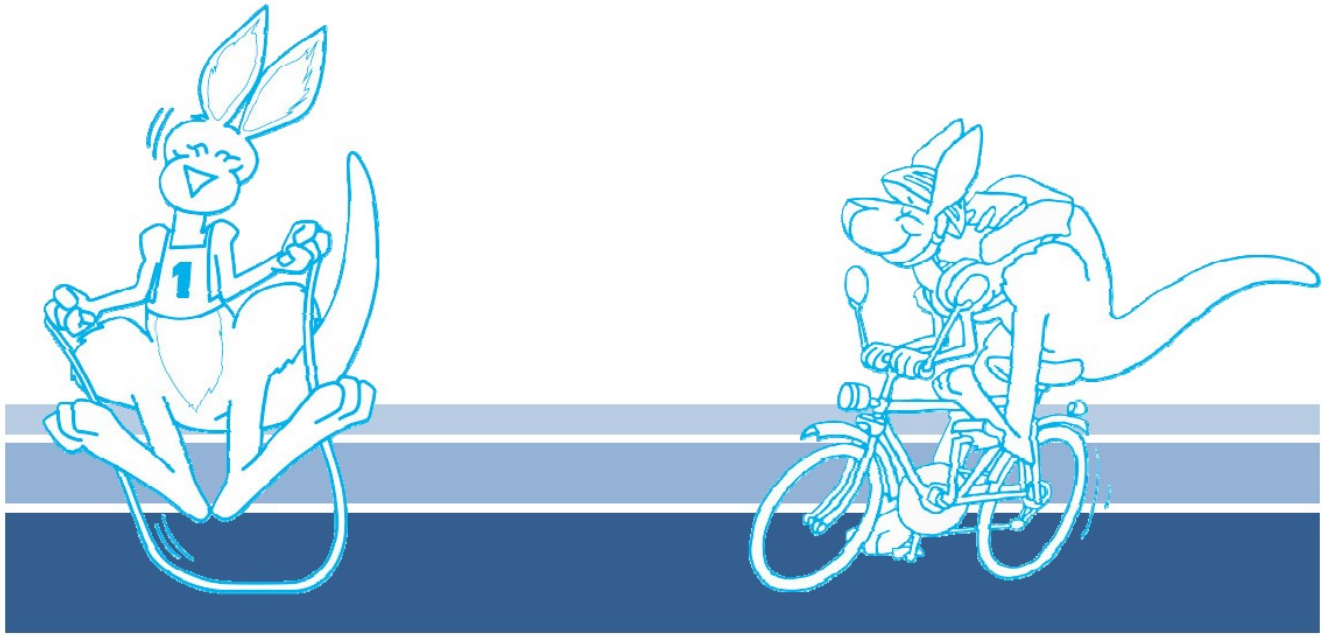




OKkio alla SALUTE

Risultati dell'indagine 2016

ASL TO3



OKkio alla SALUTE nel 2016 è stato realizzato grazie ai finanziamenti del Ministero della Salute/Centro per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (Progetto “OKkio alla SALUTE: Sistema di Sorveglianza nazionale sullo stato ponderale e i comportamenti a rischio nei bambini” e Progetto “Il sistema di sorveglianza nazionale OKkio alla SALUTE: dalla diffusione dei dati della V raccolta al sostegno per la comunicazione dei risultati a vari livelli”)

A cura di:

Teresa Denise Spagnoli, Debora Lo Bartolo.

Hanno contribuito alla realizzazione della raccolta dati 2016

- a livello nazionale:

Angela Spinelli, Paola Nardone, Marta Buoncristiano, Laura Lauria, Mauro Bucciarelli, Daniela Pierannunzio, Silvia Andreozzi, Marina Pediconi, Ferdinando Timperi, Enrica Pizzi (Gruppo di coordinamento nazionale - CNESPS, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute – Istituto Superiore di Sanità); Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano (Ministero della Salute); Alessandro Vienna (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca)

Marta Buoncristiano, Giulia Cairella, Marcello Caputo, Margherita Caroli, Chiara Cattaneo, Laura Censi, Barbara De Mei, Daniela Galeone, Mariano Giacchi, Giordano Giostra, Laura Lauria, Gianfranco Mazzarella, Maria Teresa Menzano, Paola Nardone, Federica Pascali, Giuseppe Perri, Anna Rita Silvestri, Angela Spinelli, Lorenzo Spizzichino, Alessandro Vienna (Comitato Tecnico OKkio alla SALUTE)

- a livello regionale:

Gianfranco Corgiat, Marcello Caputo (referente), Paolo Ferrari, Monica Bonifetto,. Maria Angela Donna / Daniela Pinna (referente alla salute USR), Stefano Suraniti (Dirigente USR)

- a livello provinciale:

Loredana Ferraresi / Marina Ferrando (referente alla salute dell'ufficio scolastico di Alessandria), Martina Gado (referente alla salute dell'ufficio scolastico provinciale di Asti), Marzia Quaglia /Monica Pisu (referente alla salute dell'ufficio scolastico provinciale di Biella), Marcello Strizzi (referente alla salute dell'ufficio scolastico provinciale di Cuneo), Gabriella Colla (referente alla salute dell'ufficio scolastico provinciale di Novara), Anna Maria Capra , Sara Cocco, (referente alla salute dell'ufficio scolastico provinciale di Torino), Laura Lazzari (referente alla salute dell'ufficio scolastico provinciale di Verbano-Cusio-Ossola), Angela Fossati (referente alla salute dell'ufficio scolastico provinciale di Vercelli),

- a livello aziendale (ASL TO3): referenti e operatori

Teresa Denise Spagnoli (referente), Debora Lo Bartolo, Mara Ragazzi.

Un ringraziamento particolare ai dirigenti scolastici e agli insegnanti che hanno partecipato intensamente alla realizzazione dell'iniziativa: il loro contributo è stato determinante per la buona riuscita della raccolta dei dati qui presentati (i nomi non vengono citati per proteggere la privacy dei loro alunni che hanno partecipato alla raccolta dei dati).

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, in vista dell'avvio di azioni di promozione della salute.

Si ringraziano infine il Direttore Incaricato della SC SIAN Fiorella Vietti per il sostegno all'iniziativa e per aver reso disponibili le risorse strumentali per la raccolta dei dati, la Dott.ssa Alda Cosola e i Referenti per l'Educazione e Promozione della salute dell'ASL TO 3 per l'ausilio nella diffusione dell'informativa alle scuole campionate nel proprio ambito territoriale.

Copia del volume può essere richiesta a:

Mara Ragazzi
Segreteria S.S. Sorveglianza e prevenzione nutrizionale
Via Martiri XXX Aprile n. 30, Collegno (TO)
Indirizzo e-mail: mragazzi@aslto3.piemonte.it

Il volume è disponibile anche all'indirizzo web:

<http://www.aslto3.piemonte.it/info/prevenzione/sorveglianza.shtml>

Sito internet di riferimento per lo studio:

www.epicentro.iss.it/okkioallasalute

INDICE

Prefazione	pag. 5
Introduzione	pag. 6
Metodologia	pag. 8
Descrizione della popolazione	pag. 10
Lo stato ponderale dei bambini	pag. 13
Le abitudini alimentari dei bambini	pag. 19
L'uso del tempo dei bambini: l'attività fisica	pag. 26
L'uso del tempo dei bambini: le attività sedentarie	pag. 32
La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini	pag. 34
L'ambiente scolastico e il suo ruolo nella promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica	pag. 39
Conclusioni generali	pag. 49
Materiali bibliografici	pag. 52

PREFAZIONE

Il progetto "OKKIO ALLA SALUTE", promosso dai Ministeri della Salute e dell'Istruzione, è nato dalla crescente preoccupazione per la notevole diffusione di patologie legate a comportamenti a rischio quali la sedentarietà e abitudini alimentari scorrette. Una tendenza che, lasciata a se stessa, riguarderà un numero sempre più alto di bambini e che solo grazie alle iniziative di prevenzione si riuscirà a contenere.

Scopo dell'iniziativa è quello di raccogliere informazioni su peso corporeo, statura, alimentazione ed attività fisica dei bambini delle scuole primarie e di valutarne le modifiche nel tempo. Ma non dobbiamo dimenticare un secondo obiettivo, non meno importante: quello di promuovere, a partire dai dati raccolti, iniziative di miglioramento di eventuali fattori di rischio.

Poiché il primo progetto con i ragazzi e le rispettive scuole era partito nel 2008, il secondo nel 2010, il terzo nel 2012, il quarto nel 2014 e il quinto nel 2016, a distanza di più di otto anni dalla prima indagine si sono potuti riscontrare interessanti risultati. Nel 2016 un bambino su 5 risulta ancora in eccesso ponderale e persistono stili di vita che non favoriscono l'attività motoria, ma rispetto ai dati delle precedenti raccolte, si è registrata una significativa riduzione della prevalenza di obesità e sovrappeso. Tale riduzione era già stata riscontrata nella rilevazione del 2014 e i dati del 2016 confermano una sostanziale stabilità del decremento. Nel 2016 si conferma inoltre il miglioramento nel consumo dello spuntino di metà mattina già evidenziato nel 2010, nel 2012 e nel 2014 come pure della percentuale di bambini che assumono cinque porzioni di frutta e/o verdura giornaliera e delle mamme con corretta percezione dell'obesità dei propri figli. Anche la % di bambini che assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno è migliorata rispetto alle raccolte precedenti, con un valore che risulta significativamente più favorevole rispetto al dato regionale e nazionale.

Sono piccoli segnali positivi, ma che collocano la nostra Azienda tra i territori più virtuosi in Italia e che si accompagnano alle tante iniziative intraprese da Servizi dell'ASL, dai pediatri di famiglia e dagli insegnanti (progetto "Obiettivo Spuntino") negli ultimi 8 anni per favorire il miglioramento degli stili di vita dei nostri ragazzi.

Un sentito grazie a tutti coloro che hanno contribuito al buon successo dell'iniziativa.

Dott Flavio Boraso
Direttore Generale ASL TO3

INTRODUZIONE

A livello internazionale è ormai riconosciuto che il sovrappeso e l'obesità sono un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie cronic-degenerative e una sfida prioritaria per la sanità pubblica.

In particolare, l'obesità e il sovrappeso in età infantile hanno delle implicazioni dirette sulla salute del bambino e rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo di gravi patologie in età adulta.

Per comprendere la dimensione del fenomeno nei bambini italiani e i comportamenti associati, a partire dal 2007, il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato lo sviluppo e l'implementazione nel tempo del sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE, coordinato dall'allora Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (attualmente Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute) dell'Istituto Superiore di Sanità e condotto in collaborazione con le Regioni e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. La sorveglianza è alla base delle strategie italiane in materia di prevenzione e promozione della salute quali il Programma Governativo "Guadagnare salute" e il Piano Nazionale della Prevenzione e, in ambito internazionale, aderisce alla "Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/monitoring-and-surveillance/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>).

OKkio alla SALUTE, che ha una periodicità di raccolta dati biennale, ha lo scopo di descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, degli stili alimentari, dell'abitudine all'esercizio fisico dei bambini della terza classe primaria e delle attività scolastiche favorevoli la sana nutrizione e l'attività fisica.

Ad oggi, a livello nazionale, sono state effettuate cinque raccolte dati (2008-9, 2010, 2012, 2014 e 2016) ognuna delle quali ha coinvolto oltre 40.000 bambini e genitori e 2000 scuole.

In particolare, nel 2016 hanno partecipato 2.604 classi, 45.902 bambini e 48.464 genitori, distribuiti in tutte le regioni italiane.

I bambini in sovrappeso sono il 21,3% [IC95% 20,8-21,8] e i bambini obesi sono il 9,3% [IC95% 8,9-9,6], compresi i bambini gravemente obesi che da soli sono il 2,1% [IC95% 1,9-2,3]. Si registrano prevalenze più alte nelle regioni del sud e del centro. Dopo una leggera e progressiva diminuzione del fenomeno osservata negli anni precedenti, nel 2016 si rileva una sostanziale stabilizzazione del fenomeno sebbene l'obesità continui a mostrare un trend in diminuzione. Persistono tra i bambini le abitudini alimentari scorrette; infatti, l'8% dei bambini salta la prima colazione e il 33% fa una colazione non adeguata (ossia sbilanciata in termini di carboidrati e proteine); il 53% fa una merenda di metà mattina abbondante. Tuttavia si sono osservati dei miglioramenti rispetto al passato: è diminuita la percentuale di genitori che dichiara che i propri figli non consumano quotidianamente frutta e/o verdura (20%) e quella relativa al consumo quotidiano di bevande zuccherate e/o gassate (36%). I valori dell'inattività fisica e dei comportamenti sedentari permangono elevati: il 34% dei bambini pratica attività sportiva strutturata per non più di un'ora a settimana e il 24% fa giochi di movimento per non più di un'ora a settimana. Il 18% non ha fatto attività fisica il giorno precedente l'indagine, il 44% ha la TV in camera, il 41% guarda la TV e/o gioca con i videogiochi/tablet/cellulare per più di 2 ore al giorno e solo un bambino su 4 si reca a scuola a piedi o in bicicletta. Dati simili a quelli osservati nelle precedenti rilevazioni confermano l'errata percezione dei genitori dello stato ponderale e dell'attività motoria dei propri figli: tra le madri di bambini in sovrappeso o obesi, il 37% ritiene che il proprio figlio sia sotto-normopeso.

Inoltre, grazie alla partecipazione dei dirigenti scolastici e degli insegnanti, è stato possibile raccogliere informazioni sulla struttura degli impianti, sui programmi didattici e sulle iniziative di promozione della sana nutrizione e dell'attività fisica degli alunni in 2.374 plessi di scuole primarie italiane. I principali risultati evidenziano che il 72% delle scuole possiede una mensa; il 51% prevede la distribuzione per la merenda di metà mattina di alimenti salutari (frutta, yogurt ecc.); il 54% delle classi svolge almeno due ore di attività motoria a settimana. Inoltre, poco più di 1 scuola su 3 ha coinvolto i genitori in iniziative favorevoli una sana alimentazione e in quelle riguardanti l'attività motoria.

I questionari di OKkio alla SALUTE sono uno strumento flessibile che ben si presta a rilevare altri importanti indicatori della salute dei bambini; in virtù di ciò, nella rilevazione 2016 sono state introdotte nuove domande in accordo con il Comitato Tecnico della sorveglianza.

Grazie al grande lavoro svolto dai professionisti della salute e della scuola, OKkio alla SALUTE ha permesso di disporre di dati aggiornati e confrontabili sulla prevalenza di sovrappeso e obesità in età infantile, sullo stile di vita dei bambini e sulle attività scolastiche di promozione della salute. Inoltre, nel tempo ha dimostrato di avere caratteristiche di semplicità, affidabilità e flessibilità ed è, quindi, un valido strumento per supportare gli operatori di sanità pubblica nell'identificare i comportamenti a rischio maggiormente diffusi e nel definire le modalità per prevenirli e contrastarli.

Nel report vengono presentati i risultati della raccolta dati effettuata nel 2016.

METODOLOGIA

L'approccio adottato è quello della sorveglianza di popolazione, basata su indagini epidemiologiche ripetute a cadenza regolare, su campioni rappresentativi della popolazione in studio.

La sorveglianza è orientata alla raccolta di poche informazioni basilari, mediante l'utilizzo di strumenti e procedure semplici, accettabili da operatori e cittadini e sostenibili dai sistemi di salute. In tal senso, la sorveglianza non è adatta ad un'analisi approfondita delle cause del sovrappeso e dell'obesità (che possono essere oggetto di specifici studi epidemiologici), e non permette lo *screening* e l'avvio al trattamento dei bambini in condizioni di sovrappeso o obesità (cosa invece possibile con una attività di screening condotta sull'intera popolazione).

Popolazione in studio

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.

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.

In Italia la popolazione di tutte le classi primarie, cui si potranno ragionevolmente estendere molti dei risultati ottenuti, è di circa 3 milioni.

Modalità di campionamento

Il metodo di campionamento prescelto è quello "a grappolo". In questo modo possono essere estratte le classi ("grappoli" o "*cluster*") dalle liste di campionamento predisposte dagli Uffici Scolastici su base regionale o di ASL. Per ciascuna scuola la probabilità di veder estratte le proprie classi è proporzionale al numero degli alunni iscritti (metodo della *probability proportional to size*).

I vantaggi pratici di questo tipo di campionamento sono la possibilità di concentrare il lavoro delle equipe su un numero limitato di classi (il metodo classico "casuale semplice" richiederebbe di effettuare rilevazioni in quasi tutte le scuole di una ASL) e la possibilità di fare a meno di una lista nominativa degli alunni, in genere non disponibile (vengono arruolati nell'indagine tutti gli alunni appartenenti alle classi campionate).

La numerosità campionaria è stata individuata per ogni regione, ASL o macroarea 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. Dopo la conclusione della prima raccolta dati e dello studio di approfondimento "ZOOM8" condotto dall'INRAN, che ha evidenziato la necessità di apportare alcune integrazioni ai testi, è stata elaborata una versione successiva dei questionari di OKkio alla SALUTE utilizzata nel 2010 e nel 2012. Nel 2014, in accordo con il Comitato Tecnico di OKkio alla SALUTE, sono state introdotte nei questionari quattro nuove domande, una per ogni questionario, riguardanti: l'igiene orale, le ore di sonno dei bambini nei giorni feriali, i bambini che indossano gli occhiali da vista, il rispetto del divieto di fumo negli spazi aperti della scuola. Nel 2016 è stata introdotta l'informazione sull'uso di sale iodato nelle mense, sul parto e i primi mesi di vita dei bambini, sulle abitudini relative alla salute in ambito familiare e sugli incidenti domestici.

I quattro questionari sono: uno da somministrare ai bambini in aula, uno per i genitori da compilare a casa e due destinati rispettivamente agli insegnanti e ai dirigenti scolastici.

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

Inoltre i bambini sono stati misurati (peso e statura) da operatori locali addestrati utilizzando bilancia Seca872™ e Seca874™ con precisione di 50 grammi e stadiometro Seca214™ e Seca217™ con precisione di 1 millimetro. 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, misura che ben si presta ai fini della sorveglianza per l'analisi dei trend temporali e della variabilità geografica e ampiamente utilizzata a livello internazionale. Per la definizione del sottopeso, normopeso, sovrappeso, obeso e severamente obeso si è scelto di utilizzare i valori soglia per l'IMC desunti da Cole et al., come consigliato dalla International Obesity Task Force (IOTF). In particolare, nell'analisi dei dati sono stati considerati come 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 severamente 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 (videogiochi e televisione) e gli alimenti consumati. Inoltre, è stata indagata nei genitori la percezione dello stato nutrizionale e del livello di attività motoria dei propri figli.

Alcuni dati sulle caratteristiche dell'ambiente scolastico, in grado di influire favorevolmente sulla salute dei bambini, sono stati raccolti attraverso i due questionari destinati ai dirigenti scolastici e agli insegnanti.

Particolare attenzione è stata riservata alle attività di educazione motoria e sportiva curricolare, alla gestione delle mense, alla presenza di distributori automatici di alimenti, alla realizzazione di programmi di educazione alimentare. E' stato poi richiesto un giudizio ai dirigenti scolastici sull'ambiente urbano che circonda la scuola e la qualità dei servizi presenti e usufruibili dagli alunni.

La collaborazione intensa e positiva tra operatori sanitari e istituzioni scolastiche ha permesso un ampio coinvolgimento dei bambini e dei loro genitori contribuendo alla buona riuscita dell'iniziativa.

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

La raccolta dei dati è avvenuta in tutte le regioni tra marzo e giugno 2016.

L'inserimento dei dati è stato effettuato dagli stessi operatori sanitari che hanno realizzato la raccolta cartacea delle informazioni, mediante una piattaforma web sviluppata ad hoc da una ditta incaricata dall'Istituto Superiore di Sanità.

Analisi dei dati

Trattandosi di uno studio trasversale che si prefigge di misurare delle prevalenze puntuali, l'analisi dei dati è consistita principalmente nella misura di percentuali (prevalenze) delle più importanti variabili selezionate. Per alcune di queste, in particolare per quelle che saranno 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 alcuni gruppi a rischio, sono stati calcolati dei rapporti di prevalenza e realizzati dei test statistici (Test esatto di Fisher o del Chi quadrato). Nel presente rapporto, dove opportuno, viene indicato se le differenze osservate tra le 5 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 assunzioni e 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.

