



OKkio alla SALUTE

Risultati dell'indagine 2023 ASL CN2 Alba-Bra



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:

Pietro Maimone, Giulia Picciotto, Carlo Di Pietrantonj, Elisa Allocco, Elena Kyoko Canova.

Hanno contribuito alla realizzazione della raccolta dati 2023

- il gruppo di coordinamento nazionale:

Paola Nardone, Silvia Ciardullo, Angela Spinelli, Donatella Mandolini, Michele Antonio Salvatore, Mauro Bucciarelli, Silvia Andreozzi, Monica Pirri, Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano, Alessandro Vienna.

- il comitato tecnico della sorveglianza:

Serena Broccoli, Giulia Cairella, Marcello Caputo, Margherita Caroli, Chiara Cattaneo, Corrado Celata, Laura Censi, Silvia Ciardullo, Liliana Coppola, Barbara De Mei, Maria Paola Ferro, Daniela Galeone, Donatella Mandolini, Maria Teresa Menzano, Paola Nardone, Federica Pascali, Michele Antonio Salvatore, Angela Spinelli, Alessandro Vienna.

- a livello regionale:

Regione Piemonte

Marcello Caputo (referente regionale), Monica Bonifetto, Silvia Cardetti, Bartolomeo Griglio (Dirigente settore regionale).

Ufficio Scolastico Regionale

Laura Bergonzi (Dirigente Ufficio IV), Tiziana Catenazzo (Dirigente Tecnica USR Piemonte), Maria Chiara Grigante (docente referente inclusione USR Piemonte).

- a livello aziendale:

Referenti e operatori Asl CN2

Giulia Picciotto (referente); Elisa Allocco, Elena Kyoko Canova, Daniela Alessi (operatori)

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 ASL.

Copia del volume può essere richiesta a:

ASL CN2 – Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
Via Vida, 10 – 12051 Alba (CN) e-mail: sian.alba@aslcn2.it

Sito internet di riferimento per lo studio:

www.epicentro.iss.it/okkioallasalute

Indice

Indice.....	4
Prefazione.....	5
Introduzione.....	6
Metodologia.....	7
Descrizione della popolazione.....	9
Lo stato ponderale.....	12
Le abitudini alimentari.....	18
L'attività fisica.....	24
Le attività sedentarie.....	30
La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini.....	32
L'ambiente scolastico nella promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica.....	36
Conclusioni generali.....	45
Bibliografia essenziale.....	48



Prefazione

L'obesità è attualmente riconosciuta come una condizione patologica complessa, con implicazioni significative per la salute fisica e la qualità di vita. L'eccesso ponderale in età infantile rappresenta, a livello globale, una delle principali sfide per la salute pubblica. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del 2022, quasi un bambino su tre si trova in una condizione di sovrappeso o obesità, con una prevalenza del 29% nei maschi e del 27% nelle femmine.

In Italia, nel 2023, il 19% dei bambini di 8 anni è risultato in sovrappeso, mentre il 9,8% presenta obesità. Tali condizioni, se non affrontate adeguatamente durante l'età pediatrica, tendono a persistere nel tempo, con una probabilità del 70-80% di evolvere in obesità nell'età adulta. Questo fenomeno è associato a un rischio aumentato di sviluppare patologie croniche, tra cui malattie cardiovascolari, disturbi metabolici e neoplasie, oltre a rilevanti ripercussioni psicologiche e psichiatriche.

Il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE, attivato nel 2007 come progetto e successivamente inserito tra le sorveglianze di rilevanza nazionale dal 2017, si propone di monitorare il sovrappeso, l'obesità e i fattori di rischio correlati nei bambini della terza classe della scuola primaria (8-9 anni). Il suo obiettivo principale è descrivere la distribuzione geografica e l'evoluzione temporale dello stato ponderale, delle abitudini alimentari e dei livelli di attività fisica dei bambini, nonché delle iniziative scolastiche mirate alla promozione di una sana alimentazione e del movimento. Questo lavoro si pone come guida per l'implementazione di interventi efficaci e mirati al miglioramento delle condizioni di salute dei bambini.

Coordinato dal Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, il sistema opera in collaborazione con tutte le Regioni italiane e il Ministero dell'Istruzione e del Merito. Nel 2023, la nostra ASL ha partecipato alla settima edizione della sorveglianza, raccogliendo dati sugli stili di vita dei bambini, sul loro stato ponderale e sulle iniziative scolastiche orientate a favorire abitudini alimentari corrette e un'attività fisica regolare.

Grazie a una metodologia standardizzata a livello nazionale, i dati raccolti sono riproducibili e confrontabili nel tempo. I risultati confermano una preoccupante diffusione di comportamenti alimentari che predispongono all'aumento di peso: il 14,8% dei bambini risulta in sovrappeso, mentre il 7,85% è obeso. Solo la metà dei bambini fa una colazione adeguata e consuma regolarmente almeno due porzioni di frutta o verdura al giorno.

Questi dati evidenziano la necessità di potenziare le azioni di educazione alimentare, attraverso interventi promossi dai nostri Servizi territoriali e basati su una stretta collaborazione con scuole e famiglie. Solo un impegno congiunto potrà contribuire a migliorare significativamente la salute e il benessere dei bambini della nostra comunità.

Il Commissario
Dott.ssa Paola Malvasio

Introduzione

Il sovrappeso e l'obesità sono un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie cronico-degenerative e una sfida prioritaria per la sanità pubblica.

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 e del Merito.

La sorveglianza è alla base delle strategie italiane in materia di prevenzione e promozione della salute quali il Programma Governativo "Guadagnare salute", il Piano Nazionale della Prevenzione e, in ambito internazionale, aderisce alla "Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)" della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Da 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 sette raccolte dati (2008-9, 2010, 2012, 2014, 2016, 2019, 2023) ognuna delle quali ha coinvolto oltre 40.000 bambini e genitori e 2.000 scuole.

Nel report vengono presentati i risultati della raccolta dati effettuata nel 2023 nella nostra ASL.

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 nel tempo.

Popolazione in studio e setting di rilevazione

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 *probabilityproportional 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 ChildhoodObesitySurveillanceInitiative dell'OMS Europa (COSI). I quattro questionari utilizzati per rilevare le informazioni sono: il questionario per i bambini da somministrare in aula, il questionario 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 formati utilizzando bilance 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), 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). 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 sulla salute dei bambini, sono stati raccolti attraverso i due questionari destinati ai dirigenti scolastici e agli insegnanti.

La raccolta dei dati è avvenuta in tutte le regioni tra marzo e giugno 2023.

L'inserimento dei dati ha previsto una modalità ibrida: direttamente online per i rispondenti al questionario genitore e al questionario destinato al Dirigente Scolastico e mediante piattaforma web, sviluppata ad hoc, per le informazioni provenienti dal questionario bambino e dal questionario classe. L'inserimento dei dati in piattaforma web è stato effettuato dagli operatori sanitari delle diverse ASL coinvolte.

Analisi dei dati

L'analisi dei dati è stata finalizzata 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 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?

Nella nostra ASL hanno partecipato all'indagine il 100% delle scuole e il 100% delle classi sui 19 plessi scolastici e sulle 22 classi rispettivamente campionate. La distribuzione delle classi riflette una suddivisione territoriale: il 55% appartiene a comuni con meno di 10.000 abitanti, mentre il restante 45% è collocato in comuni più grandi (fino a 50.000 abitanti).

Distribuzione delle classi per tipologia di comune di appartenenza ASL CN2– OKkio 2023 (N=22 classi)

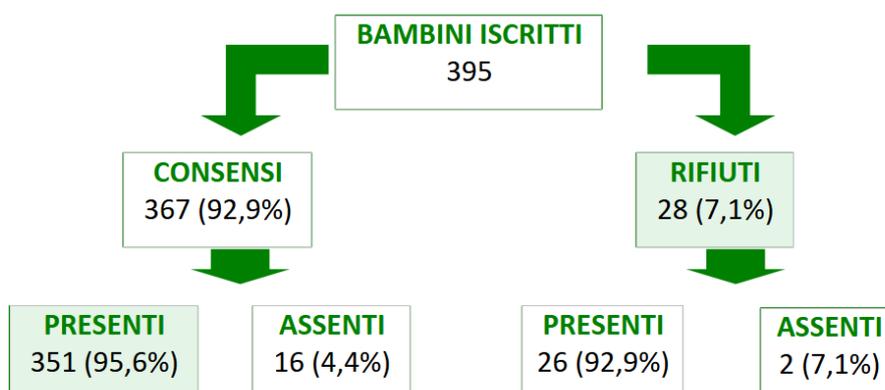
ZONA ABITATIVA	N	%
≤ 10.000 abitanti	12	55
Da 10.000 a più di 50.000 abitanti	10	45

- Le scuole e le classi partecipanti si trovano in comuni con diversa densità di popolazione.
- 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 ASL, in quanto la prevalenza di obesità riscontrata nei bambini misurati potrebbe essere significativamente diversa da quella degli assenti. La partecipazione complessiva a questa settimana indagine è pari al 92,9% dei consensi, è importante considerare che il 4,4% dei bambini era assente nel giorno della misurazione, e solo una minima parte (7,1%) ha espresso un rifiuto esplicito.

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



- Solo il 7,1% dei genitori ha rifiutato la misurazione dei propri figli. Questo valore risultato di poco inferiore a quello nazionale (circa 9,2%). Questo dato ci invita al continuo miglioramento della comunicazione tra ASL, scuola e genitori anche in occasione della prossima rilevazione.
- Nella giornata della misurazione erano complessivamente assenti 18 bambini pari al 4,6% del totale di quelli iscritti (n=395). 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 351 ovvero l'88,8% dei 395 iscritti negli elenchi delle classi. L'alta percentuale di partecipazione assicura una rappresentatività del campione soddisfacente.
- Hanno risposto al questionario dei genitori 364 delle famiglie dei 395 bambini iscritti (92,2%).

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 - ASLCN2-OKkio 2023

ETÀ	N	%	SESSO	N	%
<7 anni	0	0	Maschi	173	49,9
8 anni	219	63,3	Femmine	174	50,1
9 anni	126	36,4			
≥ 10	1	0,3			
Totale	346		Totale	347	
Dato mancante	5		Dato mancante	4	
Tot. partecipanti	351		Tot. partecipanti	351	

- Per 5 bambini (1,4% di 351) non era nota l'età, mentre per 4 bambini (1,1% di 351) non era noto il sesso.
- % calcolate sul totale, ovvero il totale dei bambini con il dato compilato.
- 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. Dei 364 questionari per le famiglie, l'informazione su chi ha compilato il questionario è presente in 362 questionari (99,5%). Dall'analisi emerge che l'89,0% (n=322) dei questionari è stato compilato dalla madre del bambino, il 9,9% (n=36) dal padre e 1,1% (n=4) da altra persona. 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.

**Livello di istruzione, occupazione e nazionalità della madre e del padre
ASL CN2 – OKkio 2023**

CARATTERISTICHE	MADRE		PADRE	
	N	%	N	%
Grado di istruzione				
Nessuna, elementare, media	67	18,9	110	32,1
Diploma superiore	182	51,3	170	49,6
Laurea	106	29,9	63	18,4
Totale	355		343	
Nazionalità				
Italiana	286	82,7	270	76,1
Straniera	60	17,3	85	23,9
Totale	346		355	
Lavoro*				
Tempo pieno	164	50,9	-	-
Part time	103	32,0	-	-
Nessuno	55	17,1	-	-
Totale	322			

* 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.

- Le % sono calcolate sul Totale, cioè i rispondenti per i quali era nota l'informazione.
- Le madri che hanno un titolo di scuola superiore sono il 51,3%, con laurea sono il 29,9%.
- I padri che hanno un titolo di scuola superiore sono il 49,6%, con la laurea sono il 18,4%.
- Il 17,3% delle madri e il 23,9% dei padri sono di nazionalità straniera.
- Il 50,9% delle madri lavora a tempo pieno.

Con il reddito a disposizione della famiglia, il 24,0% dei rispondenti (n=341) dichiara di arrivare a fine mese con qualche difficoltà e il 5,3% dichiara di arrivarci con molte difficoltà.

Inoltre, attraverso il questionario dei genitori, sono state raccolte informazioni circa la composizione del nucleo familiare.

