6	25,1
Risorse economiche scarse o insufficienti	31,9	25,9	28,9
Totale	30,1	23,6	26,9
ECESSO DI PESO DEI GENITORI (*)			
6-10 anni			
Né il padre né la madre in eccesso di peso	28,1	27,7	27,9
Solo la madre in eccesso di peso	34,1	36,4	35,2
Solo il padre in eccesso di peso	35,5	39,1	37,3
Sia il padre che la madre in eccesso di peso	50,5	46,7	48,5
Totale	35,2	36,2	35,7
11-13 anni			
Né il padre né la madre in eccesso di peso	25,6	12,7	19,7
Solo la madre in eccesso di peso	27,1	33,2	30,0
Solo il padre in eccesso di peso	27,2	15,4	21,8
Sia il padre che la madre in eccesso di peso	43,8	27,3	35,8
Totale	30,0	19,4	25,1
14-17 anni			
Né il padre né la madre in eccesso di peso	16,6	5,1	11,0
Solo la madre in eccesso di peso	25,2	13,3	19,4
Solo il padre in eccesso di peso	23,7	8,2	15,8
Sia il padre che la madre in eccesso di peso	34,4	23,8	29,0
Totale	23,7	11,1	17,3
Totale			
Né il padre né la madre in eccesso di peso	23,8	16,8	20,4
Solo la madre in eccesso di peso	28,9	27,3	28,1
Solo il padre in eccesso di peso	29,6	23,3	26,5
Sia il padre che la madre in eccesso di peso	42,9	33,5	38,1
Totale	30,0	23,6	26,9

(a) Valori soglia per sovrappeso e obesità desunti da Cole et al (2000).

* Si considerano solo i bambini e ragazzi che vivono con almeno un genitore.

Fonte: Istat, Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana." Media Anni 2011-2012.

TABELLA 6
BAMBINI E RAGAZZI DI 6-17 ANNI IN ECCESSO DI PESO^(a) PER SESSO, ETÀ E ATTIVITÀ FISICO MOTORIA PRATICATA (PER 100 BAMBINI E RAGAZZI DI 6-17 ANNI CON LE STESSÉ CARATTERISTICHE)

	Sport continuo	Sport saltuario o attività fisica almeno qualche volta al mese	Né sport né attività fisica	Totale
MASCHI				
6-10 anni	30,4	41,8	42,0	35,2
11-13 anni	28,8	34,0	31,4	30,1
14-17 anni	18,8	28,7	29,6	23,7
Totale	26,4	34,6	35,4	30,1
FEMMINE				
6-10 anni	32,2	37,2	44,4	36,3
11-13 anni	16,3	21,7	26,0	19,5
14-17 anni	6,4	14,1	15,3	11,0
Totale	20,5	24,5	29,7	23,6
MASCHI E FEMMINE				
6-10 anni	31,3	39,4	43,3	35,7
11-13 anni	23,5	27,9	28,4	25,2
14-17 anni	13,2	21,2	21,0	17,3
Totale	23,7	29,4	32,1	26,9

(a) Valori soglia per sovrappeso e obesità desunti da Cole et al (2000).

Fonte: Istat, Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana." Media Anni 2011-2012.

Il doppio peso della malnutrizione nei paesi a reddito medio-basso

La malnutrizione non è sempre caratterizzata da scarsità di peso o altezza rispetto ai parametri delle relative fasce di età. A volte si trasforma in sovrappeso, un fenomeno ormai in aumento anche tra i bambini sotto i 5 anni che vivono nei paesi a medio e basso reddito.

Se trasferiamo la nostra analisi a livello globale, la compresenza di ritardo della crescita e sovrappeso, che insieme rappresentano il doppio carico della malnutrizione, pone una sfida molto impegnativa nei paesi in cui coesistono tassi relativamente alti sia di ritardo della crescita che di sovrappeso tra i bambini sotto i 5 anni.