Le analisi sono state effettuate usando il software Stata vers. 11.0, seguendo un piano d'analisi predisposto nel protocollo dell'indagine.

DESCRIZIONE DELLA POPOLAZIONE

La raccolta dati ha richiesto la partecipazione attiva delle scuole, delle classi, dei bambini e dei loro genitori. Di seguito sono riportati i tassi di risposta e le descrizioni delle varie componenti della popolazione coinvolta.

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

Nel 2016 nella Asl TO 3 hanno partecipato all'indagine il 100% delle scuole ed il 100% delle classi sui 20 plessi scolastici e sulle 22 classi rispettivamente campionate.

Distribuzione delle classi
per tipologia di comune di appartenenza
Asl TO3- OKkio 2016 (N=22 classi)

Zona abitativa	N	%
• Le scuole e le classi partecipanti si trovano in comuni di area metropolitana e perimetropolitana.	≤ 10.000 abitanti	0
	Da 10.000 a più di 50.000 abitanti	0
• Per la classificazione della tipologia dei comuni si è seguito il sistema adottato dall'Istat.	Comuni di area metropolitana (centro e periferia) e perimetropolitana	22
		100

Partecipazione dei bambini e delle famiglie allo studio

La misura della "risposta" delle famiglie, ovvero la percentuale di bambini/famiglie che ha partecipato all'indagine, è un importante indicatore di processo. Una percentuale molto alta, oltre a garantire la rappresentatività del campione, dimostra l'efficacia delle fasi preparatorie dell'indagine. Una risposta bassa a causa non solo di un alto numero di rifiuti ma anche di assenti, maggiore di quanto ci si attenderebbe in una normale giornata di scuola (5-10%), potrebbe far sospettare una scelta delle famiglie dettata per esempio dalla necessità di "proteggere" i bambini sovrappeso/obesi. 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.

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

- Solo il 2% dei genitori ha rifiutato la misurazione dei propri figli. Questo valore è risultato inferiore a quello nazionale (4%). Questo dato sottolinea una buona gestione della comunicazione tra ASL, scuola e genitori.
- Nella giornata della misurazione erano assenti 19 bambini pari al 4% del totale di quelli iscritti; generalmente la percentuale di assenti è del 5-10%. La bassa percentuale di assenti tra i consensi rassicura, al pari del favorevole dato sui rifiuti, sull'attiva e convinta partecipazione dei bambini e dei genitori.
- I bambini ai quali è stato possibile somministrare il questionario e di cui sono stati rilevati peso e altezza sono stati quindi 456 ovvero il 94% degli iscritti negli elenchi delle classi. L'alta percentuale di partecipazione assicura una rappresentatività del campione molto soddisfacente.
- Hanno risposto al questionario dei genitori la totalità delle famiglie dei 484 bambini iscritti (100%).

Bambini partecipanti: quali le loro caratteristiche?

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

		Età e sesso dei bambini	
		Asl TO3- OKkio 2016	
	Caratteristiche	N	%
• La proporzione di maschi e di femmine nel nostro campione è simile.	Età in anni		
	8	268	59
• 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.	9	184	40,5
	≥ 10	2	0,5
	Sesso		
	Maschi	235	51,8
	Femmine	219	48,2

Nella nostra Asl il 16,2% dei bambini indossa gli occhiali.

Genitori partecipanti: chi sono e cosa fanno?

La scolarità dei genitori, usata come indicatore socioeconomico della famiglia, è associata in molti studi allo stato di salute del bambino. Il questionario è stato compilato più spesso dalla madre del bambino (85,2%), meno frequentemente dal padre (14,4%) o da altra persona (0,4%). Di seguito vengono riportate le caratteristiche di entrambi i genitori dei bambini coinvolti; i capitoli successivi nella maggior parte dei casi presenteranno analisi che tengono conto del livello di istruzione solo della madre che di fatto è la persona che ha risposto più frequentemente al questionario rivolto ai genitori.

- La maggior parte delle madri ha un titolo di scuola superiore (49%) o laurea (22%).
- I padri che hanno un titolo di scuola superiore sono il 46% e la laurea il 16%.
- Il 10% delle madri e il 7% dei padri sono di nazionalità straniera.
- Il 49% delle madri lavora a tempo pieno.

Livello di istruzione, occupazione e nazionalità della madre e del padre
Asl TO3- OKkio 2016

Caratteristiche	Madre		Padre	
	N.	%	N.	%
Grado di istruzione				
Nessuna, elementare, media	131	29	169	38
Diploma superiore	223	49	205	46
Laurea	101	22	74	16
Nazionalità				
Italiana	418	90	425	93
Straniera	44	10	31	7
Lavoro*				
Tempo pieno	195	49	-	-
Part time	114	29	-	-
Nessuno	86	22	-	-

Con il reddito a disposizione della famiglia, il 38% dei rispondenti dichiara di arrivare a fine mese con qualche difficoltà e il 9% dichiara di arrivarci con molte difficoltà.

LO STATO PONDERALE DEI BAMBINI

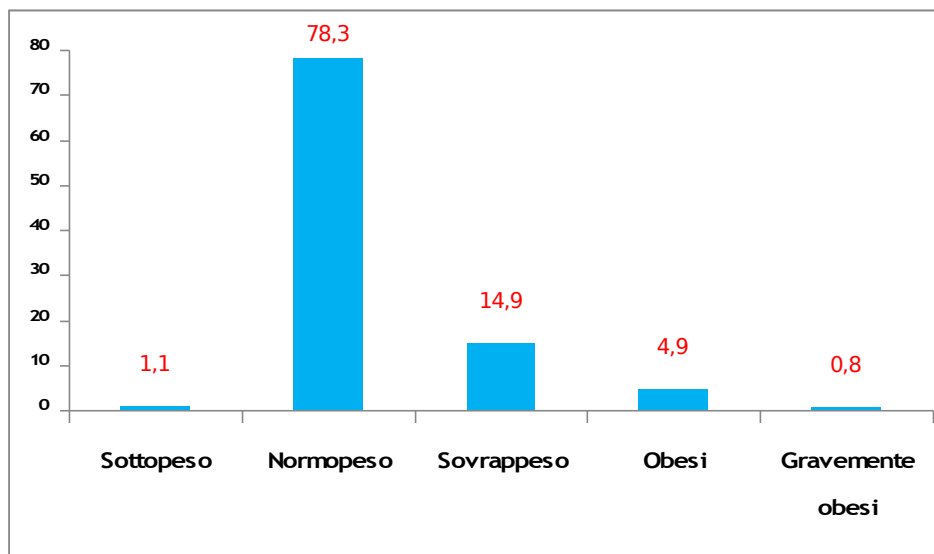
L'obesità ed il sovrappeso in età evolutiva tendono a persistere in età adulta e a favorire lo sviluppo di gravi patologie quali le malattie cardio-cerebro-vascolari, diabete tipo 2 ed alcuni tumori. Negli ultimi 30 anni la prevalenza dell'obesità nei bambini è drasticamente aumentata. Accurate analisi dei costi della patologia e delle sue onerose conseguenze, sia considerando il danno sulla salute che l'investimento di risorse, hanno indotto l'OMS e anche il nostro Paese a definire la prevenzione dell'obesità come un obiettivo prioritario di salute pubblica.

È utile sottolineare che la presente indagine, sia per motivi metodologici che etici, non è e non va considerata come un intervento di screening e, pertanto, i suoi risultati non vanno utilizzati per la diagnosi e l'assunzione di misure sanitarie nel singolo individuo.

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. Si ottiene dal rapporto tra il peso del soggetto espresso in chilogrammi diviso il quadrato della sua altezza espressa in metri. Per la determinazione di sottopeso, normopeso, sovrappeso, obeso e severamente obeso, sono stati utilizzati i valori soglia proposti da Cole et al. e raccomandati dall'IOTF. La misura periodica dell'IMC permette di monitorare nel tempo l'andamento del sovrappeso/obesità e dell'efficacia degli interventi di promozione della salute nonché di effettuare confronti tra popolazioni e aree diverse.

- Tra i bambini della nostra Asl lo 0,8% (IC95% 0,3%-2,8%) risulta in condizioni di obesità grave, il 4,9% risulta obeso (IC95% 3%-7,8%), il 14,9% sovrappeso (IC95% 11,7%-18,7%), il 78,3% normopeso (IC95% 73,7%-82,3%) e l' 1,1% sottopeso (IC95% 0,4%-2,8%).
- Complessivamente il 20,6% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso (14,9%) che obesità (5,7%).



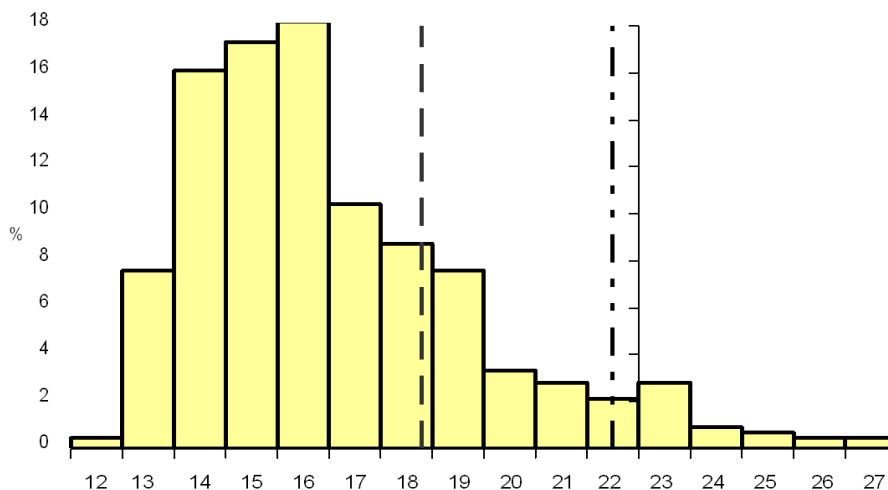
- Se riportiamo la prevalenza di sovrappeso e obesità riscontrata in questa indagine a tutto il gruppo di bambini di età 6-11 anni, il numero di bambini sovrappeso e obesi nella Asl sarebbe pari a 6700, di cui obesi 1854 [dato calcolato sulla base della popolazione (6-11 anni) presente nel territorio della ASL pari a 32.529 unità nel 2016 – fonte Pi-Sta Piemonte Statistica http://www.ruparpiemonte.it/infostat/filtri.jsp?idReport=MA_TAB_VA].

Qual è la distribuzione dell'IMC della popolazione dei bambini studiati rispetto a una popolazione di riferimento?

La mediana (valore centrale) della distribuzione dell'IMC della nostra Asl nel 2016 è pari a 16,5 ed è leggermente spostata verso destra, ossia presenta valori più alti, rispetto a quella della popolazione internazionale di riferimento della stessa età (15,8). L'intervallo interquartile, misura di dispersione, è risultato pari a 3,3.

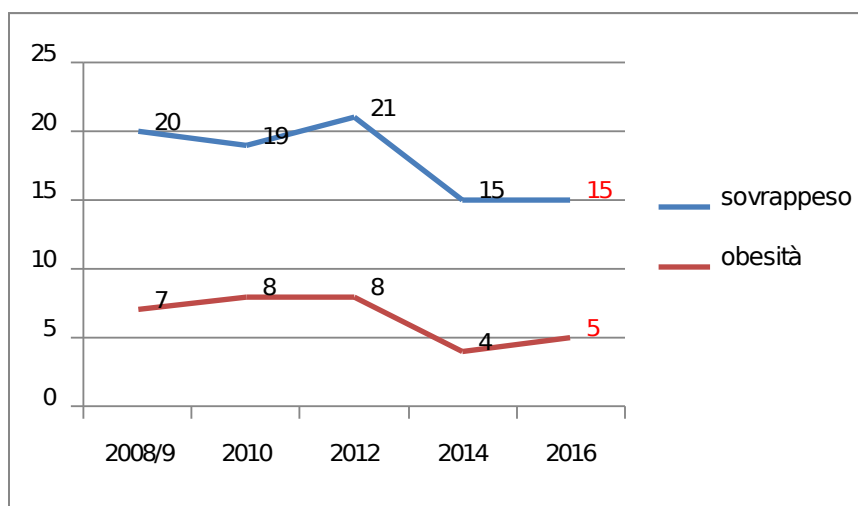
La figura di seguito riportata illustra l'andamento delle distribuzioni dell'indice di massa corporea nei bambini per il 2016.

Distribuzione dell'IMC dei nostri bambini



Indice di massa corporea (kg/m²) dei bambini –OKkio alla SALUTE, 2016

Come mostrato nella figura di seguito, rispetto alle precedenti rilevazioni nella nostra Asl si assiste ad una diminuzione progressiva della prevalenza di bambini in sovrappeso e obesi, con sostanziale stabilizzazione dal 2014 al 2016.



Trend sovrappeso e obesità, OKkio alla SALUTE

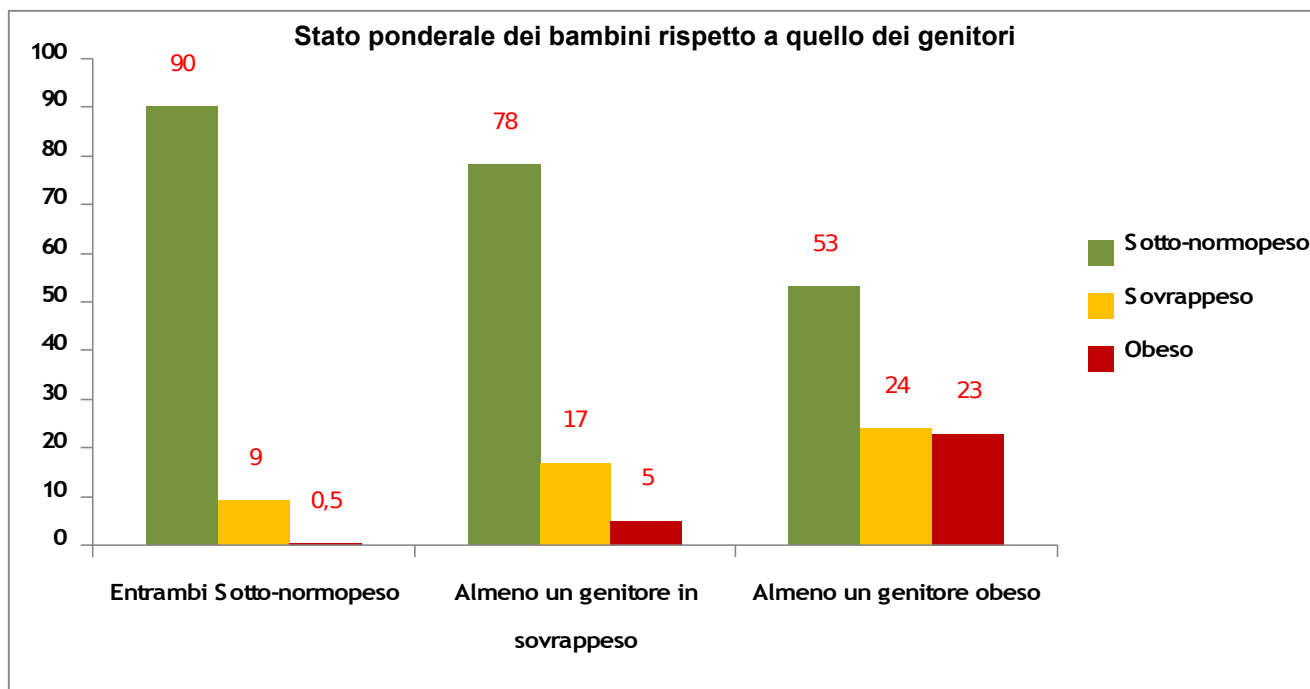
Qual è il rapporto tra IMC, caratteristiche del bambino e dei genitori?

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.

- Nella Asl TO3, le prevalenze di obesità e di sovrappeso sono simili tra maschi e femmine. Suddividendo la casistica per fasce di età le prevalenze di sovrappeso sono più alte tra i bambini di 9 anni che tra i bambini di 8; il contrario accade per le prevalenze di obesità, sia pur in misura non significativa.
- Non è stato possibile effettuare confronti tra aree geografiche. Il 100% delle classi campionate sono infatti risultate, secondo la classificazione Istat, appartenenti all'area metropolitana/perimetropolitana.
- Il rischio di obesità sembra diminuire con il crescere della scolarità della madre, da 7% per titolo di scuola elementare o media e 6% per diploma di scuola superiore, a 1% per la laurea. Anche in questo caso le differenze non sono tuttavia statisticamente significative.

Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni per caratteristiche demografiche del bambino e della madre (%)
Asl TO3 - OKkio 2016

Caratteristiche	Normo/ sottopeso	Sovrappeso	Obeso
Età*			
8 anni	79	13,9	7,12
9 anni	79,9	16,3	3,8
Sesso			
maschi	79	14,2	6,87
femmine	79,8	15,6	4,59
Zona abitativa			
<10.000 abitanti	0	0	0
10.000-50.000	0	0	0
metropolitana / perimetropolitana	79,4	14,9	5,7
Istruzione della madre			
Nessuna, elementare, media	72,2	20,3	7,32
Superiore	80,7	12,7	6,6
Laurea	86,6	12,4	1,03



È stato confrontato l'IMC del bambino rispetto a quello dei genitori ed è stato valutato, in particolare, l'eccesso di peso del bambino quando almeno uno dei genitori risulta essere sovrappeso o obeso.

- Dai dati autoriferiti dai genitori emerge che, nella nostra Asl, il 16% delle madri è in sovrappeso e il 5% sono obese; i padri, invece, sono nel 42% sovrappeso e 9% obesi.
- Quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso il 17% dei bambini risulta in sovrappeso e il 5% obeso. Quando almeno un genitore è obeso il 24% dei bambini è in sovrappeso e il 23% obeso.

Nei giorni di scuola quante ore dormono i nostri bambini?

In alcuni studi, le ore di sonno del bambino sembrano essere associate al suo stato ponderale. Diverse fonti e istituzioni internazionali raccomandano che i bambini in età scolare dormano almeno 9-10 ore al giorno. In virtù di ciò, nel questionario rivolto al genitore, viene posta la domanda volta a 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.

- Nella nostra Asl i bambini dormono in media 9 ore e 29 minuti.

Ore di sonno dei bambini Asl TO3 - OKkio 2016	
Ore e minuti	%
< 9 ore	12,3
9 ore– 9 ore e 29	28,3
9 ore e 30 minuti – 9 ore e 59	33,7
>= 10 ore	25,7

Il 12,3% dei bambini dorme meno di 9 ore. A livello nazionale questo dato è stato pari al 13%. Diverse fonti e istituzioni internazionali raccomandano che i bambini in età scolare dormano almeno 9-10 ore al giorno. Nella nostra Asl la percentuale di bambini sovrappeso-obesi sembrerebbe aumentare al diminuire delle ore di sonno (15% per chi dorme da 10 ore in su vs 23% per chi dorme meno di 9 ore), ma il dato non è statisticamente significativo.

Quali sono le caratteristiche del parto e nei primi mesi di vita?

Tra i fattori che vengono indicati in letteratura come potenzialmente associati al futuro stato ponderale del bambino ve ne sono alcuni che riguardano il parto e i primi mesi di vita. Per tale motivo nel 2016, nel questionario rivolto ai genitori, sono state introdotte 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 nei primi mesi di vita. Nella tabella seguente sono riportati i risultati della nostra Asl per le caratteristiche sopra indicate in confronto a quelli rilevati a livello nazionale.

Asl TO3 - OKkio 2016

Caratteristiche alla nascita	Modalità	Valore aziendale 2016	Valore nazionale 2016
Tipo di parto	Taglio cesareo	36,3%	40,1%
Settimana gestazionale	≤37	17,2%	14,5%
Peso alla nascita (in grammi)	< 2500 gr	7,5%	7,6%
	2500-3300 gr	50,8%	48,1%
	3300-4000 gr	36,7%	37,4%
	≥4000 gr	5%	6,9%
Allattamento al seno	Mai/<1 mese	21,4%	24,1%
	1-6 mesi	35,3%	33,8%
	>6 mesi	43,3%	42,2%

Nella tabella seguente si riporta lo stato ponderale dei bambini per tipo di parto, per nascita a termine e per durata dell'allattamento al seno.

Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni per tipo di parto, per nascita a termine e per durata dell'allattamento al seno(%) Asl TO3 - OKkio 2016

Caratteristiche		Normo/ sottopeso	Sovrappeso	Obeso
Tipo di parto	Spontaneo	82,7	12,6	4,68
	Taglio cesareo	74,7	18,4	6,96
Nato a termine*	No	75	11,8	13,2
	Si	80,4	15,4	4,13
Allattamento al seno	Mai/<1 mese	76,1	16,3	7,61
	1-6 mesi	84,3	9,8	5,88
	>6 mesi	77,5	17,6	4,81

* Differenza statisticamente significativa $p < 0,05$

Sia il tipo di parto che l'allattamento al seno appaiono associati con lo stato ponderale del bambino, ma in misura non significativa.

Inoltre, tra i bambini con peso alla nascita inferiore ai 2500 gr il 12,5% è risultato sovrappeso e il 9% obeso, mentre tra i bambini con peso alla nascita ≥ 4000 gr, i valori sono risultati rispettivamente 18% e 0%. Tra i bambini nati pretermine (settimana gestazionale ≤ 37), le percentuali di sovrappeso e obesi sono significativamente maggiori rispetto ai bambini nati dopo questo periodo ($p < 0,05$ – vedi tabella).

Per un confronto

	Valore aziendale 2008	Valore aziendale 2010	Valore aziendale 2012	Valore aziendale 2014	Valore aziendale 2016	Valore regionale 2016	Valore nazionale 2016
Prevalenza di bambini sotto-normopeso	73%	73%	71%	81%	79,4%	75,6%	69,2%
§Prevalenza di bambini sovrappeso e obesi **	27%	27%	29%	19%	20,6 %**	24,4%	30,6%
Prevalenza di bambini sovrappeso	20%	19%	21%	15,1%	14,9%	18,4%	21,3%
§ Prevalenza di bambini obesi	7%	8%	8%	3,9%	5,7%	6%	9,3%
Mediana di IMC	16,9	16,7	17,1	16,6	16,5	16,7	17,1

§ Variabili per le quali è stato effettuato un confronto dall'ISS (Istituto Superiore di Sanità) tra le rilevazioni svolte a livello aziendale. La variazione statisticamente significativa ($p < 0,05$) è indicata con **

Conclusioni

Rispetto al 2008, al 2010 e al 2012, in questa quinta rilevazione emerge una significativa riduzione della prevalenza di obesità e sovrappeso nella popolazione infantile. Tale riduzione era già stata riscontrata nella rilevazione del 2014 e i dati del 2016 confermano una sostanziale stabilità del decremento.

Anche rispetto al valore regionale/nazionale, i bambini della Asl TO3 mostrano un IMC inferiore (mediana IMC 16,5 vs 16,7/17,1).

Tuttavia un bambino su 5 risulta ancora in eccesso ponderale; tale dato evidenzia pertanto una dimensione grave del fenomeno se confrontato con i valori di riferimento internazionali.

I risultati del presente rapporto non attenuano pertanto la reale e giustificata preoccupazione sul futuro stato di salute della nostra popolazione. Un'ampia letteratura scientifica conferma inconfutabilmente il rischio che il sovrappeso, e in misura sensibilmente maggiore l'obesità, già presenti in età pediatrica ed adolescenziale persistano in età adulta.

Per cogliere segni di cambiamento nell'andamento del fenomeno e per misurare gli effetti legati agli interventi di popolazione che verranno realizzati negli anni a venire è necessario mantenere una sorveglianza continua del fenomeno nella nostra popolazione infantile. OKkio alla SALUTE rappresenta una risposta a questa esigenza.

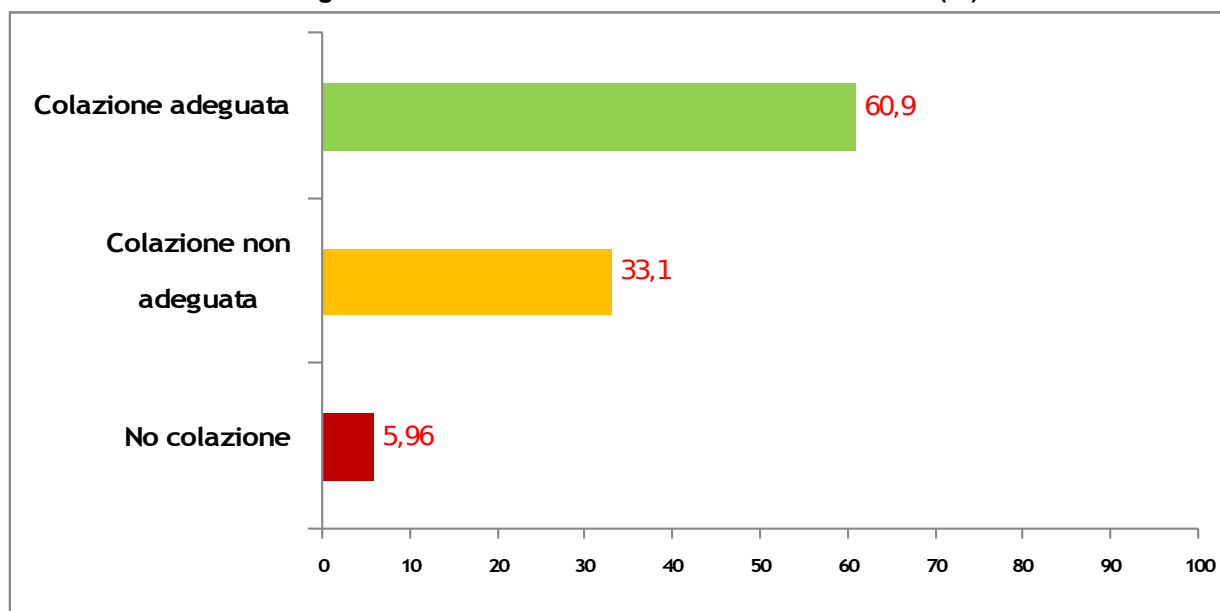
LE ABITUDINI ALIMENTARI DEI BAMBINI

Una dieta ad alto tenore di grassi e ad elevato contenuto calorico è associata ad aumento del peso corporeo che nel bambino tende a conservarsi fino all'età adulta. Una dieta qualitativamente equilibrata, in termini di bilancio fra grassi, proteine e glicidi, e la sua giusta distribuzione nell'arco della giornata, contribuisce a produrre e/o a mantenere un corretto stato nutrizionale.

I nostri bambini fanno una prima colazione adeguata?

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

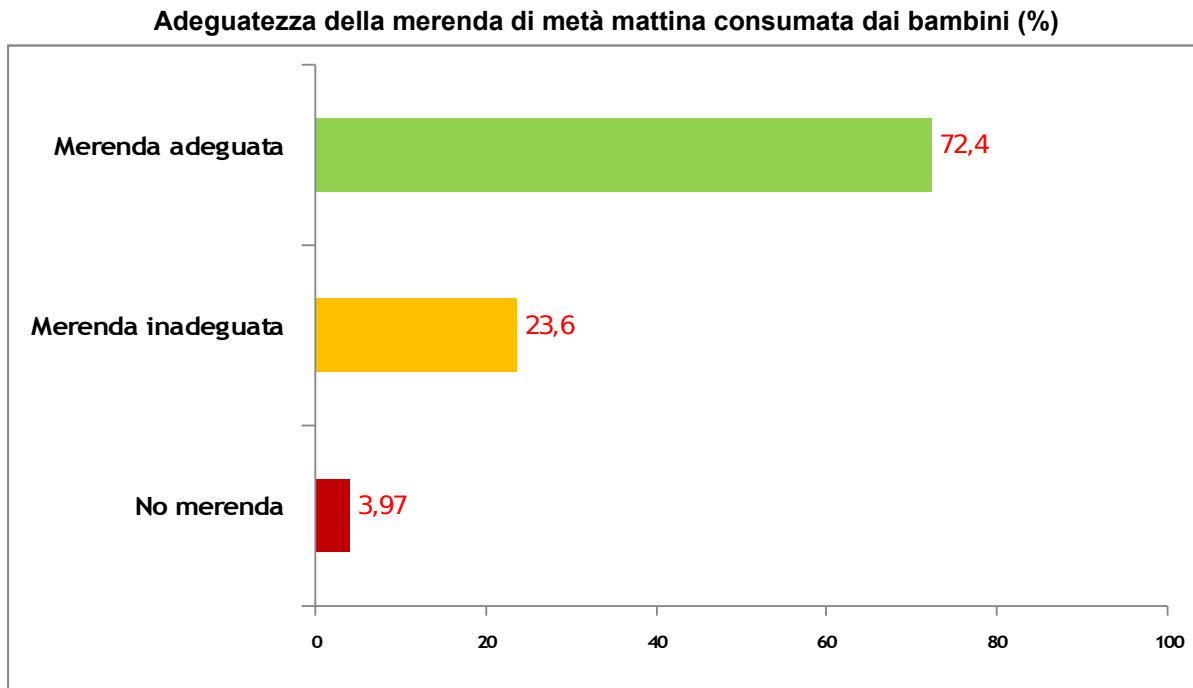
Adeguatezza della colazione consumata dai bambini (%)



- Nella nostra Asl il 60,9% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata.
- Il 5,96% non fa colazione (non ci sono differenze significative tra maschi e femmine) e il 33,1% non la fa qualitativamente adeguata.
- La prevalenza del non fare colazione sembra essere più alta nei bambini di madri con titolo di studio più basso (elementare o media); tuttavia tale differenza non è statisticamente significativa.

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

Oggi giorno viene raccomandato che, se è stata assunta una colazione adeguata, 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. Alcune scuole prevedono la distribuzione della merenda agli alunni; in tal caso, nell'analisi dei dati, la merenda è stata classificata come adeguata.



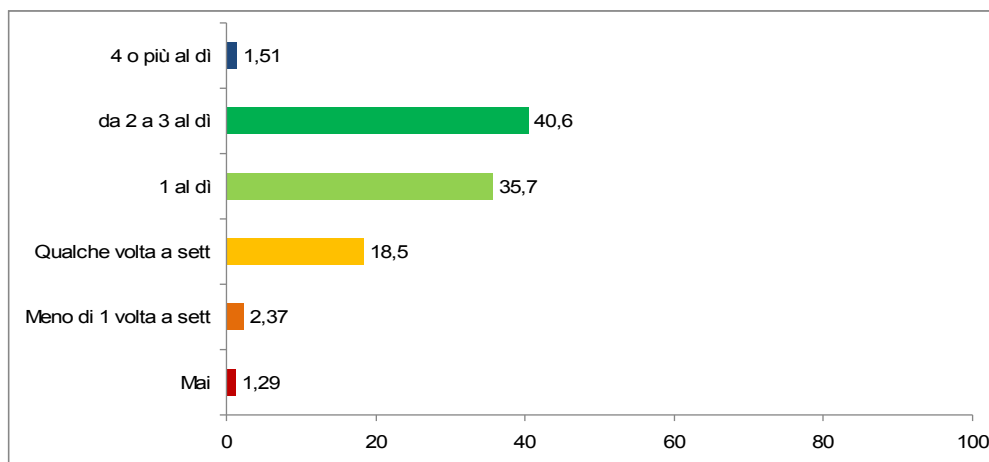
- Nel 72,7% delle classi è stata distribuita una merenda di metà mattina.
- Una buona parte di bambini (72,4%) consuma una merenda adeguata di metà mattina
- Il 23,6% dei bambini la fa inadeguata e il 3,97% non la fa per niente.
- La prevalenza del fare una merenda di metà mattina adeguata è più alta nelle femmine rispetto ai maschi e nei bambini di madri con titolo di studio di scuola superiore rispetto alle mamme con titolo di scuola elementare o media*.

* Differenze statisticamente significative ($p < 0,05$)

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

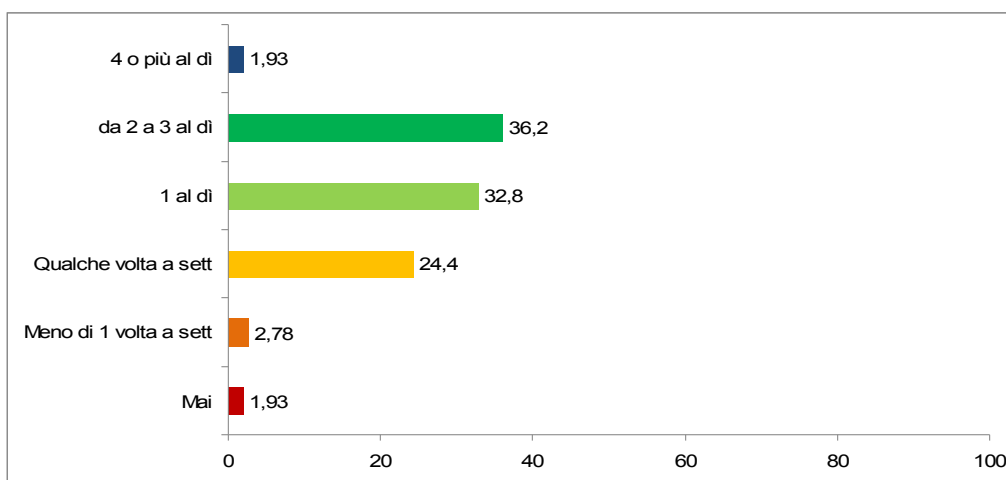
Le linee guida sulla sana alimentazione prevedono l'assunzione di almeno cinque porzioni al giorno di frutta o verdura. Il consumo di frutta e verdura nell'arco della giornata garantisce un adeguato apporto di fibre e sali minerali e consente di limitare la quantità di calorie introdotte. A differenza della prima raccolta dati (2008-09), dal 2010 ad oggi il consumo di frutta e verdura è stato richiesto con due domande distinte, una per la frutta e una per la verdura.

Consumo di frutta nell'arco della settimana (%)



- Nella nostra Asl, i genitori riferiscono che il 40,6% dei bambini consuma la **frutta** 2-3 volte al giorno; il 35,7% una sola porzione al giorno.
- Il 22,2% dei bambini mangia frutta meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana.
- Non sono emerse differenze significative per sesso del bambino; la percentuale dei bambini che consumano frutta almeno una volta al giorno è invece più alta tra i figli delle donne con titolo di studio più elevato (*differenza statisticamente significativa - $p < 0,01$*).

Consumo di verdura nell'arco della settimana (%)

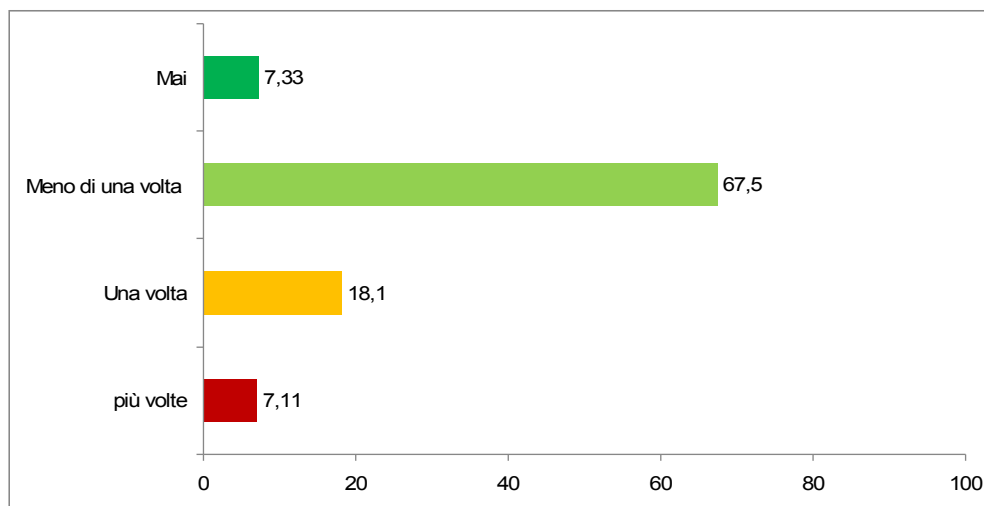


- Nella nostra Asl, i genitori riferiscono che il 36,2% dei bambini consuma **verdura** 2-3 volte al giorno; il 32,8% una sola porzione al giorno.
- Il 29,1% dei bambini consuma verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana.
- La percentuale di bambini che consumano verdura almeno una volta al giorno è più alta tra le femmine (*differenza statisticamente significativa - $p < 0,05$*) e nei figli di madri con titolo di studio più alto (*differenza statisticamente significativa - $p < 0,01$*).

Quante bibite zuccherate e gassate al giorno consumano i nostri bambini?

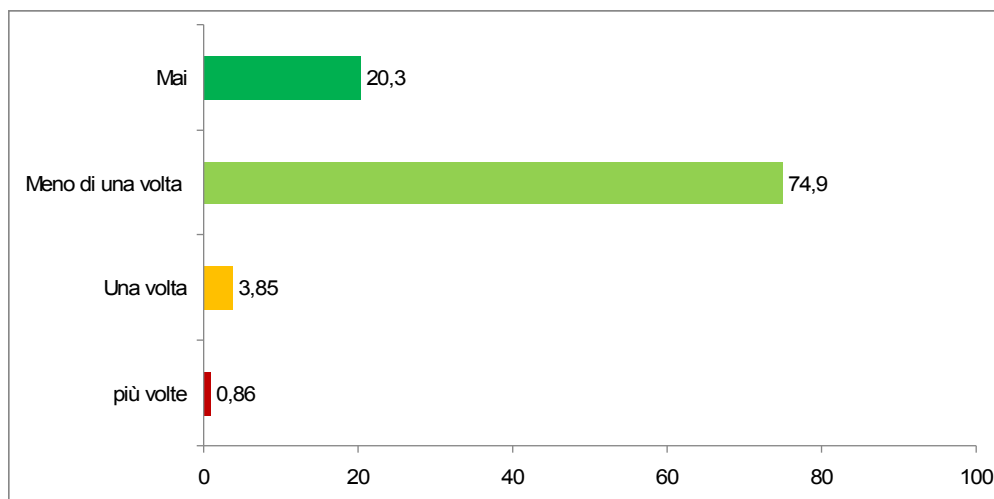
Mediamente in una lattina di bevanda zuccherata (33 cc) è contenuta una quantità di zuccheri aggiunti pari a 30-35 grammi, fra 6 e 7 cucchiaini, con l'apporto calorico che ne consegue. A differenza della prima raccolta dati (2008-09), il consumo di bevande zuccherate e bevande gassate dal 2010 ad oggi è stato indagato con due domande distinte, una per le bevande zuccherate e una per le bevande gassate.

Consumo di bevande zuccherate al giorno (%)



- Nella nostra Asl il 74,8% dei bambini consuma meno di una volta al giorno o mai le **bevande zuccherate**.
- Il 18,1% dei bambini assume bevande zuccherate una volta al giorno e il 7,11% più volte.
- Non vi sono differenze significative fra maschi e femmine, né per grado di istruzione delle madri.

Consumo di bevande gassate al giorno (%)



- Nella nostra Asl il 95,2% dei bambini consuma meno di una volta al giorno o mai delle **bevande gassate**.
- Il 3,85% dei bambini assume bevande gassate una volta e lo 0,86% più volte al giorno.
- Mentre non vi è differenza significativa fra maschi e femmine, la prevalenza di consumo di bevande gassate diminuisce con il crescere del titolo di studio della madre (*differenza statisticamente significativa - p < 0,01*)

L'igiene orale dei nostri 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'87,6% dei bambini della nostra Asl ha dichiarato di essersi lavato i denti la sera precedente l'indagine. A livello nazionale questo dato è risultato pari all'83%.
- Il 62,2% dei bambini ha effettuato la sua prima visita dal dentista tra i 3 e i 6 anni.

Nella nostra Asl i genitori hanno riportato che:

- il 21,8% dei bambini lava i denti non più di una volta al giorno; dato nazionale = 32%
- il 10,1% dei bambini non è mai stato visitato da un dentista; dato nazionale = 14%
- il 13,9% dei bambini che hanno effettuato almeno una visita dal dentista, avevano meno di 3 anni alla prima visita; dato nazionale 9%.

I cambiamenti salutari adottati in famiglia

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

Tra i comportamenti salutari abitualmente adottati, i 3 più frequenti a livello nazionale sono risultati:

l'aumento del consumo di verdura e ortaggi (66%), la riduzione del consumo di cibi pronti o in scatola (60%) e l'inserimento della frutta come spuntino (53%).