Tipologia di famiglia (%) - ASLCN2 – OKkio 2023

TIPOLOGIA DI FAMIGLIA	N	%
Madre e padre (no altri adulti)	221	61,4
Solo madre	31	8,6
Solo padre	10	2,8
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	4	1,1
Madre e/o padre con nonni o altri parenti	67	18,6
Altra sistemazione	27	7,5
Totale	360	

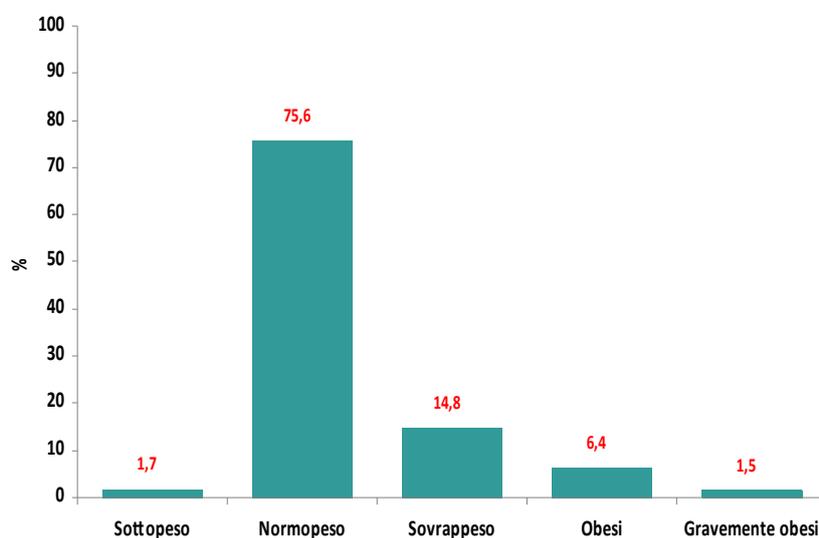
Lo stato ponderale

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.

Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni (Valori %, Tot. Analizzati = 344)

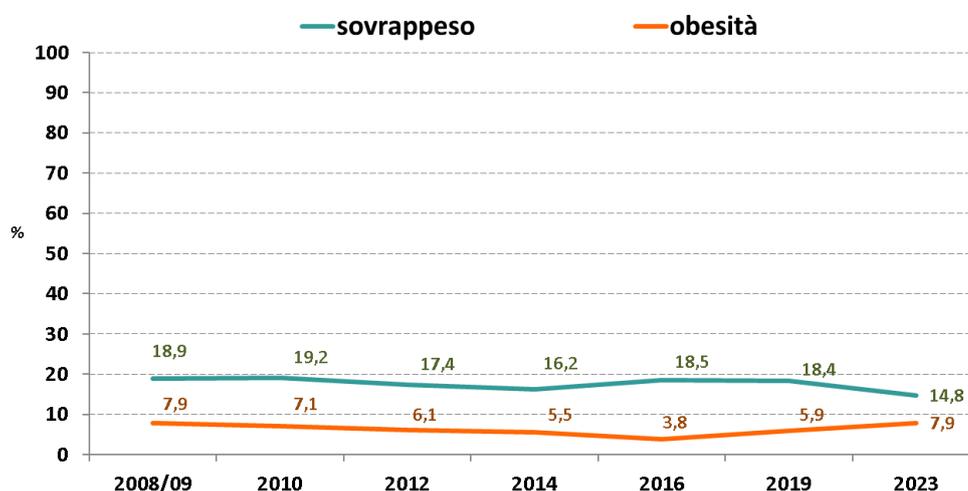


- Per n=344 bambini della ASL CN2 è stato possibile ottenere l'indice di massa corporea (IMC) ed è risultato: in condizioni di obesità grave il 1,5% [IC95%: 0,6% - 3,6%]; obeso il 6,4% [IC95%: 4,3% - 9,5%]; sovrappeso il 14,8% [IC95%: 11,8% - 18,5%], normopeso il 75,6% [IC95%: 70,7% - 79,9%] e sottopeso il 1,7% [IC95%: 0,8% - 3,7%].
- Complessivamente il 22,7% [IC95%: 18,4% - 27,5%] dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità.
- L'Intervallo di Confidenza 95% [IC95%] esprime il grado di incertezza della stima dovuta alle fluttuazioni casuali campionarie.

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

L'andamento risulta sostanzialmente stazionario sia per la proporzione dei bambini e delle bambine in sovrappeso quanto per la proporzione dei bambini e delle bambine obese.

Trend aziendale sovrappeso e obesità, ASL CN2, 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.

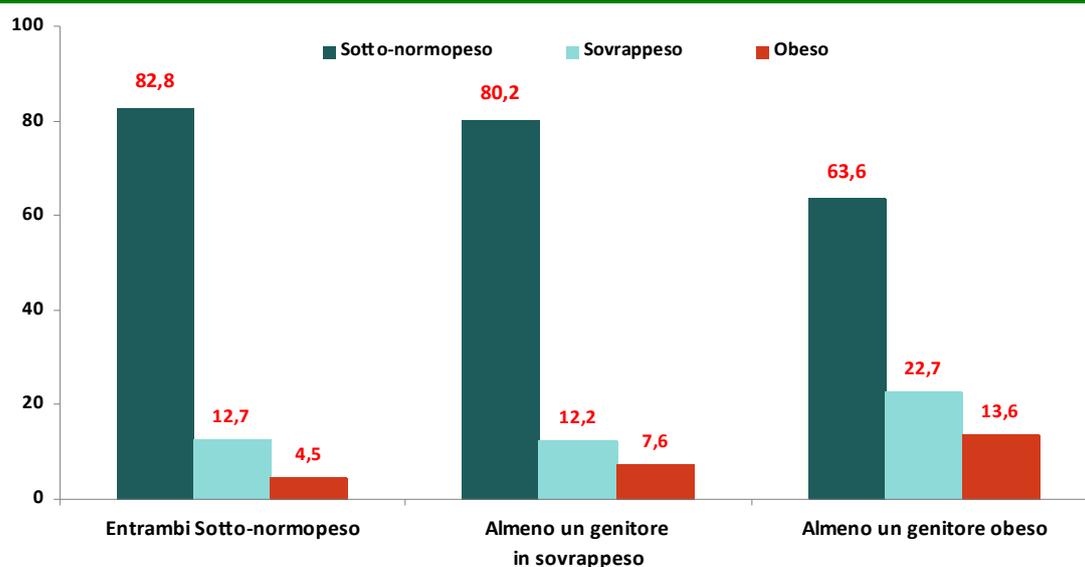
Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni per caratteristiche demografiche del bambino e della madre (%) – ASL CN2– OKkio 2023

CARATTERISTICHE	SOTTO/ NORMOPESO N (%)	SOVRAPPESO N (%)	OBESO N (%)	Totale per caratteristica N
Età				
8 anni	173 (79,4%)	27 (12,4%)	18 (8,3%)	218
9 anni	93 (73,8%)	24 (19,0%)	9 (7,1%)	126
Totale	266 (77,35%)	51 (14,8%)	27 (7,85%)	344
Sesso				
Maschi	132 (77,2%)	25 (14,6%)	14 (8,2%)	171
Femmine	134 (77,5%)	26 (15,0%)	13 (7,5%)	173
Totale	266 (77,35%)	51 (14,8%)	27 (7,85%)	344
Zona abitativa				
<10.000 abitanti	130 (75,6%)	27 (15,7%)	15 (8,7%)	172
10.000-50.000	136 (79,1%)	24 (14,0%)	12 (7,0%)	172
Totale	266 (77,35%)	51 (14,8%)	27 (7,85%)	344
Istruzione della madre*				
Nessuna, elementare, media	42 (66,7%)	11 (17,5%)	10 (15,9%)	63
Diploma Scuola Superiore	135 (77,1%)	26 (14,9%)	14 (8,0%)	175
Laurea – Master - Dottorato	79 (82,3%)	14 (14,6%)	3 (3,1%)	96
Totale	256 (76,6%)	51 (15,3%)	27 (8,1%)	334

* Differenza statisticamente significativa (p < 0,05)

- % sono calcolate sul totale dei soggetti per singola caratteristica.
- Nella ASLCN2, non si rilevano differenze statisticamente significative tra le prevalenze di obesità e di sovrappeso: tra i bambini di 8 e 9 anni e tra maschi e femmine e tra bambini che frequentano scuole in centri con <10.000 rispetto alle scuole in centri con 10-50.000 abitanti.
- Il rischio di obesità appare statisticamente associato alla scolarità della madre, infatti diminuisce con l'aumentare del grado d'istruzione: dal 15,9% per titolo di scuola elementare o media, all'8,0% per diploma di scuola superiore, al 3,1% per la laurea

Stato ponderale dei bambini per stato ponderale dei genitori (Valori %, Tot. analizzati = 309).



- L'analisi dello stato ponderale dei bambini per stato ponderale (auto riferito) dei genitori evidenzia una associazione statistica tra stato di obesità dei genitori e l'obesità dei bambini, infatti tra i bambini con entrambi i genitori sottopeso/normopeso (n=134) la frazione di obesi è pari a 4,5% per diventare 13,6% tra i bambini che hanno almeno un genitore obeso (n=44), altrettanto evidente è l'incremento della frazione dei bambini sovrappeso, tra coloro che hanno almeno un genitore sovrappeso (n=131), pari a 12,2% che diventa 22,7% fra i bambini con al meno un genitore obeso (n=44).
- Restringendo l'analisi alle 345 madri che hanno riferito il loro stato ponderale, il 17,7% delle madri dichiara di essere in sovrappeso, mentre il 5,2% dichiara di essere obesa.
- Restringendo l'analisi ai 332 padri che hanno riferito il loro stato ponderale, di questi dichiara di essere in sovrappeso 37,3%, mentre dichiara di essere obeso il 12,0%.

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, ASLCN2, OKkio alla SALUTE 2023

ORE E MINUTI	N	%
< 9 ore	30	8,8
9 ore – 9 ore e 29 minuti	105	30,8
9 ore e 30 minuti – 9 ore e 59 minuti	136	39,9
≥10 ore	70	20,5
Totale	341	

L' 8,8% [IC95%: 6,2%; 12,3%] dei bambini dorme meno di 9 ore, mentre il valore nazionale risulta pari al 13%, pertanto anche considerando l'incertezza campionaria il valore della ASLCN2 risulta inferiore al valore nazionale. Dai dati della ASLCN2 non emerge una relazione fra ore di sonno del bambino e il suo stato ponderale.

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.

Quando l'Intervallo di Confidenza 95% [IC95%] del valore aziendale include il valore nazionale, allora i due valori sono da considerarsi sovrapponibili; al contrario quando l'intervallo di confidenza del valore aziendale non include il valore nazionale, allora il valore aziendale è da considerarsi statisticamente diverso (inferire o superiore) dal valore di riferimento.

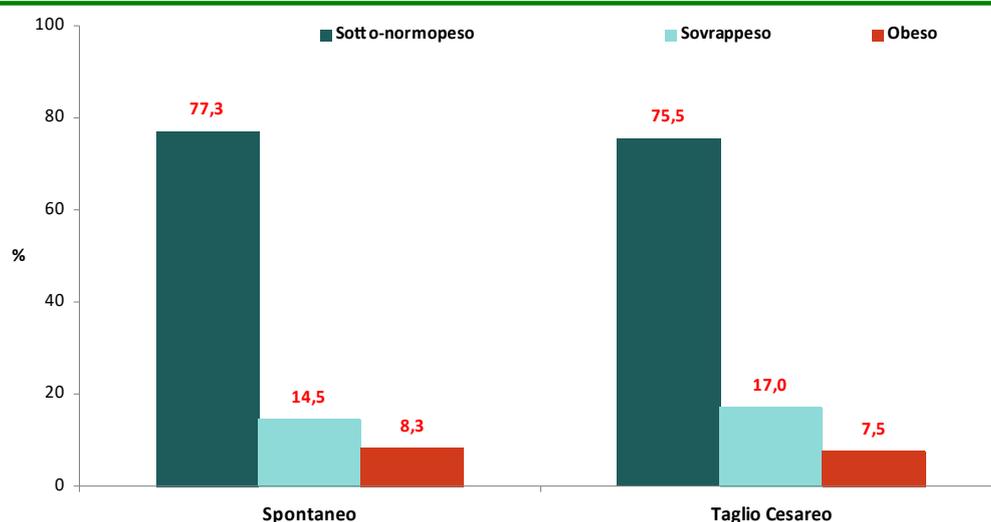
CARATTERISTICA ALLA NASCITA	VALORE AZIENDALE 2023 N (% [IC95%])	VALORE NAZIONALE 2023 %	VALORE AZIENDALE RISPETTO AL VALORE NAZIONALE
Tipo di parto			il valore aziendale è:
Taglio Cesareo	94 (27,4% [22,9%; 32,4%])	38%	Inferiore
Senza Taglio Cesareo	247 (72,0% [67,2%; 76,4%])		
Non rilevato	2 (0,6%)		
Totale	343		
Settimana gestazionale			
Altamente Prem. <33	6 (1,7% [0,9%; 3,2%])	2%	Sovrapponibile
Prematuro <37	19 (5,5% [3,9%; 7,7%])	7%	Sovrapponibile
A termine	272 (78,8% [74,3%; 82,8%])		
Dopo il termine	45 (13,0% [10,1%; 16,7%])		
Non rilevato	3 (0,9%)		
Totale	345		
Peso alla nascita (in grammi)			
< 2500	29 (8,7% [7,1%; 10,7%])	9%	Sovrapponibile
2500-3300	163 (48,9% [45,0%; 52,9%])	47%	Sovrapponibile
3300-4000	115 (34,5% [30,3%; 39,0%])	37%	Sovrapponibile
≥4000	26 (7,81% [6,1%; 9,9%])	7%	Sovrapponibile
Totale	333		