In tutte le regioni del mondo i tassi di sovrappeso continuano ad aumentare. Una volta questo fenomeno era associato principalmente ai paesi ad alto reddito, ma nel 2011, per esempio il 69% del numero totale di bambini sotto i 5 anni in sovrappeso è stato registrato nelle nazioni a basso e medio

reddito. A livello globale si stima che 43 milioni di bambini sotto i 5 anni sono sovrappeso, vale a dire il 7% di tutti i bambini in quella fascia di età.

Dal 1990 le tendenze globali nella prevalenza di ritardo della crescita e sovrappeso tra i bambini sotto i 5 anni hanno registrato un andamento speculare (cfr. Grafico 2).

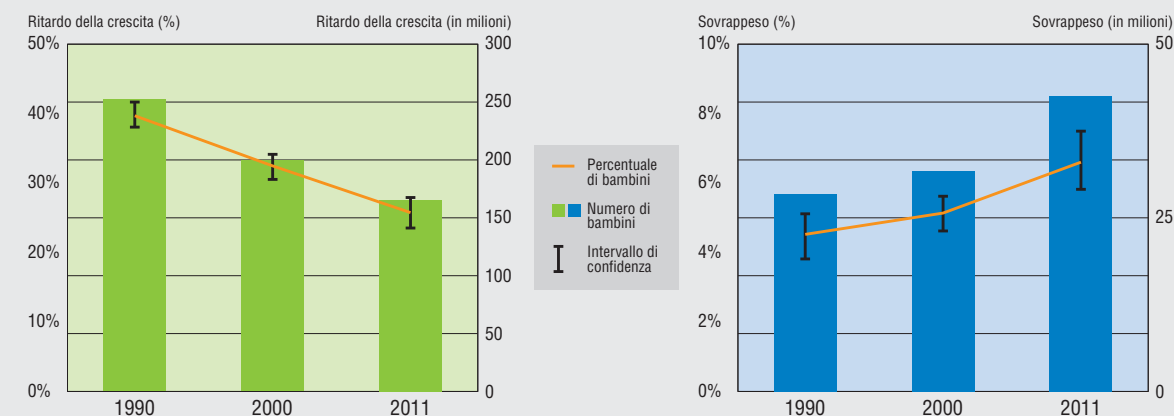
Rispetto a due decenni fa, oggi ci sono un 54% in più di bambini in sovrappeso a livello globale e un 35% in meno di bambini cronicamente malnutriti (rachitici).

Ad esempio, in Indonesia, un bambino su tre sotto i 5 anni ha un ritardo della crescita moderato o grave (36%), mentre contemporaneamente un bambino su sette è sovrappeso (14%).

Nei paesi che hanno questo doppio carico è necessario un maggior impegno per promuovere una corretta alimentazione dei neonati e dei bambini e pratiche che sostengano la crescita lineare per evitare un eccessivo aumento di peso.

GRAFICO 2 TENDENZE GLOBALI CONTRASTANTI TRA RITARDO DELLA CRESCITA E SOVRAPPESO

Percentuale e numero di bambini sotto i 5 anni con malnutrizione moderata o grave (ritardo della crescita) e in sovrappeso



Nota: le linee (con il 95% di intervalli di confidenza) riflettono la percentuali di bambini e le barre riflettono il numero di bambini.

Fonte: UNICEF, WHO, World Bank, Joint Child Malnutrition Estimates, 2012.

*Il grafico è tratto dalla pubblicazione UNICEF, *Improving Child Nutrition. The achievable imperative for global progress*, UNICEF, New York, aprile 2013, p. 11.

Tra fame e malnutrizione: il ruolo materno

Quando si parla di buona nutrizione si intende sia la quantità che la qualità del cibo. I bambini hanno bisogno di cibo a sufficienza e con un corretto equilibrio di nutrienti (carboidrati, proteine, grassi, vitamine e minerali), per crescere sani e sviluppare il loro pieno potenziale.

La fame e la malnutrizione sono intrinsecamente correlate ma differenti. Fame significa non avere abbastanza cibo (quantità). Malnutrizione significa non avere il corretto apporto di sostanze nutritive necessarie per essere sani, oltre a una combinazione di altri fattori, tra cui malattie, pratiche alimentari povere o errate, servizi sanitari inadeguati, mancanza di acqua potabile e servizi igienico-sanitari.