Nella nostra Asl i comportamenti salutari più frequentemente adottati sono risultati: l'aumento del consumo di verdura e ortaggi (75%), la riduzione del consumo di cibi pronti o in scatola (64,4%), l'inserimento della frutta come spuntino (47,5%), l'utilizzo del sale iodato (47,5%) e la riduzione del sale durante la preparazione dei pasti (45,7%).

Meno frequente è risultata l'adozione di altri comportamenti salutari come la limitazione del consumo di snack salati (40,8%), la mancata aggiunta di sale a tavola (39,9%), la lettura con maggior attenzione delle etichette nutrizionali (38,7%) e l'acquisto di pane poco salato (8,33%).

Alla domanda sulla frequenza di utilizzo del sale iodato, il 48,1% dei rispondenti dichiara di usarlo sempre; dato nazionale:53%.

Per un confronto

	Valore aziendale 2008	Valore aziendale 2010	Valore aziendale 2012	Valore aziendale 2014	Valore aziendale 2016	Valore regionale 2016	Valore nazionale 2016
§ hanno assunto la colazione al mattino dell'indagine	93%	95%	94%	95%	94%	94%	92,1%
§ hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine	64%	62%	65%	63%	61%	60%	59,1% [§]
& hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina **	17%	54%	50%	63%	72%	56%	43,2% ^{&}
& assumono 5 porzioni di frutta e/ o verdura giornaliere **	2%	12%	12%	14%	14%	13%	8,5%
& assumono bibite zuccherate e/ o gassate almeno una volta al giorno**	38%	40%	37%	33%	26%	33,7%	36,3%

§ Variabili per le quali è stato effettuato un confronto dall'ISS (Istituto Superiore di Sanità) tra le rilevazioni svolte a livello aziendale. Nessuna variazione è risultata statisticamente significativa ($p < 0,05$).

& Variabili per le quali è stato effettuato un confronto dall'ASL TO3 tra le rilevazioni svolte a livello aziendale (2008, 2010, 2012, 2014, 2016) e regionale (2016). La variazione statisticamente significativa ($p < 0,05$) è indicata con **.

Per quanto riguarda il consumo di una merenda adeguata di metà mattina non vi sono differenze significative tra il valore aziendale 2010 e 2012, mentre è risultata statisticamente significativa la differenza tra il valore aziendale del 2008 e quelli del 2010, 2012, 2014 e 2016 ($p < 0,01$); così pure è risultata significativa la differenza tra valore aziendale 2016 e valore regionale 2016 ($p < 0,05$).

Per quanto concerne il consumo di 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere non vi sono differenze significative, a livello aziendale, tra il 2010, il 2012, il 2014 e il 2016 né tra il valore aziendale e regionale 2016, mentre è risultata statisticamente significativa la differenza tra il valore aziendale del 2008 e quelli del 2010, 2012, 2014 e 2016 ($p < 0,01$).

Per quanto riguarda infine il consumo di bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno non vi sono differenze significative, a livello aziendale, tra il 2010, il 2012 e il 2014, mentre compare una differenza significativa tra il 2014 e il 2016 ($p < 0,05$); così pure è risultata statisticamente significativa la differenza tra il valore aziendale e regionale 2016 ($p < 0,01$).

Conclusioni

E' dimostrata l'associazione tra stili alimentari errati e sovrappeso ed obesità. Nella nostra ASL con la quinta raccolta dei dati, si conferma la diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso.

Si osservano tuttavia dei cambiamenti rispetto al 2008-09. In particolare si conferma il miglioramento nel consumo dello spuntino di metà mattina già evidenziato nel 2010, nel 2012 e nel 2014, come pure della % di bambini che assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere. Per quanto concerne la % di bambini che consumano uno spuntino di metà mattina idoneo il dato aziendale 2016 risulta significativamente più favorevole rispetto al valore regionale e nazionale.

Nel 2016, rispetto alle precedenti rilevazioni, migliora ulteriormente nella ASL TO3 anche il dato relativo alla % di bambini che assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno; dato che risulta significativamente più favorevole rispetto al valore regionale e nazionale.

Si segnala che a seguito del primo riscontro ottenuto con l'indagine OKKio ala salute 2008, nella nostra ASL, in affiancamento al progetto ministeriale "Frutta nelle Scuole", è stato sviluppato il progetto "Obiettivo spuntino", volto a migliorare il consumo degli spuntini (frutta ed altri spuntini idonei) attraverso iniziative di formazione dei genitori, pediatri di famiglia e degli insegnanti, rivolte alle scuole primarie campionate dalla sorveglianza Okkio ed agli insegnanti di scuole non campionate che aderiscono alla proposta formativa contenuta in un catalogo presentato annualmente agli Istituti scolastici dai Referenti ASL per l'educazione alla salute. Verosimilmente l'attuazione di tali iniziative ha

contribuito al miglioramento della qualità degli spuntini, dei consumi giornalieri di verdura e frutta e alla riduzione dell'intake di bibite zuccherate e/o gassate.

Il rischio per i bambini legato a stili alimentari errati può pertanto essere limitato grazie alla modifica delle abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie.

L'USO DEL TEMPO DEI BAMBINI: L'ATTIVITÀ FISICA

L'attività fisica è un fattore determinante per mantenere o migliorare la salute dell'individuo essendo in grado di ridurre il rischio di molte malattie cronico-degenerative. È universalmente accettato in ambito medico che un'adeguata attività fisica, associata ad una corretta alimentazione, possa prevenire il rischio di sovrappeso nei bambini. 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 innanzitutto dalla comprensione di tale necessità da parte della famiglia e quindi da una buona collaborazione fra la scuola e la famiglia. 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 quindi non come abitudine, ma solo in termini di prevalenza puntuale riferita al giorno precedente all'indagine.

- Nel nostro studio l'8,61% dei bambini risulta non attivo il giorno antecedente all'indagine.
- Il 43,2% ha partecipato ad un'attività motoria curricolare a scuola nel giorno precedente.
- Tra i bambini non attivi non sono emerse differenze significative tra maschi e femmine.
- Non è stato possibile effettuare confronti tra aree geografiche. Il 100% delle classi campionate sono infatti risultate, secondo la classificazione Istat, appartenenti all'area metropolitana/perimetropolitana.

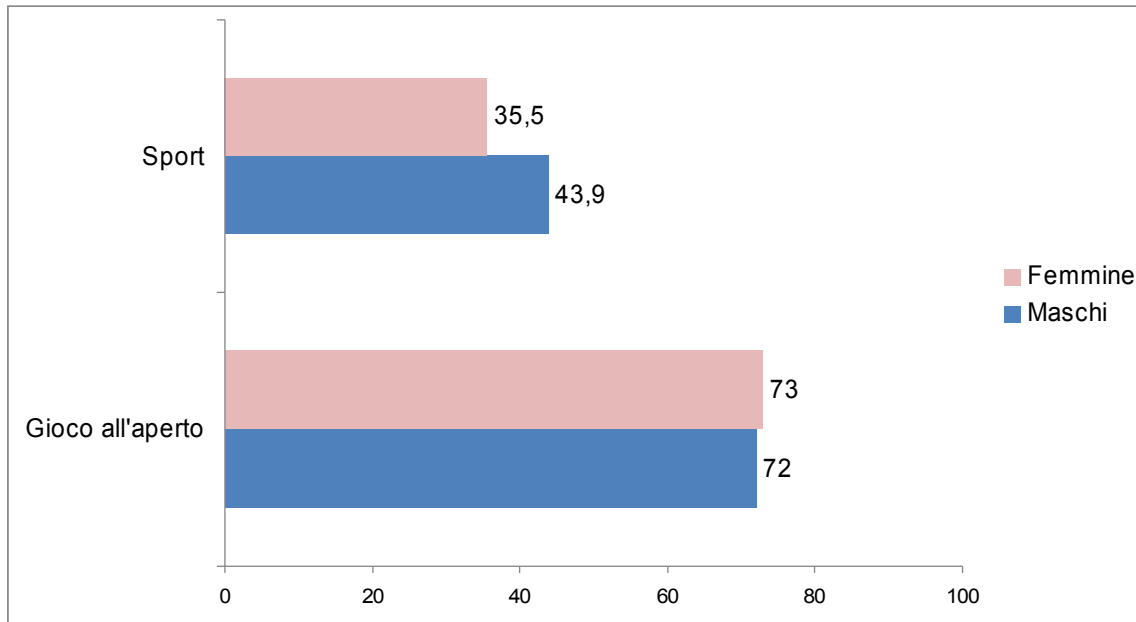
Bambini fisicamente non attivi# (%)		
Asl TO3 OKkio 2016		
Caratteristiche	Non Attivi#	
Sesso		
	maschi	8,12
	femmine	9,13
Zona abitativa		
	< 10.000 abitanti	0
	10.000 – 50.000	0
	metropolitana / perimetropolitana	8,61

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

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

Il pomeriggio dopo la scuola costituisce un periodo della giornata eccellente 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 e videogiochi) e quindi a essere meno esposti al sovrappeso/obesità.

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



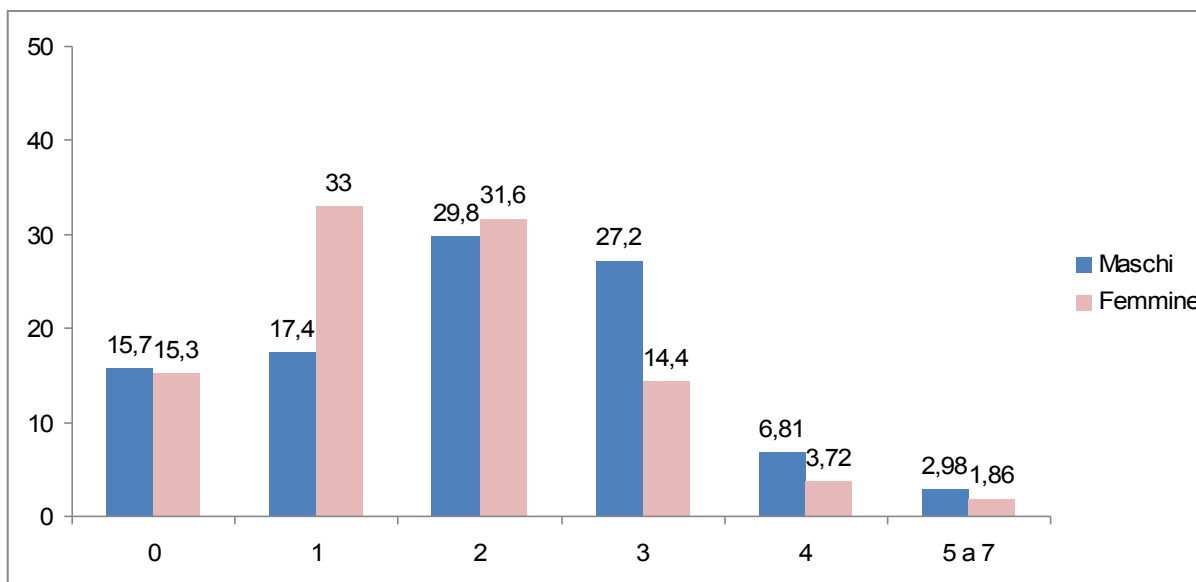
- Il 72,5% del totale dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine.
- Non ci sono differenze tra maschi e femmine sulla frequenza di gioco all'aperto.
- Il 39,8% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi fanno apparentemente più sport delle femmine (43,9% vs 35,5%), ma tale differenza non raggiunge la significatività statistica.

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 può ricorrere all'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.

In questa rilevazione l'attività fisica è stata indagata separatamente distinguendo tra attività sportiva strutturata e giochi di movimento.

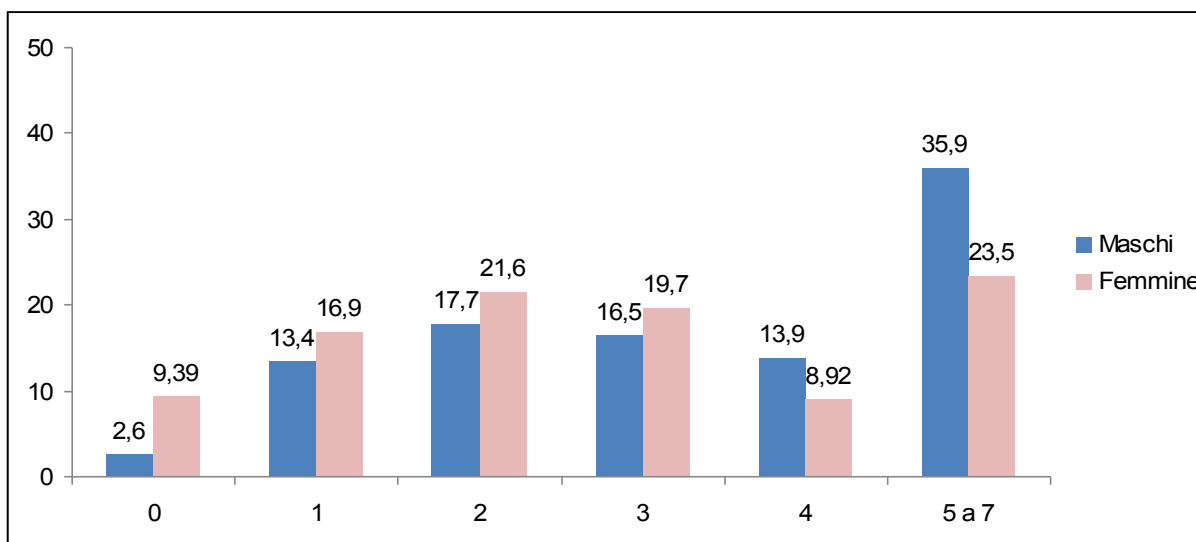
Giorni di attività fisica strutturata per almeno un'ora durante la settimana (%)



Secondo i loro genitori, nella nostra Asl, circa 3 bambini su 10 (30,8%) fanno almeno un'ora di attività sportiva strutturata per 2 giorni la settimana, il 15,4% neanche un giorno e il 2,35% da 5 a 7 giorni.

- I maschi svolgono attività fisica più giorni delle femmine (*differenza statisticamente significativa - $p < 0,01$*)
- Non è stato possibile effettuare confronti tra aree geografiche. Il 100% delle classi campionate sono infatti risultate, secondo la classificazione Istat, appartenenti all'area metropolitana/perimetropolitana.

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



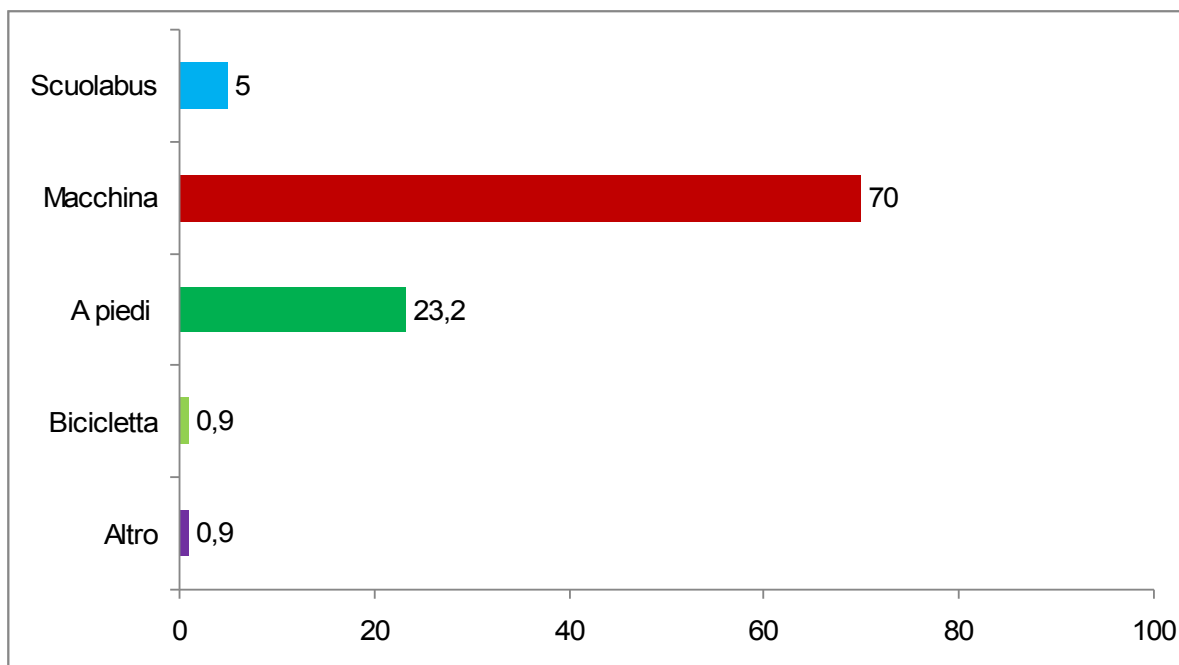
Per quanto riguarda i giochi di movimento, nella nostra Asl circa 2 bambini su 10 (19,3%) fanno almeno un'ora di attività per 2 giorni la settimana, il 6% neanche un giorno e il 30% da 5 a 7 giorni.

- I maschi sembrano svolgere giochi di movimento più giorni delle femmine (*differenza statisticamente significativa - $p < 0,01$*)
- Non è stato possibile effettuare confronti tra aree geografiche. Il 100% delle classi campionate sono infatti risultate, secondo la classificazione Istat, appartenenti all'area metropolitana/perimetropolitana.

Come si recano a scuola i bambini?

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.

Modalità di raggiungimento della scuola (%)



- Il 24,1% dei bambini, nella mattina dell'indagine, ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bicicletta; invece, il 75% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato.
- Non si rilevano differenze degne di nota tra maschi e femmine.
- Non è stato possibile effettuare confronti tra aree geografiche. Il 100% delle classi campionate sono infatti risultate, secondo la classificazione Istat, appartenenti all'area metropolitana/perimetropolitana.

Per un confronto

	Valore aziendale 2008	Valore aziendale 2010	Valore aziendale 2012	Valore aziendale 2014	Valore aziendale 2016	Valore regionale 2016	Valore nazionale 2016
§ Bambini definiti fisicamente non attivi **	23%	21%	16%	11%	8,6% **	15%	17,7%
¶ Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine**	57%	58%	66%	79%	72,5%**	69%	66,4%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	35%	43%	36%	39%	39,8%	46%	44,8%

§ Variabile per la quale è stato effettuato un confronto dall'ISS (Istituto Superiore di Sanità) tra le rilevazioni svolte a livello aziendale. La variazione statisticamente significativa ($p < 0,05$) è indicata con **.

¶ Variabili per le quali è stato effettuato un confronto dall'ASL TO3 tra le rilevazioni svolte a livello aziendale (2008, 2010, 2012, 2014). La variazione statisticamente significativa ($p < 0,05$) è indicata con **.

Per quanto riguarda i bambini che hanno giocato all'aperto, la differenza tra il valore aziendale del 2008 e quelli del 2012, 2014 e 2016 è risultata statisticamente significativa ($p < 0,01$).

Conclusioni

Rispetto al 2008, al 2010, al 2012 e al 2014, nel 2016 diminuisce la percentuale di bambini non attivi. Confrontando la rilevazione del 2016 con il 2008, si rileva inoltre un aumento significativo della percentuale di bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine.

Nonostante queste variazioni favorevoli resta tuttavia alta la % di bambini della nostra ASL che fanno poca attività fisica. Circa 1 bambino su 10 risulta infatti fisicamente inattivo e resta elevata la % di bambini che si reca a scuola con mezzi motorizzati (75%).