CARATTERISTICA ALLA NASCITA	VALORE AZIENDALE 2023 N (% [IC95%])	VALORE NAZIONALE 2023 %	VALORE AZIENDALE RISPETTO AL VALORE NAZIONALE
Allattamento al seno			
Mai/<1 mese	73 (21,8% [17,4%; 27,0%])	28%	Inferiore
1-6 mesi	98 (29,3% [25,9%; 32,9%])	26%	Sovrapponibile
>6 mesi	164 (49,0% [43,4%; 54,5%])	46%	Sovrapponibile
Totale	335		

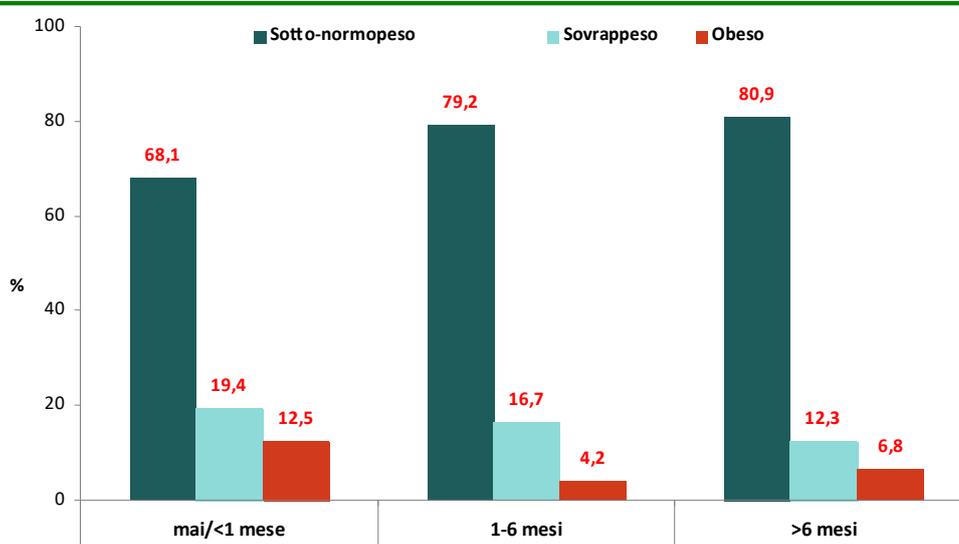
- La percentuale di parti con taglio cesareo e la percentuale di madri che ha dichiarato di non allattare al seno o di averlo fatto per un tempo inferiore ad un mese sono significativamente inferiori ai rispettivi valori di riferimento nazionale.

Qual è il rapporto tra stato ponderale, caratteristiche del parto e allattamento al seno?

Stato ponderale dei bambini per tipologia del parto (Valori %, Tot. Analizzati = 336)



Stato ponderale dei bambini per durata allattamento al seno (Valori %, Tot. Analizzati = 330)



L'analisi rileva che lo stato ponderale dei bambini non appare statisticamente associato alla tipologia di parto, si evidenzia invece come l'allattamento prolungato possa risultare un fattore protettivo nei confronti del sovrappeso o obesità del bambino.

Mentre per quanto riguarda la possibile relazione fra settimana gestazionale e stato ponderale l'analisi congiunta sui 337 bambini, per i quali erano note entrambe le informazioni, si rileva che tra i 270 bambini nati a termine risultava sovrappeso/obeso il 19,3% [IC95% 15,0%; 24,4%] frazione che appare inferiore al valore osservato tra i 24 bambini nati prematuri o altamente prematuri pari al 37,5% [IC95% 21,2%; 57,3%] e tra i 43 bambini nati dopo il termine pari a 34,9% [IC95% 22,4%; 29,8%], il confronto fra questi gruppi va considerato con cautela visto il forte sbilanciamento fra essi.

Confronto

ASL CN2	Valori Aziendali (%)							Valore Regionale	Valore Nazionale
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2023	2023 (%)	2023 (%)
Prevalenza Bambini									
sotto-normopeso	73,2%	73,7%	76,5%	78,3%	77,7%	75,6%	77,3%	75,3%	71,1%
sovrappeso	18,9%	19,2%	17,4%	16,2%	18,5%	18,4%	14,8%	16,9%	19%
obesi	7,9%	7,1%	6,1%	5,5%	3,8%	5,9%	7,9%	7,8%	9,8%
sovrappeso e obesi	26,8%	26,3%	23,5%	21,7%	22,3%	24,3%	22,7%	24,7%	28,8%
N. presenti	608	389	419	362	387	286	351		

Conclusioni

Sulla base dei risultati di questa settima rilevazione, non emergono particolari cambiamenti rispetto alle precedenti, ma il problema dell'eccesso di peso nella popolazione infantile persiste come una preoccupazione significativa per il futuro stato di salute della popolazione. Infatti, il 22,7% dei bambini di 8 e 9 anni risulta in sovrappeso o obeso, una condizione che, tende a persistere in età adulta, aumentando il rischio di patologie croniche.

I risultati di questo rapporto sottolineano il ruolo cruciale dell'ambiente familiare e delle prime fasi di vita del bambino. Fattori come il titolo di studio dei genitori, il loro stato ponderale, l'allattamento al seno emergono come possibili determinanti dello stato ponderale del bambino. I bambini di madri con livelli di istruzione più bassi o con almeno un genitore obeso mostrano un rischio maggiore di sovrappeso e obesità, così come quelli non allattati al seno o allattati per brevi periodi. Anche le caratteristiche della nascita, come la prematurità o il parto oltre il termine, sembrano influire negativamente.

Questi dati accrescono la consapevolezza dell'urgenza di interventi mirati e di una sorveglianza continua per monitorare i segni di cambiamento del fenomeno e valutare l'impatto delle politiche di prevenzione. La promozione di stili di vita sani fin dalla prima infanzia, con il coinvolgimento attivo delle famiglie, rappresenta un elemento chiave per contrastare questa problematica e preservare la salute delle future generazioni.

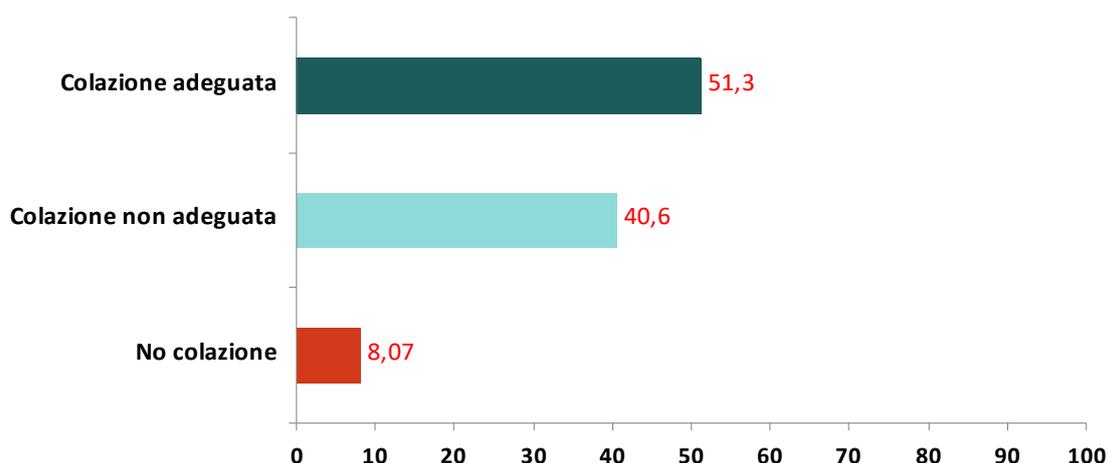
Le abitudini alimentari

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 (Valori %, n=347)



- Da quanto riportato dai bambini sulla colazione effettuata il giorno della rilevazione, nella nostra ASL solo il 51,3% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata.
- L'8,07% non fa colazione (il 9,3% tra i bambini contro il 6,9% delle bambine) e il 40,5% non la fa qualitativamente adeguata (il 39,5% tra i bambini contro il 41,4% delle bambine).
- La prevalenza del non fare colazione è più alta nei bambini di madri con titolo di studio di diploma superiore*.

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

La variabile COSI, 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 (valore %, N=364)

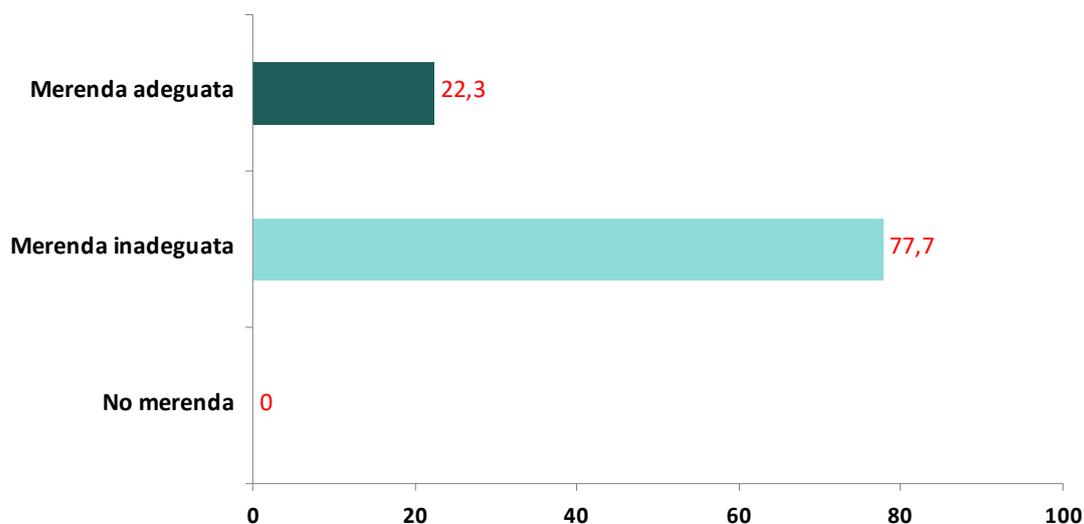
FREQUENZA	%
Ogni giorno	71,4
Quasi tutti i giorni della settimana (4-6 giorni)	10,2
Qualche giorno a settimana (1-3 giorni)	14,6
Mai	3,85

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 (valore %; N=341)

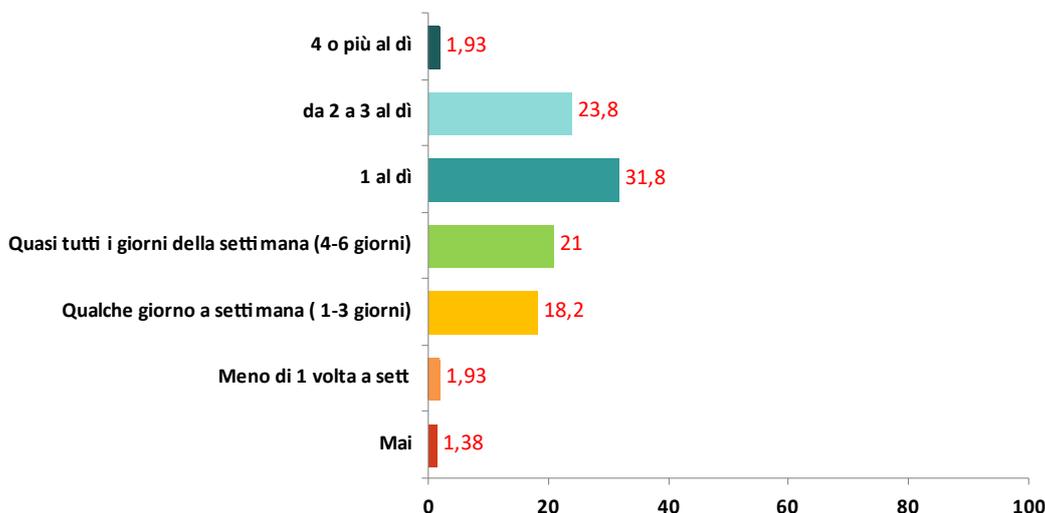


- Solo una piccola parte di bambini (22,3%) consuma una merenda adeguata di metà mattina.
- La maggior parte dei bambini (77,7%) la fa inadeguata e lo 0% non la fa per niente.
- Non sono emerse differenze significative per sesso del bambino e per livello di istruzione della madre.

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.