Inoltre la malnutrizione indebolisce il sistema immunitario, rendendo un bambino vulnerabile alle malattie, acuendone la gravità e mettendolo a rischio di guarigione. Un bambino malato, a sua volta, può rapidamente diventare malnutrito. L'allattamento al seno, cibi complementari nutrienti e un'adeguata assistenza sanitaria possono rompere questo circolo vizioso.

La malnutrizione, in particolare quella cronica, e il ritardo della crescita, in molti casi non vengono individuati in tempo, soprattutto dove il problema è maggiormente

diffuso, cioè in Africa subsahariana e Asia meridionale. A differenza della malnutrizione acuta, che si manifesta in deperimento grave o edema nutrizionale, la malnutrizione cronica si sviluppa su un periodo più lungo, attraverso il ritardo della crescita fisica e intellettuale di un bambino.

Contrariamente a quanto si possa pensare, quindi, la malnutrizione non è sempre visibile o riconoscibile. A volte si nasconde dietro un'apparenza di quasi normalità che sfugge a uno sguardo disattento e, talvolta, anche alle politiche di intervento.

Eppure si può parlare quasi di epidemia. Proprio recentemente la prestigiosa rivista scientifica "The Lancet" ha pubblicato un nuovo, sconcertante dato: la malnutrizione contribuisce ogni anno alla morte di oltre 3 milioni di bambini sotto i 5 anni, vale a dire il 45% di tutte le morti infantili nel mondo.

La salute dei bambini dipende in gran parte dalla salute delle madri. Molte delle morti da parto, nei paesi in via di sviluppo, potrebbero essere evitate se le donne fossero assistite durante la gravidanza e al momento della nascita del loro bimbo, se fossero ben nutrite e ricevessero integratori di ferro e folati durante la gestazione. E se fossero informate e istruite sarebbero madri in grado di provvedere alla sana nutrizione e crescita dei propri figli.

Le misure contro la malnutrizione: l'impegno dell'UNICEF

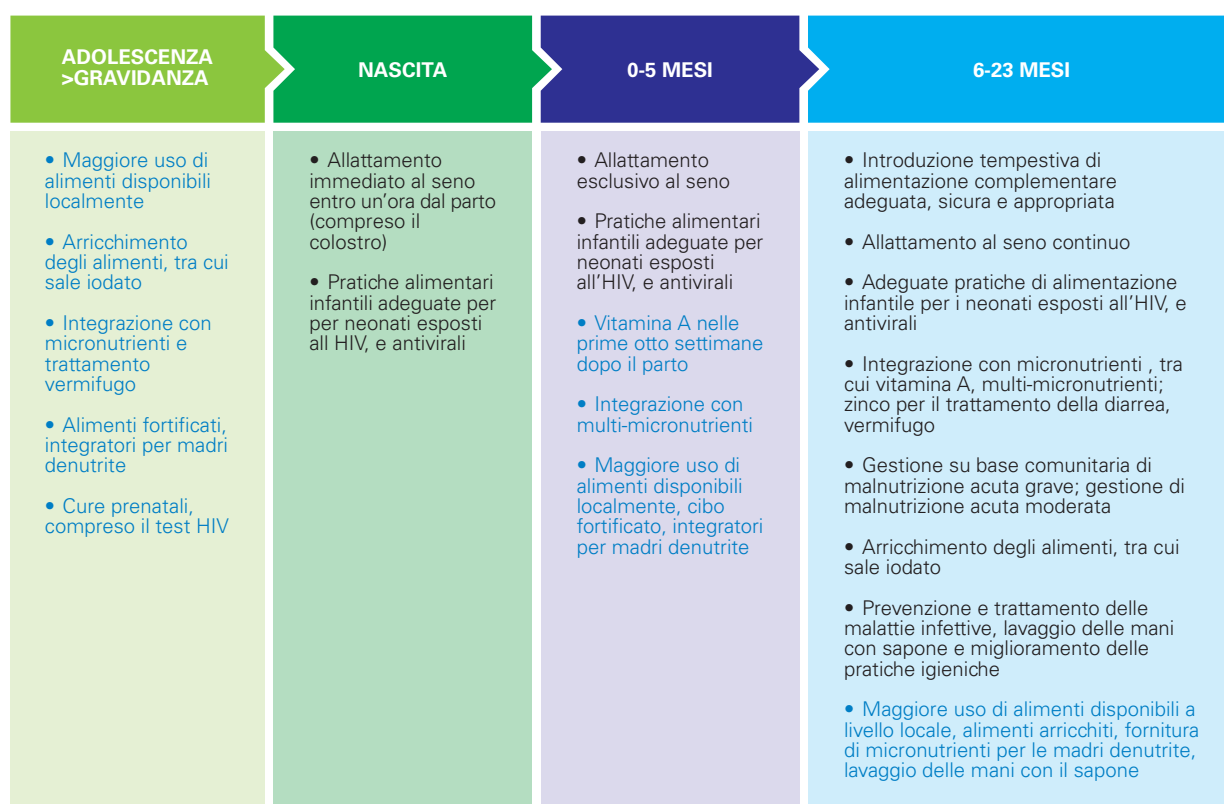
A livello globale circa un bambino su quattro sotto i 5 anni (165 milioni) soffre di malnutrizione cronica, presenta quindi un ritardo della crescita.

