

OKkio alla SALUTE

Risultati dell'indagine 2019

ASL TO 3



A.S.L. TO3
Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e Pinerolo



OKkio alla SALUTE è un sistema di sorveglianza nazionale istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità
(DPCM del 3 marzo 2017, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 12 maggio 2017)

A cura di:

Giovanna Paltrinieri, Debora Lo Bartolo.

Hanno contribuito alla realizzazione della raccolta dati 2019

- il gruppo di coordinamento nazionale:

Angela Spinelli, Paola Nardone, Marta Buoncristiano, Michele Antonio Salvatore, Mauro Bucciarelli, Silvia Andreozzi, Ferdinando Timperi, Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano, Alessandro Vienna.

- il comitato tecnico della sorveglianza:

Marta Buoncristiano, Giulia Cairella, Marcello Caputo, Margherita Caroli, Chiara Cattaneo, Laura Censi, Liliana Coppola, Simona De Introna, Barbara De Mei, Maria Paola Ferro, Daniela Galeone, Mariano Giacchi, Giordano Giostra, Marina La Rocca, Laura Lauria, Gianfranco Mazzarella, Maria Teresa, Menzano, Paola Nardone, Federica Pascali, Anna Rita Silvestri, Daniela Pierannunzio, Michele Antonio Salvatore, Angela Spinelli, Alessandro Vienna.

- a livello regionale:

Marcello Caputo (referente regionale); Giafranco Corgiat Loia (Dirigente settore regionale); Monica Bonifetto, Paolo Ferrari, Leonardo Filippone (Dirigente Ufficio IV USR per il Piemonte e referente regionale), Paola Damiani / Daniela Pinna (referenti USR).

- a livello provinciale:

Bruna Balossino (referente alla salute dell'ufficio scolastico di Alessandria), Martina Gado (referente alla salute dell'ufficio scolastico provinciale di Asti), Monica Pisu (referente alla salute dell'ufficio scolastico provinciale di Biella), Marcello Strizzi (referente alla salute dell'ufficio scolastico provinciale di Cuneo), Gabriella Colla (referente alla salute dell'ufficio scolastico provinciale di Novara), Anna Maria Capra, Sara Cocco (referente alla salute dell'ufficio scolastico provinciale di Torino), Angelo Iaderosa (referente alla salute dell'ufficio scolastico provinciale di Verbano-Cusio-Ossola), Laura Musazzo (referente alla salute dell'ufficio scolastico provinciale di Vercelli)

- a livello aziendale:

Referenti e operatori

Giovanna Paltrinieri (referente), Fiorella Vietti, Debora Lo Bartolo

Un ringraziamento particolare ai dirigenti scolastici e agli insegnanti: il loro contributo è stato determinante per la buona riuscita della raccolta dei dati qui presentati.

Un ringraziamento alle famiglie e agli alunni che hanno preso parte all'iniziativa, permettendo così di comprendere meglio la situazione dei bambini della nostra Regione.

Copia del volume può essere richiesta a:

Debora Lo Bartolo

S.S. Sorveglianza e prevenzione nutrizionale

Via Martiri XXX Aprile n. 30, Collegno (TO)

Indirizzo e-mail: dlobartolo@aslo3.piemonte.it

Sito internet di riferimento per lo studio:

www.epicentro.iss.it/okkioallasalute

Indice

Indice	4
Introduzione	5
Metodologia	7
Descrizione della popolazione	9
Lo stato ponderale	12
Le abitudini alimentari	19
L'attività fisica	26
Le attività sedentarie	33
La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini	36
L'ambiente scolastico e il suo ruolo nella promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica	40
Conclusioni generali	51
Bibliografia essenziale	53

Introduzione

Il sovrappeso e l'obesità sono un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie cronicodegenerative e una sfida prioritaria per la sanità pubblica. In particolare, l'eccesso ponderale in giovane età ha implicazioni a breve e a lungo termine sulla salute e rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di patologie in età adulta.

Per comprendere la dimensione del fenomeno nei bambini e i comportamenti associati, a partire dal 2007, il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato lo sviluppo del sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE, coordinato dal Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la 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.

La sorveglianza è alla base delle strategie italiane in materia di prevenzione e promozione della salute quali il Programma Governativo "Guadagnare salute" e il Piano Nazionale della Prevenzione e, in ambito internazionale, aderisce alla "Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/monitoring-and-surveillance/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>).

Dal Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPCM del 3 marzo 2017, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 12 maggio 2017), OKkio alla SALUTE è ufficialmente inserito tra i sistemi e i registri di rilevanza nazionale ed è istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità. OKkio alla SALUTE descrive la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, degli stili alimentari, dell'abitudine all'esercizio fisico dei bambini della III classe primaria e delle attività scolastiche che possono favorire la sana nutrizione e il movimento.

Ad oggi, a livello nazionale, sono state effettuate sei raccolte dati (2008-9, 2010, 2012, 2014, 2016, 2019) ognuna delle quali ha coinvolto oltre 40.000 bambini e genitori e 2.000 scuole.

In particolare, nel 2019 hanno partecipato 2.735 classi, 47.543 bambini e 50.502 genitori, distribuiti in tutte le regioni italiane.

I bambini in sovrappeso sono il 20,4% [IC95%19,9-20,9] e i bambini obesi sono il 9,4% [IC95%9,0-9,7], compresi i bambini gravemente obesi che da soli sono il 2,4% [IC95% 2,3-2,6]. Persistono tra i bambini le abitudini alimentari scorrette, infatti, l'8,7% dei bambini salta la prima colazione e il 35,6% fa una colazione non adeguata (ossia sbilanciata in termini di carboidrati e proteine); il 55,3% fa una merenda di metà mattina abbondante. Il 24,4% dei genitori dichiara che i propri figli non consumano quotidianamente frutta e/o verdura e il 25,4% dichiara che i propri figli consumano quotidianamente bevande zuccherate e/o gassate. I valori dell'inattività fisica e dei comportamenti sedentari permangono elevati: il 20,3% dei bambini non ha fatto attività fisica il giorno precedente l'indagine, il 43,5% ha la TV in camera, il 44,5% guarda la TV e/o gioca con i videogiochi/tablet/cellulare per più di 2 ore al giorno e solo un bambino su 4 si reca a scuola a piedi o in bicicletta. Dati simili a quelli osservati nelle precedenti rilevazioni confermano l'errata percezione dei genitori dello stato ponderale e dell'attività motoria dei propri figli: tra le madri di bambini in sovrappeso o obesi, il 40,3% ritiene che il proprio figlio sia sotto-normopeso.

Inoltre, grazie alla partecipazione dei dirigenti scolastici e degli insegnanti, è stato possibile raccogliere informazioni sulla struttura degli impianti, sui programmi didattici e sulle iniziative di promozione della sana nutrizione e dell'attività fisica degli alunni in 2.477 plessi di scuole primarie italiane. I principali risultati evidenziano che il 75% delle scuole possiede una mensa; il 43% prevede la distribuzione per la merenda di metà mattina di alimenti salutari (frutta, yogurt, ecc.). Inoltre, 1 scuola su 3 ha coinvolto i genitori in iniziative favorevoli a una sana alimentazione e in quelle riguardanti l'attività motoria.

Nel report vengono presentati i risultati della raccolta dati effettuata nel 2019 e riportati gli indicatori presenti nel Piano Nazionale della Prevenzione.

Metodologia

OKkio alla SALUTE è una sorveglianza di popolazione, basata su indagini epidemiologiche ripetute a cadenza regolare, su campioni rappresentativi della popolazione in studio.

Pertanto è orientata alla raccolta di poche informazioni principalmente su fattori di rischio modificabili, mediante l'utilizzo di strumenti e procedure semplici, accettabili da operatori e cittadini e sostenibili dai sistemi di salute.

Popolazione in studio

È stata scelta la classe terza della scuola primaria, con bambini intorno agli 8 anni, perché l'accrescimento a quest'età è ancora poco influenzato dalla pubertà, i bambini sono già in grado di rispondere con attendibilità ad alcune semplici domande e i dati sono comparabili con quelli raccolti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in vari altri Paesi europei.

Le scuole rappresentano l'ambiente ideale per la sorveglianza: i bambini sono facilmente raggiungibili sia per la raccolta dei dati che per gli interventi di promozione della salute che seguiranno la sorveglianza.

Modalità di campionamento

Il metodo di campionamento è "a grappolo", cioè le classi ("grappoli" o "cluster") sono estratte casualmente dalle liste di campionamento predisposte dagli Uffici Scolastici su base regionale o di ASL e tutti i bambini della classe sono inclusi. Per ciascuna scuola la probabilità di veder estratte le proprie classi è proporzionale al numero degli alunni iscritti (metodo della *probability proportional to size*).

La numerosità campionaria è stata individuata per ogni regione, ASL o macro area sulla base della popolazione di bambini di classe terza primaria residenti, sulla prevalenza dell'eccesso ponderale riscontrato nella precedente raccolta dei dati e al *design effect*, con una precisione della stima del 3% per la regione e del 5% per la ASL.

Strumenti e procedure di raccolta dati

Nel 2008 è stata sviluppata la prima versione dei 4 questionari di OKkio alla SALUTE. Negli anni successivi alcune domande del questionario sono state cambiate e sono stati aggiunti ulteriori quesiti a seguito di richieste del Ministero della Salute, del Comitato Tecnico della Sorveglianza e della Childhood Obesity Surveillance Initiative dell'OMS Europa (COSI). Nel 2019 sono state introdotte alcune domande riguardanti la percezione dell'ambiente (in particolare l'inquinamento dell'aria) e l'inclusione dell'educazione ambientale tra le attività scolastiche; sono stati inoltre modificati alcuni quesiti sulla base delle indicazioni del COSI. I quattro questionari sono: uno da somministrare ai bambini in aula, uno per i genitori da compilare a casa e due destinati rispettivamente agli insegnanti e ai dirigenti scolastici.

Il questionario per i bambini comprende semplici domande riferite a un periodo di tempo limitato (dal pomeriggio della giornata precedente alla mattina della rilevazione). I bambini hanno risposto al questionario in aula, individualmente e per iscritto, e gli operatori si sono resi disponibili per chiarire eventuali dubbi.

Inoltre i bambini sono stati misurati (peso e statura) da operatori locali addestrati utilizzando bilancia e stadiometri standardizzati e di elevata precisione. In caso di esplicito rifiuto dei

genitori, il questionario non è stato somministrato e i bambini non sono stati misurati. Non è stata prevista alcuna forma di recupero dei dati riguardanti i bambini assenti, né di sostituzione dei bambini con rifiuto.

Per stimare la prevalenza di sovrappeso e obesità è stato utilizzato l'Indice di Massa Corporea (IMC o BMI in inglese), ottenuto come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi al netto della tara dei vestiti e il quadrato dell'altezza espressa in metri. Per la definizione del sottopeso, normopeso, sovrappeso, obeso e gravemente obeso si sono utilizzati i valori soglia per l'IMC desunti da Cole et al., come consigliato dalla International Obesity Task Force (IOTF); nel report nazionale sarà possibile visionare le prevalenze dello stato ponderale utilizzando anche le curve OMS. Nell'analisi dei dati sono stati considerati sottopeso i bambini con un valore di IMC uguale o inferiore a 17 in età adulta ed è stato possibile, inoltre, calcolare la quota di bambini gravemente obesi, ovvero con un valore di IMC in età adulta pari o superiore a 35 (Cole et al., 2012).

Le domande rivolte ai genitori hanno indagato alcune abitudini dei propri figli quali: l'attività fisica, i comportamenti sedentari, gli alimenti consumati, la percezione dello stato nutrizionale e del livello di attività motoria.

Alcuni dati sulle caratteristiche dell'ambiente scolastico, in grado di influire favorevolmente sulla salute dei bambini, sono stati raccolti attraverso i due questionari destinati ai dirigenti scolastici e agli insegnanti. La collaborazione intensa e positiva tra operatori sanitari e istituzioni scolastiche ha permesso un ampio coinvolgimento dei bambini e dei loro genitori contribuendo alla buona riuscita dell'iniziativa.

In particolare, la disponibilità e l'efficienza degli insegnanti ha consentito di raggiungere un livello di adesione delle famiglie molto alto.

La raccolta dei dati è avvenuta in tutte le regioni tra marzo e giugno 2019.

L'inserimento dei dati è stato effettuato dagli stessi operatori sanitari che hanno realizzato la raccolta delle informazioni, mediante una piattaforma web sviluppata ad hoc.

Analisi dei dati

L'analisi dei dati è stata finalizzata, principalmente, alla stima delle prevalenze delle variabili rilevate. Per alcune di queste, in particolare per quelle che sono soggette a confronti temporali successivi o con altre realtà territoriali (Regioni o ASL), sono stati calcolati anche gli intervalli di confidenza al 95%. In qualche caso, al fine di identificare differenze sono stati calcolati dei rapporti di prevalenza e realizzati dei test statistici. Nel presente rapporto, dove opportuno, viene indicato se le differenze osservate tra le 6 rilevazioni sono o non sono statisticamente significative. Data la ridotta numerosità del campione aziendale, rispetto a quello nazionale o regionale, e di conseguenza intervalli di confidenza generalmente più ampi, è necessaria la massima cautela nell'interpretare e commentare i confronti negli anni dei dati al fine di evitare conclusioni errate. Questa annotazione vale in particolar modo per i risultati relativi all'ambiente scolastico, in cui il campione è di circa 20-30 scuole per ASL.

Le analisi sono state effettuate usando il software Stata vers.14.2.

Descrizione della popolazione

Quante scuole e quante classi sono state coinvolte nell'indagine? _____

Nel 2019 nella Asl TO 3 hanno partecipato all'indagine il 100% delle scuole e il 100% delle classi sui 23 plessi scolastici e sulle 24 classi rispettivamente campionate.

Distribuzione delle classi per tipologia di comune di appartenenza Asl TO 3- OKkio 2019 (N=24 classi)

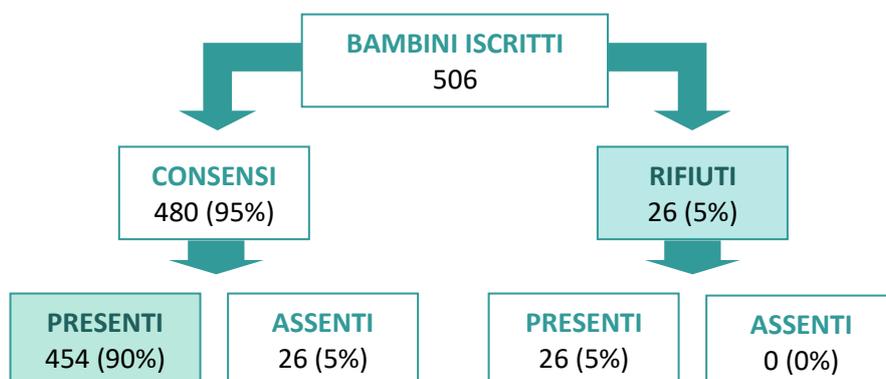
ZONA ABITATIVA	N	%
≤ 10.000 abitanti	0	0
Da 10.000 a più di 50.000 abitanti	0	0
> 50.000 abitanti (non metropolitana)	0	0
Comuni di area metropolitana (centro e periferia)	24	100

- Tutte le scuole e le classi partecipanti si trovano in comuni con medesima densità di popolazione (area metropolitana).
- Per la classificazione della tipologia dei comuni si è seguito il sistema adottato dall'Istat.

Partecipazione dei bambini e delle famiglie allo studio _____

La percentuale di bambini/famiglie che ha partecipato all'indagine è un importante indicatore di processo. Una percentuale alta, oltre a garantire la rappresentatività del campione, sottolinea l'efficacia delle fasi preparatorie dell'indagine. Una risposta bassa a causa non solo di un alto numero di rifiuti ma anche di assenti, superiore al 5-10% (percentuale di assenti attesa in una normale giornata di scuola), potrebbe far sospettare una scelta delle famiglie dettata per esempio dalla necessità di "proteggere" i bambini in eccesso ponderale. In questo caso, il campione di bambini delle classi selezionate potrebbe non essere sufficientemente rappresentativo dell'insieme di tutte le classi della Regione, in quanto la prevalenza di obesità riscontrata nei bambini misurati potrebbe essere significativamente diversa da quella degli assenti.

Bambini coinvolti: quanti i partecipanti, i rifiuti e gli assenti? _____



- Solo il 5% dei genitori ha rifiutato la misurazione dei propri figli. Questo valore è risultato uguale a quello nazionale (circa 5%). Questo dato sottolinea una buona gestione della comunicazione tra ASL, scuola e genitori.
- Nella giornata della misurazione erano assenti 26 bambini pari al 5% del totale di quelli iscritti. La bassa percentuale di assenti tra i consensi rassicura, al pari del favorevole dato sui rifiuti, sull’attiva partecipazione dei bambini e dei genitori.
- I bambini ai quali è stato possibile somministrare il questionario e di cui sono stati rilevati peso e statura sono stati quindi 480 ovvero il 95 % degli iscritti negli elenchi delle classi. L’alta percentuale di partecipazione assicura una rappresentatività del campione soddisfacente.
- Hanno risposto al questionario dei genitori 471 delle famiglie dei 506 bambini iscritti (93%).

Bambini partecipanti: quali le loro caratteristiche? _____

Le soglie utilizzate per classificare lo stato ponderale variano in rapporto al sesso e all’età dei bambini considerati, pertanto è necessario tener conto della loro distribuzione.

Età e sesso dei bambini – ASL TO 3 – OKkio 2019

ETÀ	N	%	SESSO	N	%
<7 anni	0	0	Maschi	213	47,3
8 anni	288	63,7	Femmine	237	52,7
9 anni	163	36,1			
≥ 10	1	0,2			

- La proporzione di maschi e di femmine nel nostro campione è simile.
- Al momento della rilevazione, la grande maggioranza dei bambini che ha partecipato allo studio aveva fra 8 e 9 anni, con una media di 8 anni e 10 mesi di vita.

Genitori partecipanti: chi sono e cosa fanno? _____

La scolarità dei genitori, usata come indicatore socioeconomico della famiglia, è associata in molti studi allo stato di salute del bambino. Il questionario è stato compilato più spesso dalla madre del bambino (87%), meno frequentemente dal padre (12%). Di seguito vengono riportate le caratteristiche di entrambi i genitori dei bambini coinvolti; i capitoli successivi nella maggior parte dei casi presenteranno analisi che tengono conto del livello di istruzione solo della madre che di fatto è la persona che ha risposto più frequentemente al questionario rivolto ai genitori.

- La maggior parte delle madri ha un titolo di scuola superiore (50%) o laurea (25%).
- I padri che hanno un titolo di scuola superiore sono il 48% e la laurea il 16 %.
- Il 7% delle madri e il 10% dei padri sono di nazionalità straniera.
- Il 50% delle madri lavora a tempo pieno.