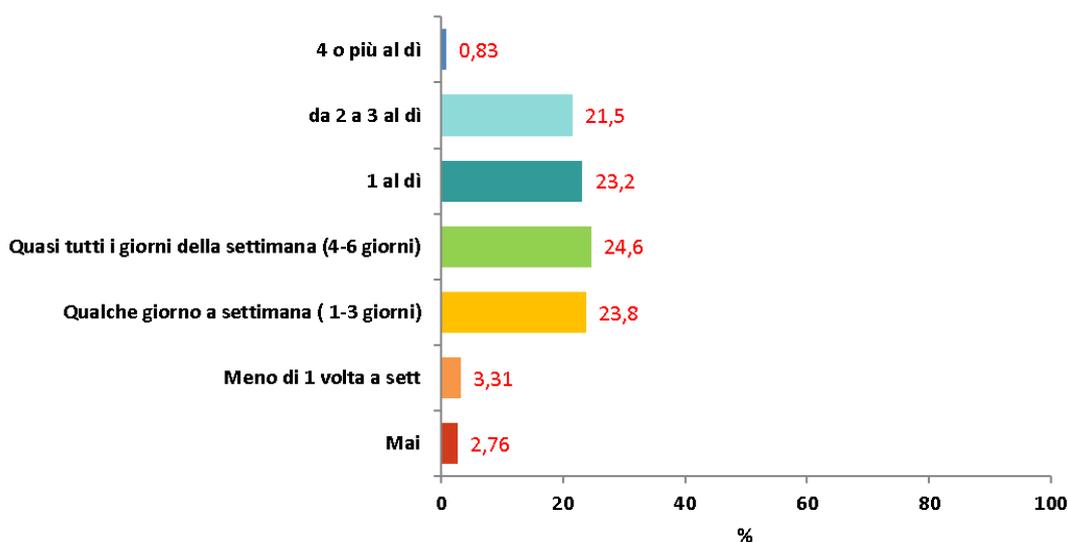
Consumo di frutta nell'arco della settimana (valore %; N=362)



Nella nostra ASL, i genitori riferiscono che solo il 23,8% dei bambini consuma la frutta 2-3 volte al giorno e il 31,8% una sola volta al giorno.

- Il 3,31% dei bambini mangia frutta meno di una volta a settimana o mai.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino e per livello di istruzione della madre.

Consumo di verdura nell'arco della settimana (valore %; N=362)



- Nella nostra ASL, i genitori riferiscono che il 21,5% dei bambini consuma **verdura** 2-3 volte al giorno; il 23,2% una sola volta al giorno.
- Il 6,07% dei bambini consuma verdura meno di una volta a settimana o mai.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino, tuttavia vi sono differenze significative nei consumi ripartiti per livello di istruzione della madre (la prevalenza del consumo di verdura almeno 1 volta al giorno aumenta con il crescere della scolarità della madre).
- Il 48,3% dei bambini contro il 41,6% delle bambine consuma almeno una volta al giorno frutta e/o verdura.

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

L'alimentazione può influenzare lo stato ponderale. Ai genitori è stato chiesto di indicare con che frequenza i propri figli assumono le principali categorie di alimenti.

ASL CN2, OKkio alla SALUTE 2023

FREQUENZA DI CONSUMO	SUCCHI DI FRUTTA 100% FRUTTA	BIBITE CONF. CONTENENTI ZUCCHERO (tè, aranciata, 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	17,5%	16,9%	55,1%	17%	11,2%	3,06%
Meno di una volta a settimana	27,1%	41,4%	29,2%	28,9%	43,6%	12%
Qualche giorno (1-3 giorni)	33,5%	29,2%	13,8%	48,4%	34,1%	36,5%
Quasi tutti i giorni (4-6 giorni)	12,7%	7,78%	1,4%	4,25%	7,54%	28,4%
Una volta al giorno tutti i giorni	6,93%	3,61%	0,28%	0,85%	2,23%	15,3%
Più volte al giorno tutti i giorni	2,22%	1,11%	0,28%	0,57%	1,4%	4,74%
N	361	360	356	353	358	359

- Nella nostra ASL il 7,78% dei bambini assume bevande zuccherate confezionate contenenti zucchero quasi tutti i giorni.
- Il 45,9% dei bambini non consuma mai legumi o meno di una volta a settimana.
- Il consumo di snack salati e dolci “più volte al giorno, tutti i giorni” è rispettivamente del 1,4% e del 4,74%.
- Non vi è differenza fra maschi e femmine per le diverse categorie di alimenti.
- La prevalenza di consumo di bibite confezionate contenenti zucchero una volta al giorno tutti i giorni diminuisce con il crescere della scolarità della madre.

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'86,8% 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' 84%. Nella nostra ASL i genitori hanno riportato che il 74,2% dei bambini lava i denti più di una volta al giorno; dato nazionale 30%.

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 (73,9%), inserire la frutta come spuntino (56,2%), utilizzare sale iodato al posto di quello non iodato (risposta sì-sempre 52,9% - dato nazionale: 57%), ridurre il sale durante la preparazione dei pasti (46,9%), limitare il consumo di snack salati (46,6%), non aggiungere sale a tavola (34,6%), leggere con maggiore attenzione le etichette nutrizionali (29,5%), acquistare pane poco salato (7,87%).

Per un confronto

	Valori aziendali (%)							VALORE NAZIONALE 2023 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2023	
Hanno assunto la colazione al mattino dell'indagine	93,4%	87,9%	91,4%	90,1%	94,4%	94,7%	91,9%	89%
Hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine	55,4%	55,6%	58,7%	58%	55,3%	51,8%	51,3%	53%
Hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	4,8%	11,4%	52,7%	64,8%	33,2%	28,7%	22,3%	32%
Assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere	2,6%	11,7%	10,9%	11,6%	13,6%	10,4%	7,2%	5%
Assumono bibite zuccherate e/o gasate almeno una volta al giorno	41,6%	46,3%	36%	37,5%	28,9%	24,4%	22,8%	25%
N. presenti	608	389	419	362	387	286	351	

Conclusioni

I risultati di questa settima rilevazione evidenziano lacune significative nelle abitudini alimentari dei bambini e nell'adozione di comportamenti salutari da parte delle famiglie. Nonostante la consapevolezza crescente, poco meno della metà dei bambini segue una dieta equilibrata, e il consumo di snack e bevande zuccherate rimane elevato. L'istruzione materna emerge come un fattore protettivo, suggerendo l'importanza di interventi educativi mirati a migliorare le conoscenze e le pratiche alimentari. Investire in politiche educative e programmi di sensibilizzazione può favorire abitudini alimentari più sane e una migliore qualità della vita.

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. Dall'indagine Okkio 2023 risulta attivo 85,4% dei bambini.

Bambini fisicamente non attivi[#] (%) - ASL CN2 - OKkio 2023

CARATTERISTICHE	NON ATTIVI %	N
Sesso		
Maschi	15,9	170
Femmine	12,8	172
Zona abitativa		
<10.000 abitanti	19,5	169
10.000-50.000	9,77	174

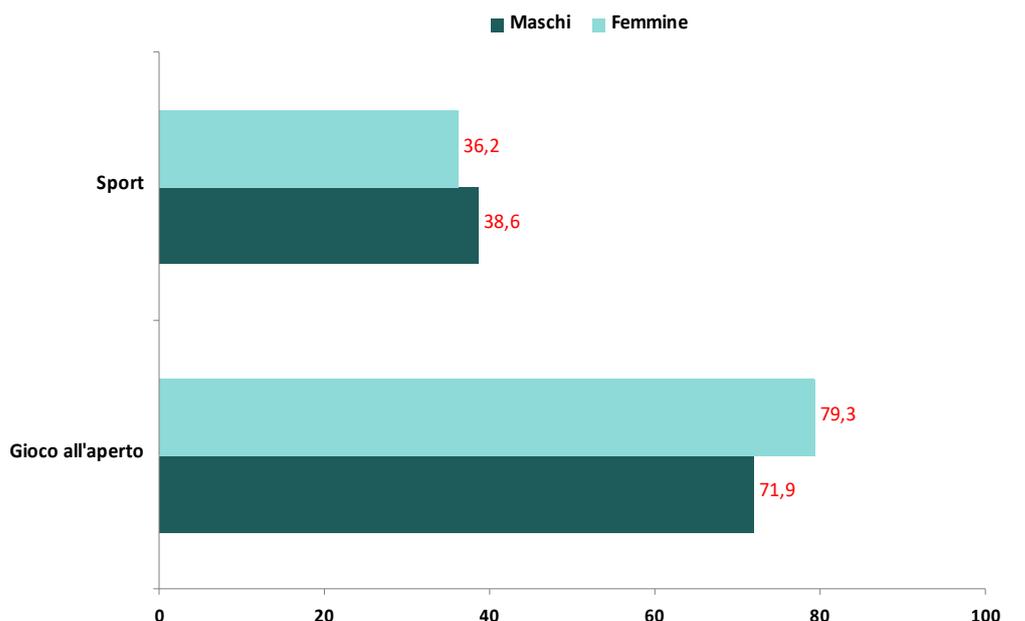
[#] Il giorno precedente non hanno svolto attività motoria a scuola e attività sportiva strutturata e non hanno giocato all'aperto nel pomeriggio

- Nel nostro campione il 14,6% dei bambini risulta non attivo il giorno antecedente all'indagine.
- Solo il 13,3% 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 (12,8%) sono in percentuale minore dei maschi (15,9%).
- La percentuale maggiore di bambini non attivi vive in aree geografiche con <10.000 abitanti (19,5%).

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 (%)

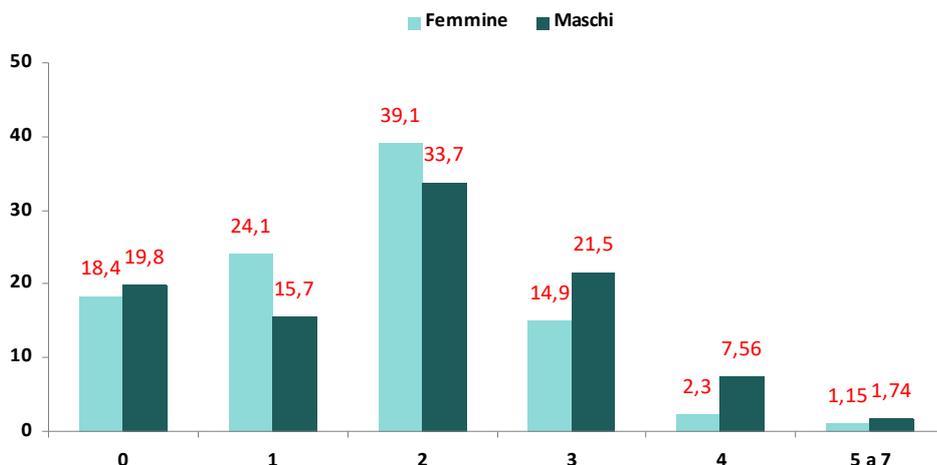


- Il 75,4% del totale dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi giocano all'aperto meno delle femmine.
- Il 37,3% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine.

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.

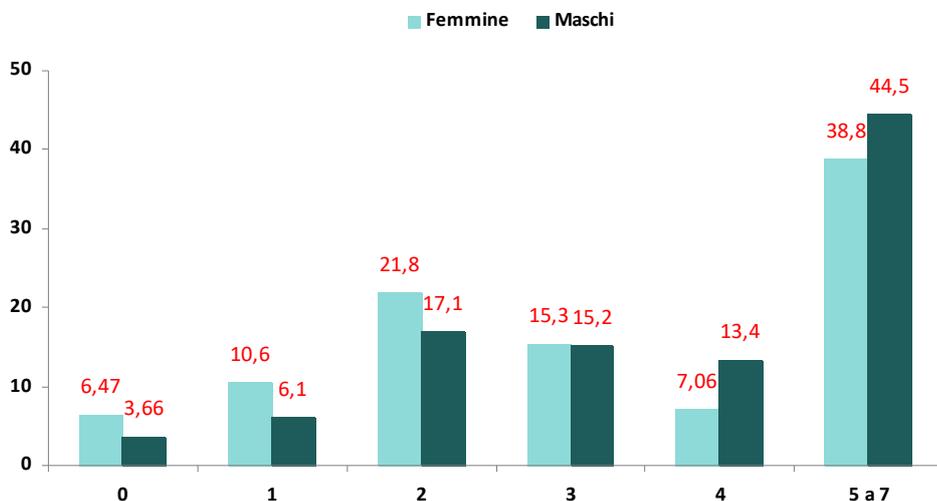
Giorni di attività sportiva strutturata per almeno un'ora durante la settimana (%)



- Secondo i genitori, nella nostra ASL, circa 4 bambini su 10 (35,8%) fanno almeno un'ora di attività sportiva strutturata per 2 giorni la settimana, il 19,3% neanche un giorno e solo l'1,38% da 5 a 7 giorni.
- I maschi fanno attività sportiva strutturata più giorni delle femmine*.
- La zona di abitazione è/non è associata a una diversa frequenza di attività sportiva strutturata da parte dei bambini.