La battaglia contro la malnutrizione si può vincere, ma i progressi sono ancora lenti. L'UNICEF sottolinea che è necessario investire nei primi 1.000 giorni di vita di un bambino in quanto fondamentali. Un'alimentazione inadeguata può avere conseguenze irreversibili. Oltre a essere più piccoli dei loro coetanei che non sono cronicamente malnutriti, i bambini con ritardo della crescita sono più vulnerabili alle malattie, e a scuola spesso rimangono indietro. Entrano nell'età adulta con più

probabilità di diventare sovrappeso ed essere più esposti alle malattie.

L'UNICEF sostiene che è necessario promuovere politiche, servizi e cure per le donne fin dalla gravidanza e investire nell'istruzione femminile. Come si evince anche da questo studio, ovunque nel mondo le bambine e le ragazze che completano gli studi saranno donne più consapevoli, avranno migliori opportunità di lavoro e saranno madri in grado di provvedere alla sana crescita dei figli, contribuendo al benessere di tutta la società. Il livello di istruzione delle madri è anche fortemente correlato alla loro salute e sopravvivenza. Secondo uno studio recente (pubblicato da BMC Public Health) il rischio di morte materna delle donne senza istruzione e di quelle con 1-6 anni di scuola era rispettivamente 2,7 e 2 volte più alto rispetto a quelle con oltre 12 anni di studi⁸.

GRAFICO 3
BUONE PRATICHE, SERVIZI E INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DEL RITARDO DELLA CRESCITA E DI ALTRE FORME DI MALNUTRIZIONE PER TUTTO IL CICLO DELLA VITA



Nota: Il colore blu si riferisce a interventi per le donne in età riproduttiva e le madri. Il colore nero si riferisce a interventi per i bambini.

Fonte: Raccomandazioni politiche e linee guida basate su UNICEF, OMS e le altre agenzie delle Nazioni Unite, Bhutta, Zulfiqar A, et al., 'Maternal and Child Undernutrition 3: What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival', Lancet, vol. 371, n. 9610, February 2008, pp. 417-440.

* Il grafico è tratto dalla pubblicazione UNICEF, *Improving Child Nutrition. The achievable imperative for global progress*, UNICEF, New York, aprile 2013, p. 18.

⁸ UNICEF, *Committing to Child Survival: A Promise Renewed*, Progress Report 2013, UNICEF, New York, 2013, p. 29.