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

L'USO DEL TEMPO DEI BAMBINI: LE ATTIVITÀ SEDENTARIE

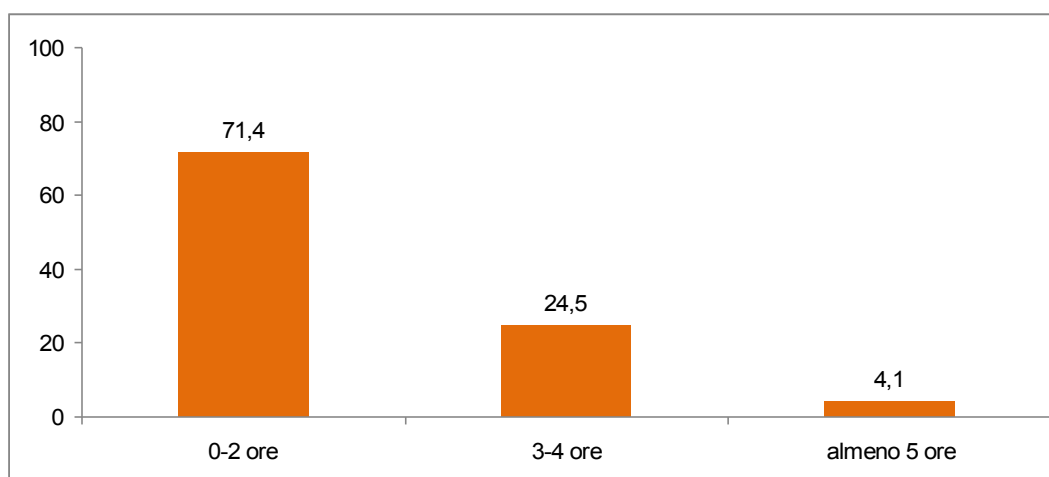
La crescente disponibilità di televisori e videogiochi, insieme con i profondi cambiamenti nella composizione e nella cultura della famiglia, ha contribuito ad aumentare il numero di ore trascorse in attività sedentarie. Pur costituendo un'opportunità di divertimento e talvolta di sviluppo del bambino, il momento della televisione si associa spesso all'assunzione di cibi fuori pasto che può contribuire al sovrappeso/obesità del bambino. Evidenze scientifiche mostrano che la diminuzione del tempo di esposizione alla televisione da parte dei bambini è associata ad una riduzione del rischio di sovrappeso e dell'obesità a causa prevalentemente del mancato introito di calorie legati ai cibi assunti durante tali momenti.

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

Diverse fonti autorevoli raccomandano un limite di esposizione complessivo alla televisione/videogiochi/tablet/cellulare per i bambini di età superiore 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, secondo quanto dichiarato dai genitori. Questi dati possono essere sottostimati nella misura in cui la discontinua presenza parentale non permetta di verificare la durata effettiva del tempo trascorso dai bambini nelle diverse attività.

Ore trascorse davanti alla TV/videogiochi-tablet-cellulare (%)



- Nella nostra Asl, i genitori riferiscono che il 71,4% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi/tablet/cellulare da 0 a due 2 ore al giorno, mentre il 24,5% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi/tablet/cellulare per 3 - 4 ore e il 4,1% per almeno 5 ore.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV o videogiochi/tablet/cellulare è più frequente tra i maschi (35,2% versus 21,4% nelle femmine*) e si riduce con l'aumento del livello di istruzione della madre*.
- Complessivamente il 40,4% dei bambini ha un televisore nella propria camera.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV al giorno sembra più alta tra i bambini che hanno una TV in camera (13,9% versus 8,9%), ma il dato non raggiunge la significatività statistica.
- Considerando separatamente il tempo eccedente le 2 ore trascorso guardando la TV e quello superiore alle 2 ore impiegato giocando con i videogiochi/tablet/cellulare, le prevalenze riscontrate sono: > 2 ore TV (10,9%); > 2 ore videogiochi/tablet/cellulare (2,78%).

*p < 0,01

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

La televisione e i videogiochi/tablet/cellulare rappresentano una parte importante dell'uso del tempo e delle attività sedentarie nella quotidianità dei bambini. Generalmente si ritiene che vi sia un rapporto fra le attività sedentarie e la tendenza verso il sovrappeso/obesità, per cui si raccomanda di controllare e limitare, quando necessario, la quantità di tempo che i bambini trascorrono davanti alla televisione o ai videogiochi/tablet/cellulare.

- Nella nostra Asl il 34,5% dei bambini ha guardato la TV la mattina prima di andare a scuola.
- Il 65,2% dei bambini ha guardato la televisione o ha utilizzato videogiochi/tablet/cellulare il pomeriggio del giorno precedente e il 78,2% la sera.
- Solo il 9,9% dei bambini non ha guardato la TV o utilizzato i videogiochi/tablet/cellulare nelle 24 ore antecedenti l'indagine, mentre il 27,7% lo ha fatto in un periodo della giornata, il 37,8% in due periodi e il 24,5% ne ha fatto uso durante la mattina il pomeriggio e la sera.
- L'esposizione a tre momenti di utilizzo di TV e/o videogiochi/tablet/cellulare è più frequente tra i maschi (29,9% versus 18,8%)** e diminuisce* con l'aumento del livello di istruzione della madre.

*p < 0,05, **p < 0,01

Per un confronto

	Valore aziendale 2008	Valore aziendale 2010	Valore aziendale 2012	Valore aziendale 2014	Valore aziendale 2016	Valore regionale 2016	Valore nazionale 2016
[§] Bambini che trascorrono al televisore o ai videogiochi/ tablet/cellulare più di 2 ore al giorno**	35%	24%	32%	24%	28,6%	33%	41,2%
[§] Bambini con televisore in camera	46%	39%	41%	38%	40,4%	39%	43,6%

[§] Variabili per le quali è stato effettuato un confronto dall'ASL TO3 tra le rilevazioni svolte a livello aziendale (2008, 2010, 2012, 2014). La variazione statisticamente significativa (p<0,05) è indicata con **.

Per quanto riguarda i bambini che trascorrono più di due ore al giorno davanti alla TV o ai videogiochi/tablet/cellulare è risultata statisticamente significativa la differenza tra il valore aziendale del 2008 e quello del 2016 (p<0,05).

Conclusioni

Nella nostra ASL sono diffuse, tra i bambini, le attività sedentarie, come il trascorrere molto tempo a guardare la televisione e giocare con i videogiochi/tablet/cellulare.

Rispetto alle raccomandazioni, molti bambini eccedono nell'uso della TV e dei videogiochi/tablet/cellulare, in particolare alla sera e nel pomeriggio, quando potrebbero dedicarsi ad altre attività più salutari, come i giochi di movimento o lo sport o attività relazionali con i coetanei.

Queste attività sedentarie sono sicuramente favorite dal fatto che circa 4 bambini su 10 dispongono di un televisore in camera propria.

Tuttavia nel 2016, rispetto al 2008, la situazione sembra migliorare: si riduce infatti in misura significativa la percentuale di bambini che dedicano più di due ore al giorno a TV e videogiochi/tablet/cellulare.

Nel 2016, 7 bambini su 10, ottemperano alle raccomandazioni sul tempo da dedicare alla televisione o ai videogiochi (meno di 2 ore al giorno di TV o videogiochi/tablet/cellulare).

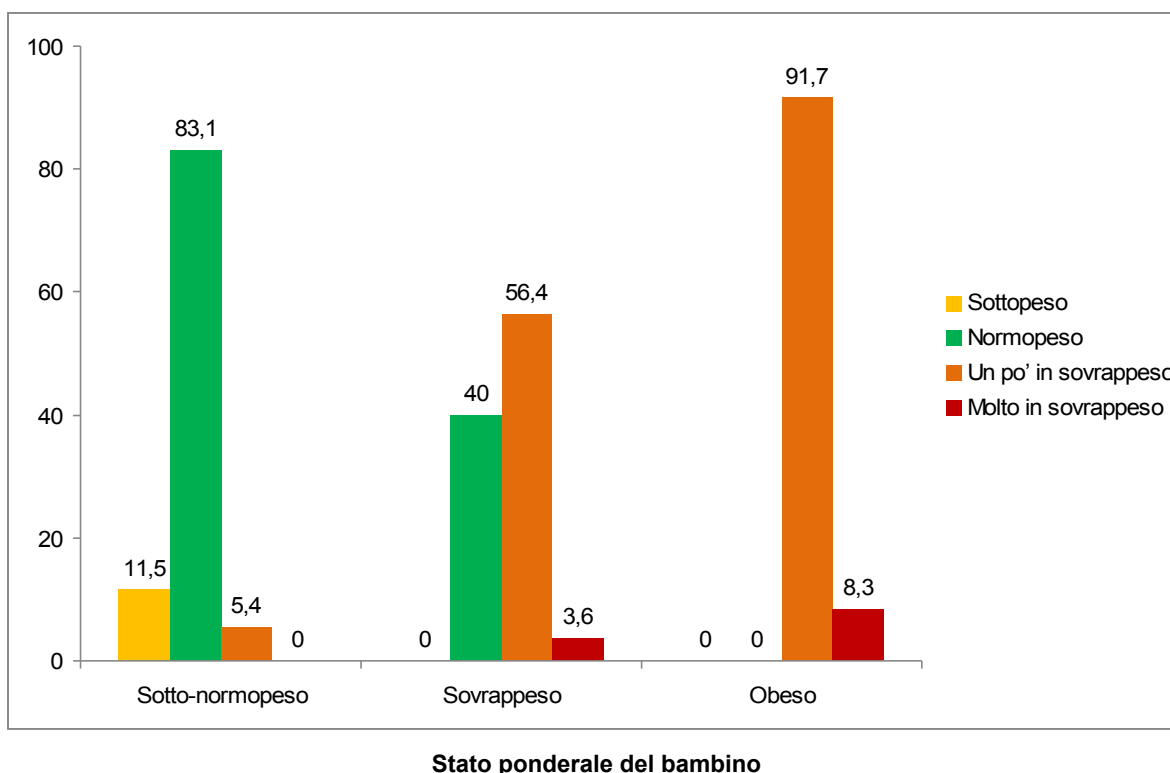
LA PERCEZIONE DELLE MADRI SULLA SITUAZIONE NUTRIZIONALE E SULL'ATTIVITÀ FISICA DEI BAMBINI

Un primo passo verso il cambiamento è costituito dall'acquisizione della coscienza di un problema. In realtà, 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. Di fronte a tale situazione, la probabilità di riuscita di misure preventive risulta limitata.

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

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

La percezione materna dello stato ponderale dei figli (%)

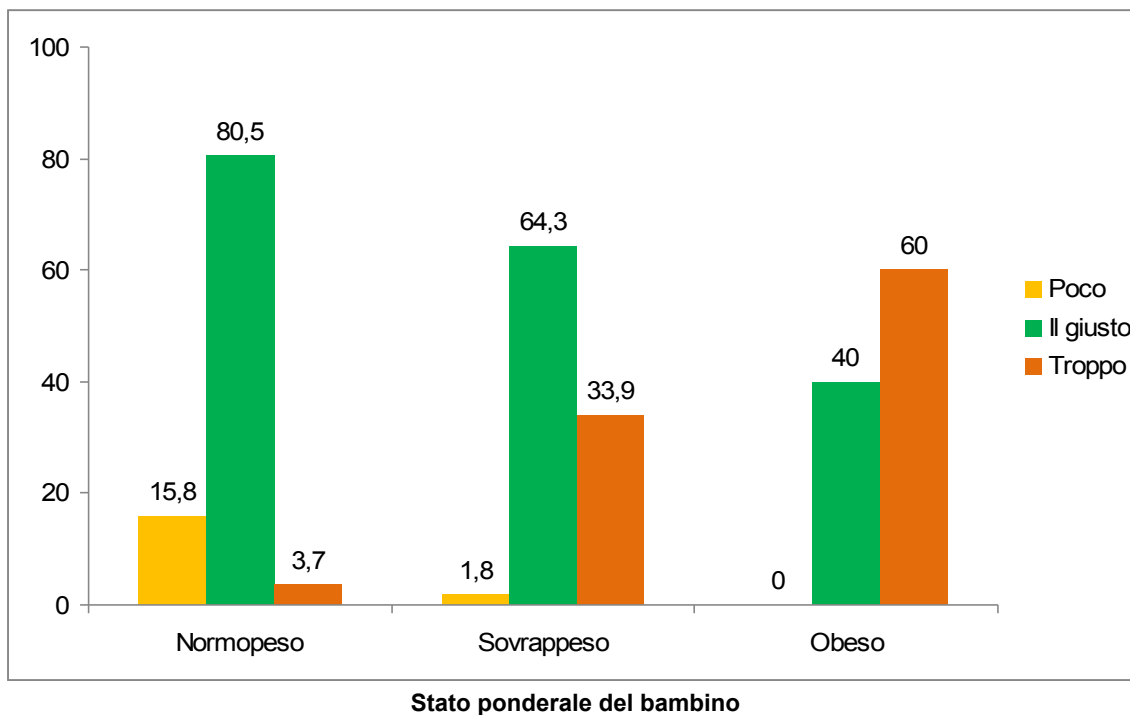


- Nella nostra Asl il 40% delle madri di bambini sovrappeso e nessuna delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso.
- Nelle famiglie con bambini in sovrappeso, la percezione non cambia significativamente in rapporto al sesso del bambino, né in rapporto alla scolarità della madre.

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

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

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

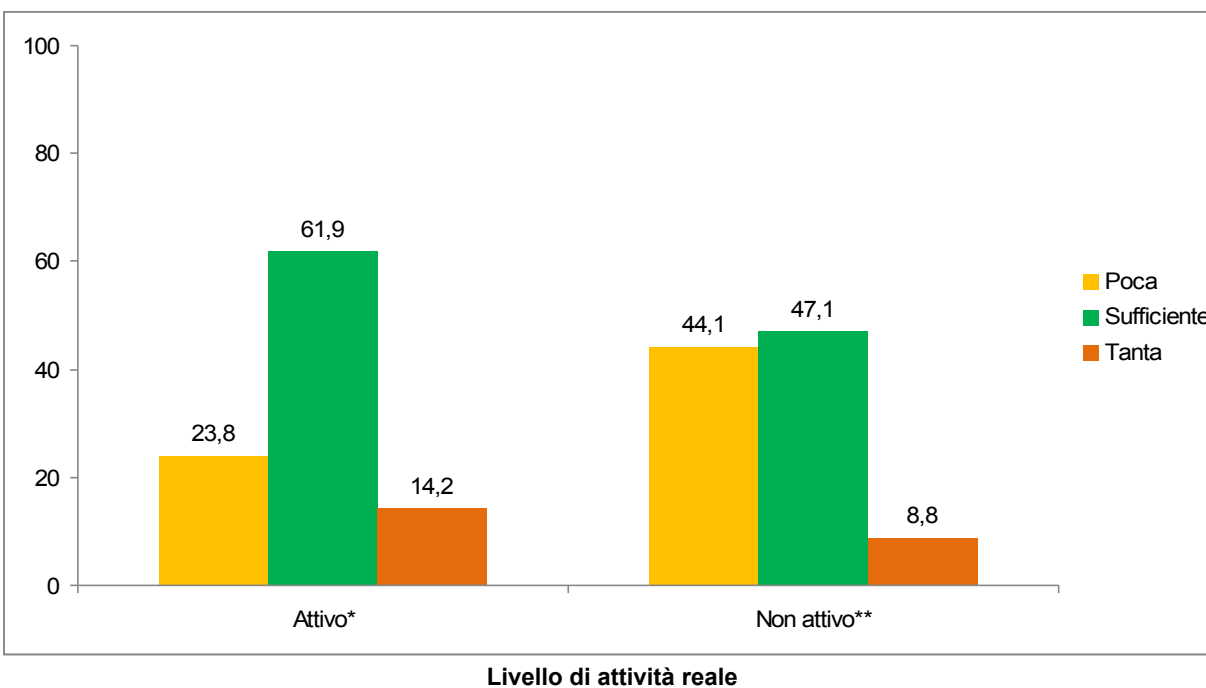


- Solo il 33,9% delle madri di bambini sovrappeso e il 60% di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo.
- Considerando i bambini in sovrappeso e obesi insieme, non è stata constatata nessuna differenza significativa per sesso dei bambini o per livello scolastico della madre.

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

Sebbene molti genitori incoraggino i loro figli ad impegnarsi in attività fisica e nello sport organizzato, alcuni possono non essere a conoscenza delle raccomandazioni che i bambini facciano almeno un'ora di attività fisica ogni giorno. 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.

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



* Attivo: nelle ultime 24 ore ha fatto sport, giocato all'aperto o partecipato all'attività motoria a scuola

** Non attivo: nelle ultime 24 ore non ha fatto nessuna delle tre attività (sport, gioco all'aperto, attività motoria a scuola)

- All'interno del gruppo di bambini non attivi, il 47,1% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e l'8,8% molta attività fisica.
- Limitatamente ai non attivi non è stata constatata nessuna differenza per sesso dei bambini o livello scolastico della madre.

Gli incidenti domestici

Come più volte sottolineato, il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE dà l'opportunità di indagare eventuali tematiche considerate di particolare interesse per la sanità pubblica. In particolare, la rilevazione del 2016 è stata l'occasione per indagare anche il fenomeno degli incidenti domestici e l'attenzione che gli viene data da parte degli operatori sanitari.

E' stato chiesto ai genitori se avessero mai ricevuto informazioni da parte delle istituzioni sanitarie sulla prevenzione degli incidenti domestici. A livello nazionale, l'83% dei rispondenti ha dichiarato di non aver mai ricevuto alcuna informazione; nella nostra Asl tale valore è risultato pari a 84,2%.

Alla domanda se si siano 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% si, al pediatra/altro medico; 22% si, al pronto soccorso; 8% si, ad entrambi. Nella nostra Asl le percentuali di risposta sono state rispettivamente: 9,46%, 24,5%, 5,86%.

Per un confronto

Madri che percepiscono...	Valore aziendale 2008	Valore aziendale 2010	Valore aziendale 2012	Valore aziendale 2014	Valore aziendale 2016	Valore regionale 2016	Valore nazionale 2016
§ in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è sovrappeso	52%	59%	60%	61%	60%	54%	49,2%
& in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è obeso **	84%	96%	100%	94%	100%	92%**	87,4%
& l'assunzione di cibo del proprio figlio come "poco o giusto", quando questo è sovrappeso o obeso**	70%	72%	69%	68%	58%	70%**	69,7%
& l'attività fisica del proprio figlio come scarsa, quando questo risulta inattivo ***	40%	31%	30%	28%	44%	36%	38,3%

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

§ Variabile per le quali è stato effettuato un confronto dall'ISS (Istituto Superiore di Sanità) tra le rilevazioni svolte a livello aziendale. Nessuna variazione è risultata statisticamente significativa ($p < 0,05$).

& Variabili per le quali è stato effettuato un confronto dall'ASL TO3 tra le rilevazioni svolte a livello aziendale (2008, 2010, 2012, 2014 e 2016). Le variazioni statisticamente significative ($p < 0,05$) sono indicate con **.

Per quanto riguarda la corretta percezione di obesità non vi sono differenze significative tra il valore aziendale 2010, 2012 e 2014 e 2016, mentre è risultata statisticamente significativa la differenza tra il valore aziendale del 2008 e quelli del 2010, 2012, 2014 e 2016 ($p < 0,01$).

Per quanto riguarda la non corretta percezione dell'assunzione di cibo non vi sono differenze significative tra il valore aziendale 2008, 2010, 2012 e 2014, mentre è risultata statisticamente significativa la differenza tra i valori aziendali del 2008, 2010, 2012, 2014 e quello del 2016 ($p < 0,01$).

Per quanto riguarda infine la corretta percezione dell'attività motoria non vi sono differenze significative, a livello aziendale, tra il 2010, il 2012 e il 2014, mentre è risultata statisticamente significativa la differenza tra il valore aziendale del 2014 e quello del 2016 ($p < 0,01$).

Conclusioni

Nella nostra ASL è molto diffusa (1 genitore su 3 = 31,5%) nelle madri di bambini con sovrappeso/obesità una sottostima dello stato ponderale del proprio figlio che non coincide con la misura rilevata.

Inoltre molti genitori, in particolare di bambini sovrappeso/obesi, sembrano non valutare correttamente la quantità di cibo assunta dai propri figli. La situazione è simile per la percezione delle madri del livello di attività fisica dei propri figli: solo 1 genitore su 2 ha una percezione che sembra coincidere con la situazione reale.

Rispetto al 2008, nelle sorveglianze successive migliora in misura significativa la % delle madri con corretta percezione dell'obesità dei bambini e nel 2016 si riduce, rispetto al 2014 la percentuale delle madri con una non corretta percezione dell'assunzione di cibo, mentre aumenta la % delle madri che percepiscono correttamente l'attività motoria dei propri figli.

L'AMBIENTE SCOLASTICO E IL SUO RUOLO NELLA PROMOZIONE DI UNA SANA ALIMENTAZIONE E DELL'ATTIVITÀ FISICA

E' dimostrato che la scuola può giocare 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, attraverso l'educazione, abitudini alimentari adeguate.

La scuola rappresenta, inoltre, l'ambiente ideale per seguire nel tempo l'evoluzione dello stato ponderale dei bambini e per creare occasioni di comunicazione con le famiglie che determinino un loro maggior coinvolgimento nelle iniziative di promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica dei bambini.