* p < 0,05

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



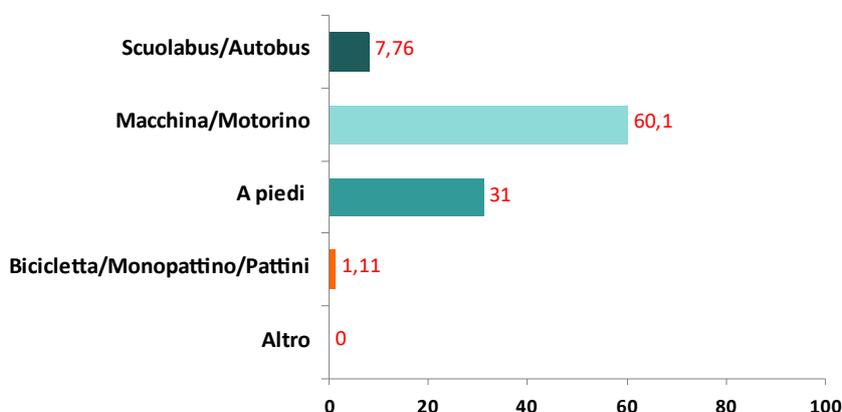
- Per quanto riguarda il tempo dedicato ai giochi di movimento, nella nostra ASL, circa 2 bambini su 10 (19,7%) fanno almeno un'ora di attività per 2 giorni la settimana, il 5,14% neanche un giorno e solo il 40,9% da 5 a 7 giorni.
- La zona di abitazione è associata a una diversa frequenza di giochi di movimento (i bambini che vivono in aree con meno abitanti sembrano dedicarsi ai giochi di movimento per più giorni a settimana).
- Il 14,6% 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)?

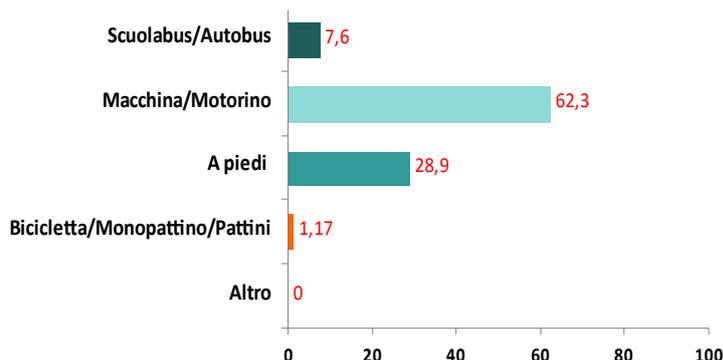
Un altro modo per rendere fisicamente attivi i bambini è far loro percorrere il tragitto casa-scuola a piedi o in bicicletta, compatibilmente con la distanza del loro domicilio dalla scuola. Nel 2023 i bambini hanno risposto a questa domanda riferendosi al giorno in cui si è svolta la rilevazione; a completamento di questa informazione, come accade nel COSI, ai genitori è stato chiesto come solitamente i bambini si recano/tornano da scuola.

- Il 28,5% 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 70,67% ha utilizzato scuola bus o l'automobile.
- Non si rilevano differenze per sesso e fra le diverse tipologie di zona abitativa.

Percorso casa-scuola (%) riferito dai genitori



Percorso scuola-casa (%) riferito dai genitori



Secondo i genitori, nel tragitto casa-scuola il 32,11% dei bambini si è recato a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini; invece, il 67,86% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato. Per il ritorno il 69,9% dei bambini ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato e il 30,07% 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 CN2- OKkio 2023 (Valore %; N= 211)

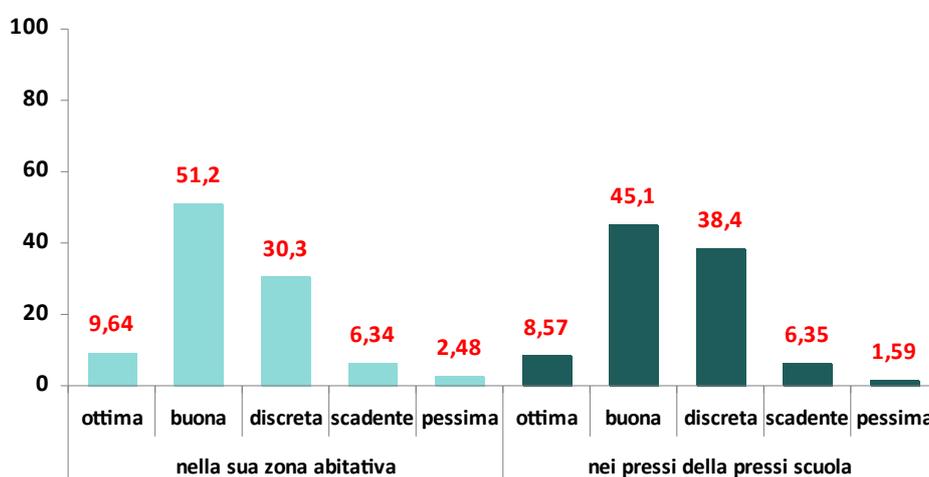
MOTIVI	%
Strada non sicura	17,1
Distanza eccessiva	54,0
Il bambino si muove già abbastanza durante la giornata	2,84
Mancanza di tempo	33,2

Nella nostra ASL, la maggior parte dei genitori (54,0%) indica come motivo principale la distanza eccessiva.

Come viene percepita la qualità dell'aria dai genitori?

Nel questionario rivolto al genitore vi sono due domande sulla percezione della qualità dell'aria nei pressi dell'abitazione e della scuola frequentata dai propri figli.

Percezione della qualità dell'aria (Valore %; N=363)



Per un confronto

	Valori aziendali (%)							VALORE NAZIONALE 2023 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2023	
Bambini definiti fisicamente non attivi (indicatore del PNP)	25,4%	13%	9,6%	9,8%	6,7%	8,4%	14,6%	19%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	61,2%	73,5%	75,2%	77,4%	84,9%	79,5%	75,4%	63%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	35%	43,3%	52,7%	54,3%	52,6%	46,7%	37,3%	45%
Bambini che si recano a scuola a piedi e/o bicicletta	20%	20%	31%	29%	14,3%	27,5%	32,11%	27%
N. presenti	608	389	419	362	387	286	351	

Conclusioni

Il quadro complessivo evidenzia una discreta partecipazione dei bambini ad attività motorie e giochi di movimento, ma una minoranza significativa rimane fisicamente inattiva. La pratica di attività sportiva strutturata è limitata: solo pochi bambini raggiungono livelli raccomandati di esercizio fisico settimanale.

La modalità di trasporto verso la scuola rappresenta un ulteriore ostacolo alla promozione di uno stile di vita attivo: la maggior parte dei bambini viene accompagnata in auto, e meno di un terzo utilizza mezzi attivi come la bicicletta o il camminare. La percezione di insicurezza delle strade e la distanza eccessiva sono barriere comuni.

Infine, la percezione della qualità dell'aria è perlopiù positiva, ma un gruppo minoritario di genitori valuta la situazione come scadente o pessima, suggerendo possibili preoccupazioni locali che meritano ulteriori approfondimenti. Questi risultati indicano la necessità di politiche integrate per incentivare l'attività fisica, migliorare la sicurezza stradale e ridurre le distanze casa-scuola attraverso iniziative di urbanistica scolastica.

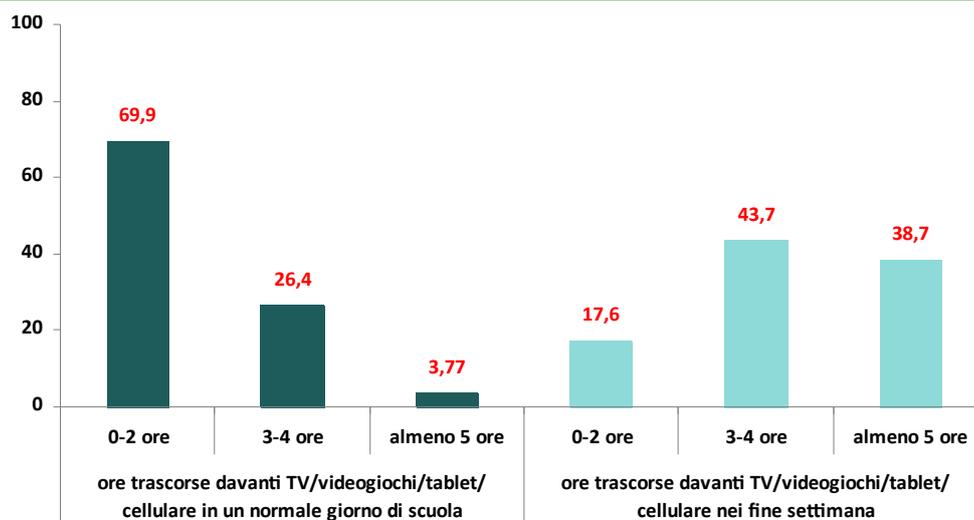
Le attività sedentarie

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 agli schermi: 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. 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 (% , N=345)



- Nei giorni di scuola i genitori riferiscono che il 69,9% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi/tablet/cellulare da 0 a due 2 ore al giorno, mentre il 26,4% ne è esposto quotidianamente per 3/4 ore e il 3,77% per almeno 5 ore. Valori più alti si riscontrano nel fine settimana.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV o videogiochi/tablet/cellulare è più frequente tra i maschi (36,4% versus 22,6%) e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre*.
- Complessivamente il 27,4% 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 (9,47% versus 3,57%)*.
- 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 5,11%, mentre quella relativa l'utilizzo di videogiochi/tablet/cellulare è 6,25%.

* p < 0,05

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

Nella nostra ASL il 34,6% dei bambini ha guardato la TV o ha utilizzato videogiochi/ tablet/cellulare la mattina prima di andare a scuola, il 67% il pomeriggio del giorno precedente e il 78,7% sera. Solo il 9,59% dei bambini non ha guardato la TV o utilizzato i videogiochi/tablet/cellulare nelle 24 ore antecedenti l'indagine, mentre il 25,6% lo ha fatto in un periodo della giornata, il 39,2% in due periodi e il 25,6% ne ha fatto uso durante la mattina, il pomeriggio e la sera. L'utilizzo di TV e/o videogiochi/tablet/cellulare è più frequente (momenti della giornata) tra i maschi (31,8% versus 19,4%)* e non è associata con l'aumento del livello di istruzione della madre.

* $p < 0,05$

Per un confronto

	Valori aziendali (%)							VALORE NAZIONALE 2023 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2023	
Bambini che trascorrono al televisore o ai videogiochi/tablet/ cellulare più di 2 ore al giorno (durante un normale giorno di scuola)	36%	27%	27%	30%	29%	34%	29,5%	45%
Bambini con televisore in camera	33%	32%	28%	33%	31%	26%	27,4%	42%
N. presenti	608	389	419	362	387	286	351	

Conclusioni

Nella nostra ASL, i comportamenti relativi al tempo trascorso davanti agli schermi variano significativamente tra i giorni di scuola e il fine settimana. Nei giorni di scuola, circa 7 bambini su 10 rispettano le raccomandazioni di meno di 2 ore al giorno di TV o videogiochi/tablet/cellulare. Tuttavia, nel fine settimana, questa percentuale scende drasticamente: solo 1 bambino su 5 (18%) ottempera a queste linee guida, mentre oltre l'80% trascorre più di 2 ore davanti agli schermi.

Un fattore che può influire su questa tendenza è la disponibilità di un televisore in camera propria, presente in più di un quarto dei bambini (27%). Questo comportamento è particolarmente marcato tra i maschi e tra i figli di madri con un livello di istruzione più basso. Questi dati sottolineano l'importanza di sensibilizzare le famiglie sui rischi associati a un uso eccessivo dei dispositivi elettronici, promuovendo al contempo abitudini più equilibrate.

