



RAPPORTI ISTISAN 14|11

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: dai risultati 2012 alle azioni

A cura di

A. Spinelli, P. Nardone, M. Buoncristiano,
L. Lauria, S. Andreozzi e D. Galeone



EPIDEMIOLOGIA
E SANITÀ PUBBLICA

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE:
dai risultati 2012 alle azioni**

A cura di

Angela Spinelli (a), Paola Nardone (a), Marta Buoncristiano (a),
Laura Lauria (a), Silvia Andreozzi (a) e Daniela Galeone (b)

*(a) Centro Nazionale Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

*(b) Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione,
Ministero della Salute, Roma*

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Rapporti ISTISAN
14/11

Istituto Superiore di Sanità

Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: dai risultati 2012 alle azioni.

A cura di Angela Spinelli, Paola Nardone, Marta Buoncristiano, Laura Lauria, Silvia Andreozzi e Daniela Galeone
2014, ix, 153 p. Rapporti ISTISAN 14/11

Nel 2012 è stata condotta in Italia la terza raccolta dati del sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE, parte della *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) del *WHO Regional Office for Europe*. Hanno partecipato tutte le Regioni con campioni rappresentativi a livello regionale e in alcuni casi di ASL. In totale sono state coinvolte 2.622 classi terze della scuola primaria, 46.483 bambini e 48.668 genitori. Il 22,2% dei bambini di 8-9 anni è risultato in sovrappeso e il 10,6% obeso, con percentuali più alte nelle Regioni del Sud e del Centro e una tendenza alla diminuzione negli anni. 9% dei bambini aveva saltato la colazione e 65% aveva fatto un merenda a elevata densità calorica; 22% non consumava giornalmente frutta e/o verdura; 36% trascorreva più di 2 ore al giorno alla TV e/o videogiochi. Nel rapporto sono presentati i risultati del 2012 e diverse iniziative locali intraprese per prevenire l'obesità nei bambini e favorire stili di vita salutari.

Parole chiave: Obesità; Salute dei bambini; Alimentazione; Attività fisica

Istituto Superiore di Sanità

Surveillance system OKkio alla SALUTE: from the 2012 results to action.

Edited by Angela Spinelli, Paola Nardone, Marta Buoncristiano, Laura Lauria, Silvia Andreozzi and Daniela Galeone
2014, ix, 153 p. Rapporti ISTISAN 14/11 (in Italian)

In 2012, the third round of data collection of the surveillance system OKkio alla SALUTE was carried out. This system is part of the Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) of WHO Regional Office for Europe. All Regions took part with samples representative at regional or Local Health Unit level. In total, 2,622 grade 3 classes, 46,483 children and 48,668 parents were involved. 22.2% of 8-9 years old children were overweight and 10.6% obese, with greater prevalence in the South and the Centre of Italy. A decreasing trend over time has been observed since the first round (2008). 9% of the children did not have breakfast and 65% consumed mid-morning calorific snacks; 22% did not consume fruit and vegetables daily; 36% spent more than 2 hours watching TV or playing with videogames. The report presents the results from 2012 and the interventions started at local level to prevent childhood obesity and promote healthy lifestyles.

Key words: Obesity; Children's health; Nutrition; Physical activity

Un ringraziamento particolare è rivolto agli operatori sanitari e della scuola che hanno partecipato intensamente alla realizzazione dell'indagine. Il loro contributo è stato determinante per la buona riuscita della raccolta dei dati. La lista completa, fornita dai referenti regionali, è riportata in Appendice C. Si ringraziano i bambini, le famiglie, i dirigenti scolastici e gli insegnanti che hanno preso parte all'indagine, permettendo così di comprendere meglio la situazione nutrizionale e le abitudini dei bambini italiani, e di avviare iniziative volte a migliorarne lo stato di salute.

Un sincero ringraziamento alla società MPA Solutions che ha creato il software utilizzato per l'inserimento dei dati e alla società Civicamente che ha curato la grafica degli strumenti e il logo dell'iniziativa.

La terza raccolta di OKkio alla SALUTE è stata realizzata grazie ai fondi del Progetto CCM "Sovrappeso e obesità nei bambini: il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE".

Per informazioni su questo documento scrivere a: angela.spinelli@iss.it.

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it.

Citare questo documento come segue:

Spinelli A, Nardone P, Buoncristiano M, Lauria L, Andreozzi A, Galeone D (Ed.). *Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: dai risultati 2012 alle azioni*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/11).