Con il reddito a disposizione della famiglia, il 35% dei rispondenti dichiara di arrivare a fine mese con qualche difficoltà e il 7% dichiara di arrivarci con molte difficoltà.

Livello di istruzione, occupazione e nazionalità della madre e del padre

ASL TO 3 – OKkio 2019

CARATTERISTICHE	MADRE		PADRE	
	N	%	N	%
Grado di istruzione				
Nessuna, elementare, media	115	25	158	35,6
Diploma superiore	232	50,4	215	48,4
Laurea	113	24,6	71	16
Nazionalità				
Italiana	426	93,2	421	90,5
Straniera	31	6,7	44	9,5
Lavoro*				
Tempo pieno	202	50,1	-	-
Part time	131	32,5	-	-
Nessuno	70	17,4	-	-

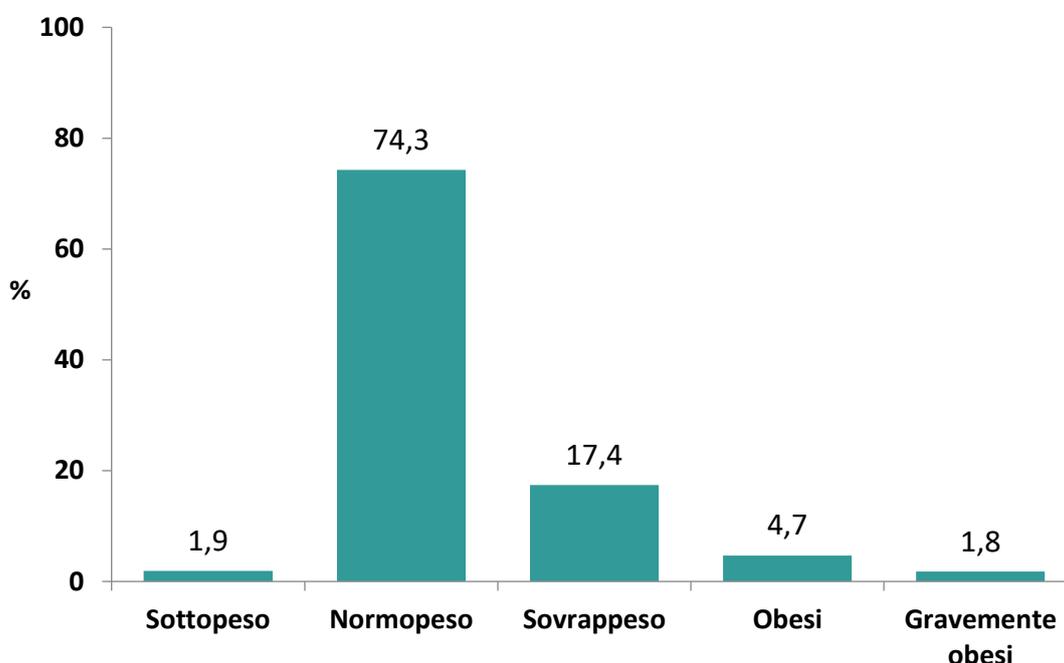
* Informazione raccolta solo sulla persona che compila il questionario; essendo la madre colei che lo compila nella grande maggioranza dei casi, il dato non è calcolabile per il padre.

Lo stato ponderale

L'obesità ed il sovrappeso in età evolutiva possono favorire lo sviluppo di gravi patologie quali le malattie cardio-cerebro-vascolari, diabete tipo 2 ed alcuni tumori. Negli ultimi 30 anni la prevalenza dell'obesità nei bambini è drasticamente aumentata e, sebbene da qualche anno in alcuni Paesi si assiste ad una fase di plateau, i valori sono ancora molto elevati.

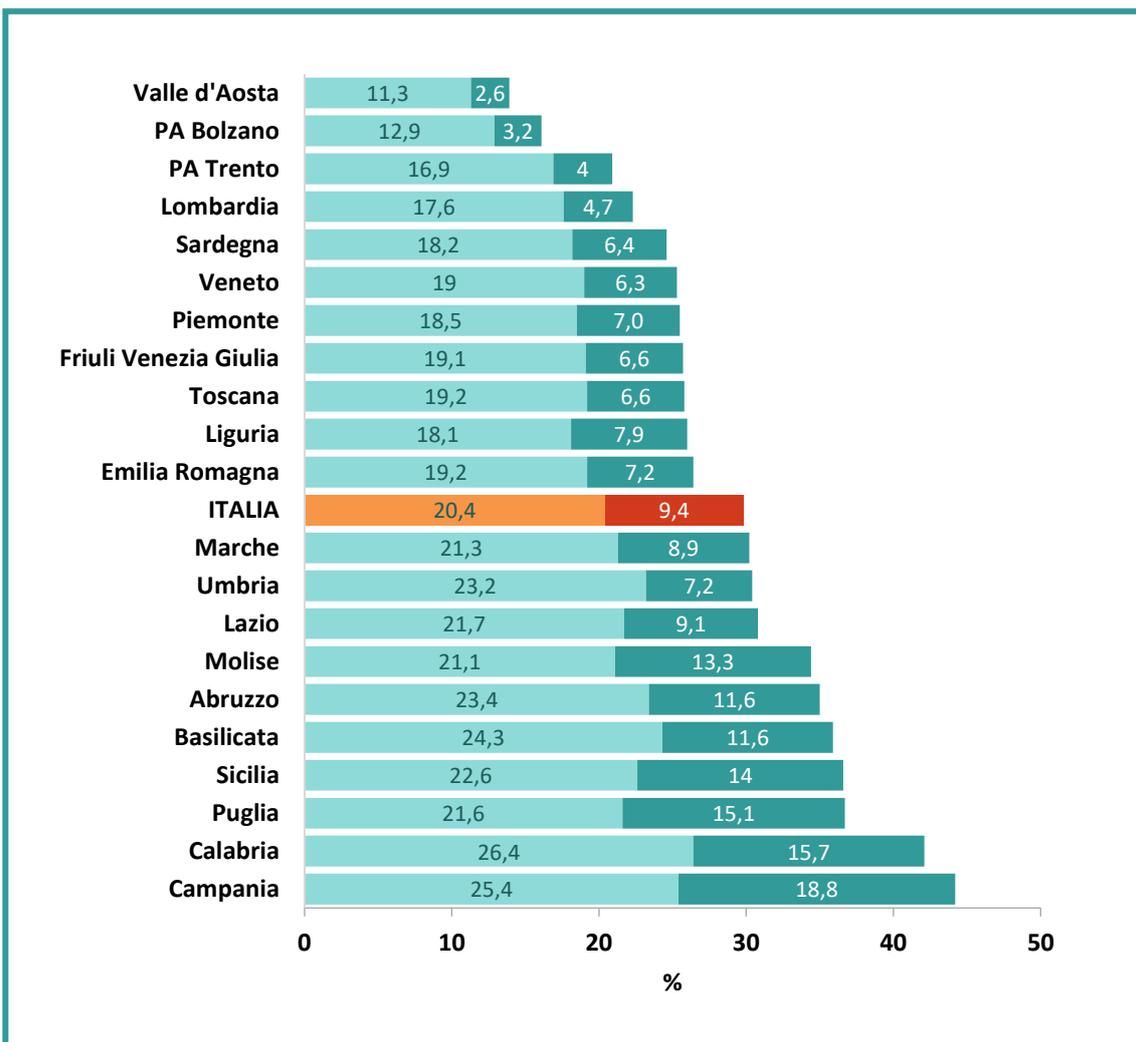
Quanti sono i bambini in sovrappeso o obesi?

L'indice di massa corporea (IMC) è un indicatore indiretto dello stato di adiposità, semplice da misurare e comunemente utilizzato negli studi epidemiologici per valutare l'eccedenza ponderale (il rischio di sovrappeso e obesità) di popolazioni o gruppi di individui. Per la determinazione di sottopeso, normopeso, sovrappeso, obeso e gravemente obeso, sono stati utilizzati i valori soglia proposti da Cole et al. e raccomandati dall'IOTF.



- Tra i bambini della nostra Asl l'1,8% (IC95% 0,9%-3,5%) risulta in condizioni di obesità grave, il 4,7% risulta obeso (IC95% 3,0%-7,1%), il 17,4% sovrappeso (IC95% 14,3%-21,2%), il 74,3% normopeso (IC95% 70,4%-77,8%) e l'1,9% sottopeso (IC95% 0,8%-3,6%).
- Complessivamente il 24% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità.

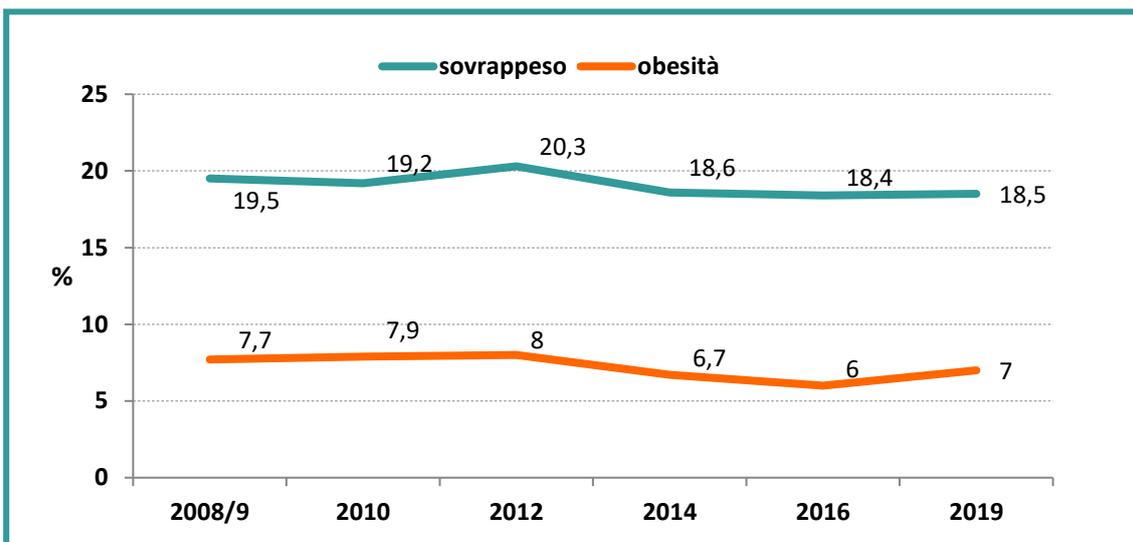
Sovrappeso e obesità per Regione (%) nei bambini di 8-9 anni che frequentano la 3^a primaria. OKkio alla SALUTE 2019



Qual è l'andamento del sovrappeso e obesità negli anni? _____

Rispetto alle precedenti rilevazioni nella nostra Asl il trend annuale è solo indicativo in quanto il campione è piccolo, quindi non omogeneo negli anni.

Trend regionale sovrappeso e obesità, OKkio alla SALUTE



Qual è il rapporto tra stato ponderale e caratteristiche del bambino e dei genitori? _____

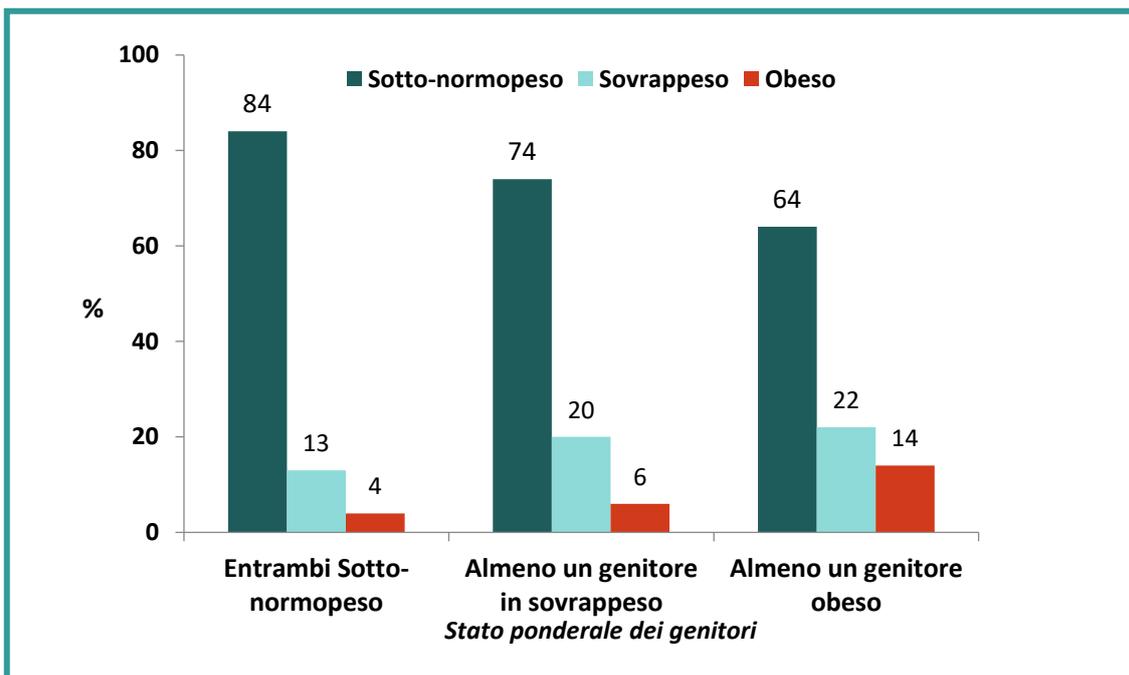
In alcuni studi, il sesso del bambino, la zona geografica di abitazione, il livello di scolarità e lo stato ponderale dei genitori sono associati alla situazione di sovrappeso o obesità del bambino.

Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni per caratteristiche demografiche del bambino e della madre (%) –ASL TO 3 – OKkio 2019

CARATTERISTICHE	NORMO/SOTTOPESO	SOVRAPPESO/OBESITA'
Età		
8 anni	75	25
9 anni	78	22
Sesso		
Maschi	81	19
Femmine	72	28
Zona abitativa*		
<10.000 abitanti	/	/
10.000-50.000	/	/
>50.000	/	/
metropolitana/perimetropolitana	76	24
Istruzione della madre		
Nessuna, elementare, media	73	27
Superiore	76	24
Laurea	78	22

- Nell' Asl TO 3 la prevalenza di obesità e di sovrappeso è superiore tra i bambini di 8 anni rispetto a quelli di 9 ed è maggiore nelle femmine (28%) rispetto che nei maschi (19%).
- Non è stato possibile effettuare confronti tra aree geografiche. Il 100% delle classi campionate sono infatti risultate, secondo la classificazione Istat, appartenenti all'area metropolitana/perimetropolitana.
- Il rischio di obesità diminuisce lievemente con il crescere della scolarità della madre, dal 27% per titolo di scuola elementare o media, a 24% per diploma di scuola superiore, a 22% per la laurea.

Stato ponderale dei bambini rispetto a quello dei genitori.



- Dai dati autoriferiti dai genitori emerge che, nella nostra Asl, il 21% delle madri è in sovrappeso e il 5% è obeso; i padri, invece, sono nel 38% sovrappeso e 12% obesi.
- Quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso il 20% dei bambini risulta in sovrappeso e il 6% obeso. Quando almeno un genitore è obeso il 22% dei bambini è in sovrappeso e il 14% è obeso*.

* Differenza statisticamente significativa (p < 0,05)

Nei giorni di scuola quante ore dormono i bambini? _____

In alcuni studi si è osservato che le ore di sonno del bambino sono associate al suo stato ponderale. Diverse fonti e istituzioni internazionali raccomandano che i bambini in età scolare dormano almeno 9-10 ore al giorno. Per tale motivo, nel questionario rivolto al genitore viene posta la domanda per stimare le ore di sonno dei bambini nei giorni di scuola, ovvero non considerando i giorni festivi che possono rappresentare un'eccezione alle normali abitudini.

Ore di sonno dei bambini, Asl TO 3, OKkio alla SALUTE

ORE E MINUTI	Sotto-normopeso	Sovrappeso-obeso
	%	%
< 9 ORE	71	29
9 ore – 9 ore e 29 minuti	71	29
9 ore e 30 minuti – 9 ore e 59 minuti	77	23
≥10 ore	82	18

- Nella nostra Asl la percentuale di bambini sovrappeso-obesi aumenta al diminuire delle ore di sonno.

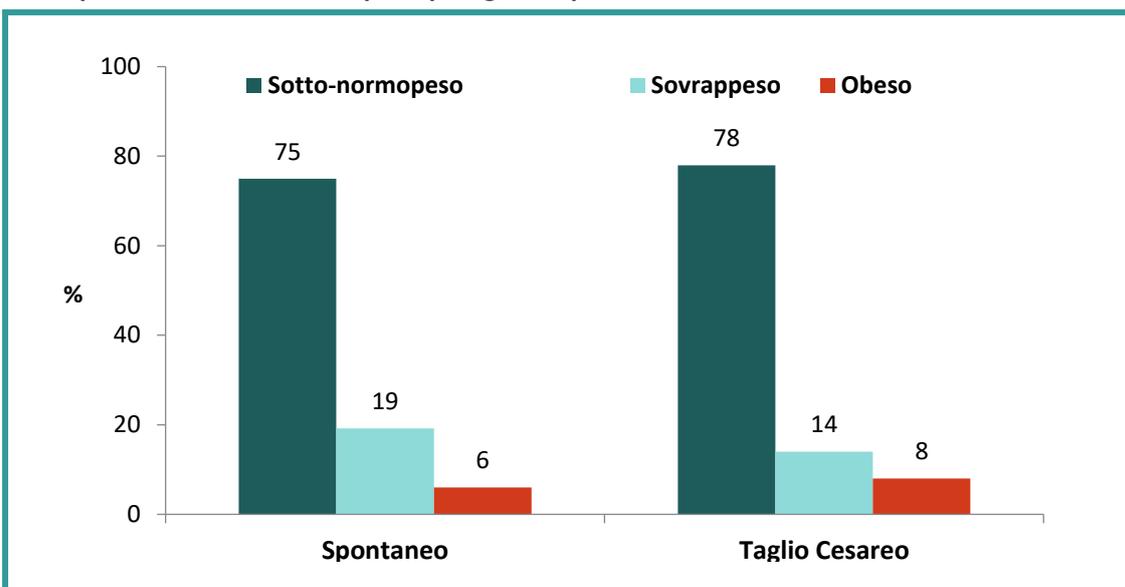
Le caratteristiche del parto e nei primi mesi di vita possono influenzare lo stato ponderale? _____

Tra i fattori che vengono indicati in letteratura come potenzialmente associati allo stato ponderale del bambino ve ne sono alcuni che riguardano il parto e i primi mesi di vita. Per tale motivo dal 2016, nel questionario rivolto ai genitori, sono state inserite alcune domande per rilevare, con riferimento al proprio bambino, il tipo di parto, la settimana gestazionale, il peso alla nascita e il tipo di allattamento. Nella tabella seguente sono riportati i risultati della nostra Asl per le caratteristiche sopra indicate in confronto con quelli rilevati a livello nazionale.