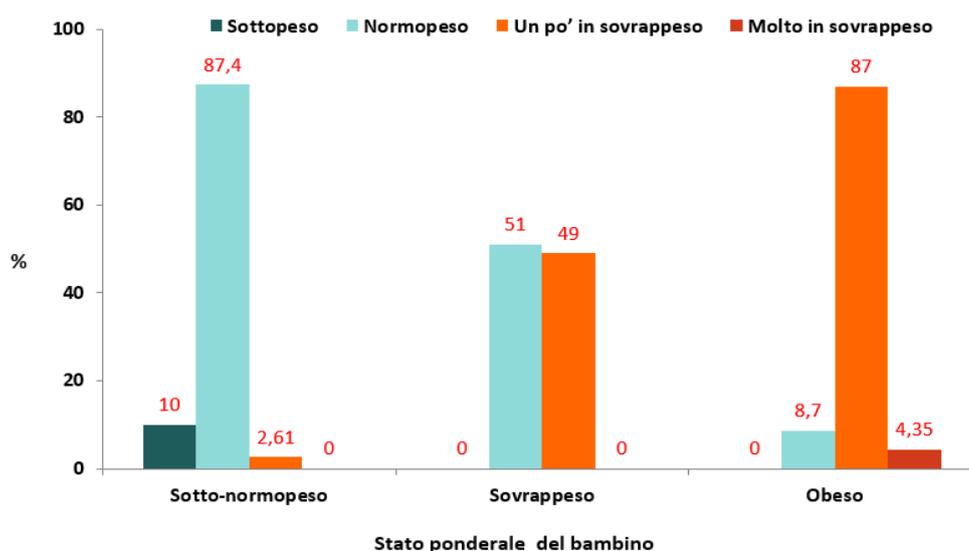
La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini

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 per stato ponderale del bambino (%; N=302)

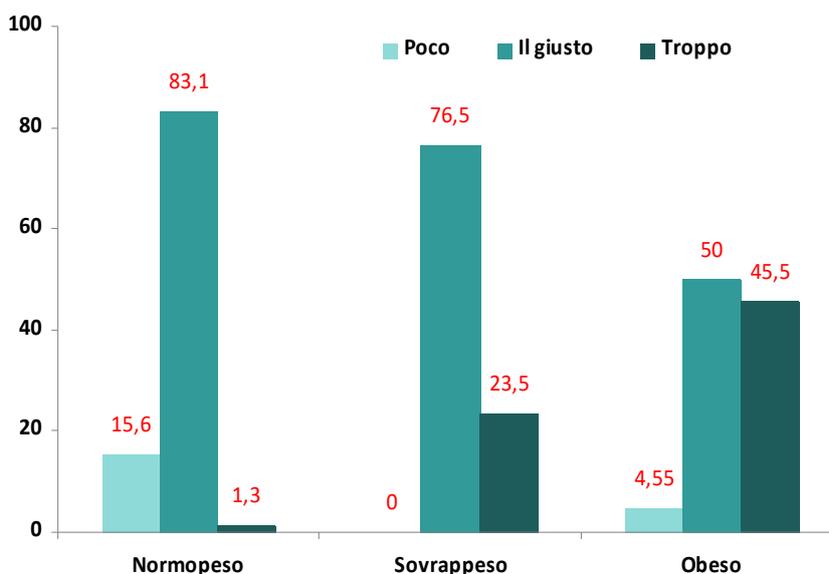


- Nella nostra ASL ben il 51% delle madri di bambini sovrappeso e l'8,7% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso o sottopeso.
- Nelle famiglie con bambini in sovrappeso, la percezione cambia in rapporto al sesso del bambino. Analoga situazione si presenta nelle famiglie di bambini obesi.
- Per i bambini in sovrappeso e per quelli obesi, la percezione è tanto più accurata quanto maggiore è la 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 (%; n=304)

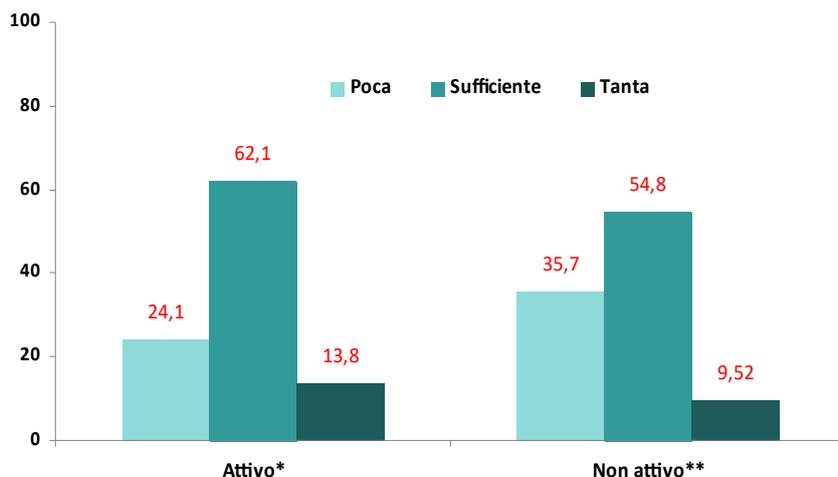


- Il 23,5% delle madri di bambini sovrappeso e il 45,5% di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo.
- Considerando i bambini in sovrappeso e obesi insieme, non è stata constatata nessuna differenza per sesso dei bambini o per livello scolastico della madre.

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 (%; N=303)



- All'interno del gruppo di bambini non attivi, il 54,8% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e il 9,52% 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

	Valori aziendali (%)							VALORE NAZIONALE 2023 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2023	
In modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è sovrappeso	61,2%	50,9%	64,3%	55,4%	55,6%	47,5%	49%	41%
In modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è obeso	97,4%	89,4%	100%	100%	76,9%	84,2%	91,3%	91%
L'assunzione di cibo del proprio figlio come "poco o giusto", quando questo è sovrappeso o obeso	66,7%	71,7%	63,3%	73%	68,3%	70,9%	69,9%	73%
L'attività fisica del proprio figlio come scarsa, quando questo risulta inattivo	43,3%	31,4%	36,4%	37,1%	38,1%	48,1%	35,7%	40%
N. presenti	608	389	419	362	387	286	351	

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

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, l'87% dei rispondenti ha dichiarato di non aver mai ricevuto alcuna informazione; nella nostra ASL tale valore è risultato pari a 81,8%.

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; 19% sì, al pronto soccorso; 7% sì, ad entrambi.

Nella nostra ASL le percentuali di risposta sono state rispettivamente: 10,2%, 18,4%, 5,56%.

Conclusioni

Nella nostra ASL è diffusa nelle madri la tendenza a sottostimare il peso dei figli, soprattutto nei casi di sovrappeso, con una maggiore difficoltà nel riconoscerlo per i maschi e tra le madri meno istruite. Le percezioni sul cibo e sull'attività fisica sono spesso imprecise, con molte madri che non riconoscono un consumo eccessivo o un'insufficiente attività nei figli. È necessaria una maggiore sensibilizzazione per migliorare la consapevolezza materna su peso, dieta e attività fisica, con interventi mirati a famiglie con figli sovrappeso, in particolare maschi, e madri con basso livello di istruzione.

La maggior parte delle famiglie non ha mai dovuto ricorrere a servizi medici per incidenti domestici, il che potrebbe indicare una buona consapevolezza dei rischi in casa o una bassa esposizione a situazioni pericolose. Tuttavia, il 34% delle famiglie che ha riferito incidenti conferma l'importanza di continuare a sensibilizzare sulle misure di prevenzione per ridurre ulteriormente il rischio di episodi domestici.

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.

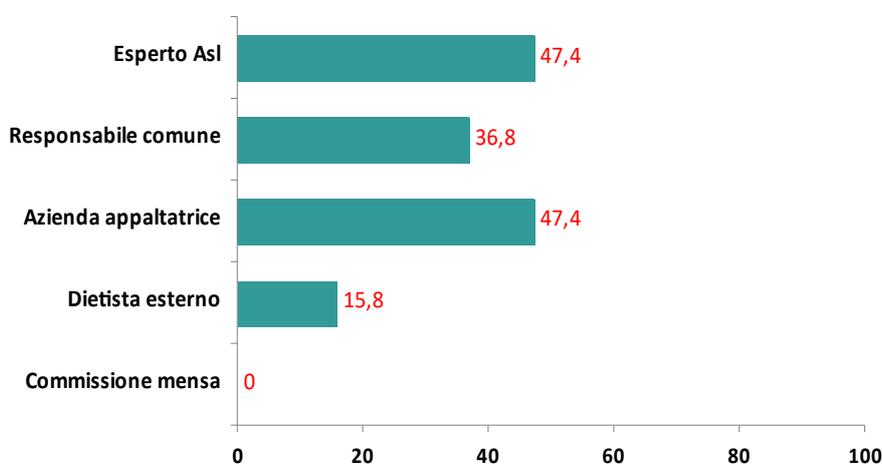
La scuola rappresenta, inoltre, l'ambiente ideale per creare occasioni di comunicazione con le famiglie con un loro maggior coinvolgimento nelle iniziative di promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica dei bambini.

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 100% delle scuole campionate ha una mensa scolastica funzionante. Nelle scuole dotate di una mensa, il 52,6% di esse sono aperte almeno 5 giorni la settimana.

Predisposizione del menù scolastico (%; N=19)



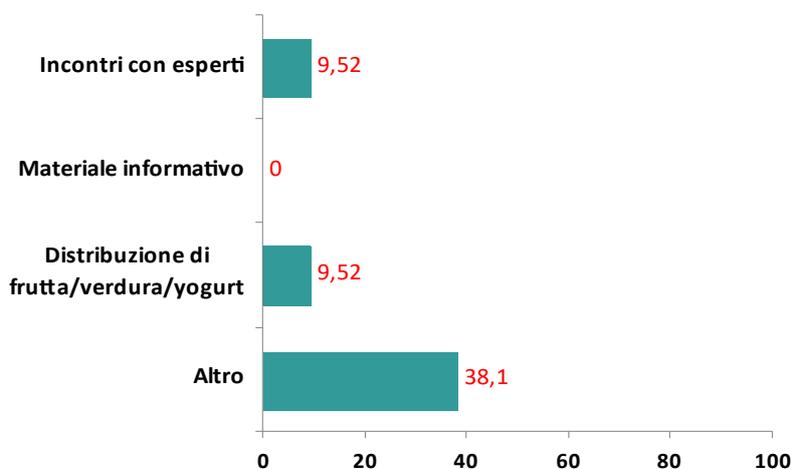
- La definizione del menù scolastico è più frequentemente stabilita da un esperto dell'ASL e da un'azienda appaltatrice, seguito dal responsabile comunale.
- Secondo il giudizio dei dirigenti scolastici il 100% delle mense risulta essere adeguato per i bisogni dei bambini.

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 36,8%.
- In tali **scuole**, la distribuzione si effettua totalmente a metà mattina (100%).
- Durante l'anno scolastico il 38,1% 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 (%; n=19)



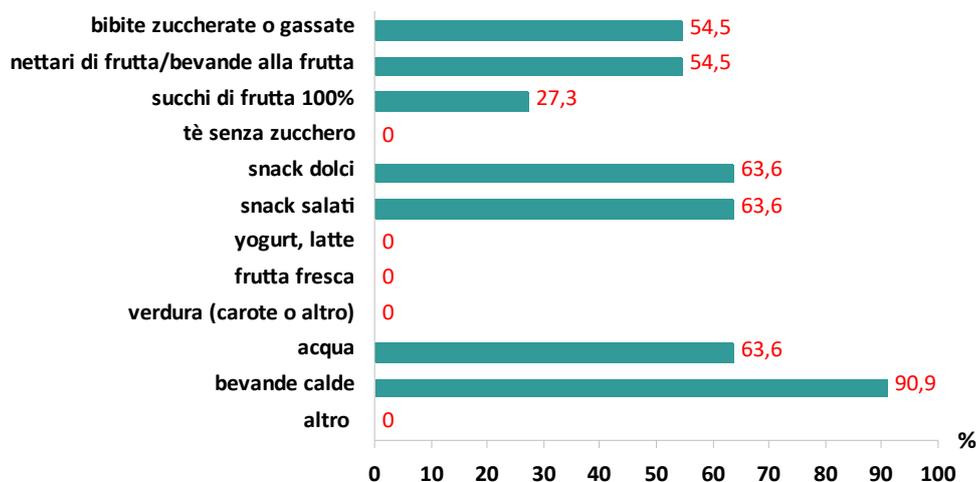
- In questo anno scolastico il 9,52% delle **classi** ha partecipato alla distribuzione di frutta, verdura o yogurt come spuntino.
- Lo 0% delle **classi** ha ricevuto materiale informativo.
- Il 9,52% delle **classi** ha organizzato incontri con esperti esterni alla scuola.

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 57,9% delle scuole e sono accessibili solamente agli adulti.
- All'interno del gruppo di scuole con distributori automatici, il 54,5% mette a disposizione succhi di frutta 100% frutta, nettari/bevande alla frutta, frutta fresca, yogurt o latte.