Lezioni tratte dall'esperienza: i salvavita più efficaci

L'UNICEF opera con i suoi partner nelle aree del mondo dove la malnutrizione infantile è più grave e diffusa (Africa occidentale e centrale, Africa orientale, Asia meridionale) attraverso interventi di provata efficacia come la promozione dell'allattamento esclusivo al seno per i primi 6 mesi, la somministrazione di integratori e micronutrienti, la fornitura regolare di alimenti terapeutici pronti all'uso e la formazione degli operatori, oltre ad altri interventi a livello comunitario e di politiche nazionali. Nella risposta umanitaria alle emergenze l'UNICEF coordina gli interventi di supporto nutrizionale alle madri e ai bambini. Il continuum di cure a partire dalla gravidanza e la necessità di raggiungere i bambini più poveri e vulnerabili sono le sfide che l'UNICEF rinnova ogni giorno in oltre 150 paesi del mondo in via di sviluppo. Ecco i salvavita più efficaci per combattere la malnutrizione, soprattutto quella acuta:

Latte terapeutico F75 e F100

Il latte nutrizionale terapeutico viene somministrato solo nei centri sanitari e sotto controllo di personale medico. Per i primi 2-3 giorni il bambino viene nutrito con la formula F-75 più leggera e digeribile, poi si passa alla formula F-100, che è più nutriente.

Alimento terapeutico pronto all'uso

È confezionato in bustine e ha l'aspetto di un panetto di burro. È composto da farina di arachidi, zucchero, grassi vegetali, latte in polvere (scremato), con aggiunta di sali minerali e vitamine e altri componenti altamente nutritivi. Una confezione, che costa solo 27 centesimi di euro, pesa 92 grammi e contiene 500 calorie. Permette di recuperare peso in tempi rapidi. Questo alimento ha una grande particolarità perché non ha bisogno di essere diluito e ciò significa moltissimo in situazioni di scarsa igiene o di mancanza di acqua potabile. Durante le emergenze umanitarie questi alimenti sono di cruciale importanza. Ma queste bustine già pronte hanno anche un altro punto di forza, perché le mamme possono somministrarle a casa evitando il ricovero dei bambini nei Centri di nutrizione terapeutica. Per completare la terapia basterà recarsi presso il Centro ogni settimana per sottoporli al controllo e riceverne altre confezioni.

ReSoMal

Soluzione reidratante da somministrare sotto controllo medico per via orale o tramite sondino naso-gastrico. È una miscela in polvere da diluire in due litri di acqua potabile e da somministrare in caso di disidratazione dovuta principalmente alla diarrea. La formulazione è simile a quella dei sali per la reidratazione orale, ma adattata in modo specifico per la terapia dei bambini con malnutrizione acuta complicata da diarrea.

BIBLIOGRAFIA

Cole T. J., Bellizzi M. C., Flegal K. M., Dietz W. H.: "Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey". *BMJ* 2000; 320:1240.

Comitato Italiano per l'UNICEF, *La malnutrizione dei bambini*. L'impegno dell'UNICEF contro la mortalità infantile, Comitato Italiano per l'UNICEF, Roma 2012

Comitato Italiano per l'UNICEF-Istat, *La mortalità dei bambini ieri e oggi*. L'Italia post unitaria a confronto con i Paesi in via di Sviluppo, Comitato Italiano per l'UNICEF, Roma 2010

De Bernardi Alberto, Ganapini Luigi, *Storia d'Italia 1860-1995*, Ed. Bruno Mondadori, Milano 1996

Gargiulo L., Gianicolo E., Brescianini S., "Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza" in Atti del Convegno su Informazione statistica e politiche per la promozione della salute (Roma, 10-12 settembre 2002), Istat

Centro di Ricerca Innocenti UNICEF, *Il benessere dei bambini nei paesi ricchi*. Un quadro comparativo, Innocenti Report Card 11, UNICEF, Firenze maggio 2013

Centro di Ricerca Innocenti UNICEF, *Misurare la povertà tra i bambini e gli adolescenti*. Un quadro comparativo della povertà infantile in alcuni paesi a reddito medio-alto, Innocenti Report Card 11, UNICEF, Firenze aprile 2012