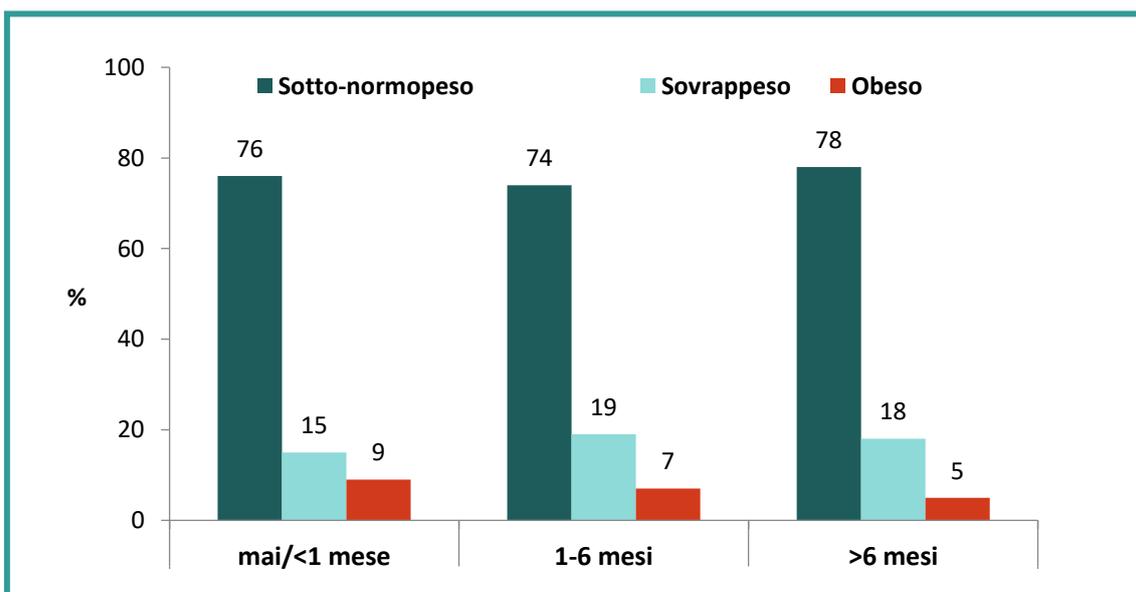
CARATTERISTICA ALLA NASCITA	MODALITÀ	VALORE AZIENDALE 2019	VALORE NAZIONALE 2019
Tipo di parto	Taglio Cesareo	30,5%	40,1%
Settimana gestazionale	<37	8,7%	14,5%
Peso alla nascita (in grammi)	< 2500	6%	7,6%
	2500-3300	52,2%	48,1%
	3300-4000	35,6%	37,4%
	≥4000	6%	6,9%
Allattamento al seno	Mai/<1 mese	27%	24,1%
	1-6 mesi	29,7%	33,8%
	>6 mesi	43,2%	42,2%

Nei grafici seguenti si riporta lo stato ponderale dei bambini per tipo di parto e per durata dell'allattamento al seno. Sia il tipo di parto che la durata dell'allattamento al seno non appaiono associati con lo stato ponderale del bambino.

Stato ponderale dei bambini per tipologia del parto



Stato ponderale dei bambini per durata allattamento al seno



Inoltre, tra i bambini con peso alla nascita inferiore ai 2500 gr l' 8% è risultato sovrappeso e il 4% obeso mentre tra i bambini con peso alla nascita ≥ 4000 gr, i valori sono risultati rispettivamente 12% e 8%. Tra i bambini nati a ≤ 37 , le percentuali di sovrappeso sono simili rispetto ai bambini nati dopo questo periodo mentre le percentuali di obesi tendono a diminuire rispetto ai bambini nati dopo questo periodo.

Per un confronto

	Valori aziendali (%)						VALORE REGIONALE 2019 (%)	VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019		
Prevalenza di bambini sotto-normopeso	73%	73%	71%	81%	79%	76,2%	74,5%	70,2%
Prevalenza di bambini sovrappeso	20%	19%	21%	15%	15%	17,4%	18,5%	20,4%
§Prevalenza di bambini obesi	7%	8%	8%	4%	6%	6,5%	7,00%	9,4%
§Prevalenza di bambini sovrappeso e obesi	27%	27%	29%	19%	21%	23,9%	25,5%	29,8%

§ Variabili per le quali è stato effettuato un confronto tra le rilevazioni svolte a livello regionale. La variazione statisticamente significativa ($p < 0,05$) è indicata con **

Conclusioni

In questa sesta indagine permane rilevante la prevalenza di bambini in eccesso ponderale, con un leggero aumento di bambini sovrappeso.

Permane dunque il problema dell'eccesso di peso nella popolazione infantile.

Il trend annuale è solo indicativo in quanto il campione è piccolo, quindi **non** omogeneo negli anni.

I risultati del presente rapporto accrescono ulteriormente la reale e giustificata preoccupazione sul futuro stato di salute della nostra popolazione. Un'ampia letteratura scientifica conferma inconfutabilmente il rischio che il sovrappeso e in misura sensibilmente maggiore l'obesità, già presenti in età pediatrica ed adolescenziale, persistano in età adulta. Inoltre, i primi mesi di vita del bambino e il tipo/modalità di allattamento al seno possono risultare fattori predittivi del futuro stato di salute del bambino, soprattutto per quanto riguarda lo stato ponderale.

Per cogliere segni di cambiamento del fenomeno e per misurare gli effetti legati agli interventi di popolazione è necessario mantenere una sorveglianza continua del fenomeno nella nostra popolazione infantile.

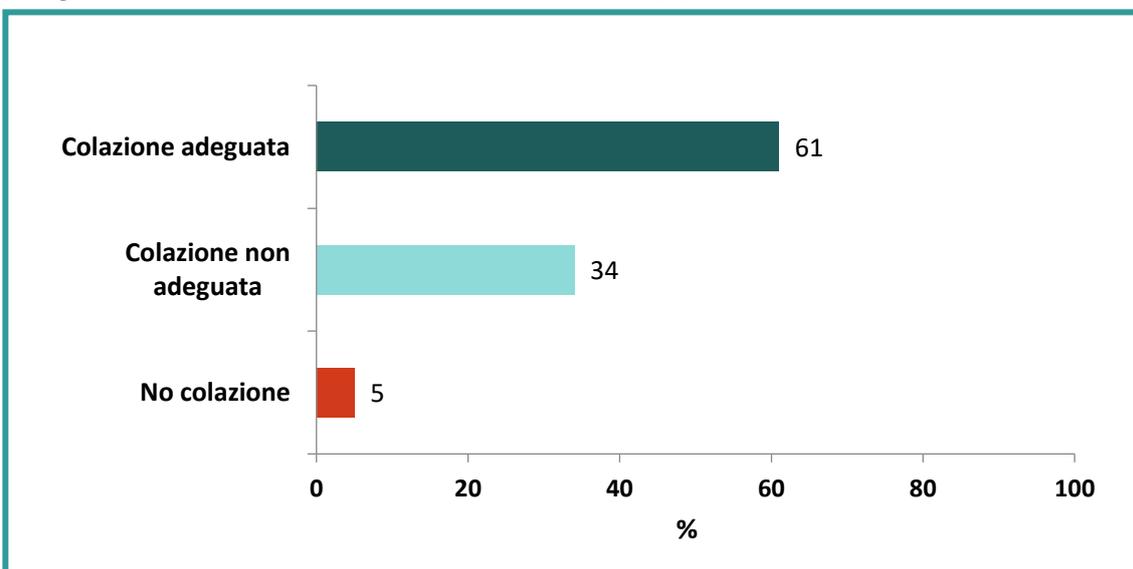
Le abitudini alimentari

Una dieta qualitativamente equilibrata, in termini di bilancio fra grassi, proteine e glucidi e la sua giusta distribuzione nell'arco della giornata, contribuisce a produrre e/o a mantenere un corretto stato nutrizionale. Alcuni indicatori alimentari presenti in questo capitolo hanno subito nel 2019 modifiche parziali nelle modalità di risposta al fine di renderli confrontabili con quelli degli altri Paesi che aderiscono al COSI.

I bambini consumano la prima colazione? (le risposte dei bambini)

Diversi studi dimostrano l'associazione tra l'abitudine a non consumare la prima colazione e l'insorgenza di sovrappeso. In accordo con quanto indicato dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (CREA-NUT), è stata considerata adeguata la prima colazione che fornisce un apporto sia di carboidrati che di proteine (per esempio: latte e cereali o succo di frutta e yogurt).

Adeguatezza della colazione consumata dai bambini (%)



- Da quanto riportato dai bambini sulla colazione effettuata il giorno della rilevazione, nella nostra Asl solo il 61% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata.
- Il 5% non fa colazione e il 34% non la fa qualitativamente adeguata.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino e per titolo di studio della madre.

Il COSI, rispetto al nostro Paese, monitora l'abitudine dei bambini di consumare la prima colazione attraverso le sole risposte fornite dai genitori. Nel 2019, il Comitato Tecnico di OKkio alla SALUTE ha deciso di aggiungere all'informazione del bambino anche quella del genitore ma riferita ad un arco temporale più ampio, ovvero "una settimana tipica".

Frequenza della colazione in una settimana tipica (%)

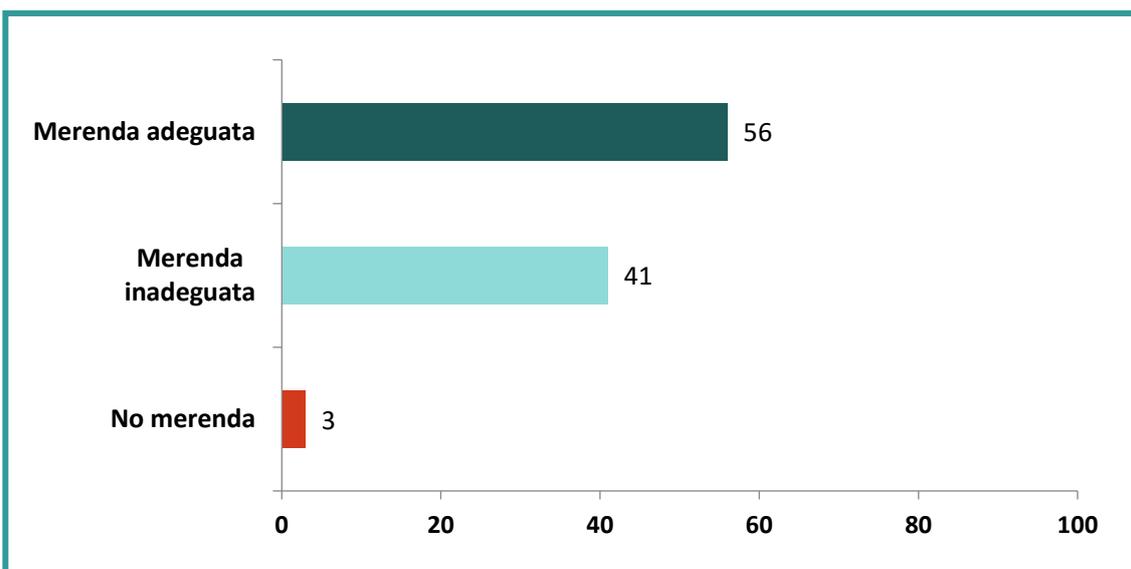
FREQUENZA	%
Ogni giorno	73
Quasi tutti i giorni della settimana (4-6 giorni)	12
Qualche giorno a settimana (1-3 giorni)	11
Mai	4

Le differenze che si osservano tra quanto riferito dai bambini e dai genitori possono essere dovute al differente riferimento temporale (la mattina dell'indagine per i bambini e la settimana tipica per i genitori).

I nostri bambini, durante la merenda di metà mattina, mangiano in maniera adeguata?

Oggi giorno si raccomanda che venga consumata a metà mattina una merenda contenente circa 100 calorie, che corrispondono in pratica a uno yogurt o a un frutto o a un succo di frutta senza zuccheri aggiunti. La merenda fornita dalla scuola agli alunni è stata considerata adeguata.

Adeguatezza della merenda di metà mattina consumata dai bambini (%)



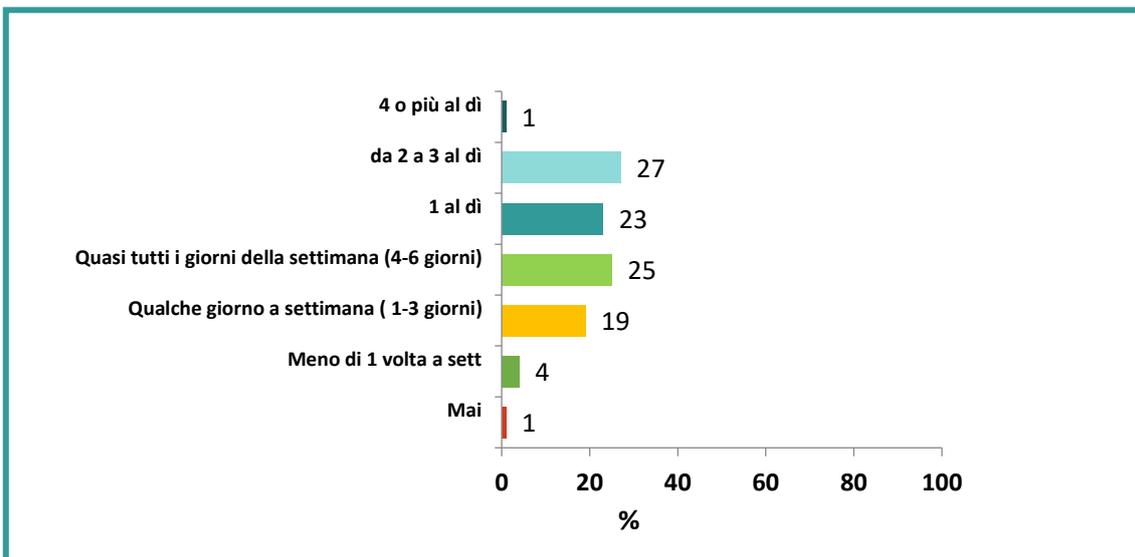
- Solo al 3% delle classi è stata distribuita una merenda di metà mattina.
- Il 56% dei bambini consuma una merenda adeguata di metà mattina.
- Buona parte dei bambini (41%) la fa inadeguata e il 3% non la fa per niente.
- Sono emerse differenze per sesso del bambino (nelle femmine è più alta la percentuale di merenda adeguata rispetto ai maschi: 59% vs 53%).
- La prevalenza di fare una merenda adeguata è più diffusa nei bambini di madri con titolo di studio più basso (61%) rispetto ai bambini che hanno madri con un livello di istruzione più alto (43%)*.

* Differenza statisticamente significativa (p < 0,05)

Quante porzioni di frutta e verdura mangiano i nostri bambini al giorno?

Le linee guida sulla sana alimentazione prevedono l'assunzione di almeno cinque porzioni al giorno di frutta o verdura. Il consumo di frutta e verdura nell'arco della giornata garantisce un adeguato apporto di fibre e sali minerali e consente di limitare la quantità di calorie introdotte.

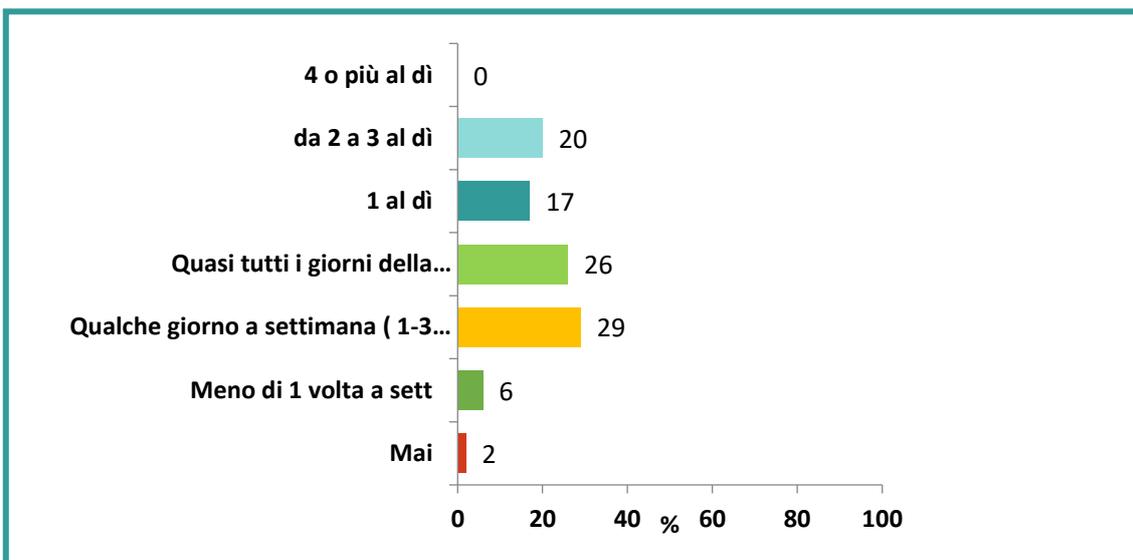
Consumo di frutta nell'arco della settimana (%)



- Nella nostra Asl, i genitori riferiscono che solo il 27% dei bambini consuma la **frutta** 2-3 volte al giorno e il 23% una sola volta al giorno.
- Il 5% dei bambini mangia frutta meno di una volta a settimana o mai.
- Fra quanti consumano frutta meno di una volta al giorno, non sono emerse differenze per sesso del bambino, mentre si riscontrano per livello di istruzione della madre (58% per titolo di studio della madre fino alla scuola media, 53% per titolo di scuola superiore, 32% per laurea*).

* Differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$)

Consumo di verdura nell'arco della settimana (%)



- Nella nostra Asl, i genitori riferiscono che il 20% dei bambini consuma **verdura** 2-3 volte al giorno; il 17% una sola volta al giorno.
- L' 8% dei bambini consuma verdura meno di una volta a settimana o mai.
- Fra quanti consumano verdura meno di una volta al giorno, non sono emerse differenze per sesso del bambino, mentre sono evidenti per livello di istruzione della madre (74% per titolo di studio della madre fino alla scuola media, 64% per titolo di scuola superiore; 48% per laurea)*.
- Il 52% dei bambini consuma almeno due volte al giorno frutta e/o verdura.