Alimenti presenti nei distributori automatici (%; N=11)



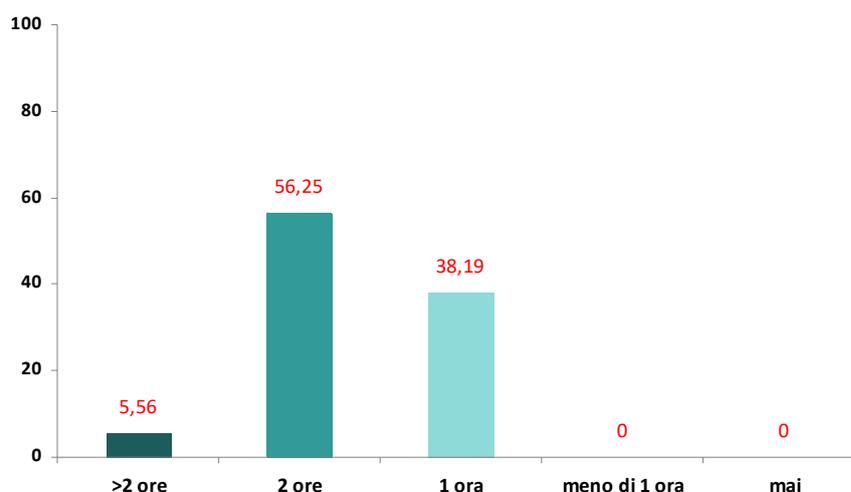
Nella nostra ASL gli alimenti maggiormente frequenti nei distributori automatici sono bevande calde, acqua e snack dolci e salati.

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 educazione fisica (%)



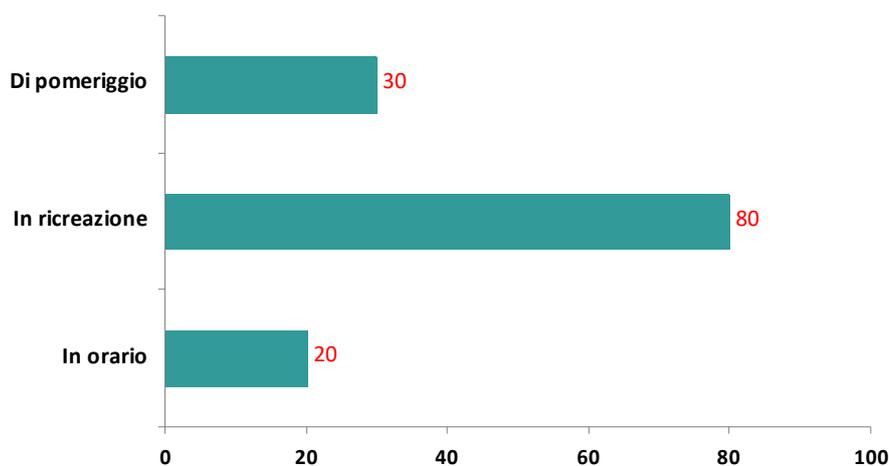
- Complessivamente, nel 61,81% delle classi delle nostre scuole si svolgono normalmente almeno 2 ore di educazione fisica a settimanalmente non ci sono classi in cui si fa meno di un'ora a settimana.

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 52,6%.

Momento dell'offerta di attività motoria extracurricolare (%; N=10 scuole)



- Laddove offerta, l'attività fisica viene svolta più frequentemente durante la ricreazione.
- Queste attività si svolgono più frequentemente in palestra (20%), nel giardino (80%), in piscina (20%), in altra struttura sportiva (20%).

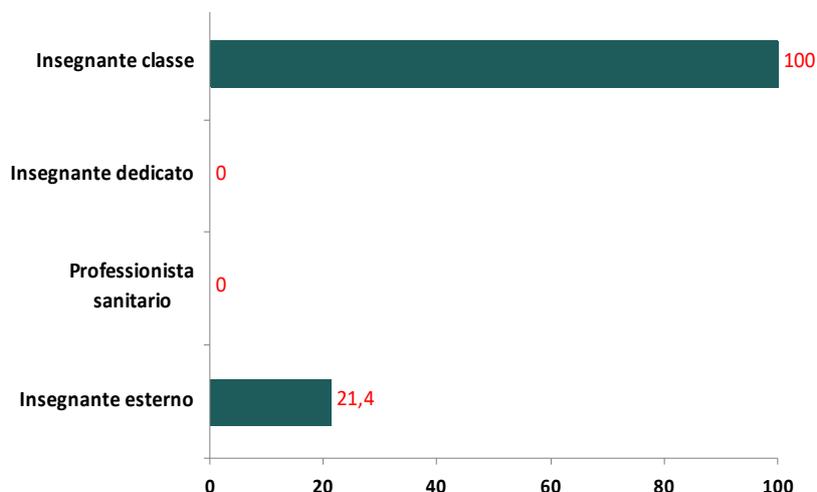
Il miglioramento delle attività curricolari a favore dell'alimentazione e dell'attività motoria dei bambini

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 73,7% delle scuole campionate nella nostra ASL.

Figure professionali coinvolte nell'attività curriculare nutrizionale (%)



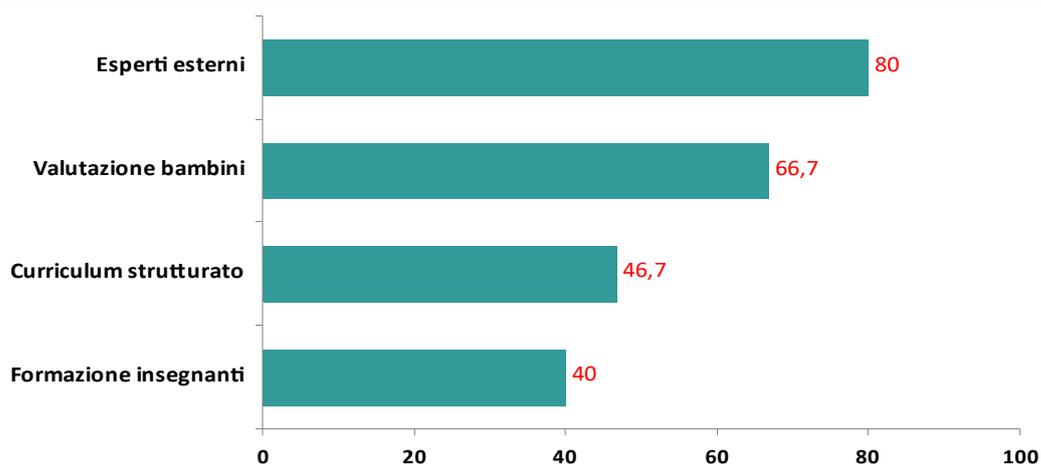
- In tali scuole, la figura più frequentemente coinvolta è l'insegnante di classe. Molto meno comune è il coinvolgimento di altri insegnanti o della ASL.

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, l'83,3% delle scuole ha cominciato a realizzare almeno un'attività.

Iniziative delle scuole a favore dell'attività fisica (%; N=15)



- In tali attività, viene frequentemente coinvolto un esperto esterno (80%); nel 66,7% dei casi è stata effettuata la valutazione delle abilità motorie dei bambini; nel 46,7% lo sviluppo di un curriculum strutturato e nel 40% 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 tale valore è pari a 5,56%.

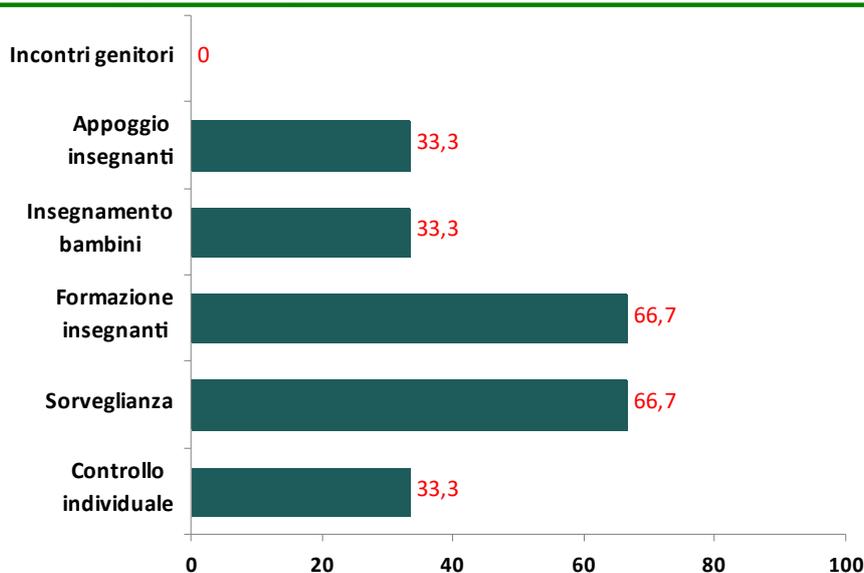
Le attività di promozione dell'alimentazione e dell'attività fisica dei bambini

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.

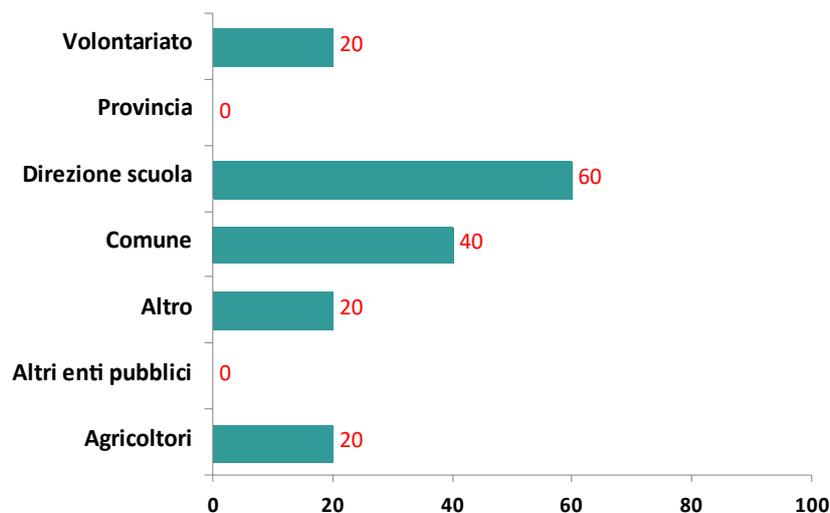
- I Servizi Sanitari della ASL costituiscono un partner privilegiato e sono coinvolti nella realizzazione di programmi di educazione alimentare nel 10,5% delle scuole e nella promozione dell'attività fisica nel 10,5% delle scuole.

Iniziative con le ASL (%; N=3 scuole)



- Tale collaborazione si realizza più frequentemente attraverso l'appoggio tecnico agli insegnanti o la realizzazione di sorveglianze.

Iniziative promozione alimentare (%; N=5 scuole)



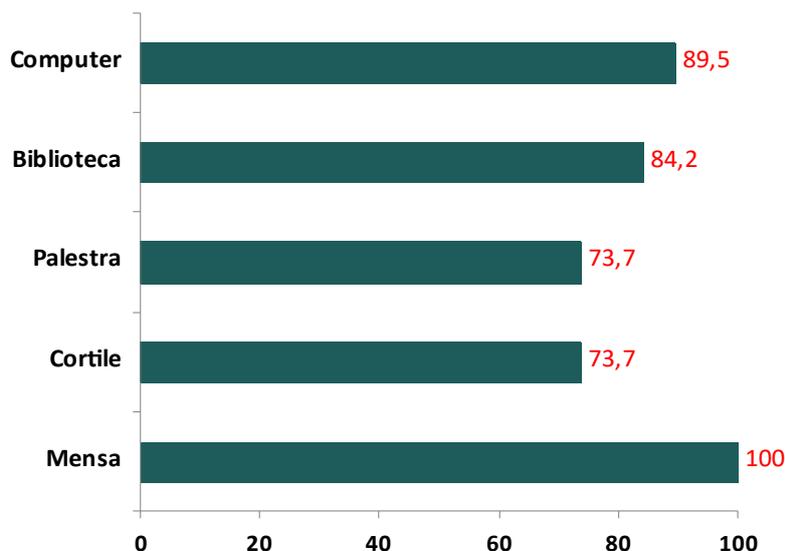
- Oltre l'ASL, gli enti e le associazioni che hanno prevalentemente organizzato iniziative di promozione alimentare nelle scuole sono la direzione scolastica/insegnanti, il Comune, le Associazioni di agricoltori/allevatori e i volontari.