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Gualtiero Ricciardi*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Paola De Castro* e *Sandra Salinetti*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.



Gruppo OKkio alla SALUTE 2008-2009

Coordinamento nazionale e referenti regionali

Angela Spinelli, Giovanni Baglio, Nancy Binkin, Mauro Bucciarelli, Chiara Cattaneo, Gabriele Fontana, Anna Lamberti, Alberto Perra (coordinamento, Istituto Superiore di Sanità); Daniela Galeone (Ministero della Salute); Maria Teresa Silani, Edvige Mastantuono, Silvana Teti (Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio); Laura Censi, Dina D'Addesa, Amleto D'Amicis (INRAN); Antonio Ciglia e Manuela Di Giacomo (Regione Abruzzo), Gabriella Cauzillo e Gerardina Sorrentino (Regione Basilicata), Giuseppina Fersini, Marina La Rocca e Giuseppe Perri (Regione Calabria), Giuseppina De Lorenzo (Regione Campania), Paola Angelini e Emanuela Di Martino (Regione Emilia-Romagna), Claudia Carletti e Rossana Rincorosi (Regione Friuli-Venezia Giulia), Giulia Cairella e Esmeralda Castronuovo (Regione Lazio), Federica Pascali e Paola Oreste (Regione Liguria), Anna Rita Silvestri (ASL Milano, Lombardia), Giordano Giostra e Giuliano Tagliavento (Regione Marche), Teresa Manfredi Selvaggi (Regione Molise), Marcello Caputo (Regione Piemonte), Savino Anelli e Vincenzo Pomo (Regione Puglia), Pina Arras e Grazia Cattina (Regione Sardegna), Achille Cernigliaro e Simonetta Rizzo (Regione Sicilia), Mariano Giacchi e Giacomo Lazzeri (Regione Toscana), Marco Cristofori e Mariadonata Giaimo (Regione Umbria), Anna Maria Covarino e Giovanni D'Alessandro (Regione Valle d'Aosta), Riccardo Galesso e Mary Elizabeth Tamang (Regione Veneto), Antonio Fanolla, Lucio Lucchin e Sabine Weiss (Provincia Autonoma Bolzano), Silvano Piffer (Provincia Autonoma Trento)

Coorte Profea 2006

Amedeo Baldi, Maria Teresa Balducci, Stefano Bilei, Olivia Callipari, Amalia De Luca, Maria Di Fabio, Antonio Marrone, Gianfranco Mazzarella, Annarita Silvestri

Comitato Tecnico

Giovanni Baglio, Giulia Cairella, Marcello Caputo, Margherita Caroli, Franco Cavallo, Amleto D'Amicis, Laura Censi, Amalia De Luca, Gabriele Fontana, Giordano Giostra, Anna Lamberti, Gianfranco Mazzarella, Giuseppe Perri, Maria Teresa Silani, Anna Rita Silvestri, Angela Spinelli, Lorenzo Spizzichino

Gruppo OKkio alla SALUTE 2010

Coordinamento nazionale e referenti regionali

Angela Spinelli, Anna Lamberti, Giovanni Baglio, Paola Nardone, Mauro Bucciarelli, Silvia Andreozzi, Marina Pediconi, Sonia Rubimarca (Gruppo di coordinamento nazionale - CNESPS, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute – Istituto Superiore di Sanità); Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano, Maria Teresa Scotti (Ministero della Salute); Maria Teresa Silani, Silvana Teti (Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio); Laura Censi, Dina D'Addesa (INRAN); Antonio Ciglia e Manuela Di Giacomo (Regione Abruzzo), Giuseppina Ammirati, Gabriella Cauzillo e Gerardina Sorrentino (Regione Basilicata), Caterina Azzarito e Marina La Rocca (Regione Calabria), Renato Pizzuti e Gianfranco Mazzarella (Regione Campania), Paola Angelini, Emanuela Di Martino e Marina Fridel (Regione Emilia-Romagna), Claudia Carletti e Adriano Cattaneo (Regione Friuli-Venezia Giulia), Giulia Cairella e Esmeralda Castronuovo (Regione Lazio), Federica Pascali e Sergio Schiaffino (Regione Liguria), Anna Rita Silvestri (ASL Milano, Lombardia), Elisabetta Benedetti, Simona De Introna e Giordano Giostra (Regione Marche), Teresa Manfredi Selvaggi, Ornella Valentini e Concetta Di Nucci (Regione Molise), Marcello Caputo, Paolo Ferrari (Regione Piemonte), Savino Anelli, Giovanna Rosa ed Elisabetta Viesti (Regione Puglia), Serena Meloni, Rita Masala e Maria Letizia Senis (Regione Sardegna), Achille Cernigliaro e Simonetta Rizzo (Regione Sicilia), Mariano Giacchi, Giacomo Lazzeri e Valentina Pilato (Regione Toscana), Marco Cristofori, Marina Brinchi e Maria Donata Giaimo (Regione Umbria), Anna Maria Covarino e Giovanni D'Alessandro (Regione Valle d'Aosta), Riccardo Galesso (Regione Veneto), Antonio Fanolla, Lucio Lucchin e Sabine Weiss (Provincia Autonoma Bolzano), Silvano Piffer (Provincia Autonoma Trento)