* Differenza statisticamente significativa (p < 0,05)

In una settimana tipica, quante volte i bambini bevono e mangiano i seguenti cibi e bevande? _____

L'alimentazione può influenzare lo stato ponderale. Il consumo di bibite zuccherate e/o gassate nel 2019 è stato indagato con modalità diverse rispetto al passato e con l'aggiunta della categoria dei succhi di frutta 100% frutta e delle bibite a ridotto contenuto di zucchero. Inoltre, nell'ultima rilevazione di OKkio alla SALUTE sono state aggiunte altre categorie di alimenti che non erano stati mai indagati prima, ovvero i legumi, gli snack salati e dolci.

ASL TO 3, OKkio alla SALUTE 2019

FREQUENZA DI CONSUMO	SUCCHI DI FRUTTA 100% FRUTTA	BIBITE CONF. CONTENENTI ZUCCHERO (tè, arancata, cola, succhi di frutta, ecc.)	BIBITE CONF. A RIDOTTO CONTENUTO DI ZUCCHERO (cola light/zero, ecc.)	LEGUMI	SNACK SALATI (patatine, pop corn, noccioline, ecc.)	SNACK DOLCI (merendine, biscotti, caramelle, torte, ecc.)
Mai	17%	22%	62%	14%	12%	2%
meno di una volta a settimana	28%	42%	27%	28%	48%	11%
qualche giorno (1-3 giorni)	33%	26%	10%	54%	34%	36%
quasi tutti i giorni (4-6 giorni)	13%	7%	1%	3%	4%	34%
una volta al giorno tutti i giorni	7%	3%	0%	1%	1%	12%
più volte al giorno tutti i giorni	2%	0%	0%	0%	1%	5%

- Nella nostra Asl il 7% dei bambini assume bevande zuccherate confezionate contenenti zucchero quasi tutti i giorni.
- Il 42% dei bambini non consuma mai legumi o meno di una volta a settimana.
- Il consumo di snack salati e dolci “quasi tutti i giorni” è rispettivamente del 4% e del 34%.
- Si evidenziano differenze di genere nel consumo di bibite confezionate contenenti zucchero (consumo più elevato nei maschi). La prevalenza di consumo di bibite confezionate contenenti zucchero almeno una volta al giorno tutti i giorni diminuisce con il crescere della scolarità della madre (6% per titolo di studio fino alla scuola media, 3% per diploma, 0% per laurea*).

* Differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$)

L'igiene orale dei bambini: quanti bambini si lavano i denti dopo cena? _____

L'abitudine di lavarsi i denti è essenziale per la prevenzione della carie dentale e dell'igiene del cavo orale. L'88% dei bambini della nostra Asl ha dichiarato di essersi lavato i denti la sera precedente l'indagine. A livello nazionale questo dato è risultato pari all'83%. Nella nostra Asl i genitori hanno riportato che il 15% dei bambini lava i denti non più di una volta al giorno (il dato nazionale è del 31%).

I cambiamenti salutari adottati in famiglia _____

Nel questionario rivolto ai genitori, al fine di approfondire la propensione alla prevenzione, nel 2016 sono state introdotte domande relative all'uso abituale di comportamenti salutari adottati in famiglia legati all'alimentazione e all'igiene orale.

Nella nostra Asl i comportamenti salutari più frequentemente adottati sono risultati: aumentare il consumo di verdura e ortaggi (65%), ridurre il consumo di alimenti già pronti (63%), non aggiungere sale a tavola (63%), limitare il consumo di snack salati (54%).

Per un confronto

	Valori aziendali (%)						VALORE REGIONALE	VALORE NAZIONALE
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2019 (%)	2019 (%)
[§] hanno assunto la colazione al mattino dell'indagine	93%	95%	94%	95%	94%	95%	93%	91,3%
[§] hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine	64%	62%	65%	63%	61%	61%	58%	55,7%
hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	17%	54%	50%	63%	72%	56%	52%	41,2%
assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere	2%	12%	12%	14%	14%	9%	9%	5,7%
assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno	38%	40%	37%	33%	26%	21%	24%	25,4%

[§] Variabili per le quali è stato effettuato un confronto tra le rilevazioni svolte a livello regionale. La variazione statisticamente significativa ($p < 0,05$) è indicata con **

Conclusioni

Nella nostra Asl con la sesta raccolta dei dati, si conferma la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso. Si rileva una diminuzione della percentuale di bambini che fanno una merenda adeguata (56% nel 2019 vs 72% nel 2016). L'abitudine a consumare una merenda inadeguata è associata ad un aumento del rischio di sovrappeso. Questo rischio per i bambini può essere limitato grazie alla modifica delle abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie. Si rileva inoltre una diminuzione di bambini che consumano bevande zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno. Nella valutazione di questo dato occorre tenere presente che il consumo di bibite zuccherate e/o gassate nel 2019 è stato indagato con modalità diverse rispetto al passato e con l'aggiunta della categoria dei succhi di frutta 100% frutta e delle bibite a ridotto contenuto di zucchero.

L'attività fisica

L'attività fisica è un fattore determinante per mantenere o migliorare la salute dell'individuo poiché è in grado di ridurre il rischio di molte malattie cronico-degenerative. Si consiglia che i bambini facciano attività fisica moderata o intensa ogni giorno per almeno 1 ora. Questa attività non deve essere necessariamente continua ed include tutte le attività motorie quotidiane.

Quanti bambini sono fisicamente non attivi?

La creazione delle condizioni che permettono ai bambini di essere attivi fisicamente dipende dalla comprensione di tale necessità da parte della famiglia e ancora di più dalla società in generale, incluso la scuola. Nel nostro studio, il bambino è considerato non attivo se non ha svolto almeno 1 ora di attività fisica il giorno precedente all'indagine (cioè, attività motoria a scuola e attività sportiva strutturata e ha giocato all'aperto nel pomeriggio). L'inattività fisica è stata studiata non come abitudine, ma solo in termini di prevalenza puntuale riferita al giorno precedente all'indagine.

Bambini fisicamente non attivi# (%) – Asl TO 3 - OKkio 2019

CARATTERISTICHE	NON ATTIVI
Sesso	
Maschi	15
Femmine	13
Zona abitativa	
<10.000 abitanti	--
10.000-50.000	--
>50.000	--
metropolitana/ perimetropolitana	14

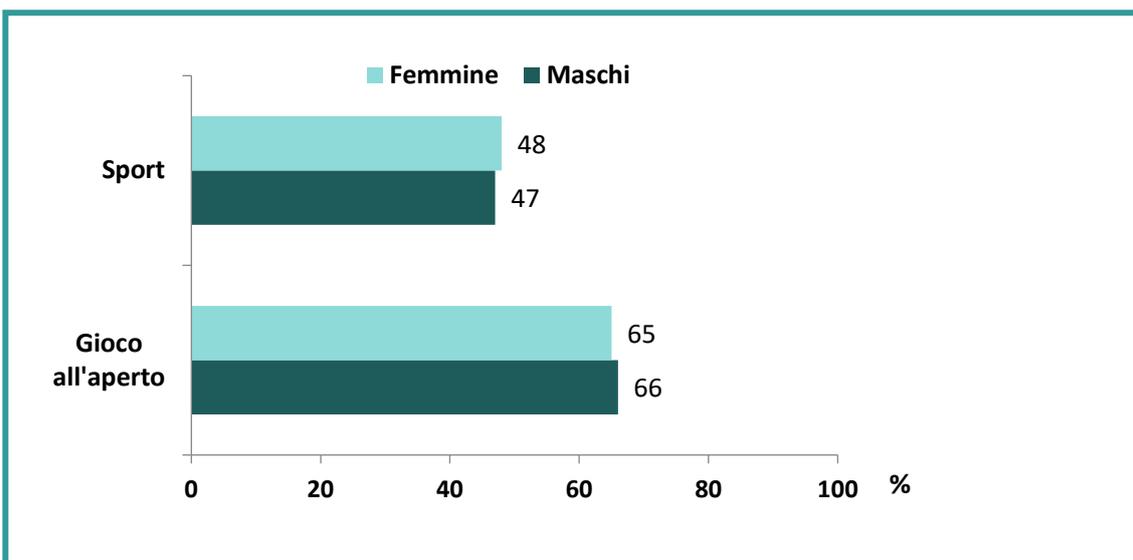
Il giorno precedente non hanno svolto attività motoria a scuola e attività sportiva strutturata e non hanno giocato all'aperto nel pomeriggio

- Nel nostro studio il 14% dei bambini risulta non attivo il giorno antecedente all'indagine.
- Solo il 21% tuttavia ha partecipato ad un'attività motoria curricolare a scuola nel giorno precedente (questo può dipendere dal fatto che il giorno precedente poteva non essere quello in cui era prevista l'ora curricolare).
- Le femmine non attive (13%) sono in percentuale minore dei maschi (15%).

I bambini giocano all'aperto e fanno attività sportiva strutturata? _____

Il pomeriggio dopo la scuola costituisce un buon periodo della giornata per permettere ai bambini di fare attività fisica; è quindi molto importante sia il gioco all'aperto che lo sport strutturato. I bambini impegnati in queste attività tendono a trascorrere meno tempo in attività sedentarie (televisione/videogiochi/tablet/cellulare) e quindi a essere meno a rischio di sovrappeso/obesità.

Bambini che hanno giocato all'aperto e/o fatto sport il giorno precedente le rilevazioni (%)

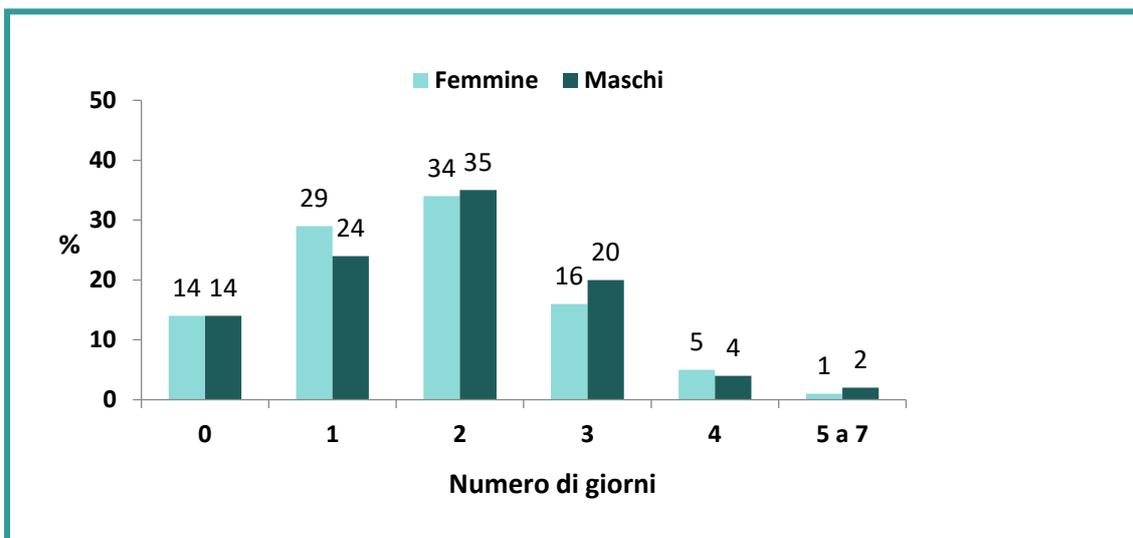


- Il 65% del totale dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine.
- Il 48% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino.

Secondo i genitori, durante la settimana quanti giorni i bambini fanno attività fisica per almeno un'ora? _____

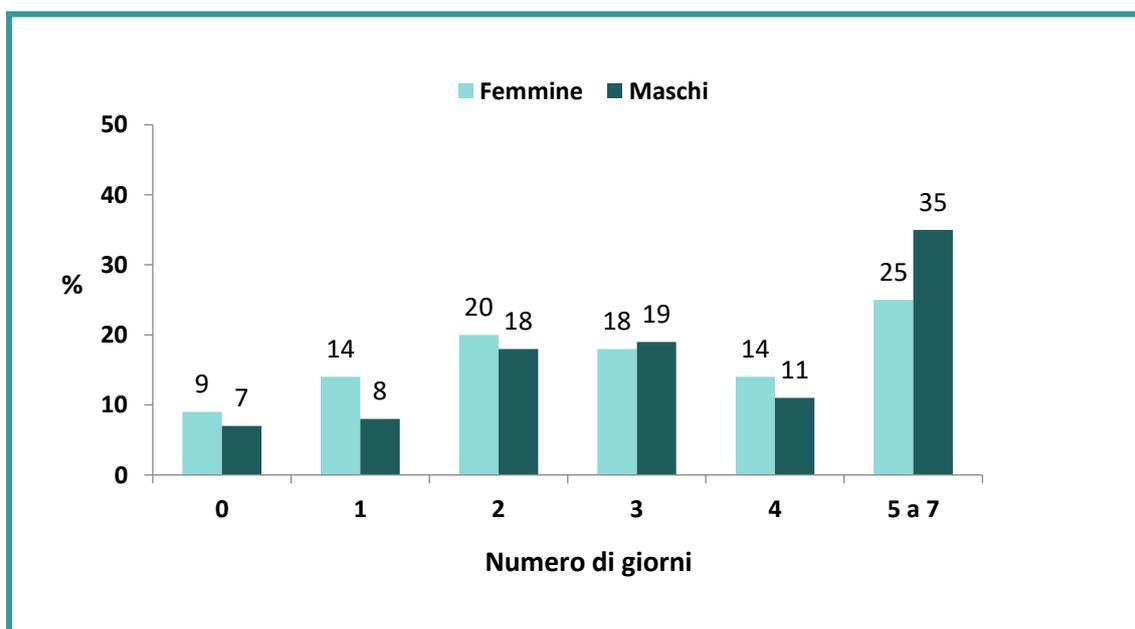
Per stimare l'attività fisica dei bambini si utilizza l'informazione fornita dai genitori, ai quali si è chiesto quanti giorni, in una settimana normale, i bambini giocano all'aperto o fanno sport strutturato per almeno un'ora al giorno al di fuori dell'orario scolastico. Nel questionario 2019 è stato inoltre richiesto ai genitori di riportare, secondo le indicazioni dell'OMS, il totale delle ore a settimana che i bambini dedicano a queste attività.

Giorni di attività sportiva strutturata per almeno un'ora durante la settimana (%)



- Secondo i genitori, nella nostra Asl, circa 3 bambini su 10 (35%) fanno almeno un'ora di attività sportiva strutturata per 2 giorni la settimana, il 14% neanche un giorno e solo l'1,5% da 5 a 7 giorni.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino.
- Non è stato possibile effettuare confronti tra aree geografiche. Il 100% delle classi campionate sono infatti risultate, secondo la classificazione Istat, appartenenti all'area metropolitana/perimetropolitana.

Giorni di giochi di movimento per almeno un'ora durante la settimana (%)



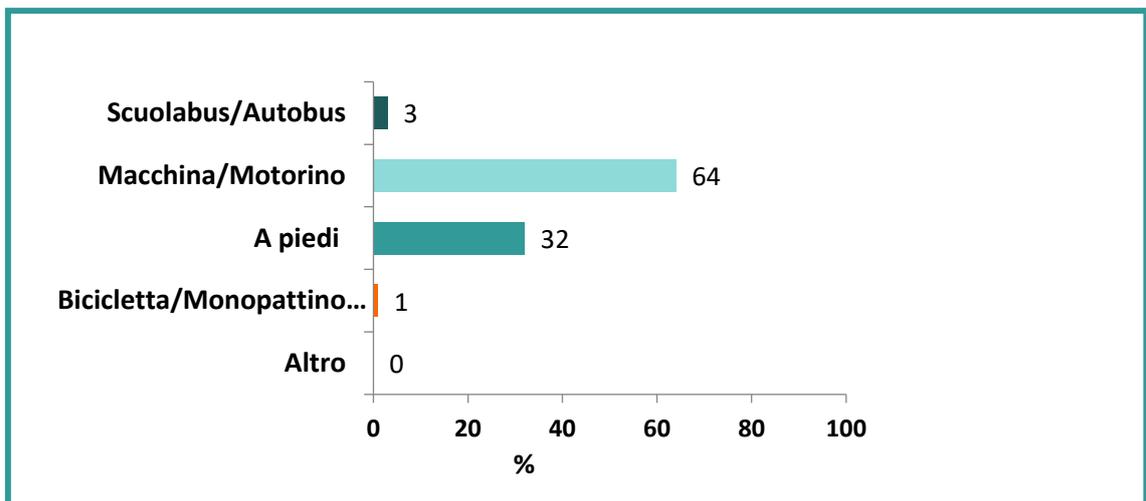
- Per quanto riguarda il tempo dedicato ai giochi di movimento, nella nostra Asl, circa 2 bambini su 10 (19%) fanno almeno un'ora di attività per 2 giorni la settimana, l'8% neanche un giorno, mentre il 30% da 5 a 7 giorni.
- I maschi fanno giochi di movimento più giorni delle femmine (5-7 gg/alla settimana 35% Vs 25%).
- Non è stato possibile effettuare confronti tra aree geografiche. Il 100% delle classi campionate sono infatti risultate, secondo la classificazione Istat, appartenenti all'area metropolitana/perimetropolitana.
- Il 35% dei bambini non ha svolto attività fisica o giochi di movimento il giorno precedente l'indagine.

Come si recano a scuola i bambini (percorso casa scuola e viceversa)?

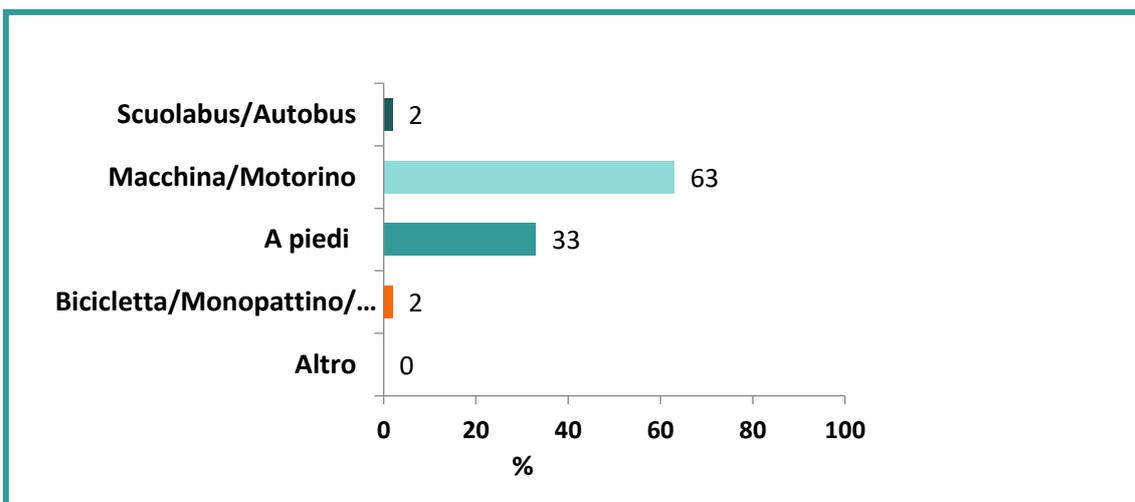
Un altro modo per rendere fisicamente attivi i bambini è far loro percorrere il tragitto casa-scuola a piedi o in bicicletta, compatibilmente con la distanza del loro domicilio dalla scuola. Nel 2019 i bambini hanno risposto a questa domanda riferendosi al giorno in cui si è svolta la rilevazione; a completamento di questa informazione, come accade nel COSI, ai genitori è stato chiesto come solitamente i bambini si recano/tornano da scuola.