Risorse a disposizione della scuola

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

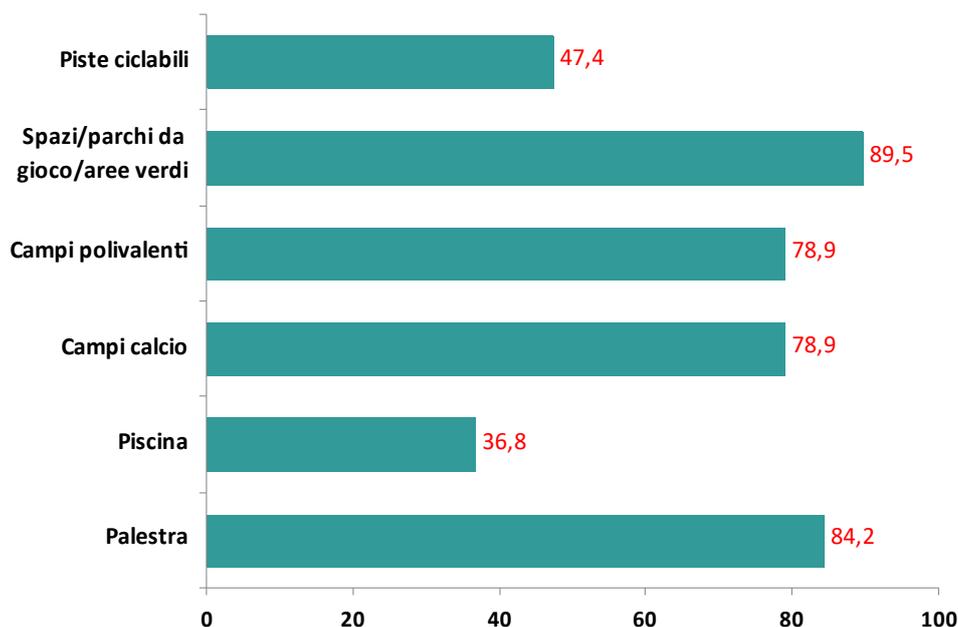
Per poter svolgere un ruolo nella promozione della salute dei bambini, la scuola necessita di risorse adeguate nel proprio plesso e nel territorio.

Risorse adeguate presenti nel plesso (%; n=19 scuole)



- Secondo i dirigenti scolastici, il 100% delle scuole possiede la mensa, il 73,7% una palestra adeguata e il 73,7% ha un cortile.

Risorse presenti nel plesso o nelle vicinanze (%; n=19 scuole)



- L'84,2% delle scuole ha la palestra nelle vicinanze o all'interno della propria struttura.
- Sono presenti nelle vicinanze dell'edificio scolastico spazi aperti/parchi da gioco/aree verdi (89,5%) campi polivalenti (78,9%) e campi da calcio (78,9%).
- Risultano meno presenti le piste ciclabili (47,4%) e le piscine (36,8%).

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'89,5% 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); per contro il 10,5% 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 entrambe nel 10,5% delle scuole campionate.

Per un confronto

Nella tabella di seguito sono riportati i confronti con i dati della ASL dal 2008/9 al 2023. Dato il numero esiguo delle scuole campionate, soprattutto a livello aziendale, e di conseguenza intervalli di confidenza generalmente più ampi, è necessaria la massima cautela nell'interpretare e commentare i confronti.

	Valori aziendali (%)						VALORE NAZIONALE 2023 (%)
	2008	2012	2014	2016	2019	2023	
Presenza mensa	91%	100%	100%	100%	100%	100%	76%
Distribuzione alimenti sani	14%	50%	62%	35%	19%	36,8%	48%
Educazione nutrizionale e curriculare	75%	60%	60%	80%	73%	73,7%	84%
Iniziative sane abitudini alimentari	47%	61%	60%	25%	63%	38,1%	63%
Coinvolgimento genitori iniziative alimentari	26%	30%	24%	15%	27%	10,5%	27%
Attività motoria extracurricolare	69%	45%	62%	90%	41%	52,6%	53%
Rafforzamento attività motoria	91%	100%	95%	95%	82%	83,3%	94%
Coinvolgimento genitori iniziative di attività motoria	39%	35%	29%	20%	23%	10,5%	23%

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 analizzati rivelano che tutte le scuole incluse nell'indagine dispongono di una mensa scolastica, sebbene solo il 52,6% garantisca il servizio per almeno 5 giorni a settimana. La distribuzione di alimenti sani (frutta, latte, yogurt) è prevista solo in alcune scuole (36,8%), mentre i distributori automatici, spesso accessibili agli adulti (57,9%), contengono in larga parte prodotti non sani, come snack dolci e bevande zuccherate.

In termini di attività motoria, il 56,3% delle classi offre almeno due ore settimanali di educazione fisica, e circa metà delle scuole promuove attività motorie extracurricolari (52,6%), prevalentemente svolte all'aperto. Tuttavia, la partecipazione delle famiglie alle iniziative di promozione di stili di vita sani risulta molto limitata (10,5%).

Sul fronte dell'educazione alimentare, il 73,7% delle scuole prevede attività curricolari in tal senso, principalmente affidate agli insegnanti di classe. Tuttavia, le collaborazioni con enti esterni, come le ASL, sono scarsamente presenti, limitandosi al 15,8% dei casi.

Infine, le risorse disponibili mostrano adeguatezza per quanto riguarda spazi interni come le mense e le biblioteche, ma l'accesso a strutture sportive esterne, come piscine, rimane limitato. Questo quadro sottolinea la necessità di potenziare le risorse e le collaborazioni per migliorare l'offerta educativa e promuovere stili di vita più sani tra gli studenti.

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.

L'analisi dei dati evidenzia un quadro articolato sulla salute dei bambini, con particolare attenzione al sovrappeso, alle abitudini alimentari e al ruolo del contesto familiare e scolastico. La prevalenza di sovrappeso e obesità tra i bambini si attesta al 22,7%, con un'incidenza maggiore nei figli di genitori obesi, a conferma del forte legame tra ambiente familiare e abitudini alimentari. Parallelamente, solo la metà dei bambini fa una colazione adeguata e meno di un quarto consuma una merenda di metà mattina salutare. Anche il consumo di frutta e verdura, pur migliorando con il livello di istruzione dei genitori, rimane al di sotto delle raccomandazioni per una parte significativa della popolazione.

Dal punto di vista socioeconomico, le famiglie con maggiori difficoltà economiche mostrano un'incidenza più alta di abitudini alimentari non salutari, mentre l'educazione alimentare e il sostegno alle famiglie sembrano essere fattori chiave per ridurre queste disuguaglianze. I fattori perinatali, come il tipo di parto e la durata dell'allattamento al seno, influenzano anch'essi lo stato di salute dei bambini, con un rischio maggiore di sovrappeso nei nati pretermine o con taglio cesareo, e un effetto protettivo dell'allattamento prolungato.

La scuola emerge come un attore cruciale nella promozione della salute, ma il suo ruolo risulta ancora parzialmente limitato. Sebbene molte scuole offrano attività educative sull'alimentazione e attività motorie, resta ridotto il coinvolgimento delle famiglie e la collaborazione con enti esterni come le ASL. Inoltre, le risorse sportive interne ed esterne, così come la disponibilità di alimenti sani nei distributori automatici, sono spesso insufficienti.

I dati raccolti sottolineano la necessità di un approccio integrato per la prevenzione e la promozione della salute, che coinvolga scuola, famiglia e altri settori sociali. Questo approccio deve includere interventi su alimentazione, attività fisica e fattori di rischio legati all'età, al fine di promuovere stili di vita sani e sostenibili. Inoltre, l'adozione di politiche pubbliche mirate e l'attenzione alle disuguaglianze socioeconomiche sono fondamentali per migliorare il benessere complessivo dei bambini e delle loro famiglie.

La letteratura scientifica suggerisce chiaramente che gli interventi coronati da successo sono quelli con durata pluriennale che prevedono la partecipazione di famiglie, scuole, operatori della salute e comunità, che promuovono 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.

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 e del merito, l'Istituto Superiore di Sanità e le Regioni hanno infatti elaborato e distribuito in ogni Regione e ASL 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).

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, piuttosto sia sostenuta da una responsabilità collettiva.

Bibliografia essenziale

Politica e strategia di salute

- Ministero della Salute. Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie. 2021; disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5693_1_file.pdf
- Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. 2020; disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf
- 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
- World Health Organization. Report of the commission on ending childhood obesity. 2016; disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204176>.
- Breda J, Farrugia Sant'Angelo V, Duleva V, Galeone D, Heinen M, Kelleher CC et al. Mobilizing governments and society to combat obesity: reflections on how data from the WHO European childhood obesity surveillance initiative are helping to drive policy progress. *Obes Rev.* 2021;22(S6):e13217. doi: 10.1111/obr.13217.
- Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. La sfida dell'obesità nella Regione europea dell'OMS e le strategie di risposta. Compendio. World Health Organization, Ginevra, Svizzera; 2007. Traduzione italiana curata dal Ministero della Salute e dalla Società Italiana di Nutrizione Umana, stampata nel 2008; disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328775/9789289014076-ita.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.
- World Health Organization. Global nutrition targets 2025: childhood overweight policy brief (WHO/NMH/NHD/14.6). Geneva, Svizzera, 2014, disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.6>
- STOP, Science and Technology in childhood Obesity Policy. STOP Policy Briefs. 2020, disponibili all'indirizzo: <https://www.stopchildobesity.eu/policy-briefs/>
- World Health Organization. Assessing the existing evidence base on school food and nutrition policies: a scoping review. Geneva, Svizzera, 2021; disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025646>
- World Health Organization. Implementing school food and nutrition policies: a review of contextual factors. Geneva, Svizzera, 2021; disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240035072>
- World Health Organization. WHO acceleration plan to stop obesity. Geneva, Svizzera, 2023; disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075634>

Epidemiologia della situazione nutrizionale e progressione sovrappeso/ obesità

- WHO Regional Office for Europe. WHO European regional obesity report 2022. Copenhagen, Danimarca, 2022; disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353747>.
- WHO Regional Office for Europe. Report on the fifth round of data collection, 2018–2020: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Copenhagen, Danimarca, 2022; disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-6594-46360-67071>.
- 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, Nardone P, Starc G, Hejgaard T, BenediktJúlíusson P, Fismen A-S, Weghuber D, Music Milanovic S, García-Solano M, et al. Thinness, overweight, and obesity in 6- to 9-year-old children from 36 countries: The World Health Organization European Childhood Obesity Surveillance Initiative—COSI 2015–2017. *Obes. Rev.* 2021, 22 (Suppl. S6), e13214.
- Fismen A-S, Buoncristiano M, Williams J, Helleve A, Abdrakhmanova S, Bakacs M, Holden Bergh I, Boymatova K, Duleva V, Fijałkowska A, et al. Socioeconomic differences in food habits among 6- to 9-year-old children from 23 countries— WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI 2015/2017). *Obes. Rev.* 2021, 22 (Suppl. S6), e13211.
- Music Milanovic S, Buoncristiano M, Križan H, Rathmes G, Williams J, Hyska J, Duleva V, Zamrazilová H, Hejgaard T, Jørgensen M.B, et al. Socioeconomic disparities in physical activity, sedentary behavior and sleep patterns among 6- to 9-year-old children from 24 countries in the WHO European region, 2021. *Obes. Rev.* 2021, 22 (Suppl. S6), e13209.
- Buoncristiano M, Williams J, Simmonds P, Nurk E, Ahrens W, Nardone P, Rito A.I, Rutter H, Bergh I.H, Starc G, et al. Socioeconomic inequalities in overweight and obesity among 6- to 9-year-old children in 24 countries from the World Health Organization European region. *Obes. Rev.* 2021, 22 (Suppl. S6), e13213.
- Istituto Superiore di Sanità, EpiCentro-Epidemiology for Public Health. OKkio Alla SALUTE. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/en/okkioallasalute/>
- Nardone P, Spinelli A, Ciardullo S, Salvatore M.A, Andreozzi S, Galeone D (Eds.). *Obesità e Stili di Vita dei Bambini: OKkio Alla SALUTE 2019; Rapporti ISTISAN 22/27*; Istituto Superiore di Sanità: Roma, Italy, 2022; disponibile all'indirizzo: <https://www.iss.it/documents/20126/6682486/22-27+web.pdf/659d3d23-9236-e3ff-fbbf-0e06360e3e71?t=1670838825602>

- Nardone P, Spinelli A, Buoncristiano M, Andreozzi S, Bucciarelli M, Giustini M, Ciardullo S. On behalf of the EPaS-ISS Group. Changes in Food Consumption and Eating Behaviours of Children and Their Families Living in Italy during the COVID-19 Pandemic: The EPaS-ISS Study. *Nutrients* 2023, 15, 3326. <https://doi.org/10.3390/nu15153326>
- Spinelli A, Censi L, Mandolini D, Ciardullo S, Salvatore M.A, Mazzarella G, Nardone P. On behalf of the 2019 OKkio alla SALUTE Group. Inequalities in Childhood Nutrition, Physical Activity, Sedentary Behaviour and Obesity in Italy. *Nutrients* 2023, 15, 3893.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2024;403(10431):1027-1050.

IMC: curve di riferimento e studi progressi

- de Onis M, Lobstein T. Defining obesity risk status in the general childhood population: which cut-offs should we use?. *Int J PediatrObes*. 2010;5(6):458-46.
- de Onis M, Martínez-Costa C, Núñez F, Nguefack-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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Breda J, McColl K, Buoncristiano M, Williams J, Abdrakhmanova Z, Abdurrahmonova Z et al. Methodology and implementation of the WHO childhood obesity surveillance initiative (COSI). *Obes Rev*. 2021;22(S6):e13215.