Comitato Tecnico

Giovanni Baglio, Giulia Cairella, Marcello Caputo, Margherita Caroli, Chiara Cattaneo, Franco Cavallo, Laura Censi, Amalia De Luca, Barbara De Mei, Daniela Galeone, Giordano Giostra, Anna Lamberti, Gianfranco Mazzarella, Paola Nardone, Giuseppe Perri, Maria Teresa Silani, Anna Rita Silvestri, Angela Spinelli, Lorenzo Spizzichino

Gruppo OKkio alla SALUTE 2012

Coordinamento nazionale e referenti regionali

Angela Spinelli, Anna Lamberti, Paola Nardone, Marta Buoncristiano, Laura Lauria, Mauro Bucciarelli, Silvia Andreozzi, Marina Pediconi, Sonia Rubimarca (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 (MIUR); Laura Censi (INRAN); Manuela Di Giacomo, Claudia Colleluori e Ercole Ranalli (Regione Abruzzo), Giuseppina Ammirati, Mariangela Mininni e Gerardina Sorrentino (Regione Basilicata), Caterina Azzarito e Marina La Rocca (Regione Calabria), Gianfranco Mazzarella e Renato Pizzuti (Regione Campania), Paola Angelini e Marina Fridel (Regione Emilia-Romagna), Claudia Carletti, Paola Pani e Loris Zanier (Regione Friuli-Venezia Giulia), Giulia Cairella e Esmeralda Castronuovo (Regione Lazio), Federica Pascali e Sergio Schiaffino (Regione Liguria), Marina Bonfanti (Regione Lombardia), Elisabetta Benedetti, Simona De Introna e Giordano Giostra (Regione Marche), Concetta Di Nucci, Teresa Manfredi Selvaggi e Ornella Valentini (Regione Molise), Marcello Caputo, Paolo Ferrari (Regione Piemonte), Savino Anelli, Maria Teresa Balducci e Giovanna Rosa (Regione Puglia), Serena Meloni e Maria Letizia Senis (Regione Sardegna), Achille Cernigliaro, Maria Paola Ferro e Salvatore Scondotto (Regione Sicilia), Mariano Giacchi, Giacomo Lazzeri e Rita Simi (Regione Toscana), Marco Cristofori, Maria Donata Giaimo e Stefania Prandini (Regione Umbria), Anna Maria Covarino e Giovanni D'Alessandro (Regione Valle d'Aosta), Riccardo Galesso (Regione Veneto), Antonio Fanolla, Lucio Lucchin e Sabine Weiss (Provincia Autonoma Bolzano), Marino Migazzi e Maria Grazia Zuccali (Provincia Autonoma Trento)

Comitato Tecnico

Marta Buoncristiano, Giulia Cairella, Marcello Caputo, Margherita Caroli, Chiara Cattaneo, Laura Censi, Barbara De Mei, Daniela Galeone, Mariano Giacchi, Giordano Giostra, Anna Lamberti, Laura Lauria, Gianfranco Mazzarella, Paola Nardone, Giuseppe Perri, Anna Rita Silvestri, Angela Spinelli, Lorenzo Spizzichino, Alessandro Vienna

INDICE

Presentazione

Fabrizio Oleari v

Prefazione

Giuseppe Ruocco vii

Premessa

Giovanna Boda ix

OKkio alla SALUTE: un sistema di sorveglianza per migliorare la salute dei bambini