- Il 33% dei bambini, nella mattina dell'indagine, ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini (indicatore del PNP); invece, il 68% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato.
- Non è stato possibile effettuare confronti tra aree geografiche. Il 100% delle classi campionate sono infatti risultate, secondo la classificazione Istat, appartenenti all'area metropolitana/perimetropolitana.

Percorso casa-scuola (%) riferito dai genitori



Percorso scuola-casa (%) riferito dai genitori



Secondo i genitori, nel tragitto casa-scuola il 33% dei bambini si è recato a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini; invece, il 67% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato. Anche per il ritorno il 65% dei bambini ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato e il 35% è tornato a piedi/bicicletta/monopattino.

Quali sono i motivi per i quali i bambini non si recano a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini?

Capire quali possono essere i motivi che impediscono alle loro famiglie di portare i bambini a scuola (e viceversa) a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini è fondamentale per poter intervenire con politiche/azioni ad hoc così come la realizzazione di infrastrutture (piste ciclabili, pedonali, percorsi liberi dal traffico, ecc.).

Motivi che impediscono di recarsi a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini (%) Asl TO 3- OKkio 2019

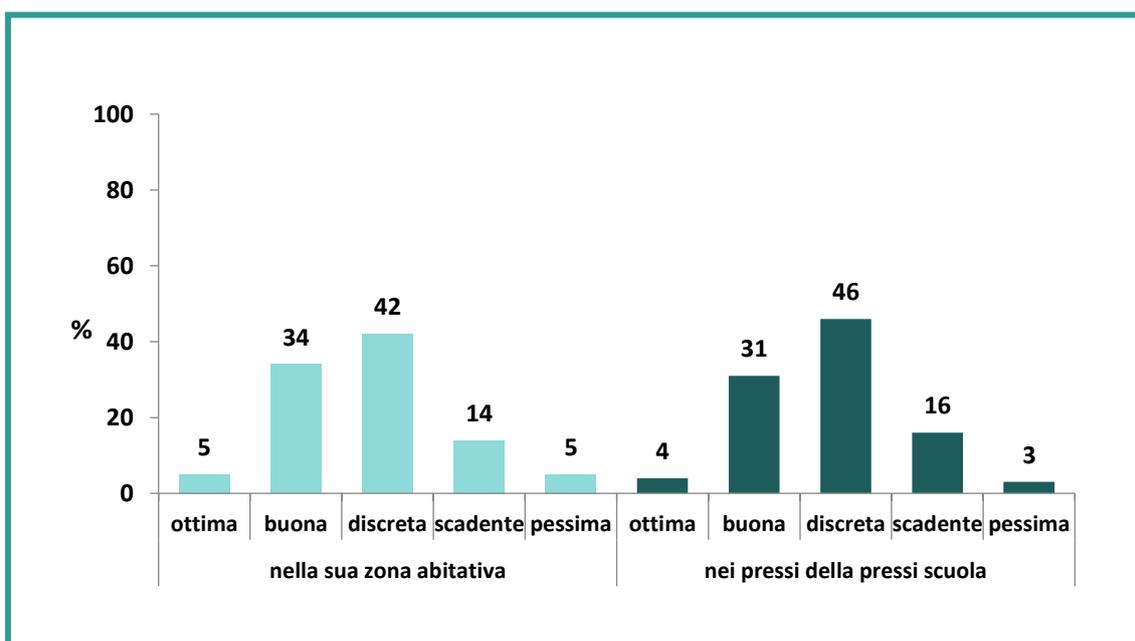
MOTIVI	%
Strada non sicura	6
Distanza eccessiva	45
Il bambino si muove già abbastanza durante la giornata	1
Mancanza di tempo	46

Nella nostra Asl, la maggior parte dei genitori indica come motivo principale la distanza eccessiva (45%) e la mancanza di tempo (46%).

Come viene percepita la qualità dell'aria dai genitori?

Nel questionario rivolto al genitore adottato nel 2019, su richiesta del Comitato Tecnico di OKkio alla SALUTE e di un gruppo di ricerca dell'ISS che da anni si occupa di temi di salute connessi all'ambiente, sono state inserite due domande sulla percezione della qualità dell'aria nei pressi dell'abitazione e della scuola frequentata dai propri figli.

Percezione della qualità dell'aria (%)



Per un confronto

	Valori aziendali (%)						VALORE REGIONALE	VALORE NAZIONALE
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2019 (%)	2019 (%)
§ Bambini definiti fisicamente non attivi** (indicatore del PNP)	23%	21%	16%	11%	8,6%**	14,5%	14%	20,3%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	57%	58%	66%	79%	72,5%**	65,5%	71%	61,4%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	35%	43%	36%	39%	39,8%	47,5%	46%	43,7%
Bambini che si recano a scuola a piedi e/o bicicletta	28%	21%	36%	29%	24,1%	33,5%	31%	26,4%

§ Variabile per la quale è stato effettuato un confronto tra le rilevazioni svolte a livello regionale. La variazione statisticamente significativa ($p < 0,05$) è indicata con **

Conclusioni

I dati raccolti hanno evidenziato che i bambini della nostra Asl fanno poca attività fisica, il 14,5% viene definito non attivo e resta elevata la % di bambini che si reca a scuola con mezzi motorizzati (66%).

Le scuole e le famiglie devono collaborare nella realizzazione di condizioni e di iniziative che incrementino la naturale predisposizione dei bambini all'attività fisica.

Le attività sedentarie

La crescente disponibilità di televisori, videogiochi e dispositivi elettronici, insieme ai profondi cambiamenti nella composizione e nella cultura della famiglia, ha contribuito ad aumentare il numero di ore trascorse in attività sedentarie. Pur costituendo un'opportunità di divertimento e talvolta di sviluppo del bambino, il tempo trascorso davanti alla televisione e/o altri dispositivi elettronici si associa all'assunzione di cibi fuori pasto che può contribuire al sovrappeso/obesità. Inoltre, il tempo trascorso in queste attività statiche sottrae spazio al movimento e al gioco libero e può essere uno dei fattori che contribuisce all'aumento del peso.

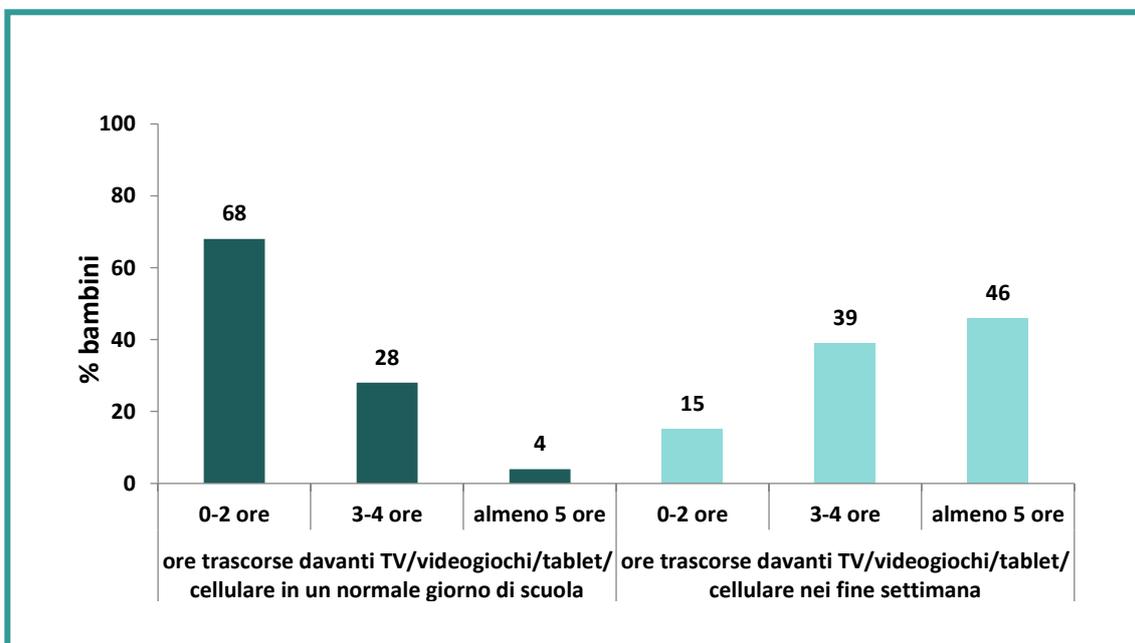
Quante ore al giorno i bambini guardano la televisione o usano i videogiochi/tablet/cellulare?

Si raccomanda un limite di esposizione complessivo alla televisione/videogiochi/tablet/cellulare per i bambini di età maggiore ai 2 anni di non oltre le 2 ore quotidiane; mentre è decisamente sconsigliata la televisione nella camera da letto dei bambini.

Nei questionari 2019 rivolti ai genitori è stata modificata la modalità con cui viene rilevato il tempo speso guardando la TV o davanti ad un dispositivo elettronico; al genitore è stato infatti richiesto di indicare il numero preciso di ore e minuti che il proprio figlio trascorre in attività davanti a uno schermo durante un normale giorno di scuola e nel fine settimana.

I seguenti dati mostrano la somma del numero di ore che i bambini trascorrono a guardare la TV e/o a giocare con i videogiochi/tablet/cellulare in un normale giorno di scuola e nel fine settimana, secondo quanto dichiarato dai genitori.

Ore trascorse a guardare la TV e/o a giocare con i videogiochi/tablet/cellulare (%)



- Nella nostra Asl, in particolare nei giorni di scuola, i genitori riferiscono che il 68% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi/tablet/cellulare da 0 a due 2 ore al giorno, mentre il 28% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi/tablet/cellulare per 3 a 4 ore e il 4% per almeno 5 ore.

- Valori più alti si riscontrano nel fine settimana infatti il 39% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi/tablet/cellulare per 3 a 4 ore e ben il 46% per almeno 5 ore.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV o videogiochi/tablet/cellulare non è differente tra i due sessi (34% maschi versus 31% femmine) e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre*.
- Complessivamente il 43% dei bambini ha un televisore nella propria camera.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV al giorno è più alta tra i bambini che hanno una TV in camera (11% versus 6%).
- Considerando separatamente il tempo dedicato alle due attività, si rileva che la percentuale di bambini che trascorre più di 2 ore davanti alla TV è pari al 8,5%, mentre quella relativa l'utilizzo di videogiochi/tablet/cellulare è pari al 3,3%.

* Differenza statisticamente significativa (p < 0,05)

Complessivamente, quanto spesso i bambini guardano la televisione o giocano con i videogiochi/tablet/cellulare durante il giorno? _____

Nella nostra Asl il 46% dei bambini ha guardato la TV o ha utilizzato videogiochi/ tablet/cellulare la mattina prima di andare a scuola, il 72% il pomeriggio del giorno precedente e l' 80% la sera.

Solo l' 8% dei bambini non ha guardato la TV o utilizzato i videogiochi/tablet/cellulare nelle 24 ore antecedenti l'indagine, mentre il 21% ne ha fatto uso in un momento della giornata, il 37% in due momenti e il 34% ne ha fatto uso durante la mattina, il pomeriggio e la sera.

L'utilizzo di TV e/o videogiochi/tablet/cellulare è più frequente tra i maschi (41% versus 27%)* e non è associata al livello di istruzione della madre.

*p < 0,05

Per un confronto

	Valori aziendali (%)						VALORE REGIONALE	VALORE NAZIONALE
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2019 (%)	E 2019 (%)
Bambini che trascorrono al televisore o ai videogiochi/tablet/cellulare più di 2 ore al giorno (durante un normale giorno di scuola)	35%	24%	32%	24%	28,6%	32,5%	36%	44,5%
Bambini con televisore in camera	46%	39%	41%	38%	40,4%	43,3%	38%	43,5%

* nel 2016 è stata aggiunta alla domanda la specifica "tablet/cellulari" che potrebbe aver influito sulle percentuali di risposta

Conclusioni

Nella nostra Asl i bambini trascorrono molto tempo in attività sedentarie, principalmente davanti agli schermi.

Rispetto alle raccomandazioni sulle attività sedentarie (meno di 2 ore al giorno da dedicare alla televisione o ai videogiochi/tablet/cellulare), 3 bambini su 10 (nei giorni di scuola) eccedono nel tempo trascorso davanti a schermi. Nelle ultime due rilevazioni è aumentata la percentuale di bambini che dedicano più di due ore al giorno a televisione o a videogiochi/tablet/cellulare

Queste attività sedentarie sono sicuramente favorite dal fatto che il 43% dei bambini dispone di un televisore in camera propria.

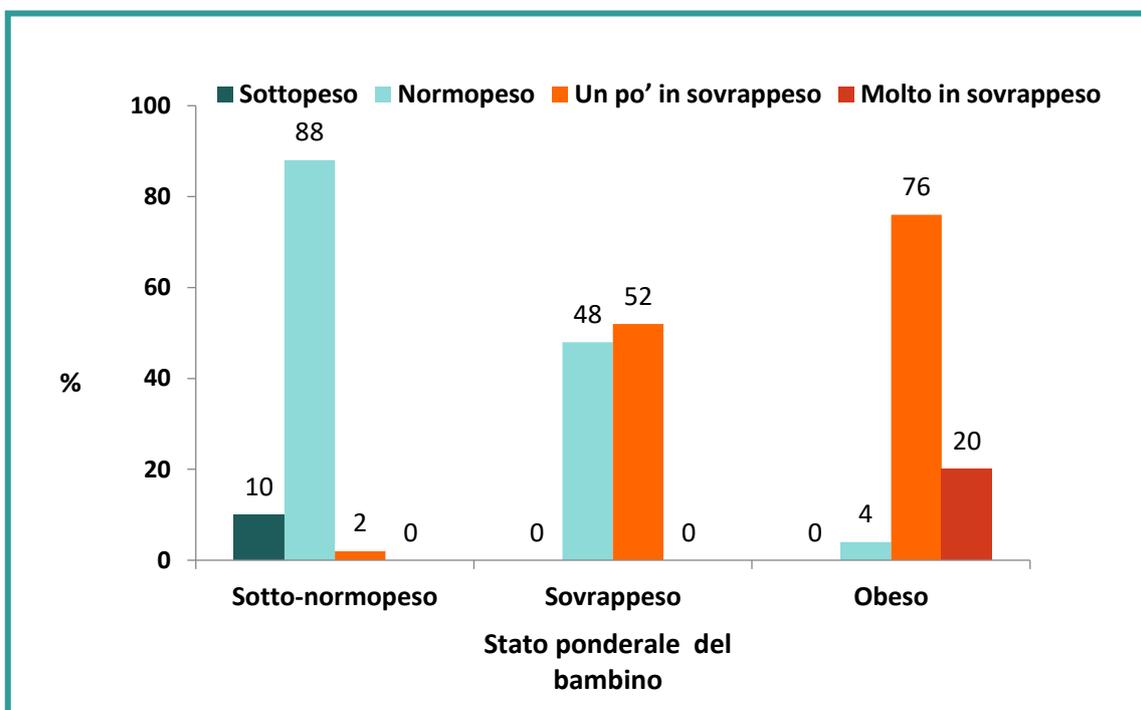
La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini

La cognizione che comportamenti alimentari inadeguati e stili di vita sedentari siano causa del sovrappeso/obesità tarda a diffondersi nella collettività. A questo fenomeno si aggiunge la mancanza di consapevolezza da parte dei genitori dello stato di sovrappeso/obesità del proprio figlio e del fatto che il bambino mangi troppo o si muova poco.

Qual è la percezione della madre rispetto allo stato ponderale del proprio figlio?

Alcuni studi hanno dimostrato che i genitori possono non avere un quadro corretto dello stato ponderale del proprio figlio. Questo fenomeno è particolarmente importante nei bambini sovrappeso/obesi che vengono al contrario percepiti come normopeso.

La percezione materna dello stato ponderale dei figli (%)

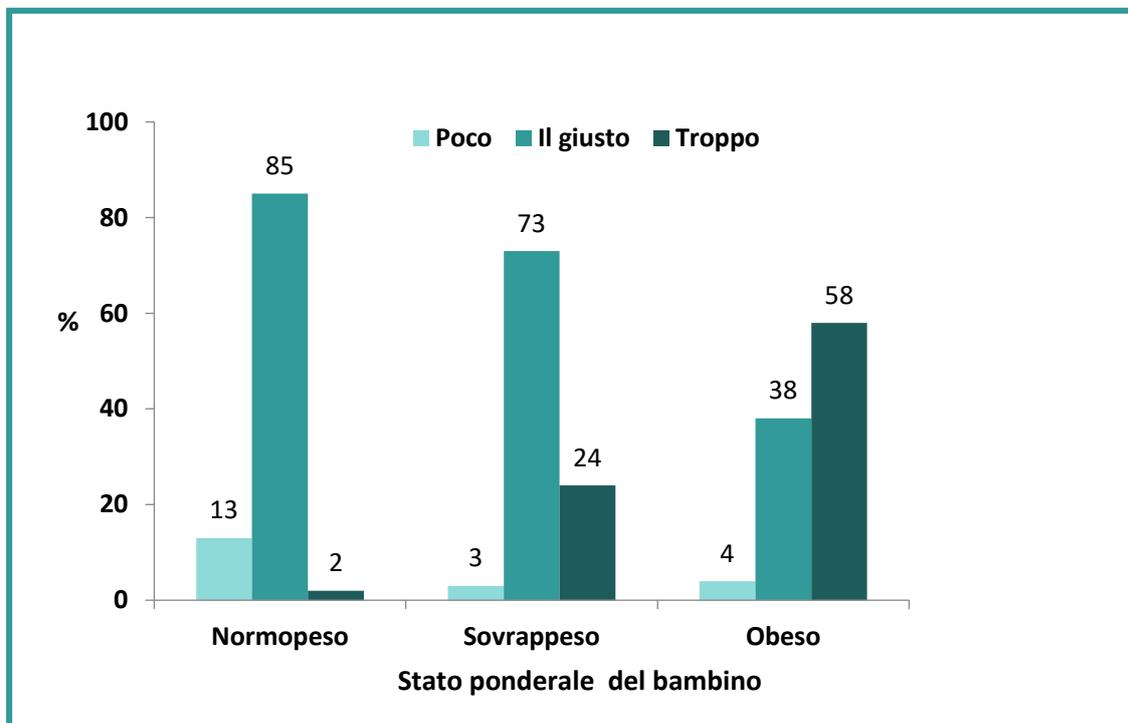


- Nella nostra Asl ben il 48% delle madri di bambini sovrappeso e il 4% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso.
- Nelle famiglie con bambini in sovrappeso, la percezione non cambia significativamente in rapporto al sesso del bambino. Analoga situazione si presenta nelle famiglie di bambini obesi.
- Sia per i bambini in sovrappeso, che per i bimbi obesi, la percezione non cambia significativamente in rapporto alla scolarità della madre.