INRAN, Linee guida per una sana alimentazione, revisione 2003

Istat, La vita quotidiana nel 2012, tavole di dati (<http://www.istat.it/it/archivio/96427>)

Istat, Annuario statistico italiano, 2012

Istat, Cnel, BES 2013 "Il benessere equo e sostenibile in Italia", Roma, marzo 2013

Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, Rapporto Osservasalute 2012, Università Cattolica del Sacro Cuore

UNICEF, *Committing to Child Survival: A Promise Renewed*, Progress Report 2013, UNICEF, New York 2013

UNICEF, *Improving child nutrition*. The achievable imperative for global progress, UNICEF, New York 2013

UNICEF, Rapporto "La condizione dell'infanzia nel mondo 2013", *Bambini e disabilità*, Comitato Italiano per l'UNICEF, Roma 2013

UNICEF, WHO, World Bank, UN (UN IGME), *Levels and Trends in Child Mortality*, Report 2013, New York 2013

NOTA METODOLOGICA a cura dell'Istat

L'analisi è stata condotta prendendo in considerazione le caratteristiche anagrafiche, sociali e territoriali dei bambini e dei ragazzi fino a 17 anni e delle loro famiglie, in modo da restituire un'immagine di questo gruppo di popolazione nella sua complessità.

DEFINIZIONI

Eccesso di peso

I dati fanno riferimento alle stime dell'eccesso di peso riguardanti i bambini e i ragazzi di 6-17 anni con riferimento alle soglie elaborate da Cole, Bellizzi, Flegal, Dietz W. H. (2000)⁹ (cfr. Prospetto 1).

PROSPETTO 1
VALORI SOGLIA RELATIVI AL SOVRAPPESO E ALL'OBESITÀ PER SESSO E SEMESTRE DI VITA

ETÀ	Valori soglia per il sovrappeso		Valori soglia per l'obesità	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
6	17,55	17,34	19,78	19,65
6,5	17,71	17,53	20,23	20,08
7	17,92	17,75	20,63	20,51
7,5	18,16	18,03	21,09	21,01
8	18,44	18,35	21,60	21,57
8,5	18,76	18,69	22,17	22,18
9	19,10	19,07	22,77	22,81
9,5	19,46	19,45	23,39	23,46
10	19,84	19,86	24,00	24,11
10,5	20,20	20,29	24,57	24,77
11	20,55	20,74	25,10	25,42
11,5	20,89	21,20	25,58	26,05
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
13	21,91	22,58	26,84	27,76
13,5	22,27	22,98	27,25	28,20
14	22,62	23,34	27,63	28,57
14,5	22,96	23,66	27,98	28,87
15	23,29	23,94	28,30	29,11
15,5	23,60	24,17	28,60	29,29
16	23,90	24,37	28,88	29,43
16,5	24,19	24,54	29,14	29,56
17	24,46	24,70	29,41	29,69
17,5	24,73	24,85	29,70	29,84
18	25,00	25,00	30,00	30,00

FONTI DEI DATI

Allattamento al seno

Sono stati presi in considerazione i dati rilevati nell'ambito dell'indagine campionaria ISTAT "Condizioni

di salute e ricorso ai Servizi sanitari", svolta con cadenza quinquennale dal 1980.

Sono stati analizzati i dati relativi agli anni 1999-2000 e 2005. Per ciascuna di queste due indagini, sono state intervistate oltre 50.000 famiglie distribuite su tutto il territorio nazionale, per un totale di circa 130.000 individui.

I principali temi indagati sono le malattie acute e croniche, alcuni tipi di invalidità, le condizioni di disabilità, gli stili di vita (sovrappeso e obesità, inattività fisica, abitudine al fumo), prevenzione, valutazione generale del proprio stato di salute, partecipazione alla vita sociale, rapporto del cittadino con i servizi sanitari (ricorso a visite mediche, accertamenti diagnostici, ricoveri, servizi di riabilitazione, ecc. e giudizio complessivo sugli stessi), uso dei farmaci e delle terapie non convenzionali. Si rilevano inoltre alcuni aspetti relativi all'evento nascita (gravidanza, parto e allattamento).