*Angela Spinelli, Daniela Galeone, Anna Lamberti, Paola Nardone, Marta Buoncris-
tiano, Mauro Bucciarelli, Laura Lauria, Enrica Pizzi, Silvia Andreozzi, Marina Pediconi,
Gruppo OKkio alla SALUTE 2008-2009, Gruppo OKkio alla SALUTE 2010,
Gruppo OKkio alla SALUTE 2012* 1

Caratteristiche della popolazione

*Marta Buoncris-
tiano, Mauro Bucciarelli, Paola Nardone, Angela Spinelli, Anna Lamberti,
Laura Lauria, Sonia Rubimarca* 9

Stato ponderale dei bambini

*Paola Nardone, Marta Buoncris-
tiano, Anna Lamberti, Laura Lauria, Mauro Bucciarelli,
Silvia Andreozzi, Angela Spinelli, Gruppo OKkio alla SALUTE 2008-2009,
Gruppo OKkio alla SALUTE 2010, Gruppo OKkio alla SALUTE 2012* 15

Abitudini alimentari dei bambini

*Laura Lauria, Marta Buoncris-
tiano, Paola Nardone, Anna Lamberti,
Mauro Bucciarelli, Sonia Rubimarca, Angela Spinelli* 23

Attività fisica e comportamenti sedentari nei bambini

*Marta Buoncris-
tiano, Paola Nardone, Anna Lamberti, Laura Lauria,
Mauro Bucciarelli, Angela Spinelli* 39

Percezione materna dello stato di salute dei propri figli

*Paola Nardone, Marta Buoncris-
tiano, Anna Lamberti, Mauro Bucciarelli,
Laura Lauria, Angela Spinelli, Gruppo OKkio alla SALUTE 2012* 49

Ambiente scolastico

*Laura Lauria, Anna Lamberti, Marta Buoncris-
tiano, Paola Nardone,
Mauro Bucciarelli, Angela Spinelli, Gruppo OKkio alla SALUTE 2012* 53

Attività di prevenzione dell'obesità infantile realizzate a livello regionale

*Enrica Pizzi, Paola Nardone, Laura Lauria, Marta Buoncris-
tiano, Silvia Andreozzi,
Angela Spinelli, Gruppo OKkio alla SALUTE 2008-9, Gruppo OKkio alla SALUTE 2010,
Gruppo OKkio alla SALUTE 2012* 67

APPENDICE A

Questionari OKkio alla SALUTE 2012	105
A1. Questionario per i bambini	107
A2. Questionario per i Dirigenti scolastici	111
A3. Questionario per gli insegnanti.....	116
A4. Questionario per i genitori.....	118

APPENDICE B

Dati regionali di OKkio alla SALUTE 2012 <i>Silvia Andreozzi, Mauro Bucciarelli, Marta Buoncristiano, Patrizia Carbonari, Stefania Luzi, Gruppo OKkio alla SALUTE 2012</i>	121
---	-----

APPENDICE C

Operatori sanitari e della scuola che hanno partecipato alla raccolta dati OKkio alla SALUTE 2012	145
--	-----

PRESENTAZIONE

Le malattie cronic-degenerative rappresentano oggi la causa principale di richiesta di assistenza sanitaria; molte di esse sono attribuibili a fattori di rischio modificabili e che si instaurano sin dalla giovane età, tra cui l'eccesso di peso, una scorretta alimentazione e l'inattività fisica. Pertanto la lotta all'obesità, che registra una prevalenza triplicata dal 1980 in molti Paesi europei ed è in continuo aumento soprattutto tra i bambini, rappresenta per l'Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organization*, WHO) una delle più grandi sfide di sanità pubblica del 21° secolo.

In Europa, nonostante l'attenzione rivolta alla promozione degli stili di vita salutari e al contrasto del sovrappeso, la proporzione di persone in eccesso ponderale rimane elevata e circa il 7% della spesa sanitaria europea è impiegata nella cura di patologie connesse all'obesità come il diabete, l'ipertensione arteriosa, le patologie cardiovascolari, ecc. Secondo quanto riportato nel *Global Status Report on Non-Communicable Diseases 2010* della WHO, circa 2,8 milioni di morti l'anno nell'Unione europea sono dovuti a cause associate con il sovrappeso e l'obesità.