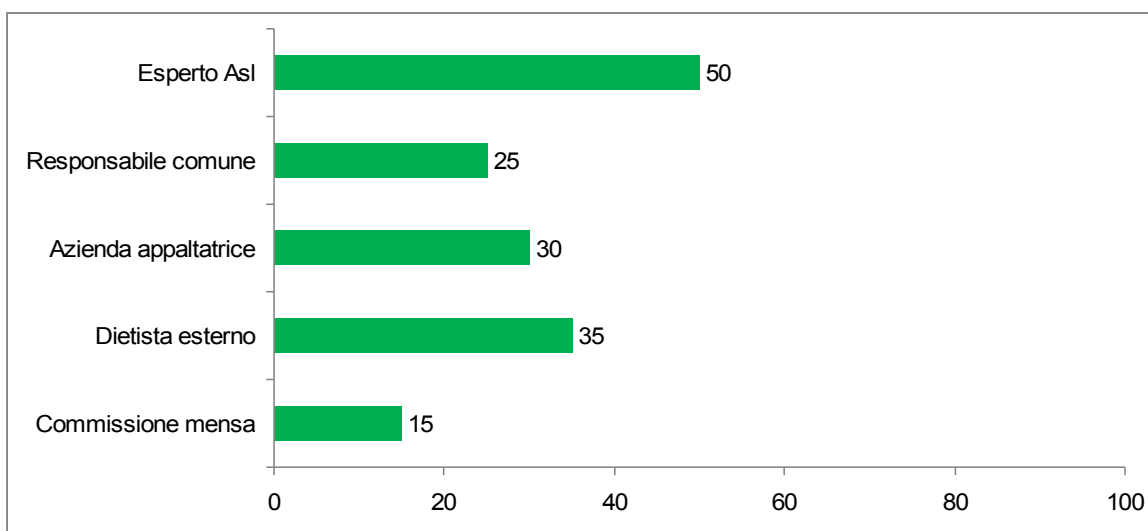
La partecipazione della scuola all'alimentazione dei bambini

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

Quando gestite secondo criteri nutrizionali basati sulle evidenze scientifiche e se frequentate dalla maggior parte degli alunni, 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, l'80% di esse sono aperte almeno 5 giorni la settimana.
- La mensa viene utilizzata mediamente dal 79,5% dei bambini.

Predisposizione del menù scolastico (%)



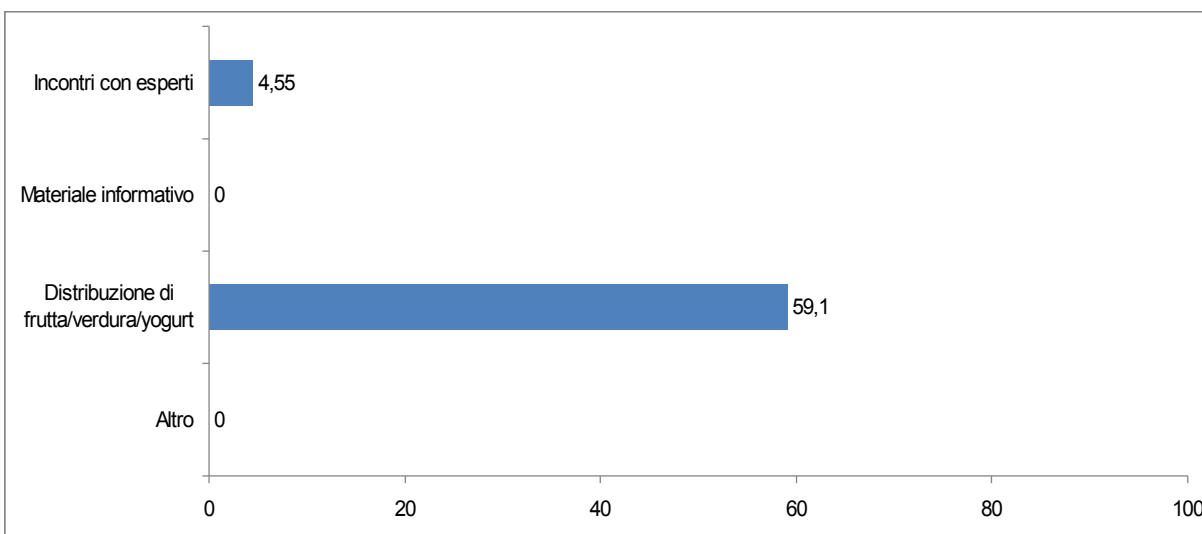
- La definizione del menù scolastico è più frequentemente stabilita da un esperto dell'ASL, seguito dal dietista esterno e dall'azienda appaltatrice.
- Secondo il giudizio dei dirigenti scolastici l'85% delle mense risulta essere adeguato per i bisogni dei bambini.

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. In alcune di queste esperienze viene associato anche l'obiettivo dimostrativo ed educativo degli alunni.

- Nella nostra Asl, le **scuole** che distribuiscono ai bambini frutta o latte o yogurt, nel corso della giornata, sono il 57,9%.
- Nella maggioranza delle suddette **scuole**, la distribuzione si effettua a metà mattina (90,9%).
- Durante l'anno scolastico il 63,6% delle **classi** ha partecipato ad attività di promozione del consumo di alimenti sani all'interno della scuola con Enti e/o associazioni.

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



- In questo anno scolastico il 59,1% delle **classi** ha partecipato alla distribuzione di frutta, verdura o yogurt come spuntino.
- Nessuna delle **classi** ha ricevuto materiale informativo.
- Il 4,55% delle **classi** ha organizzato incontri con esperti esterni alla scuola.

Sono segnalati dei distributori automatici?

Lo sviluppo di sovrappeso e obesità nei bimbi 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 50% delle scuole; nel 5% dei casi sono accessibili sia agli adulti che ai bambini.
- All'interno del gruppo di scuole con distributori automatici, il 50% mette a disposizione succhi di frutta, frutta fresca, o yogurt.

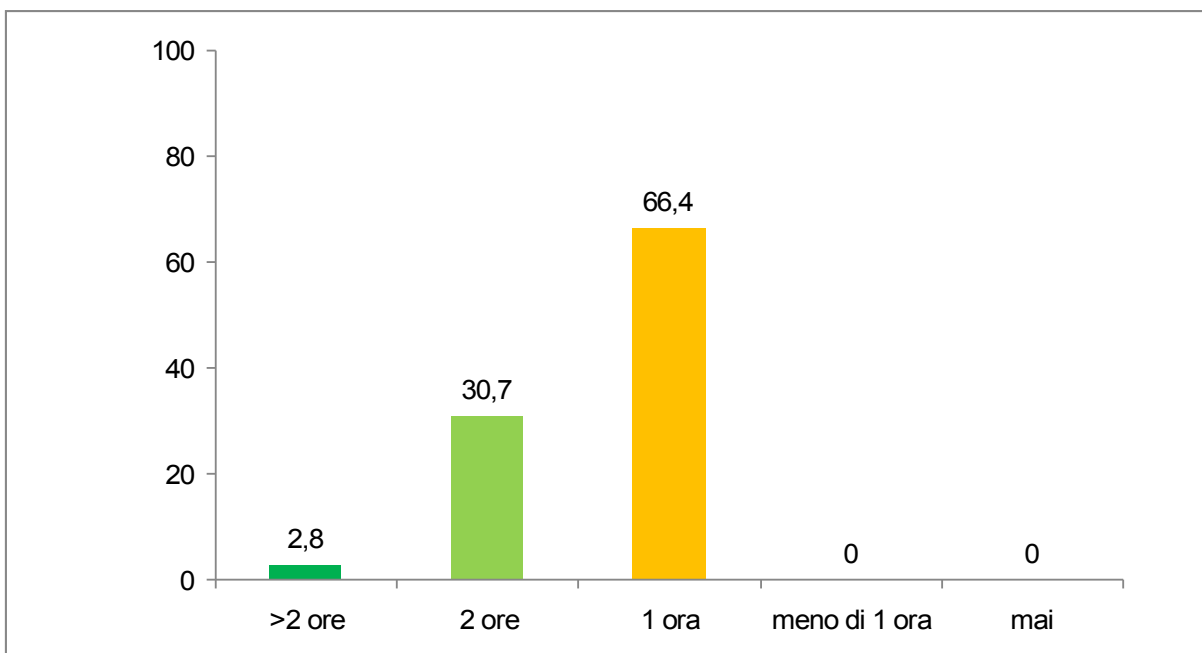
La partecipazione della scuola all'attività motoria dei bambini

Quante scuole riescono a far fare ai propri alunni 2 ore di attività motoria?

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. Nel 2016, la domanda è stata riformulata in modo diverso rispetto alle precedenti rilevazioni di conseguenza, i risultati non sono direttamente confrontabili. Nel grafico si presenta la distribuzione percentuale delle classi (e non delle scuole) per ore di attività motoria effettuate a settimana.

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



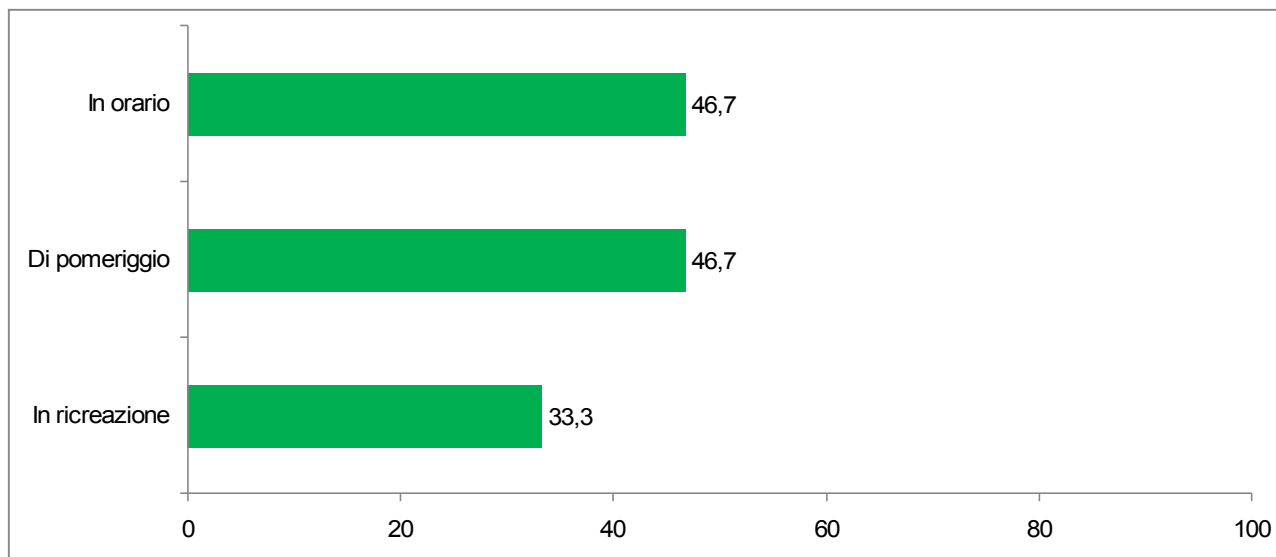
- Complessivamente, nel 33,5% delle classi delle nostre scuole, si svolgono normalmente almeno 2 ore di attività motoria a settimana, mentre in nessuna classe si fa meno di un'ora a settimana.

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

L'opportunità offerta dalla scuola ai propri alunni di fare attività motoria extra-curricolare (cioè quella offerta dalla scuola) 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 della scuola occasioni di attività motoria sono il 75%.

Momento dell'offerta di attività motoria extracurricolare (%)



- Laddove offerta, l'attività motoria viene svolta più frequentemente durante l'orario scolastico (46,7%) e nel pomeriggio (46,7%); meno frequentemente durante la ricreazione (33,3%).
- Queste attività si svolgono più frequentemente in palestra (80%), nel giardino (40%), in piscina (26,7%), in altra struttura sportiva (13,3%), nei corridoi (6,67%),

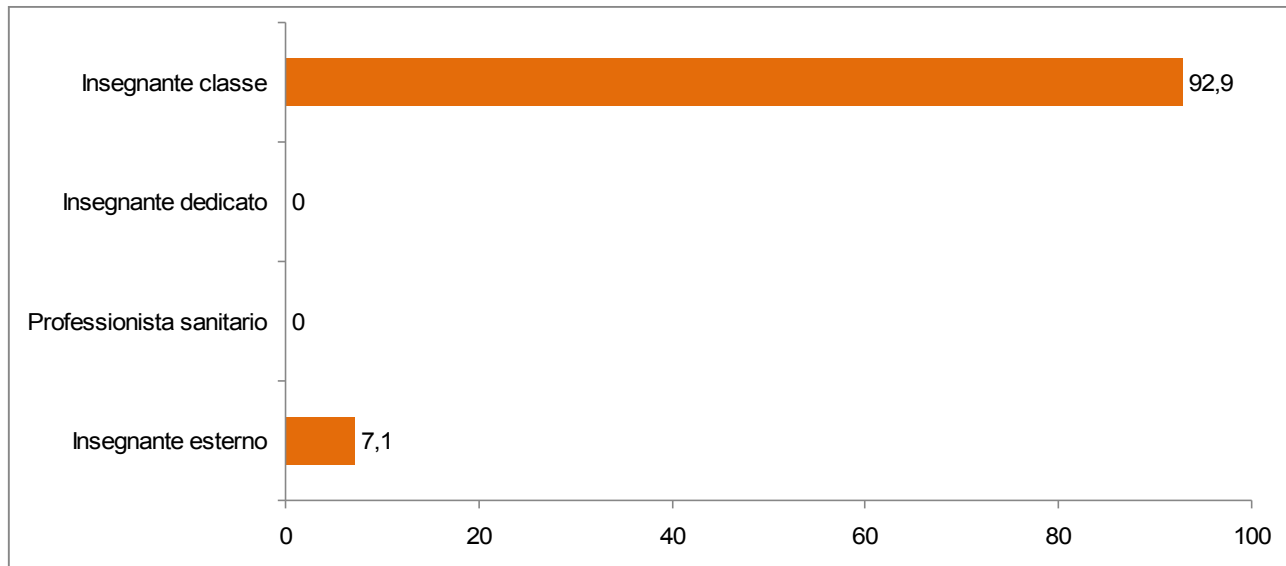
Il miglioramento delle attività curricolari a favore dell'alimentazione e dell'attività motoria dei bambini

Quante scuole prevedono nel loro curriculum la formazione sui temi della nutrizione?

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

- L'attività curriculare nutrizionale è prevista dal 70% delle scuole campionate nella nostra Asl.

Figure professionali coinvolte nell'attività curricolare nutrizionale (%)



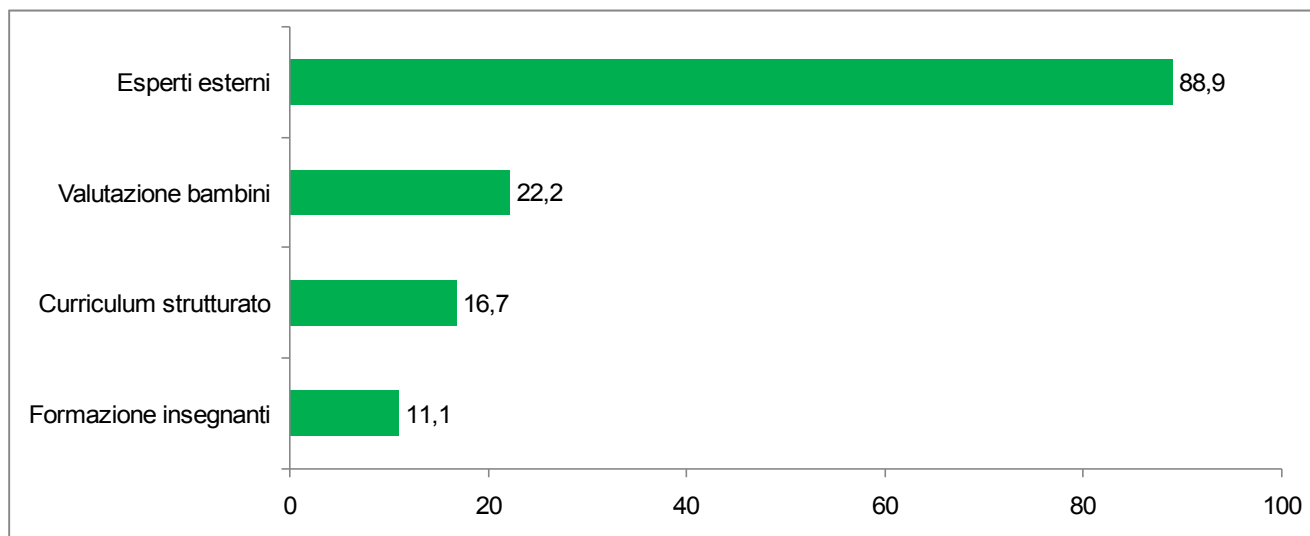
- In tali scuole, la figura più frequentemente coinvolta è l'insegnante di classe. Molto meno comune è il coinvolgimento di insegnanti esterni.

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

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

- Nel nostro campione, il 90% delle scuole ha cominciato a realizzare almeno un'attività.

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



- In tali attività, viene frequentemente coinvolto un esperto esterno; nel 22,2% dei casi è stata effettuata la valutazione delle abilità motorie dei bambini, nel 16,7% lo sviluppo di un curriculum strutturato e nell'11,1% la formazione degli insegnanti.

Quante scuole utilizzano il sale iodato nella mensa e ne promuovono il consumo?

Nel 2016 sono state introdotte alcune nuove domande relative all'uso del sale iodato nelle scuole. Il 50% dei dirigenti scolastici della nostra Asl ha dichiarato che nella mensa del proprio Istituto si utilizza sempre il sale iodato per cucinare e/o per condire, dato nazionale = 70%.

Si segnala tuttavia che i suddetti dati si riferiscono al 60% del campione. E' stata infatti particolarmente elevata (40%) la percentuale di "non risposte" a questa domanda.