Qual è la percezione della madre rispetto alla quantità di cibo assunta dal proprio figlio?

La percezione della quantità di cibo assunto dai propri figli può influenzare la probabilità di operare cambiamenti positivi. Anche se vi sono molti altri fattori determinanti di sovrappeso e obesità, l'eccessiva assunzione di cibo può contribuire al problema.

La percezione materna della quantità di cibo assunta dai figli (%)

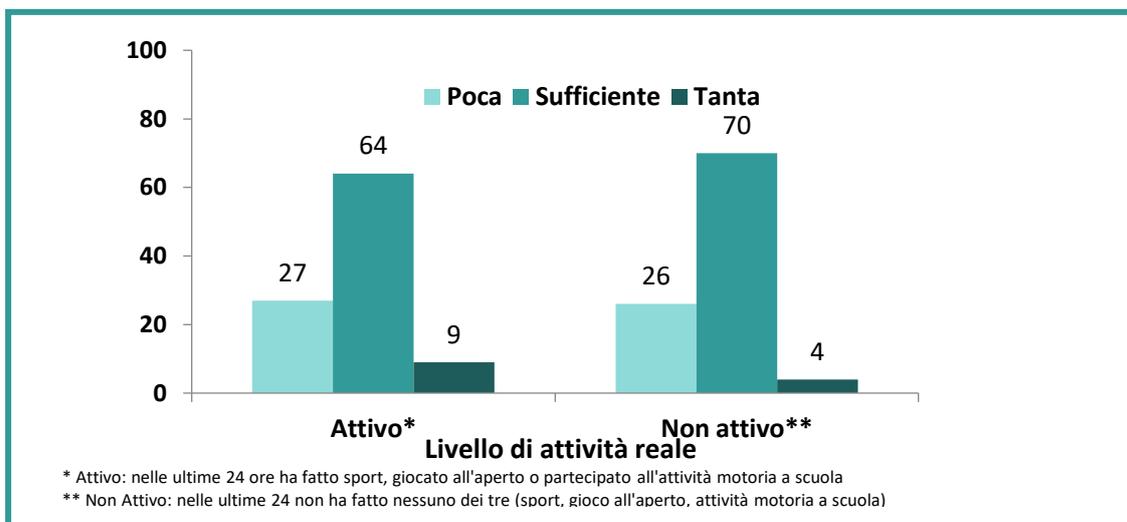


- Solo il 24% delle madri di bambini sovrappeso e il 58% di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo.
- Considerando i bambini in sovrappeso e obesi insieme, non è stata constatata nessuna differenza significativa per sesso dei bambini o per livello scolastico della madre nella percezione dell'adeguatezza della quantità di cibo assunta.

Qual è la percezione della madre rispetto all'attività fisica svolta dal figlio?

Anche se l'attività fisica è difficile da misurare, un genitore che ritenga che il proprio bambino sia attivo, mentre in realtà non si impegna in nessuno sport o gioco all'aperto e non ha partecipato a un'attività motoria scolastica nel giorno precedente, ha quasi certamente una percezione sbagliata del livello di attività fisica del proprio figlio. A livello nazionale e internazionale viene raccomandato che i bambini facciano attività fisica moderata o intensa ogni giorno per almeno 1 ora.

La percezione materna dell'attività fisica praticata dai figli (%)



- All'interno del gruppo di bambini non attivi, il 70% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e il 4% molta attività fisica.
- Limitatamente ai non attivi non è stata constatata nessuna differenza significativa per sesso dei bambini o livello scolastico della madre.

Per un confronto

MADRI CHE PERCEPISCONO	Valori aziendali (%)						VALORE REGIONALE	VALORE NAZIONALE
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2019 (%)	2019 (%)
§ in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è sovrappeso	52%	59%	60%	61%	60%	52%	52%	46,9%
in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è obeso	84%	96%	100%	94%	100%	96%	92%	86,0%
l'assunzione di cibo del proprio figlio come "poco o giusto", quando questo è sovrappeso o obeso	70%	72%	69%	68%	58%	67%	66%	69,9%
l'attività fisica del proprio figlio come scarsa, quando questo risulta inattivo	40%	31%	30%	28%	44%	26%	36%	46,9%

* Adeguato = un po' in sovrappeso/molto in sovrappeso

§ Variabile per la quale è stato effettuato un confronto tra le rilevazioni svolte a livello regionale. La variazione statisticamente significativa (p<0,05) è indicata con **

Gli incidenti domestici

OKkio alla SALUTE permette di indagare anche il fenomeno degli incidenti domestici e l'attenzione che viene data da parte degli operatori sanitari.

È stato chiesto ai genitori se avessero mai ricevuto informazioni da parte delle istituzioni sanitarie sulla prevenzione degli incidenti domestici. A livello nazionale, il 14,9% dei rispondenti ha dichiarato di non aver mai ricevuto alcuna informazione; nella nostra Asl tale valore è risultato pari al 18%.

Alla domanda se si fossero mai rivolti al personale sanitario a causa di incidenti domestici di cui è stato vittima il bambino, a livello nazionale si sono registrate le seguenti risposte: 9% sì, al pediatra/altro medico; 20% sì, al pronto soccorso; 8% sì, ad entrambi. Nella nostra Asl le percentuali di risposta sono state rispettivamente: 7%, 24%, 6%.

Conclusioni

Nella nostra Asl è molto diffusa nelle madri di bambini con sovrappeso una sottostima dello stato ponderale del proprio figlio. Inoltre molti genitori, in particolare di bambini sovrappeso/obesi, non valutano correttamente la quantità di cibo assunta dai propri figli. La situazione è simile per la percezione delle madri del livello di attività fisica, all'interno del gruppo di bambini non attivi, il 70% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e il 4% molta attività fisica.

Rispetto al 2016 peggiora la percezione delle madri sia sul peso e sull'assunzione di cibo di bambini sovrappeso-obesi, sia sull'attività motoria di bambini inattivi.

L'ambiente scolastico e il suo ruolo nella promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica

La scuola gioca un ruolo fondamentale nel migliorare lo stato ponderale dei bambini, sia creando condizioni favorevoli per una corretta alimentazione e per lo svolgimento dell'attività motoria strutturata, che promuovendo abitudini alimentari adeguate.

La scuola rappresenta, inoltre, l'ambiente ideale per creare occasioni di comunicazione con le famiglie con un loro maggior coinvolgimento nelle iniziative di promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica dei bambini.

La partecipazione della scuola all'alimentazione dei bambini

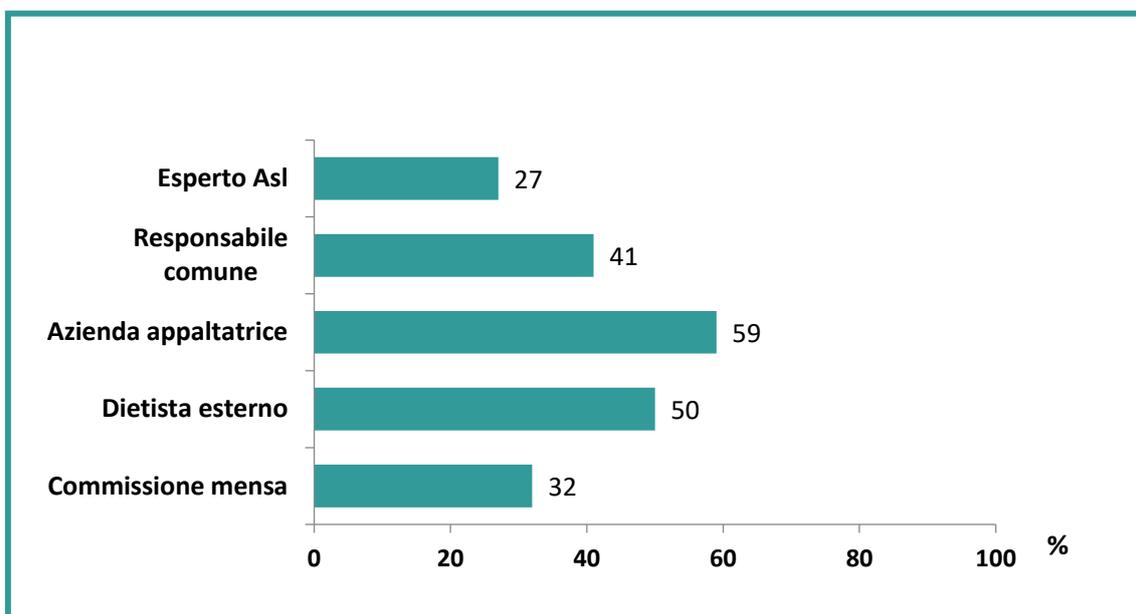
Quante scuole sono dotate di mensa e quali sono le loro modalità di funzionamento?

Le mense possono avere una ricaduta diretta nell'offrire ai bambini dei pasti qualitativamente e quantitativamente equilibrati che favoriscono un'alimentazione adeguata e contribuiscono alla prevenzione del sovrappeso/obesità.

Nella nostra Asl il 96% delle scuole campionate ha una mensa scolastica funzionante.

Nelle scuole dotate di una mensa, il 91% di esse sono aperte almeno 5 giorni la settimana.

Predisposizione del menù scolastico (%)



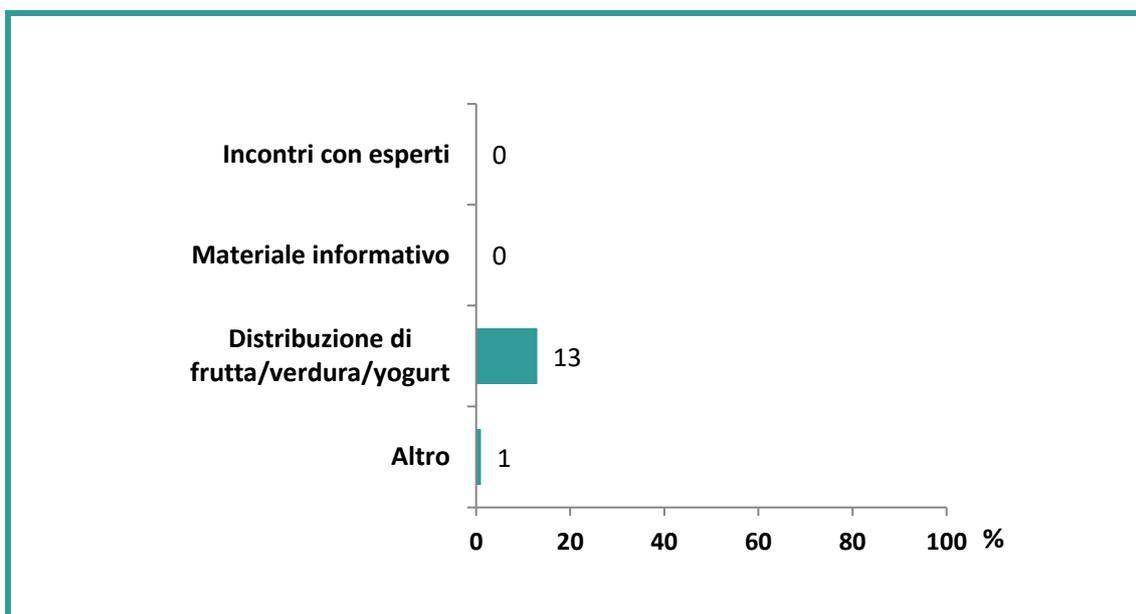
- La definizione del menù scolastico è più frequentemente stabilita dall'azienda appaltatrice, seguito dal dietista esterno e dal responsabile comunale.
- Secondo il giudizio dei dirigenti scolastici il 100% delle mense risulta essere adeguato per i bisogni dei bambini.

È prevista la distribuzione di alimenti all'interno della scuola? _____

Negli ultimi anni sempre più scuole hanno avviato distribuzioni di alimenti allo scopo di integrare e migliorare l'alimentazione degli alunni.

- Nella nostra Asl, le **scuole** che distribuiscono ai bambini frutta o latte o yogurt, nel corso della giornata, sono il 39%.
- In tali **scuole**, la distribuzione si effettua a metà mattina (100%).
- Durante l'anno scolastico il 50% delle **classi** ha partecipato ad attività di promozione del consumo di alimenti sani all'interno della scuola con Enti e/o associazioni.

Promozione del consumo di alimenti sani con Enti e associazioni (%)



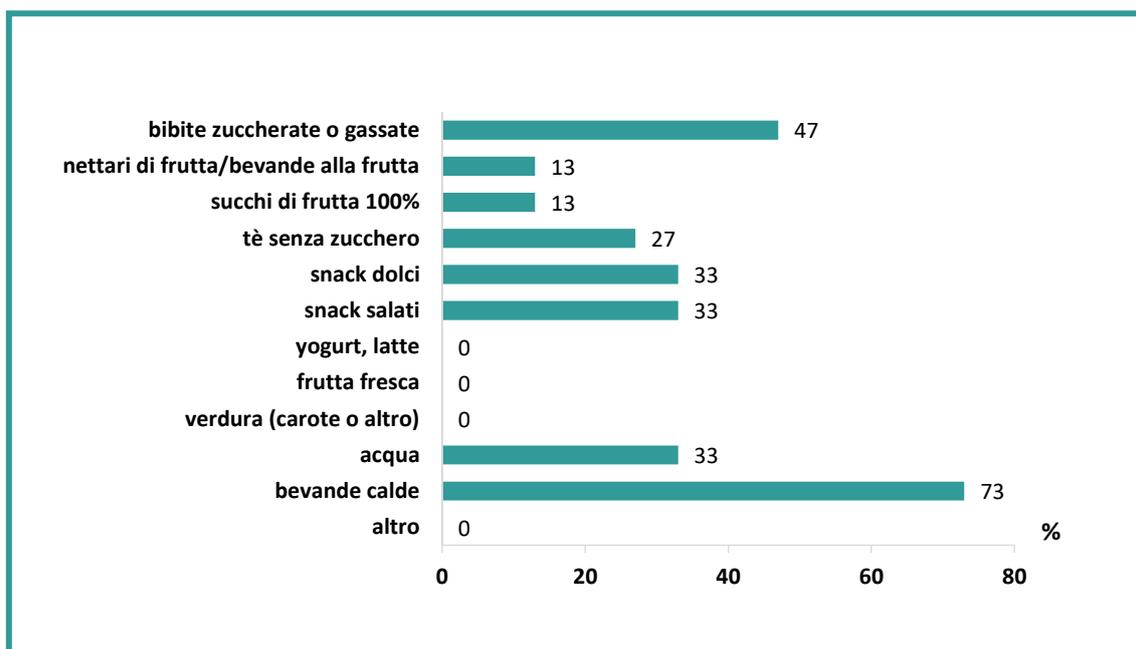
- In questo anno scolastico solo il 13% delle **classi** ha partecipato alla distribuzione di frutta, verdura o yogurt come spuntino.
- Le classi campionate non hanno né ricevuto materiale informativo né organizzato incontri con esperti esterni alla scuola.

Sono segnalati dei distributori automatici?

Lo sviluppo di comportamenti non salutari nei bambini può essere favorito dalla presenza nelle scuole di distributori automatici di merendine o bevande zuccherate di libero accesso agli alunni.

- I distributori automatici di alimenti sono presenti nel 65% delle scuole e sono accessibili solo agli adulti.
- All'interno del gruppo di scuole con distributori automatici, il 20% mette a disposizione succhi di frutta 100% frutta, nettari/bevande alla frutta, frutta fresca, yogurt o latte.

Alimenti presenti nei distributori automatici (%)



Nella nostra Asl gli alimenti maggiormente frequenti nei distributori automatici sono nell'ordine: bevande calde (73%), bibite zuccherate o gassate (47%), acqua (33%), snack dolci (33%), snack salati (33%).

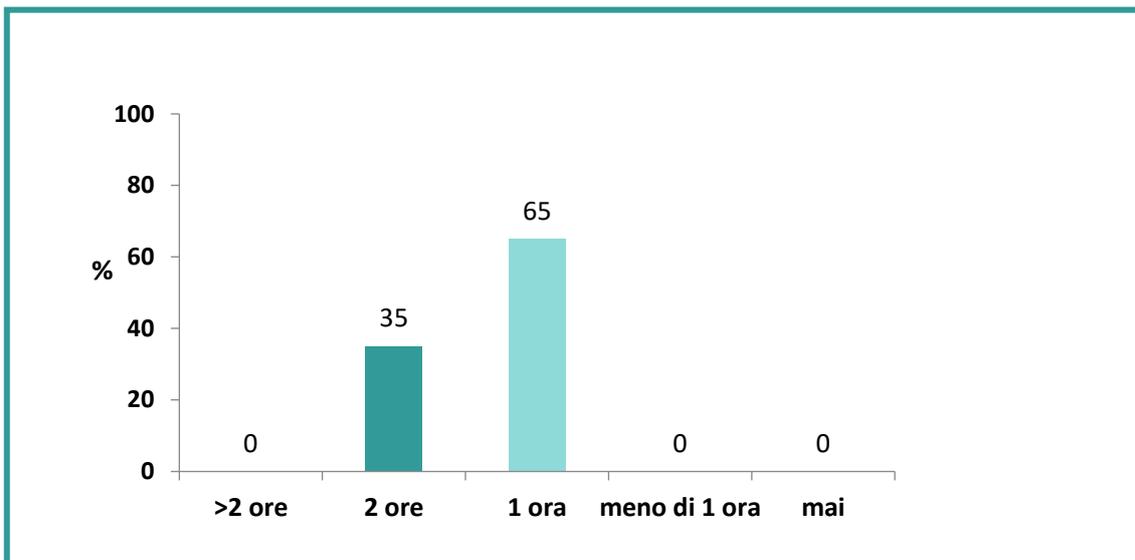
La partecipazione della scuola all'educazione fisica dei bambini

Quante classi riescono a far fare ai propri alunni 2 ore di educazione fisica a settimana? _____

Nelle "Indicazioni per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione" del MIUR, pubblicate nel Settembre 2012, si sottolinea l'importanza dell'attività motoria e sportiva per il benessere fisico e psichico del bambino.