L'eccesso ponderale riguarda indistintamente adulti e bambini, anche se gli alti livelli riscontrati nei giovani rappresentano un'area di particolare preoccupazione. I dati raccolti in 13 Paesi dalla *Childhood Obesity Surveillance Initiative* del *WHO Regional Office for Europe* mostrano valori di sovrappeso e obesità in bambini di 6-9 anni che variano da 11% a 37% tra i maschi e da 15% a 35% tra le femmine.

L'Italia partecipa a questa raccolta dati con il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE che conferma livelli preoccupanti di eccesso ponderale nei bambini di 8-9 anni. Come riportato in questo rapporto che presenta i risultati della terza rilevazione, nel 2012 un bambino su tre è in sovrappeso o obeso. Risultato positivo è la tendenza a una leggera diminuzione del fenomeno negli anni, sebbene permangano delle notevoli variazioni regionali, con valori più elevati al Sud.

OKkio alla SALUTE non ha solamente contribuito alla conoscenza dell'eccesso ponderale dei bambini italiani, ma ha anche incentivato lo sviluppo e la presa di coscienza del problema attraverso delle campagne di comunicazione mirate ai diversi portatori di interesse: bambini, scuola, famiglia, pediatri di libera scelta e altri operatori del sistema sanitario nazionale.

Inoltre, come illustrato nel presente rapporto in un capitolo dedicato, la sorveglianza e il processo comunicativo hanno favorito lo sviluppo di azioni atte a contrastare l'eccesso di peso e a promuovere la salute dei bambini attraverso programmi che hanno coinvolto i diversi professionisti della salute e il settore scolastico in tutto il territorio nazionale.

I risultati raggiunti negli anni, grazie ad OKkio alla SALUTE e a tutti i professionisti che hanno contribuito al suo successo, ci consentono di guardare al futuro con una maggiore consapevolezza dei problemi di salute che dobbiamo fronteggiare e nel contempo con la convinzione che grazie alle competenze acquisite, a vari livelli, si può contrastare in maniera efficace l'eccesso ponderale nei bambini, promuovere una sana alimentazione e una maggiore attitudine al movimento. Investire sugli stili di vita dei giovani rappresenta un guadagno in salute per il futuro.

Dott. Fabrizio Oleari
*Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità**

* al momento della stesura del rapporto

PREFAZIONE

Una dieta qualitativamente equilibrata – in termini di bilancio fra grassi, proteine e glucidi – e un’adeguata distribuzione dei pasti nell’arco della giornata contribuiscono a determinare e mantenere un corretto stato nutrizionale.

L’apporto e il dispendio energetico individuale sono influenzati da un’ampia gamma di fattori comportamentali e ambientali e una delle principali ragioni del rapido aumento dell’obesità risiede nei cambiamenti dello stile di vita che influenzano i modelli di consumo attualmente prevalenti.

I ritmi della vita moderna, infatti, fanno sì che si mangi fuori casa più spesso, si consumino più cibi ad elevata densità energetica e più bevande zuccherate, e si spenda meno tempo a consumare i pasti in famiglia. Sono, inoltre, sempre più accessibili e diffusi preparati e prodotti alimentari trasformati di pronto uso. A tutto questo si aggiunge la mancanza di attività fisica che contribuisce, inoltre, ad aumentare i livelli di obesità infantile e adulta.

Una sana alimentazione insieme a uno stile di vita attivo sono fondamentali per la prevenzione del sovrappeso e dell’obesità e di numerose malattie croniche. Nonostante siano state messe in campo diverse azioni a livello europeo per invertire la tendenza, la percentuale di popolazione obesa o in sovrappeso è preoccupante per gli adulti e soprattutto per i bambini.

Gli ultimi dati della *World Health Organization* stimano in 44 milioni il numero di bambini in sovrappeso o obesi nel mondo e sottolineano come l’obesità sia associata a gravi rischi per la salute sia fisica che psicologica. La necessità di monitorare con attenzione la situazione nutrizionale e le abitudini di vita della popolazione generale e dei bambini in particolare è, quindi, fortemente motivata dalle implicazioni dirette sulla salute.

L’approccio che sta alla base delle scelte strategiche per contrastare l’epidemia di sovrappeso e obesità si basa sulla scelta di intervenire, principalmente, attraverso strategie di popolazione finalizzate a diffondere e facilitare l’adozione di stili di vita corretti, implementando gli obiettivi del programma “Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari”, approvato con DPCM del 4 maggio 2007.