A livello nazionale, oltre il 6% delle scuole ha aderito ad iniziative di comunicazione per la riduzione del consumo di sale e/o per la promozione del sale iodato. Nella nostra Asl nessuna scuola ha aderito alle suddette iniziative

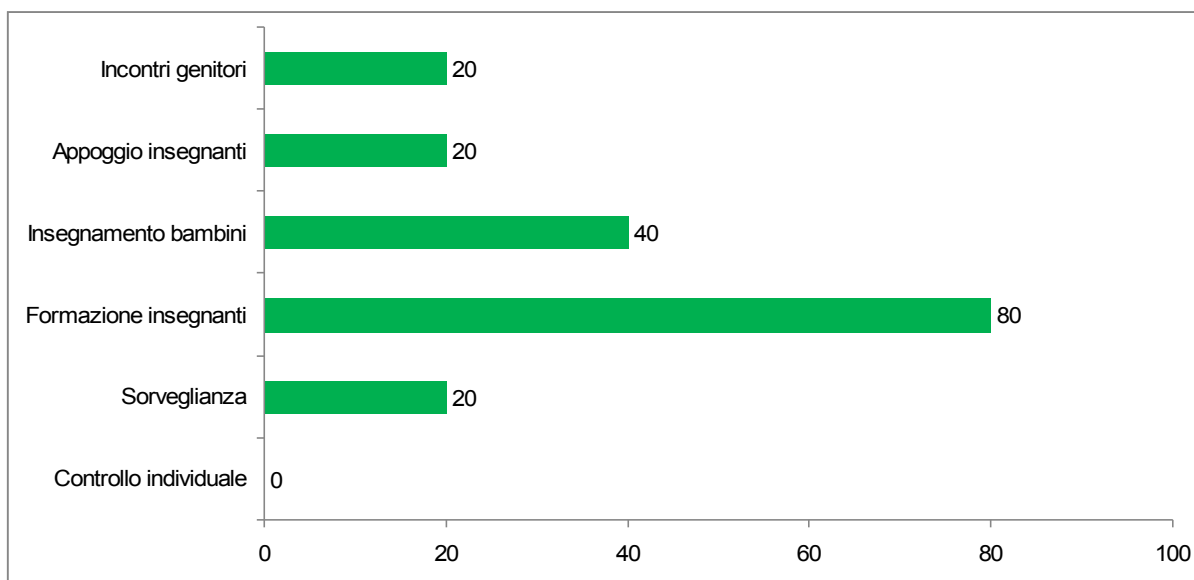
Le attività di promozione dell'alimentazione e dell'attività fisica dei bambini

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

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

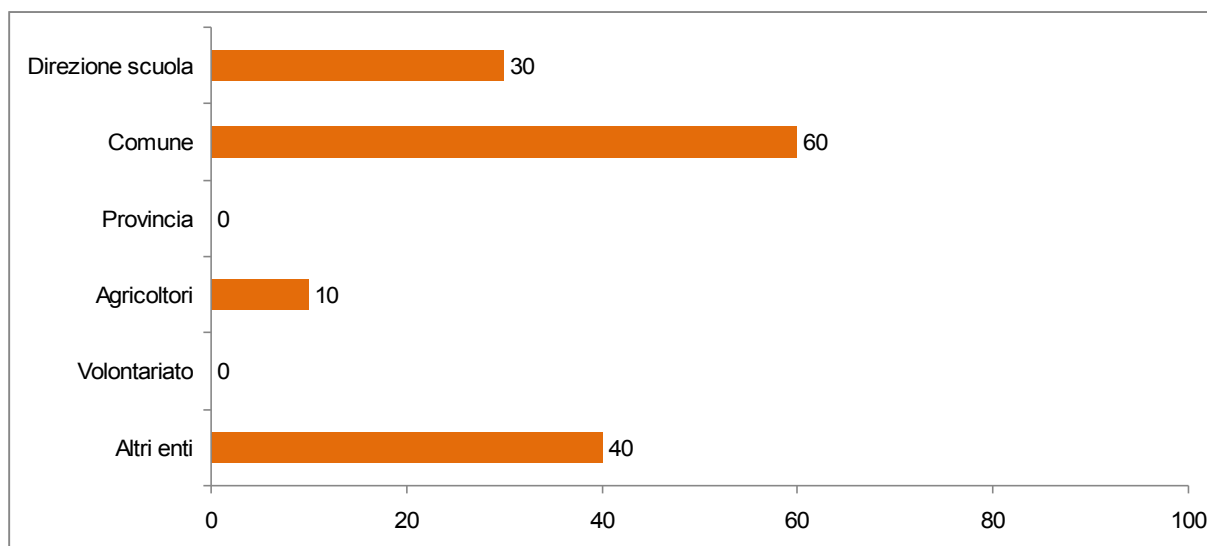
- I Servizi Sanitari della ASL costituiscono un partner privilegiato per i programmi di educazione nutrizionale e sono coinvolti nella realizzazione degli stessi nel 25% delle scuole. Non si rilevano invece coinvolgimenti della ASL nella promozione dell'attività fisica (0% delle scuole).

Iniziative con le ASL (%)



- Tale collaborazione si realizza più frequentemente attraverso la formazione degli insegnanti.

Iniziative promozione alimentare (%)



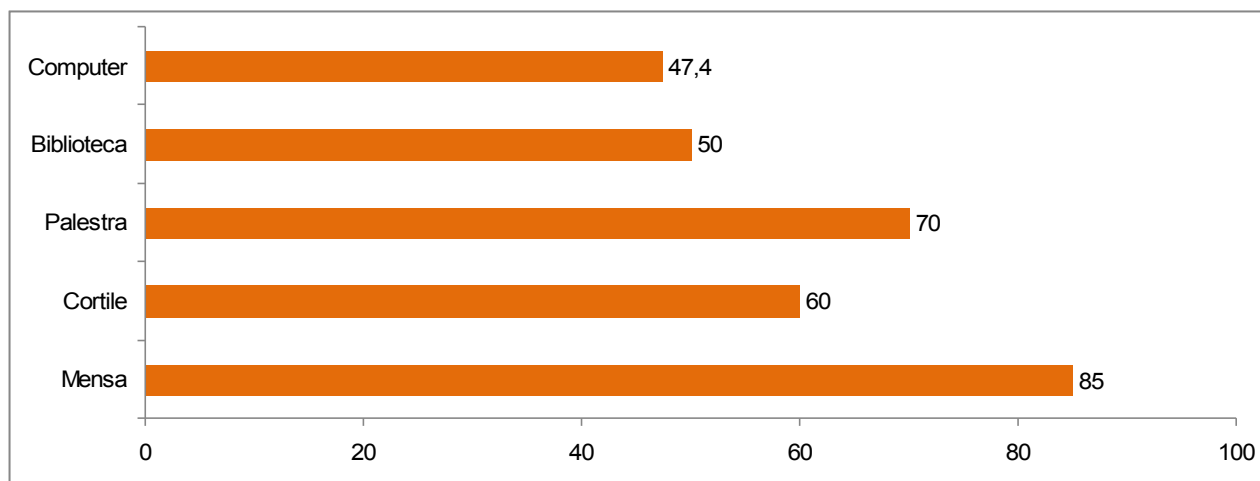
- Il 52,6% delle scuole ha partecipato ad una qualche iniziativa di promozione alimentare con enti e/o associazioni. Oltre alla ASL, gli enti e le associazioni che hanno prevalentemente organizzato tali iniziative sono i Comuni.

Risorse a disposizione della scuola

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

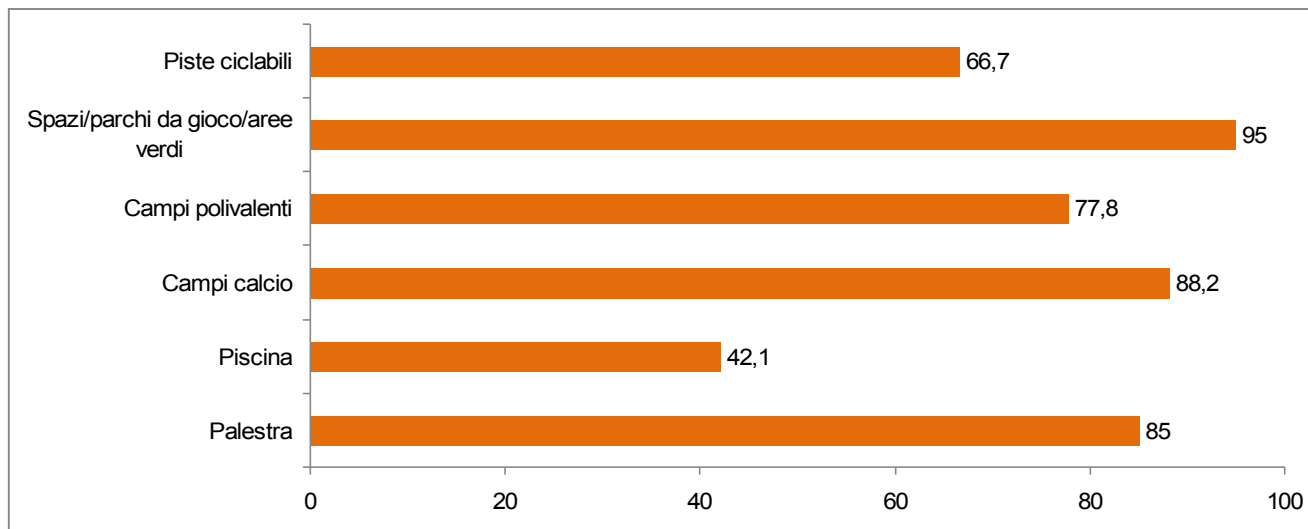
Per poter svolgere un ruolo nella promozione della salute dei bambini, la scuola necessita di risorse adeguate nel proprio plesso e nel territorio.

Risorse adeguate presenti nel plesso (%)



- Secondo i dirigenti scolastici, il 70% delle scuole possiede una palestra adeguata e l'85% delle mense sono adeguate.
- Sono meno adeguate le attrezzature informatiche e le biblioteche.

Risorse presenti nel plesso o nelle vicinanze (%)



- L'85% 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 (95%) e campi da calcio (88,2%).
- Risultano poco presenti le piscine (42,1%).

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. Pertanto le istituzioni scolastiche, statali e paritarie, dovranno adeguarsi a quanto legiferato.

- Nella nostra Asl, l’85% 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 15% degli stessi dichiara di aver incontrato difficoltà “a volte”.

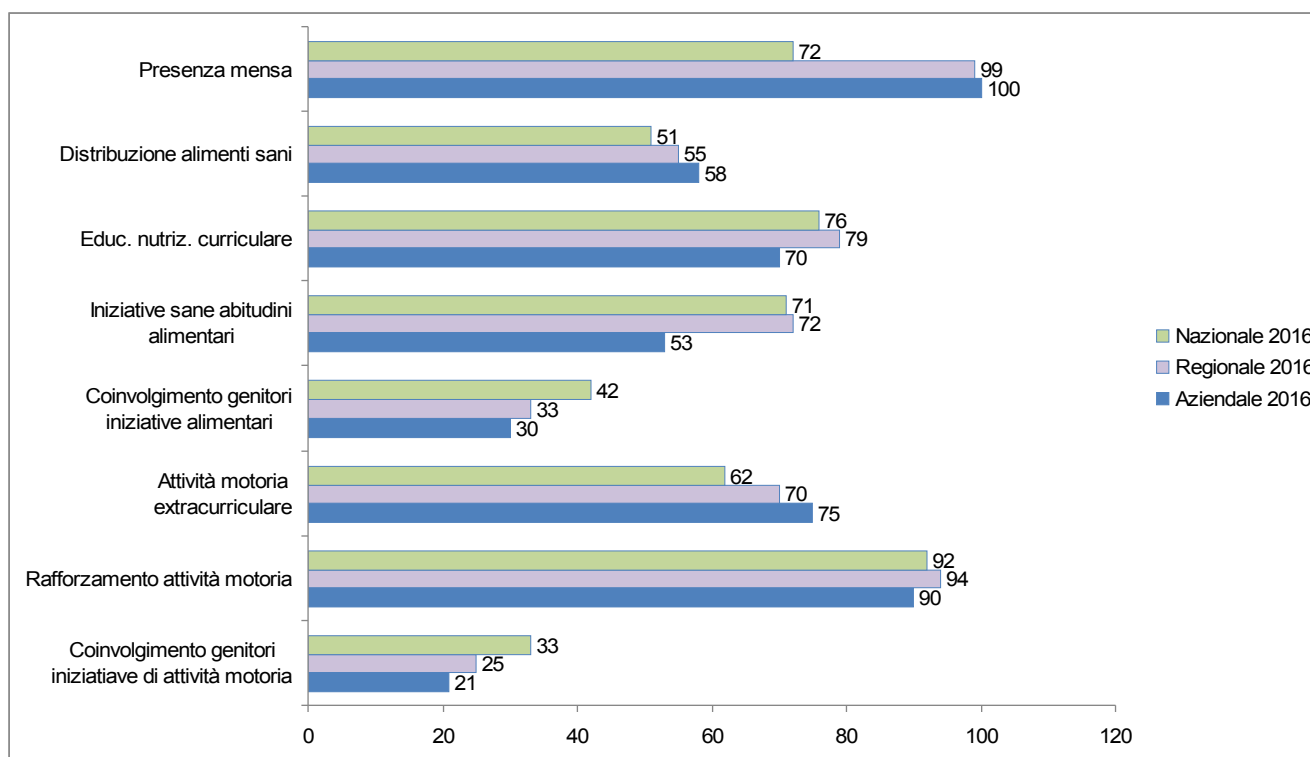
Coinvolgimento delle famiglie

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

Le iniziative rivolte alla promozione di una sana abitudine alimentare nei bambini vedono il coinvolgimento attivo della famiglia nel 30% delle scuole campionate nello studio e quelle rivolte alla promozione dell’attività motoria nel 21%.

Per un confronto

Nel grafico di seguito sono riportati i confronti con i dati regionali e nazionali del 2016. Dato il numero esiguo delle scuole campionate a livello aziendale, e di conseguenza intervalli di confidenza generalmente più ampi, è necessaria la massima cautela nell’interpretare e commentare i confronti.



Conclusioni

La letteratura indica che gli interventi di prevenzione, per essere efficaci, devono prevedere il coinvolgimento della scuola e della famiglia attraverso programmi integrati, che coinvolgano cioè 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.

Le caratteristiche degli ambienti scolastici, soprattutto sotto il profilo delle condizioni favorevoli o meno alla sana alimentazione ed il movimento, sono poco conosciute. I dati raccolti con OKkio alla SALUTE hanno permesso di saperne di più colmando questa lacuna e di mettere 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.

CONCLUSIONI GENERALI

OKkio alla SALUTE ha permesso di raccogliere informazioni rappresentative in tempi brevi e a costi limitati, creando, inoltre, un'efficiente rete di collaborazione fra gli operatori del mondo della scuola e della salute.

È importante che la cooperazione avviata tra salute e scuola perduri nel tempo così da assicurare la continuazione negli anni del sistema di sorveglianza e il monitoraggio del fenomeno in studio. La letteratura scientifica, infatti, mostra sempre più chiaramente che gli interventi coronati da successo sono quelli integrati (con la partecipazione di famiglie, scuole, operatori della salute e comunità) e multicomponenti (che promuovono per esempio non solo la sana alimentazione ma anche l'attività fisica e la diminuzione della sedentarietà, la formazione dei genitori, il *counselling* comportamentale e l'educazione nutrizionale) e che hanno durata pluriennale.

È essenziale quindi programmare azioni di sanità pubblica in modo coordinato e condiviso tra enti, istituzioni e realtà locali per cercare di promuovere il consumo giornaliero di frutta e verdura così come la pratica dell'attività fisica tra i bambini. A questo proposito, la scuola potrebbe contribuire in modo determinante distribuendo una merenda bilanciata a metà mattina e facendo svolgere almeno due ore di attività motoria settimanale a tutti gli alunni. Ugualmente importante è rendere l'ambiente urbano "a misura di bambino" aumentando i parchi pubblici, le aree pedonali e le piste ciclabili così da incentivare il movimento all'aria aperta.

Un primo passo per la promozione di sani stili di vita è stato avviato a partire dal 2009- 2010. Il Ministero della Salute, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, l'Istituto Superiore di Sanità e le Regioni hanno infatti elaborato e distribuito in ogni Regione alcuni materiali di comunicazione e informazione rivolti a specifici target: bambini, genitori, insegnanti e scuole che hanno partecipato a OKkio alla SALUTE. Lo scopo di tale iniziativa è duplice: far conoscere le dimensioni del fenomeno obesità tra le nuove generazioni e fornire suggerimenti per scelte di stili di vita salutari.

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

I risultati della quinta raccolta dati di OKkio alla SALUTE, presentati in questo rapporto, mostrano nella nostra ASL la diffusione tra i bambini del sovrappeso/obesità e di cattive abitudini alimentari e di stili di vita che non favoriscono l'attività fisica.

Per quanto concerne lo status ponderale, in questa quinta rilevazione si è registrata, rispetto alle raccolte precedenti, una significativa riduzione della prevalenza di obesità e sovrappeso nella popolazione infantile. Tale riduzione era già stata riscontrata nella rilevazione del 2014 e i dati del 2016 confermano una sostanziale stabilità del decremento.

Anche rispetto alla media regionale/nazionale, i bambini della ASL TO3 mostrano un IMC inferiore (mediana IMC 16,5 vs 16,7/17,1). Tuttavia un bambino su 5 risulta ancora in eccesso ponderale; tale dato evidenzia pertanto una dimensione grave del fenomeno se confrontato con i valori di riferimento internazionali.

Per quanto riguarda invece le abitudini alimentari, si conferma, rispetto al 2008, il miglioramento nel consumo dello spuntino di metà mattina già evidenziato nel 2010, nel 2012 e nel 2014, come pure della % di bambini che assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliera. Nel 2016, rispetto alle precedenti rilevazioni, migliora ulteriormente nella ASL TO3 anche il dato relativo alla % di bambini che assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno; dato che risulta significativamente più favorevole rispetto al valore regionale e nazionale.

Rispetto al 2008, sembrano migliorare alcuni indicatori di sedentarietà. Si riduce infatti in misura significativa la percentuale di bambini che dedicano più di due ore al giorno a TV e videogiochi/tablet/ cellulare.

Si conferma inoltre, rispetto al 2008, il miglioramento già evidenziato nel 2010, 2012 e 2014 della % delle madri con corretta percezione dell'obesità dei propri figli. Infine, nel 2016, si riduce, rispetto al 2014, la percentuale delle madri con una non corretta percezione dell'assunzione di cibo, mentre aumenta la % delle madri che percepiscono correttamente l'attività motoria dei propri figli

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

Operatori sanitari

Le dimensioni del fenomeno sovrappeso/obesità giustificano da parte degli operatori sanitari un'attenzione costante e regolare nei prossimi anni 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.

In particolare la collaborazione tra mondo della scuola e della salute potrà essere rafforzata attraverso interventi di educazione sanitaria focalizzati sui fattori di rischio modificabili, quali la diffusione della conoscenza sulle caratteristiche della colazione e merende adeguate, il tempo eccessivo passato in attività sedentarie o alla televisione, che non dovrebbe superare le 2 ore al giorno.

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

Gli studi mostrano in maniera incontrovertibile un ruolo chiave della scuola per affrontare efficacemente il problema della promozione della salute e dell'attività fisica dei bambini.

Seguendo la sua missione, la scuola dovrebbe estendere e migliorare le attività di educazione nutrizionale dei bambini, già oggi oggetto di intervento da parte di alcune scuole.

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.

Seppure implichi maggiori difficoltà, all'interno della scuola deve essere incoraggiata la distribuzione di almeno un pasto bilanciato al giorno che costituisce per il bambino una duplice opportunità: nutrirsi meglio e imparare a gustare il cibo mangiando anche nuovi 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.

La scuola può anche ridurre la distribuzione di bevande zuccherate e incentivare il consumo di frutta e yogurt.

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

Genitori

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

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

processi motivazionali e di consapevolezza che, modificando la percezione, possano facilitare l'identificazione del reale stato ponderale del proprio figlio.

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

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

Leaders, decisori locali e collettività

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

MATERIALI BIBLIOGRAFICI

- World Health Organization. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. 2016; disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/en/> (ultima consultazione maggio 2017).
- Knai C, Petticrew M, Mays N. The childhood obesity strategy. *BMJ*. 2016;354:i4613.
- Brennan LK, Brownson RC, Orleans CT. Childhood obesity policy research and practice: evidence for policy and environmental strategies. *Am J Prev Med*. 2014;46(1):e1-16.
- EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020; disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf (ultima consultazione maggio 2017).
- Hendriks AM, Kremers SP, Gubbels JS, Raat H, de Vries NK, Jansen MW. Towards health in all policies for childhood obesity prevention. *J Obes*. 2013;2013.
- World Health Organization. Population-based approaches to childhood obesity prevention. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva: WHO, 2012.
- Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Indicazioni per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione, settembre 2012 ; disponibile all'indirizzo: http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/8afacbd3-04e7-4a65-9d75-cec3a38ec1aa/prot7734_12_all2.pdf (ultima consultazione novembre 2014).
- Aranceta Bartrina J. Public health and the prevention of obesity: failure or success? *Nutr Hosp*. 2013;28 Suppl 5:128-37. Foltz JL, May AL, Belay B, Nihiser AJ, Dooyema CA, Blanck HM. Population-level intervention strategies and examples for obesity prevention in children. *Annu Rev Nutr*. 2012;32:391-415.
- Wu Y, Lau BD, Bleich S, Cheskin L, Boult C, Segal JB, Wang Y. Future Research Needs for Childhood Obesity Prevention Programs: Identification of Future Research Needs From Comparative Effectiveness Review No. 115.
- 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 (ultima consultazione maggio 2017).
- Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, Carter R, Mabry PL, Finegood DT, Huang T, Marsh T, Moodie ML. Changing the future of obesity: science, policy, and action. *Lancet* 2011; 378:838-47.
- Ministero della Salute. Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica, 2010; disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1248_allegato.pdf (ultima consultazione maggio 2017).
- Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. La sfida dell'obesità nella Regione europea dell'OMS e le strategie di risposta. Compendio. Geneva: WHO; 2007. Traduzione italiana curata dal Ministero della Salute e dalla Società Italiana di Nutrizione Umana, stampata nel 2008. <http://www.sinu.it/documenti/OMS%20La%20Sfida%20dell%27Obesit%C3%A0%20e%20le%20Strategie%20di%20Risposta%20CCM%20SINU.pdf> (ultima consultazione maggio 2017).
- Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. WHO; Geneva 2007. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf. (ultima consultazione maggio 2017).
- 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. (ultima consultazione maggio 2017).