La rilevazione fa parte del "Sistema di Indagini Multiscopo sulle Famiglie", un sistema integrato di indagini sociali e rientra tra quelle comprese nel Programma statistico nazionale, che raccoglie l'insieme delle rilevazioni statistiche necessarie al paese.

Stili alimentari, bevande ed eccesso di peso

Sono stati presi in considerazione i dati rilevati nell'ambito dell'indagine campionaria ISTAT "Aspetti della vita quotidiana" (anni 2005, 2008, 2011, 2012). Per ciascuna indagine, sono state intervistate circa 20.000 famiglie distribuite su tutto il territorio nazionale, per un totale di quasi 50.000 individui.

A partire dal 1993, l'indagine viene svolta ogni anno e le informazioni raccolte consentono di conoscere le abitudini dei cittadini e i problemi che essi affrontano ogni giorno. Aree tematiche variegata si susseguono nei questionari, permettendo di capire come vivono gli individui e se sono soddisfatti del funzionamento di quei servizi di pubblica utilità che devono contribuire al miglioramento della qualità della vita. Scuola, lavoro, vita familiare e di relazione, abitazione e zona in cui si vive, tempo libero, partecipazione politica e sociale, salute, stili di vita e rapporto con i servizi sono indagati in un'ottica in cui oggettività dei comportamenti e soggettività delle aspettative, delle motivazioni, dei giudizi contribuiscono a definire l'informazione sociale. Anche questa rilevazione fa parte del "Sistema di Indagini Multiscopo sulle Famiglie" e rientra tra quelle comprese nel Programma statistico nazionale.

⁹ La popolazione di riferimento usata per il calcolo di tali cut-off point deriva dall'unione di dati derivanti da indagini campionarie di tipo cross-sectional rappresentative a livello nazionale svolte nei seguenti sei paesi: Brasile, Gran Bretagna, Hong Kong, Paesi Bassi, Singapore e Stati Uniti d'America. L'individuazione dei valori soglia corrispondenti al sovrappeso e all'obesità è stata fatta trasferendo i due percentili corrispondenti ai valori soglia definiti per gli adulti (25 kg/m² per il sovrappeso e 30 kg/m² per l'obesità) alle distribuzioni dell'indice di massa corporea (IMC) relative ai soggetti con meno di 18 anni, ottenendo valori soglia specifici per genere e semestre di vita.

Puoi aiutare l'UNICEF tramite:

- Tutte le carte di credito sul sito www.unicef.it o telefonando al 
- Conto corrente bancario intestato a UNICEF Italia presso Banca Popolare Etica IBAN: **it55 0050 1803 2000 0000 0505 010**

- Conto corrente postale n. **745000** intestato a UNICEF Italia (bollettini disponibili in tutti gli Uffici postali)
- Offerte che si possono effettuare direttamente presso le sedi dei Comitati Regionali e Provinciali per l'UNICEF della tua città (indirizzi sugli elenchi telefonici o su www.unicef.it)

Inoltre:

- Puoi devolvere il **5 x 1000** dell'imposta sul reddito. Non ti costerà nulla, basterà una firma nell'apposito spazio della dichiarazione dei redditi insieme alla trascrizione del codice fiscale dell'**UNICEF 01561920586**
- Puoi acquistare in modo responsabile e trovare l'alternativa al solito dono su www.regali.unicef.it

unicef 
Comitato Italiano
per l'UNICEF Onlus
Via Palestro 68, 00185 Roma

Il Cenone di Natale di Mamou.



© UNICEF MLIA2012-01214

Regala a un bambino malnutrito il pasto più importante della sua vita.

La bustina nelle mani di Mamou contiene l'alimento terapeutico che lo ha salvato. Costa solo pochi centesimi. Eppure, ancora oggi, 3 milioni di bambini muoiono ogni anno per cause legate alla malnutrizione. A Natale dona alimenti terapeutici: insieme possiamo realizzare il Cenone di Natale più grande del mondo, quello che salva la vita dei bambini.

DONA SU
ccp 745000
www.unicef.it



unicef 