Il programma è finalizzato a creare le condizioni per rendere facile l’adozione di comportamenti salutari, attraverso un approccio trasversale ai determinanti di salute, per ciclo di vita (*life course*) e *setting* (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario), con il coinvolgimento (empowerment) di tutti i livelli interessati, dai responsabili politici, alle comunità locali.

Per disincentivare i comportamenti non salutari che favoriscono il sovrappeso e l’obesità è essenziale, infatti, affrontare i determinanti ambientali, sociali e individuali della scorretta alimentazione e dell’inattività fisica, implementare azioni sostenibili attraverso una collaborazione tra più settori a livello nazionale, regionale e locale.

La collaborazione intersettoriale, infatti, permette lo sviluppo di azioni sui determinanti di salute secondo modalità più efficaci, efficienti o sostenibili rispetto a quelle che potrebbero essere intraprese dal solo settore sanitario, da attivare nei luoghi o nei contesti sociali in cui le persone vivono, lavorano o interagiscono tra loro. È necessario pertanto un ruolo attivo del sistema sanitario nel “patrocinare” (*advocacy*) tali azioni anche presso altri settori.

Nel nostro Paese, il programma ha avviato tale processo “intersettoriale” volto sia a modificare i comportamenti individuali non salutari (alimentazione non corretta, sedentarietà, tabagismo, abuso/uso scorretto di alcol) sia a creare condizioni ambientali atte a favorire l’adozione di corretti stili di vita (ridefinire l’assetto urbanistico per favorire gli spostamenti a

piedi o in bicicletta, migliorare l'offerta di alimenti sani ecc.), con un approccio di "salute in tutte le politiche".

Lo sviluppo di sistemi di sorveglianza con rappresentatività nazionale e territoriale è alla base della strategia di prevenzione e promozione della salute e, nell'ottica dell'intersectorialità di "Guadagnare Salute", favorisce la collaborazione in rete degli operatori coinvolti, consentendo di sperimentare e sviluppare modalità di comunicazione rivolte a molteplici interlocutori, facilitando l'integrazione tra le diverse professionalità e i servizi.

Assieme alla prevenzione e al trattamento, la sorveglianza, come quella realizzata da OKkio alla SALUTE è una funzione essenziale dei sistemi sanitari e come tale va espletata, in quanto strumento capace di fornire dati affidabili sui problemi di salute, i loro determinanti (anche sociali), la percezione dei cittadini, la diffusione delle misure di prevenzione e di promozione della salute, e quindi di seguire nel tempo questi fenomeni.

OKkio alla SALUTE rappresenta, pertanto, un sistema di sorveglianza consolidato, in grado di fornire a livello nazionale e territoriale le informazioni necessarie non solo a monitorare i progressi e a valutare i risultati raggiunti con gli interventi pianificati e messi in atto, ma soprattutto a definire e aggiornare le policy e le strategie di azione.

Dott. Giuseppe Ruocco
*Direttore Generale della Prevenzione **
Ministero della Salute

* al momento della stesura del rapporto

PREMESSA

Istruzione e salute sono strettamente collegate.

La scuola è da tempo riconosciuta ambiente d'elezione per attivare con successo politiche volte a promuovere il benessere della collettività.

L'educazione scolastica può incrementare non solo la prosperità economica di un Paese, ma concorre significativamente a migliorare la salute e il benessere dei cittadini, ad esempio attraverso la realizzazione di progetti finalizzati all'acquisizione di stili di vita e abitudini salutari.

Consolidate evidenze dimostrano come, uno dei metodi più efficaci per incrementare il rendimento scolastico, consista proprio nel favorire corretti stili di vita, incoraggiando una sana alimentazione e incentivando l'attività motoria.

In vari Paesi, il Ministero dell'Istruzione e quello della Salute sviluppano separatamente obiettivi diversificati; al contrario, in Italia esiste da lungo tempo una stretta collaborazione tra i due Dicasteri, formalizzata anche attraverso protocolli di intesa, in linea con le principali indicazioni internazionali, quali ad esempio la Risoluzione di Vilnius del 2009 e l'*International Union for Health Promotion and Education* (IUHPE).

Il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE, realizzato nel contesto delle scuole primarie, rappresenta un esempio concreto di tale collaborazione, iniziata nel 2007 e tutt'ora in atto.