- Nardone P, Spinelli A, Buoncristiano M, Lauria L, Pizzi E, Andreozzi S e Galeone D. Il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2014. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. (Supplemento 1, al n. 3 vol. 29 del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità).
- Spinelli A, Nardone P, Buoncristiano M, Lauria L, Andreozzi S, Galeone D. (Ed.). Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: dai risultati 2012 alle azioni. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/11).
- Lombardo FL, Spinelli A, Lazzeri G, Lamberti A, Mazzarella G, Nardone P, Pilato V, Buoncristiano M, Caroli M. Severe obesity prevalence in 8- to 9-year-old Italian children: a large population-based study. *Eur J Clin Nutr.* 2014.
- Wijnhoven T, van Raaij J M and Breda J. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative- Implementation of round 1 (2007/2008) and round 2 (2009/2010). WHO; 2014.
- Wijnhoven TM, van Raaij JM, Sjöberg A, Eldin N, Yngve A, Kunešová M, Starc G, Rito AI, Duleva V, Hassapidou M, Martos E, Pudule I, Petrauskiene A, Sant'Angelo VF, Hovengen R, Breda J. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: School Nutrition Environment and Body Mass Index in Primary Schools. *Int J Environ Res Public Health.* 2014;11(11):11261-85.
- Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Starc G, Hassapidou M, Spiroski I, Rutter H, Martos É, Rito AI, Hovengen R, Pérez-Farinós N, Petrauskiene A, Eldin N, Braeckvelt L, Pudule I, Kunešová M, Breda J. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6-9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. *BMC Public Health* 2014; 7 (14):806.
- Rossen LM, Talih M. Social determinants of disparities in weight among US children and adolescents. *Ann Epidemiol.* 2014;24(10):705-713.
- Gualdi-Russo E, Zaccagni L, Manzon VS, Masotti S, Rinaldo N, Khyatti M. Obesity and physical activity in children of immigrants. *Eur J Public Health.* 2014;24 Suppl 1:40-6.
- Lazzeri G, Giacchi MV, Spinelli A, Pammolli A, Dalmaso P, Nardone P, Lamberti A, Cavallo F. Overweight among students aged 11-15 years and its relationship with breakfast, area of residence and parents' education: results from the Italian HBSC 2010 cross-sectional study. *Nutr J.* 2014;13:69.
- Ng M, Fleming T et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 *Lancet.* 2014;384(9945):766-81.
- Angela Spinelli, Paola Nardone, Anna Lamberti, Marta Buoncristiano, Daniela Galeone e il gruppo OKkio alla SALUTE. Obesità e sovrappeso nei bambini italiani: il sistema di sorveglianza "okkio alla salute". *Not Ist Super Sanità* 2013;26(12):3-8.
- Bracale R, Milani L, Ferrara E, Balzaretto C, Valerio A, Russo V, Nisoli E, Carruba MO. Childhood obesity, overweight and underweight: a study in primary schools in Milan. *Eat Weight Disord.* 2013;18(2):183-91.
- Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Rito AI, Hovengen R, Kunesova M, Starc G, Rutter H, Sjöberg A, Petrauskiene A, O'Dwyer U, Petrova S, Farrugia Sant'angelo V, Wauters M, Yngve A, Rubana IM, Breda J. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6-9-year-old children. *Pediatr Obes.* 2012.
- Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S, Galeone D. (Ed.). Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2010. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/14).
- Binkin N, Fontana G, Lamberti A, Cattaneo C, Baglio G, Perra A, Spinelli A. A national survey of the prevalence of childhood overweight and obesity in Italy. *Obes Rev.* 2010;11(1):2-10.

Metodo di studio

- Sullivan K KW, Chen M, Frerichs R. CSAMPLE: analyzing data from complex surveys samples. Epi Info, version 6, User's guide. 2007. p. 157-81.
- Borgers N. et al. Childrens as respondents in survey research: cognitive development and response quality. Bulletin de Méthodologie Sociologique 2000;66:60-75.
- Bennett S. et al. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. World Health Stat Q. 1991;44:98-106.

IMC: curve di riferimento e studi progressi

- Cacciari E, Milani S, Balsamo A, et al. Italian cross-sectional growth charts for height, weight and BMI (2 to 20 yr). J. Endocrinol. Invest. 2014;29(7):581-593.
- Gonzalez-Casanova I, Sarmiento OL, Gazmararian JA, Cunningham SA, Martorell R, Pratt M, Stein AD. Comparing three body mass index classification systems to assess overweight and obesity in children and adolescents. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(5):349-55.
- de Onis M, Martínez-Costa C, Núñez F, Nguetack-Tsague G, Montal A, Brines J. Association between WHO cut-offs for childhood overweight and obesity and cardiometabolic risk. Public Health Nutr. 2013;16(4):625-30.
- Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatric Obesity 2012; 7:284–294.
- Rolland-Cachera MF. Towards a simplified definition of childhood obesity? A focus on the extended IOTF references. Pediatr. Obes. 2012;7(4):259-60.
- de Onis M, Onyango A, Borghi E, Siyam A, Blössner M, Lutter C. Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards. Public Health Nutr. 2012;15(9):1603-10.
- Katzmarzyk PT, Shen W, Baxter-Jones A, Bell JD, Butte NF, Demerath EW, Gilsanz V, Goran MI, Hirschler V, Hu HH, Maffei C, Malina RM, Müller MJ, Pietrobelli A, Wells JC. Adiposity in children and adolescents: correlates and clinical consequences of fat stored in specific body depots. Pediatric obesity 2012;7(5):e42-61.
- Monasta L, Lobstein T, Cole TJ, Vignerová J, Cattaneo A. Defining overweight and obesity in pre-school children: IOTF reference or WHO standard? Obes Rev. 2011;12(4):295-300.
- Rolland-Cachera MF and The European Childhood Obesity Group. Childhood obesity: current definitions and recommendations for their use. International Journal of Pediatric Obesity, 2011; 6: 325–331.
- de Onis M, Lobstein T. Defining obesity risk status in the general childhood population: which cut-offs should we use? Int. J. Pediatr. Obes. 2010;5(6):458-60.
- WHO AnthroPlus for personal computers Manual: Software for assessing growth of the world's children and adolescents. Geneva: WHO, 2009.
- Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. BMJ 2007; 28 (335):194.
- de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin of the World Health Organization 2007;85:660–667.
- Kuczmarski RJ, Ogden CL, Guo SS, et al. 2000 CDC growth charts for the United States: methods and development. Vital Health Stat 11 2002;246:1–190.
- Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. BMJ 2000; 320:1240-1243.
- Dietz WH, Bellizzi MC. Introduction: the use of body mass index to assess obesity in children. Am. J. Clin. Nutr. 1999;70(1):123S-5S.

Fattori di rischio modificabili

- Valerio G, Balsamo A, Baroni MG, Brufani C, Forziato C, Grugni G, Licenziati MR, Maffei C, Miraglia Del Giudice E, Morandi A, Pacifico L, Sartorio A, Manco M; on the behalf of the Childhood Obesity Group of the Italian Society of Pediatric Endocrinology and Diabetology.. Childhood obesity classification systems and cardiometabolic risk factors: a comparison of the Italian, World Health Organization and International Obesity Task Force references. *Ital J Pediatr.* 2017 Feb 4;43(1):19
- Lau EY, Barr-Anderson DJ, Forthofer M, Saunders RP, Pate RR. Associations Between Home Environment and After-School Physical Activity and Sedentary Time Among 6th Grade Children. *Pediatr Exerc Sci.* 2014.
- Xiao Q, Keadle SK, Hollenbeck AR, Matthews CE. Sleep Duration and Total and Cause-Specific Mortality in a Large US Cohort: Interrelationships With Physical Activity, Sedentary Behavior, and Body Mass Index. *Am J Epidemiol.* 2014;180(10):997-1006.
- Mytton OT, Nnoaham K, Eyles H, Scarborough P, Ni Mhurchu C. Systematic review and meta-analysis of the effect of increased vegetable and fruit consumption on body weight and energy intake. *BMC Public Health.* 2014;14:886.
- Appelhans BM, Fitzpatrick SL, Li H, Cail V, Waring ME, Schneider KL, Whited MC, Busch AM, Pagoto SL. The home environment and childhood obesity in low-income households: indirect effects via sleep duration and screen time. *BMC Public Health.* 2014;14:1160.
- Tandon P, Grow HM, Couch S, Glanz K, Sallis JF, Frank LD, Saelens BE. Physical and social home environment in relation to children's overall and home-based physical activity and sedentary time. *Prev Med.* 2014;66:39-44.
- Olafsdottir S, Berg C, Eiben G, Lanfer A, Reisch L, Ahrens W, Kourides Y, Molnár D, Moreno LA, Siani A, Veidebaum T, Lissner L. Young children's screen activities, sweet drink consumption and anthropometry: results from a prospective European study. *Eur J Clin Nutr.* 2014;68(2):223-8.
- Stamatakis E, Coombs N, Jago R, Gama A, Mourão I, Nogueira H, Rosado V, Padez C. Associations between indicators of screen time and adiposity indices in Portuguese children. *Prev Med.* 2013;56(5):299-303.
- Pate RR, O'Neill JR, Liese AD, Janz KF, Granberg EM, Colabianchi N, Harsha DW, Condrasky MM, O'Neil PM, Lau EY, Taverno Ross SE. Factors associated with development of excessive fatness in children and adolescents: a review of prospective studies. *Obes Rev.* 2013;14(8):645-58.
- Morgan RE. Does consumption of high-fructose corn syrup beverages cause obesity in children? *Pediatr Obes.* 2013;8(4):249-54.
- Fakhouri TH, Hughes JP, Brody DJ, Kit BK, Ogden CL. Physical activity and screen-time viewing among elementary school-aged children in the United States from 2009 to 2010. *JAMA Pediatr.* 2013;167(3):223-9.
- Te Morenga L, Mallard S, Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ.* 2012;346:e7492.
- Davis CL, Pollock NK, Waller JL, Allison JD, Dennis BA, Bassali R, Meléndez A, Boyle CA, Gower BA. Exercise dose and diabetes risk in overweight and obese children: a randomized controlled trial. *JAMA* 2012;308(11):1103-12.
- Censi L, D'Addesa D, Galeone D, Andreozzi S, Spinelli A (Ed.). *Studio ZOOM8: l'alimentazione e l'attività fisica dei bambini della scuola primaria.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/42).
- Hooper L, Abdelhamid A, Moore HJ, Douthwaite W, Skeaff CM, Summerbell CD. Effect of reducing total fat intake on body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ.* 2012;345:e7666.
- Kral TV, Rauh EM. Eating behaviors of children in the context of their family environment. *Physiol Behav.* 2010;100(5):567-73.

Interventi e linee guida per l'azione

- Valerio G, Cunti A, Sabatano F, Pasolini O, Iannone L. Guida alla attività fisica per la salute per i docenti della scuola primaria. 2012; disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/obesita/pdf/guida%20attivit%27%20fisica%20per%20la%20salute.pdf> (ultima consultazione maggio 2017)
- Martin A, Saunders DH, Shenkin SD, Sproule J. Lifestyle intervention for improving school achievement in overweight or obese children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Mar 14;3:CD009728.
- Kovács E, Siani A, Konstabel K, Hadjigeorgiou C, de Bourdeaudhuij I, Eiben G, Lissner L, Gwozdz W, Reisch L, Pala V, Moreno LA, Pigeot I, Pohlabein H, Ahrens W, Molnár D; IDEFICS consortium. Adherence to the obesity-related lifestyle intervention targets in the IDEFICS study. *Int J Obes (Lond).* 2014;38 Suppl 2:S144-51.
- Guerra PH, Nobre MR, da Silveira JA, Taddei JA. School-based physical activity and nutritional education interventions on body mass index: a meta-analysis of randomised community trials - project PANE. *Prev Med.* 2014;61:81-9.
- Dobbins M, Husson H, DeCorby K, LaRocca RL. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013.
- Fairclough SJ, Hackett AF, Davies IG, Gobbi R, Mackintosh KA, Warburton GL, Stratton G, van Sluijs EM, Boddy LM. Promoting healthy weight in primary school children through physical activity and nutrition education: a pragmatic evaluation of the CHANGE! randomised intervention study. *BMC Public Health.* 2013;13:626.
- Moss A, Smith S, Null D, Long Roth S, Tragoudas U. Farm to School and Nutrition Education: Positively Affecting Elementary School-Aged Children's Nutrition Knowledge and Consumption Behavior. *Child Obes.* 2013;9(1):51-6.
- Silveira JA, Taddei JA, Guerra PH, Nobre MR. The effect of participation in school-based nutrition education interventions on body mass index: a meta-analysis of randomized controlled community trials. *Prev Med.* 2013;56(3-4):237-43.
- Wright K, Giger JN, Norris K, Suro Z. Impact of a nurse-directed, coordinated school health program to enhance physical activity behaviors and reduce body mass index among minority children: a parallel-group, randomized control trial. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(6):727-37.
- Mostafavi R, Ziaee V, Akbari H, Haji-Hosseini S. The Effects of SPARK Physical Education Program on Fundamental Motor Skills in 4-6 Year-Old Children. *Iran J Pediatr.* 2013;23(2):216-9.
- Breslin G, Brennan D, Rafferty R, Gallagher AM, Hanna D. The effect of a healthy lifestyle programme on 8-9 year olds from social disadvantage. *Arch Dis Child.* 2012;97(7):618-24.
- Van Grieken A, Ezendam NP, Paulis WD, van der Wouden JC, Raat H. Primary prevention of overweight in children and adolescents: a meta-analysis of the effectiveness of interventions aiming to decrease sedentary behaviour. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2012 28;9:61.
- Brandstetter S, Klenk J, Berg S, Galm C, Fritz M, Peter R, Prokopchuk D, Steiner RP, Wartha O, Steinacker J, Wabitsch M. Overweight prevention implemented by primary school teachers: a randomised controlled trial. *Obes Facts.* 2012;5(1):1-11.
- Hendrie GA, Brindal E, Corsini N, Gardner C, Baird D, Golley RK. Combined home and school obesity prevention interventions for children: what behavior change strategies and intervention characteristics are associated with effectiveness? *Health Educ Behav.* 2012;39(2):159-71.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). School health guidelines to promote healthy eating and physical activity. *MMWR Recomm Rep.* 2011;60(RR-5):1-76.
- Plachta-Danielzik S, Landsberg B, Lange D, Langnase K, Müller MJ. [15 years of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). Results and its importance for obesity prevention in children and adolescents]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2011;54(3):304-12.

- Van Cauwenberghe E, Maes L, Spittaels H, van Lenthe FJ, Brug J, Oppert JM, De Bourdeaudhuij I. Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: systematic review of published and 'grey' literature. *Br J Nutr.* 2010;103(6):781-97.
- Taylor RW, McAuley KA, Barbezat W, Strong A, Williams SM, Mann JI. APPLE Project: 2-y findings of a community-based obesity prevention program in primary school age children. *Am J Clin Nutr.* 2007;86(3):735-42.

Incidenti domestici:

- ISTAT. La vita quotidiana. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/archivio/66990> (ultima consultazione maggio 2017).
- Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA). Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/casa/?lang=1&id=144&tipo=11> (ultima consultazione maggio 2017).

Consumo del sale iodato:

- Campanozzi A, Avallone S, Barbato A, Iacone R, Russo O, De Filippo G, D'Angelo G, Pensabene L, Malmisura B, Cecere G, Micillo M, Francavilla R, Tetro A, Lombardi G, Tonelli L, Castellucci G, Ferraro L, Di Biase R, Lezo A, Salvatore S, Paoletti S, Siani A, Galeone D, Strazzullo P; MINISAL-GIRCSI Program Study Group. High sodium and low potassium intake among Italian children: relationship with age, body mass and blood pressure. *PLoS One* 2015;10(4)
- Patel D, Cogswell ME, John K, Creel S, Ayala C. Knowledge, Attitudes, and Behaviors Related to Sodium Intake and Reduction Among Adult Consumers in the United States. *Am J Health Promot* 2015
- He FJ, Wu Y, Feng XX, Ma J, Ma Y, Wang H, Zhang J, Yuan J, Lin CP, Nowson C, MacGregor GA. School based education programme to reduce salt intake in children and their families (School-EduSalt): cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2015;350:h770
- Girardet JP, Rieu D, Bocquet A, Bresson JL, Briend A, Chouraqui JP, Darmaun D, Dupont C, Frelut ML, Hankard R, Goulet O, Simeoni U, Turck D, Vidailhet M; Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. [Salt intake in children]. *Arch Pediatr* 2014;21(5):521-8.
- Cappuccio F, Capewell S, Lincoln P, et al. Policy options to reduce population salt intake. *BMJ* 2011;343:1-8
- World Health Organization. Reducing salt intake in populations. In: WHO Forum and Technical Meeting, Paris, 5-7 October 2006. Geneva: World Health Organization; 2007

Allattamento:

- Jarpa MC, Cerda LJ, Terrazas MC, Cano CC. Breastfeeding as a protective factor against overweight and obesity among pre-school children. *Rev Chil Pediatr* 2015;86(1):32-7
- Pudla KJ, González-Chica DA, Vasconcelos Fde A. Effect of breastfeeding on obesity of schoolchildren: influence of maternal education. *Rev Paul Pediatr* 2015;33(3):295-302
- van der Willik EM, Vrijkotte TG, Altenburg TM, Gademan MG, Kist-van Holthe J. Exclusively breastfed overweight infants are at the same risk of childhood overweight as formula fed overweight infants. *Arch Dis Child* 2015;100(10):932-7
- Scott JA, Ng SY, Cobiac L. The relationship between breastfeeding and weight status in a national sample of Australian children and adolescents. *BMC Public Health* 2012;12:107

- Aguilar Cordero MJ, Sánchez López AM, Madrid Baños N, Mur Villar N, Expósito Ruiz M, Hermoso Rodríguez E. Breastfeeding for the prevention of overweight and obesity in children and teenagers; systematic review. *Nutr Hosp* 2014;31(2):606-20
- Moss BG, Yeaton WH. Early childhood healthy and obese weight status: potentially protective benefits of breastfeeding and delaying solid foods. *Matern Child Health J* 2014;18(5):1224-32

Taglio cesareo:

- Blustein J, Liu J. Time to consider the risks of caesarean delivery for long term child health. *BMJ* 2015;350
- Carrillo-Larco RM, Miranda JJ, Bernabé-Ortiz A. Delivery by caesarean section and risk of childhood obesity: analysis of a Peruvian prospective cohort. *PeerJ* 2015;3:e1046
- Pei Z, Heinrich J, Fuertes E, Flexeder C, Hoffmann B, Lehmann I, Schaaf B, von Berg A, Koletzko S; Influences of Lifestyle-Related Factors on the Immune System and the Development of Allergies in Childhood plus Air Pollution and Genetics (LISApplus) Study Group. Caesarean delivery and risk of childhood obesity. *J Pediatr* 2014;164(5):1068-1073
- Salehi-Abargouei A, Shiranian A, Ehsani S, Surkan PJ, Esmailzadeh A. Caesarean delivery is associated with childhood general obesity but not abdominal obesity in Iranian elementary school children. *Acta Paediatr.* 2014;103(9):e383-7
- Li HT, Zhou YB, Liu JM. The impact of cesarean section on offspring overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Int J Obes (Lond)* 2013;37(7):893-9
- Flemming K, Woolcott CG, Allen AC, Veugelers PJ, Kuhle S. The association between caesarean section and childhood obesity revisited: a cohort study. *Arch Dis Child* 2013;98(7):526-32
- Goldani MZ, Barbieri MA, da Silva AA, Gutierrez MR, Bettiol H, Goldani HA. Caesarean section and increased body mass index in school children: two cohort studies from distinct socioeconomic background areas in Brazil. *Nutr J.* 2013;12:104

Status socio-economico:

- Petrauskienė A, Žaltauskė V, Albavičiūtė E. Family socioeconomic status and nutrition habits of 7-8 year old children: cross-sectional Lithuanian COSI study. *Ital J Pediatr.* 2015;41(1):34
- Shrewsbury V, Wardle J. Socioeconomic status and adiposity in childhood: a systematic review of cross-sectional studies 1990-2005. *Obesity (Silver Spring).* 2008;16(2):275-84
- ISTAT. Indicatore sintetico di deprivazione. Disponibile all'indirizzo: http://noi-italia2015.istat.it/index.php?id=7&user_100ind_pi1%5Bid_pagina%5D=107&cHash=3800d68643df55f949571ef09e9e2a33 (ultima consultazione maggio 2017).