Nel questionario destinato alla scuola viene chiesto quante classi, e con quale frequenza, svolgono educazione fisica all'interno dell'orario scolastico.

Distribuzione percentuale delle classi per numero di ore a settimana di attività motoria (%)



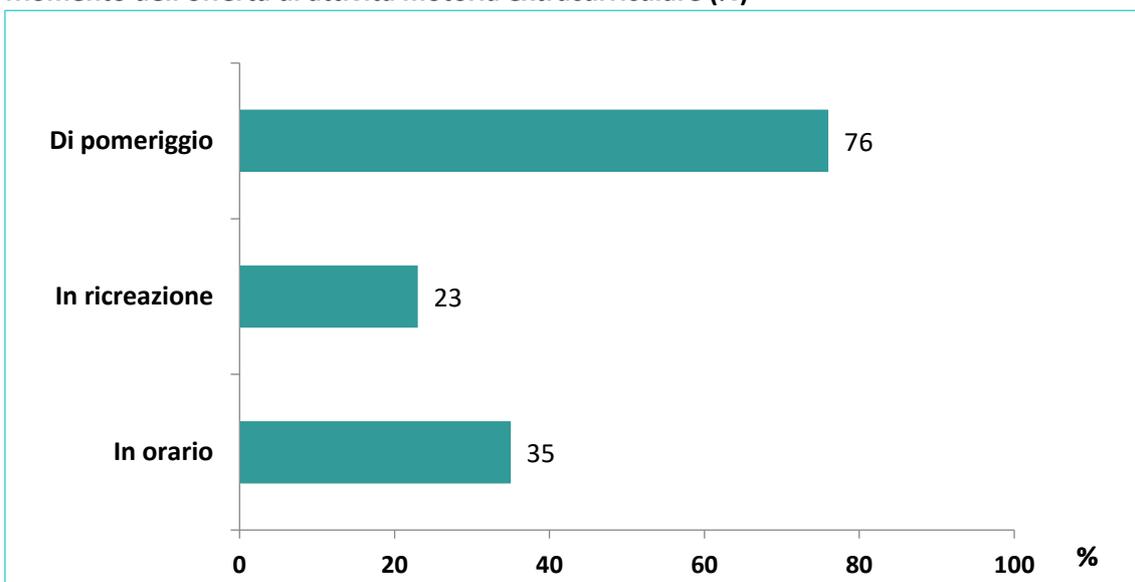
- La maggior parte delle classi (65%) delle nostre scuole svolge 1 ora di educazione fisica alla settimana e solo il 35% delle classi ne svolge 2 ore a settimana.

Le scuole offrono l'opportunità di praticare attività fisica oltre quella curricolare all'interno della struttura scolastica? _____

L'opportunità offerta dalla scuola di fare attività fisica extra-curricolare potrebbe avere un effetto benefico, oltre che sulla salute dei bambini, anche sulla loro abitudine a privilegiare l'attività motoria.

- Le scuole che offrono agli alunni la possibilità di effettuare all'interno dell'edificio scolastico occasioni di attività fisica sono il 74%.

Momento dell'offerta di attività motoria extracurricolare (%)



- Laddove offerta, l'attività fisica viene svolta più frequentemente di pomeriggio, durante l'orario scolastico e in ricreazione.
- Queste attività si svolgono più frequentemente in palestra (67%), nel giardino (47%), in altra struttura sportiva (20%) e in piscina (13%).

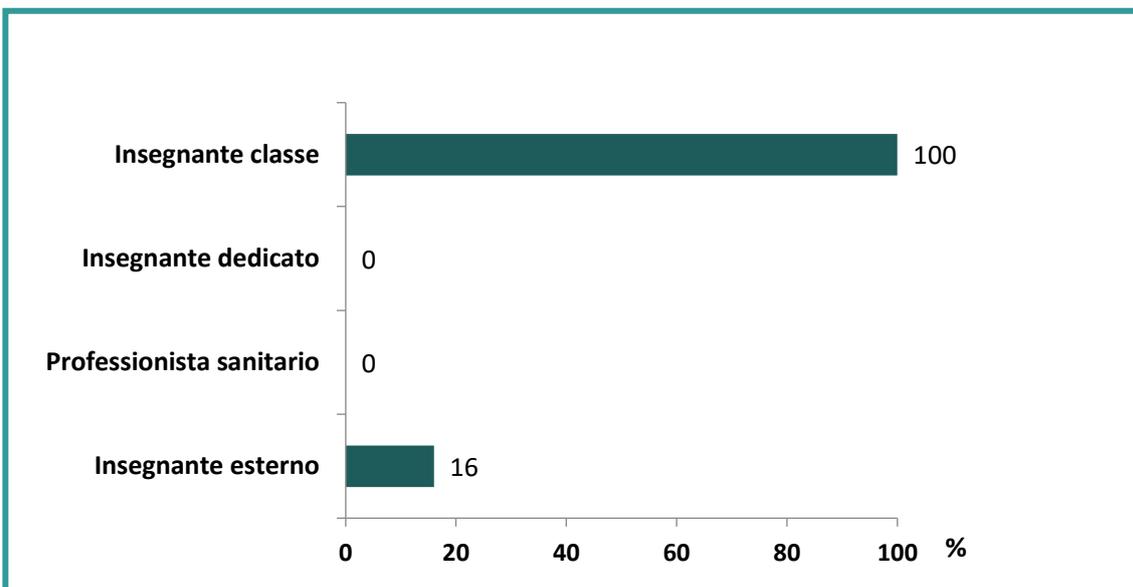
Il miglioramento delle attività curricolari a favore dell'alimentazione e dell'attività motoria dei bambini

Quante scuole prevedono nel loro curriculum l'educazione alimentare? _____

In molte scuole del Paese sono in atto iniziative di miglioramento del curriculum formativo scolastico a favore della sana alimentazione dei bambini

- L'educazione alimentare è prevista nell'attività curricolare del 86% delle scuole campionate nella nostra Asl.

Figure professionali coinvolte nell'attività curricolare nutrizionale (%)



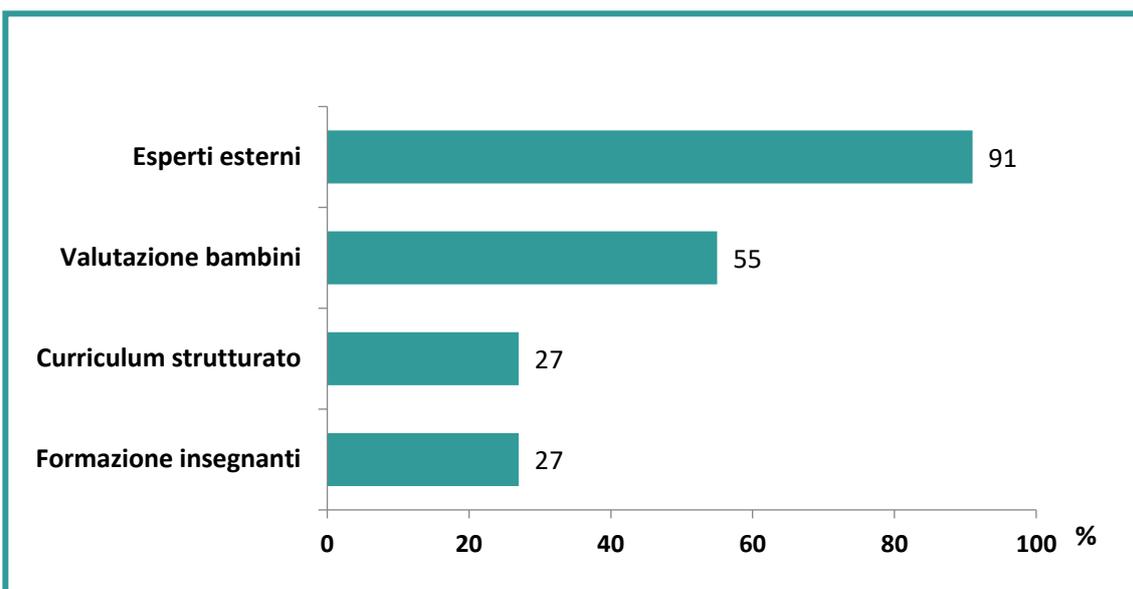
- In tali scuole, la figura più frequentemente coinvolta è l'insegnante di classe. Molto meno comune è il coinvolgimento un insegnante esterno.

Quante scuole prevedono il rafforzamento del curriculum formativo sull'attività motoria?

Il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca ha avviato iniziative per il miglioramento della qualità dell'attività motoria svolta nelle scuole primarie; è interessante capire in che misura la scuola è riuscita a recepire tale iniziativa.

- Nel nostro campione, il 96% delle scuole ha cominciato a realizzare almeno un'attività.

Iniziative delle scuole a favore dell'attività fisica (%)



- In tali attività, viene frequentemente coinvolto un esperto esterno; nel 55% dei casi è stata effettuata la valutazione delle abilità motorie dei bambini, nel 27% lo sviluppo di un curriculum strutturato e nel 27% la formazione degli insegnanti.

Quante scuole hanno aderito o realizzato iniziative sul consumo di sale?

A livello nazionale, il 5,3% delle scuole ha aderito ad iniziative di comunicazione per la riduzione del consumo di sale e/o per la promozione del sale iodato. Nella nostra Asl nessuna scuola ha aderito alle suddette iniziative.

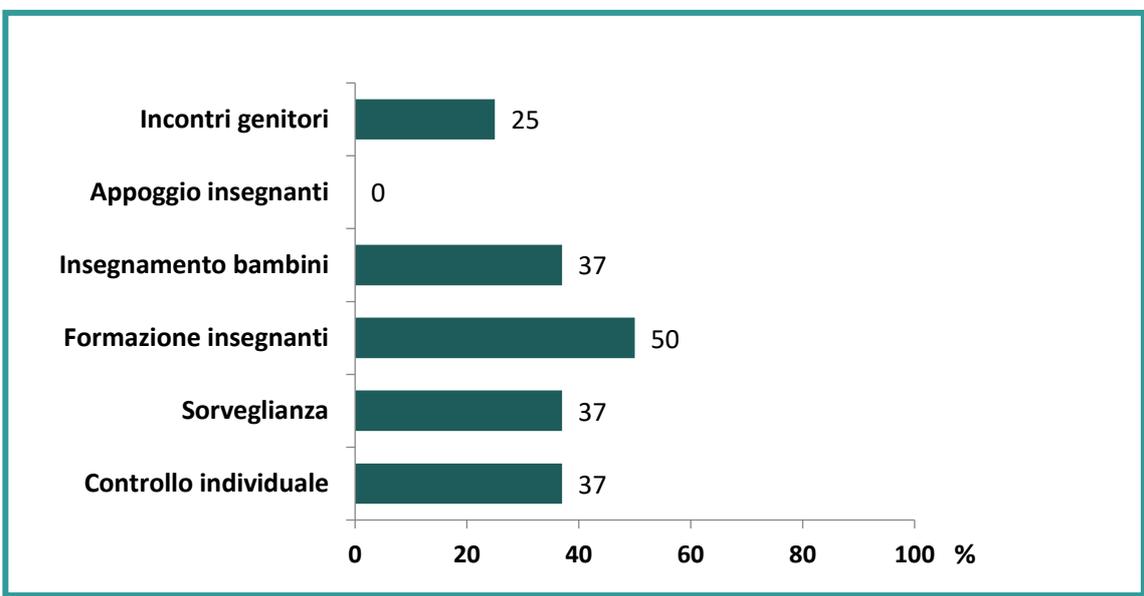
Le attività di promozione dell'alimentazione e dell'attività fisica dei bambini

Nella scuola sono attive iniziative finalizzate alla promozione di stili di vita salutari realizzate in collaborazione con Enti o Associazioni? _____

Nella scuola sono in atto numerose iniziative finalizzate a promuovere sane abitudini alimentari e attività motoria in collaborazione con enti, istituzioni e ASL.

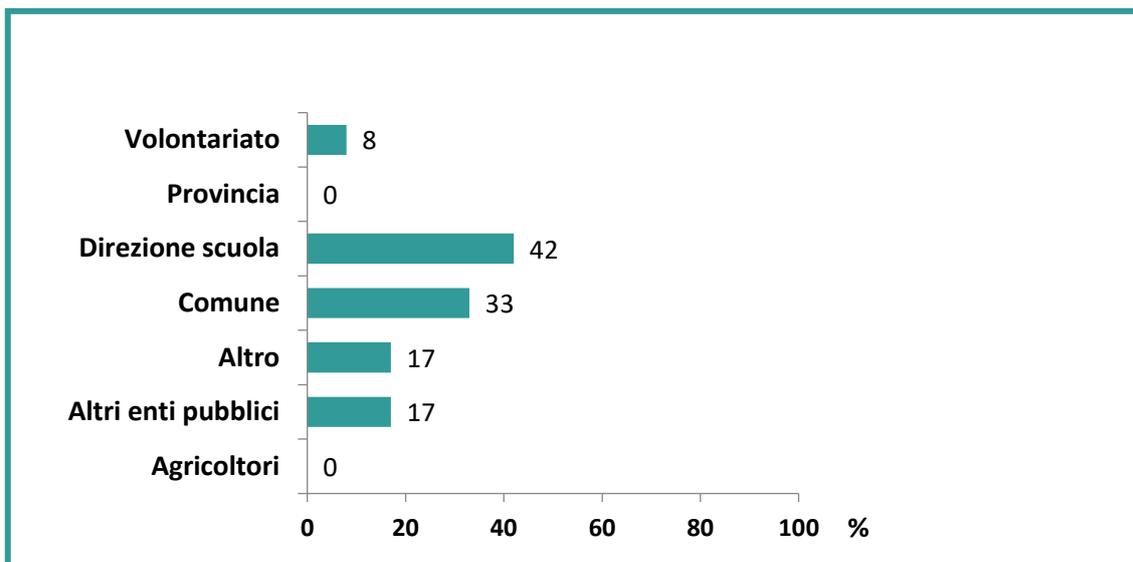
- I Servizi Sanitari della ASL sono coinvolti nella realizzazione di programmi di educazione alimentare nel 36% delle scuole e nella promozione dell'attività fisica nel 4% delle scuole.

Iniziative con le ASL (%)



- Tale collaborazione si realizza più frequentemente attraverso la formazione degli insegnanti, seguito dall'insegnamento diretto agli alunni, la sorveglianza e il controllo individuale. Meno frequentemente avviene tramite incontri con i genitori.

Iniziative promozione alimentare (%)



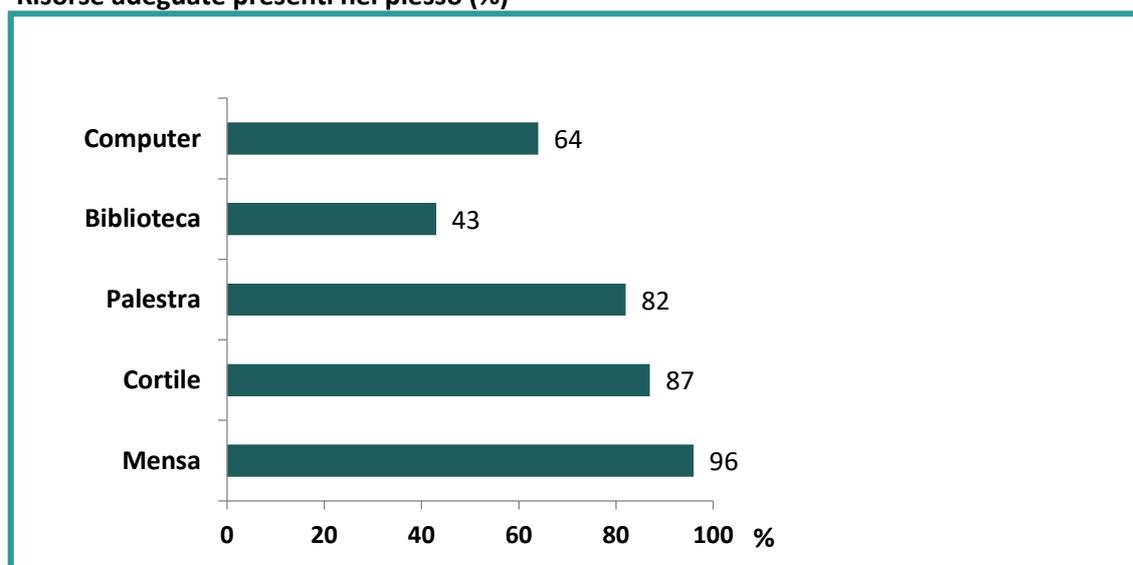
● Oltre all' ASL, gli enti e le associazioni che hanno prevalentemente organizzato iniziative di promozione alimentare nelle scuole sono la direzione scolastica/insegnanti e i Comuni

Risorse a disposizione della scuola

Nella scuola o nelle sue vicinanze sono presenti strutture utilizzabili dagli alunni? _____

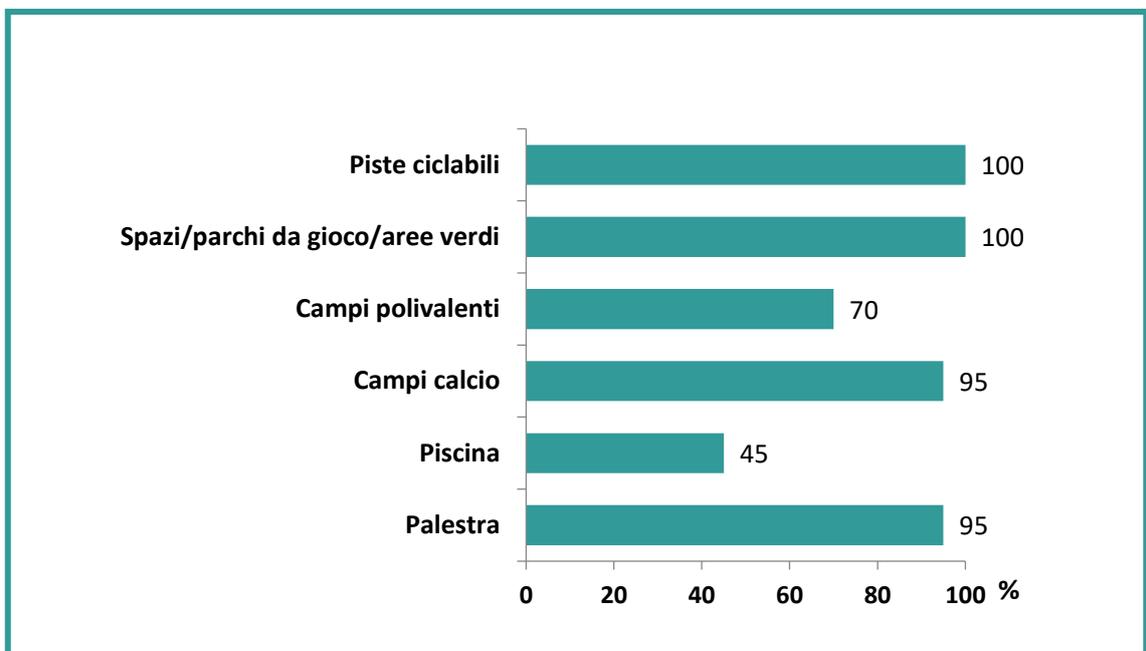
Per poter svolgere un ruolo nella promozione della salute dei bambini, la scuola necessita di risorse adeguate nel proprio plesso e nel territorio.

Risorse adeguate presenti nel plesso (%)



- I dirigenti scolastici ritengono che nelle scuole sia adeguata la mensa (96%), il cortile (87%) e la palestra (82%).
- Un po' meno adeguati i computer (64%) e la biblioteca (43%).

Risorse presenti nel plesso o nelle vicinanze (%) (%)



- Sono presenti nelle vicinanze dell'edificio scolastico spazi aperti/parchi da gioco/aree verdi (100%), piste ciclabili (100%), palestre nelle vicinanze o all'interno della propria struttura (95%), campi da calcio (95%) e campi polivalenti (70%).
- Risultano meno presenti le piscine (45%).

La scuola e il divieto di fumo negli spazi aperti

La legge n°128 del Dicembre 2013, che disciplina la "Tutela della salute nelle scuole", estende il divieto di fumo nelle scuole anche nelle aree all'aperto di pertinenza delle istituzioni.

- Nella nostra Asl, l' 87% dei dirigenti scolastici dichiara di non aver avuto "mai" difficoltà nell'applicare la legge sul divieto di fumo negli spazi aperti della scuola (rispetto al 76,1% a livello nazionale); il 13% degli stessi dichiara di aver incontrato difficoltà "a volte".

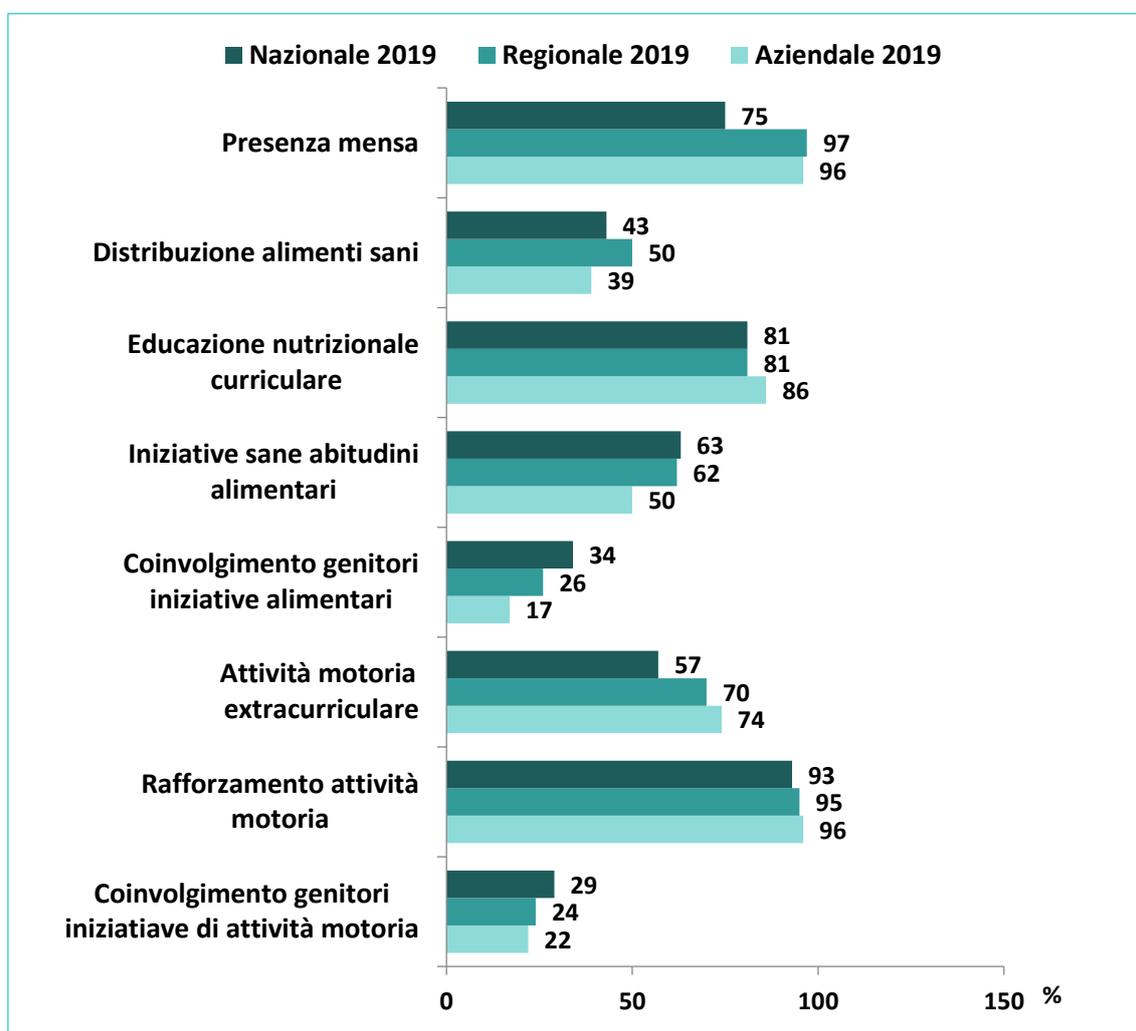
Coinvolgimento delle famiglie

In quante scuole si constata un coinvolgimento attivo dei genitori nelle iniziative di promozione di stili di vita sani? _____

Le iniziative di promozione di sane abitudini alimentari e di attività motoria nei bambini coinvolgono attivamente la famiglia rispettivamente nel 17% e nel 22% delle scuole campionate.

Per un confronto

Nel grafico di seguito sono riportati i confronti con i dati regionali e nazionali del 2019. Dato il numero esiguo delle scuole campionate a livello aziendale, e di conseguenza intervalli di confidenza generalmente più ampi, è necessaria la massima cautela nell'interpretare e commentare i confronti.



Conclusioni

Gli interventi di prevenzione, per essere efficaci, devono prevedere il coinvolgimento della scuola e della famiglia attraverso programmi integrati, che coinvolgano diversi settori e ambiti sociali, e multi-componenti, che mirino ad aspetti diversi della salute del bambino, quali alimentazione, attività fisica, prevenzione di fattori di rischio legati all'età, con l'obiettivo generale di promuovere l'adozione di stili di vita più sani. I dati raccolti con OKkio alla SALUTE hanno permesso di conoscere meglio l'ambiente scolastico e di gettare le basi per un monitoraggio nel tempo del miglioramento di quelle condizioni che devono permettere alla scuola di svolgere il ruolo di promozione della salute dei bambini e delle loro famiglie.

I dati aziendali si mantengono in linea con i dati regionali per la maggior parte degli indicatori considerati; si evidenzia in positivo, una buona percentuale di scuole con la presenza di: mensa, educazione nutrizionale curricolare e l'offerta di attività motoria extracurricolare.

Conclusioni generali

OKkio alla SALUTE ha permesso di raccogliere informazioni creando un'efficiente rete di collaborazione fra gli operatori del mondo della scuola e della salute.

La letteratura scientifica, infatti, mostra sempre più chiaramente che gli interventi coronati da successo sono quelli integrati (con la partecipazione di famiglie, scuole, operatori della salute e comunità) e multicomponenti (che promuovono per esempio non solo la sana alimentazione ma anche l'attività fisica e la diminuzione della sedentarietà, la formazione dei genitori, il *counselling* comportamentale e l'educazione nutrizionale) e che hanno durata pluriennale.

A questo proposito, la scuola potrebbe contribuire in modo determinante distribuendo una merenda bilanciata a metà mattina e facendo svolgere almeno due ore di attività motoria settimanale a tutti gli alunni. Ugualmente importante è rendere l'ambiente urbano "a misura di bambino" aumentando i parchi pubblici, le aree pedonali e le piste ciclabili così da incentivare il movimento all'aria aperta.

Un primo passo per la promozione di sani stili di vita è stato avviato a partire dal 2009- 2010. Il Ministero della Salute, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, l'Istituto Superiore di Sanità e le Regioni hanno infatti elaborato e distribuito in ogni Regione alcuni materiali di comunicazione e informazione rivolti a specifici target: bambini, genitori, insegnanti e scuole che hanno partecipato a OKkio alla SALUTE.

Sono stati elaborati e distribuiti anche dei poster per gli ambulatori pediatrici realizzati in collaborazione con la Società Italiana di Pediatria e con la Federazione Italiana dei Medici Pediatri. Tutti i materiali sono stati elaborati nell'ambito di OKkio alla SALUTE in collaborazione con il progetto "PinC - Programma nazionale di informazione e comunicazione a sostegno degli obiettivi di Guadagnare Salute", coordinato sempre dal CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità (http://www.epicentro.iss.it/focus/guadagnare_salute/PinC.asp).

I risultati della sesta raccolta dati di OKkio alla SALUTE, presentati in questo rapporto, mostrano nella nostra Asl la persistenza di un alto livello di sovrappeso/obesità e di cattive abitudini alimentari e di stili di vita che non favoriscono l'attività fisica.

Per cercare di migliorare la situazione si suggeriscono alcune raccomandazioni dirette ai diversi gruppi di interesse:

Operatori sanitari

Le dimensioni dell'eccesso ponderale nei bambini giustificano da parte degli operatori sanitari un'attenzione costante e regolare che dovrà esprimersi nella raccolta dei dati, nell'interpretazione delle tendenze, nella comunicazione ampia ed efficace dei risultati a tutti i gruppi di interesse e nella proposta/attivazione di interventi integrati tra le figure professionali appartenenti a istituzioni diverse allo scopo di stimolare o rafforzare la propria azione di prevenzione e di promozione della salute.

Inoltre, considerata la scarsa percezione dei genitori dello stato ponderale dei propri figli, gli interventi sanitari proposti dovranno includere anche interventi che prevedano una componente diretta al *counselling* e all'*empowerment* (promozione della riflessione sui vissuti e sviluppo di consapevolezza e competenze per scelte autonome) dei genitori stessi.

Operatori scolastici

La scuola ha un ruolo chiave nel promuovere la salute nelle nuove generazioni.

Seguendo la sua missione, la scuola dovrebbe estendere e migliorare le attività di educazione nutrizionale dei bambini.

Per essere efficace tale educazione deve focalizzarsi da una parte sulla valorizzazione del ruolo attivo del bambino, della sua responsabilità personale e sul potenziamento delle *life skills*, dall'altra, sull'acquisizione di conoscenze e del rapporto fra nutrizione e salute individuale, sulla preparazione, conservazione e stoccaggio degli alimenti.

In maniera più diretta gli insegnanti possono incoraggiare i bambini ad assumere abitudini alimentari più adeguate, promuovendo la colazione del mattino che migliora la performance e diminuisce il rischio di fare merende eccessive a metà mattina. A tal proposito i materiali di comunicazione, realizzati attraverso la collaborazione tra mondo della scuola e della salute, possono offrire agli insegnanti spunti e indicazioni per coinvolgere attivamente i bambini.

Sul fronte dell'attività fisica, è necessario che le scuole assicurino almeno 2 ore di attività motoria a settimana e che cerchino di favorire le raccomandazioni internazionali di un'ora al giorno di attività fisica per i bambini.

Genitori

I genitori dovrebbero essere coinvolti attivamente nelle attività di promozione di sani stili di vita.

L'obiettivo è sia favorire l'acquisizione di conoscenze sui fattori di rischio che possono ostacolare la crescita armonica del proprio figlio, come un'eccessiva sedentarietà, la troppa televisione, la poca attività fisica o alcune abitudini alimentari scorrette (non fare la colazione, mangiare poca frutta e verdura, eccedere con le calorie durante la merenda di metà mattina), sia favorire lo sviluppo di processi motivazionali e di consapevolezza che, modificando la percezione, possano facilitare l'identificazione del reale stato ponderale del proprio figlio.

I genitori dovrebbero, inoltre, riconoscere e sostenere la scuola, in quanto "luogo" privilegiato e vitale per la crescita e lo sviluppo del bambino e collaborare, per tutte le iniziative miranti a promuovere la migliore alimentazione dei propri figli, quale la distribuzione di alimenti sani e l'educazione alimentare. La condivisione, tra insegnanti e genitori, delle attività realizzate in classe può contribuire a sostenere "in famiglia" le iniziative avviate a scuola, aiutando i bambini a mantenere uno stile di vita equilibrato nell'arco dell'intera giornata.

Infine, laddove possibile, i genitori dovrebbero incoraggiare il proprio bambino a raggiungere la scuola a piedi o in bicicletta, per tutto o una parte del tragitto.

Leaders, decisori locali e collettività

Le iniziative promosse dagli operatori sanitari, dalla scuola e dalle famiglie possono essere realizzate con successo solo se la comunità supporta e promuove migliori condizioni di alimentazione e di attività fisica nella popolazione. Per questo la partecipazione e la collaborazione dei diversi Ministeri, di Istituzioni e organizzazioni pubbliche e private, nonché dell'intera società, rappresenta una condizione fondamentale affinché la possibilità di scelte di vita salutari non sia confinata alla responsabilità della singola persona o della singola famiglia, ma piuttosto sia sostenuta da una responsabilità collettiva.

Bibliografia essenziale

Politica e strategia di salute

- Ministero della Salute. Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione. 2019; disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2828_allegato.pdf
- World Health Organization. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. 2016; disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/en/>
- Knai C, Petticrew M, Mays N. The childhood obesity strategy. *BMJ*. 2016;354:i4613.
- Brennan LK, Brownson RC, Orleans CT. Childhood obesity policy research and practice: evidence for policy and environmental strategies. *Am J Prev Med*. 2014;46(1):e1-16.
- EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020; disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_action_plan_2014_2020_en.pdf (ultima consultazione maggio 2017). Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Linee guida per l'educazione alimentare, 2015; disponibile all'indirizzo: http://www.istruzione.it/allegati/2015/MIUR_Linee_Guida_per_l%27Educazione_Alimentare_2015.pdf
- Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. La sfida dell'obesità nella Regione europea dell'OMS e le strategie di risposta. Compendio. Geneva: WHO; 2007. Traduzione italiana curata dal Ministero della Salute e dalla Società Italiana di Nutrizione Umana, stampata nel 2008. <http://www.sinu.it/documenti/OMS%20La%20sfida%20dell%27Obesit%C3%A0%20e%20le%20Strategie%20di%20Risposta%20CCM%20SINU.pdf>.
- Ministero della Salute, 2007 "Guadagnare salute": Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 4 maggio 2007. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22 maggio 2007. http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf.

Epidemiologia della situazione nutrizionale e progressione sovrappeso/obesità

- WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: overweight and obesity among 6–9-year-old children - Report of the third round of data collection 2012–2013. WHO 2018. Disponibile al seguente indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/378865/COSI-3.pdf.
- Childhood Obesity Surveillance Initiative HIGHLIGHTS 2015-17. Disponibile al seguente indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/372426/WH14_COSI_factsheets_v2.pdf.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2017;390(10113):2627-2642.

- Lauria L, Spinelli A, Buoncristiano M, Nardone P. Decline of childhood overweight and obesity in Italy from 2008 to 2016: results from 5 rounds of the population-based surveillance system. *BMC Public Health*. 2019 May 21;19(1):618
- Spinelli A, Buoncristiano M, Kovacs VA, et al.; Prevalence of Severe Obesity among Primary School Children in 21 European Countries. *Obes Facts*. 2019;12(2):244-258
- Nardone P, Spinelli A, Buoncristiano M, Lauria L, Pierannunzio D, e Galeone D. Il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2016. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. (Supplemento 1, al vol. 31 n. 7-8 del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità).

IMC: curve di riferimento e studi pregressi

- Cacciari E, Milani S, Balsamo A, et al. Italian cross-sectional growth charts for height, weight and BMI (2 to 20 yr). *J. Endocrinol. Invest*. 2014;29(7):581-593.
- Gonzalez-Casanova I, Sarmiento OL, Gazmararian JA, Cunningham SA, Martorell R, Pratt M, Stein AD. Comparing three body mass index classification systems to assess overweight and obesity in children and adolescents. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(5):349-55.
- de Onis M, Martínez-Costa C, Núñez F, Nguetack-Tsague G, Montal A, Brines J. Association between WHO cut-offs for childhood overweight and obesity and cardiometabolic risk. *Public Health Nutr*. 2013;16(4):625-30.
- Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric Obesity* 2012; 7:284–294.
- Rolland-Cachera MF. Towards a simplified definition of childhood obesity? A focus on the extended IOTF references. *Pediatr. Obes*. 2012;7(4):259-60.
- de Onis M, Onyango A, Borghi E, Siyam A, Blössner M, Lutter C. Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards. *Public Health Nutr*. 2012;15(9):1603-10.
- Katzmarzyk PT, Shen W, Baxter-Jones A, Bell JD, Butte NF, Demerath EW, Gilsanz V, Goran MI, Hirschler V, Hu HH, Maffei C, Malina RM, Müller MJ, Pietrobelli A, Wells JC. Adiposity in children and adolescents: correlates and clinical consequences of fat stored in specific body depots. *Pediatric obesity* 2012;7(5):e42-61.
- Monasta L, Lobstein T, Cole TJ, Vignerová J, Cattaneo A. Defining overweight and obesity in pre-school children: IOTF reference or WHO standard? *Obes Rev*. 2011;12(4):295-300.
- Rolland-Cachera MF and The European Childhood Obesity Group. Childhood obesity: current definitions and recommendations for their use. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2011; 6: 325–331.
- de Onis M, Lobstein T. Defining obesity risk status in the general childhood population: which cut-offs should we use? *Int. J. Pediatr. Obes*. 2010;5(6):458-60.
- WHO AnthroPlus for personal computers Manual: Software for assessing growth of the world's children and adolescents. Geneva: WHO, 2009.
- Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 2007; 28 (335):194.
- de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization* 2007;85:660–667.

- Kuczmarski RJ, Ogden CL, Guo SS, et al. 2000 CDC growth charts for the United States: methods and development. *Vital Health Stat* 11 2002;246:1-190.
- Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000; 320:1240-1243.