I giovani studenti coinvolti in OKkio alla SALUTE sono arruolati nelle terze classi primarie, grazie ad una fattiva consolidata cooperazione tra gli operatori del Servizio Sanitario Nazionale, gli Uffici Scolastici Regionali, i Dirigenti, gli insegnanti e il personale scolastico tutto, nonché il sostegno delle famiglie.

Oltre al monitoraggio dello stato ponderale e degli stili di vita dei bambini, tra gli obiettivi del Sistema di sorveglianza è l'acquisizione di informazioni specifiche sul contesto scolastico, come ad esempio quelle inerenti alla promozione di una sana alimentazione e del movimento.

I risultati della terza rilevazione di OKkio alla SALUTE che vengono presentati nella presente pubblicazione, insieme a quelli delle precedenti raccolte (2008-2009 e 2010), contribuiscono a fornire una visione dettagliata sulla salute dei bambini e – diremmo – delle scuole italiane, nonché a supportare lo sviluppo di interventi di “promozione della salute” efficaci e sostenibili.

Con l'augurio che la sinergia tra il settore educativo e quello sanitario – di importanza strategica per il Paese e per il benessere dei cittadini – continui a produrre ottimi frutti e venga, nel tempo, sempre più rafforzata.

Dott.ssa Giovanna Boda

*Direttore Generale**

Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione,

la Partecipazione e la Comunicazione

Dipartimento per l'Istruzione

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

* al momento della stesura del rapporto

OKKIO ALLA SALUTE: UN SISTEMA DI SORVEGLIANZA PER MIGLIORARE LA SALUTE DEI BAMBINI

Angela Spinelli (a), Daniela Galeone (b), Anna Lamberti (a), Paola Nardone (a),
Marta Buoncristiano (a), Mauro Bucciarelli (a), Laura Lauria (a), Enrica Pizzi (a), Silvia Andreozzi (a),
Marina Pediconi (a), Gruppo OKkio alla SALUTE 2008-2009, Gruppo OKkio alla SALUTE 2010,
Gruppo OKkio alla SALUTE 2012

(a) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di
Sanità, Roma*

(b) *Ufficio II del Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione, Ministero della Salute, Roma*

Le condizioni di salute dei bambini rappresentano uno dei cardini per valutare la situazione generale dello stato di salute di un Paese e la qualità del suo sistema sanitario. Non per nulla la mortalità infantile è uno degli indicatori adoperati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organization, WHO*) e da tutti i Paesi al mondo per fare confronti nel tempo e tra aree geografiche.

Molti bambini e adolescenti dei Paesi europei hanno ormai un elevato livello di salute e di benessere. Tuttavia la situazione non è uguale dappertutto. In Italia, ad esempio, i dati sulla mortalità infantile, sebbene siano tra i più bassi a livello mondiale e riguardino molti meno bambini del passato, ancora evidenziano delle differenze significative tra Regioni, con valori generalmente più elevati al Sud.

Negli ultimi decenni nei Paesi europei le malattie croniche rappresentano la vera emergenza anche in età pediatrica e gran parte della mortalità e morbosità tra i bambini e giovani è legata a cause prevenibili. Stili di vita non salutari, quali ad esempio cattiva alimentazione e inattività fisica, sono fattori di rischio di numerose patologie e dell'obesità, uno dei più grandi problemi di sanità pubblica del 21° secolo (1). Secondo la WHO la riduzione di questi fattori di rischio porterebbe ad un aumento della speranza di vita e una riduzione degli anni di vita persi a causa di disabilità o morte prematura (2). L'importanza di ciò e della presenza di sistemi di monitoraggio e sorveglianza che seguano nel tempo l'andamento dei fenomeni sono stati ribaditi nell'ultimo Piano di Azione per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili della WHO (3).

In particolare, in risposta all'epidemia di obesità, il *WHO Regional Office for Europe* ha tenuto nel novembre 2006 una conferenza a Istanbul, dove tutti gli Stati Membri, inclusa l'Italia, hanno adottato la "Carta europea sull'azione di contrasto all'obesità", che elenca principi guida e aree d'azione chiare a livello locale, regionale, nazionale e internazionale per un'ampia gamma di parti interessate (4). Tra le varie azioni indicate vi è la necessità di introdurre un efficace sistema di monitoraggio per valutare le misure corporee nei bambini e negli adulti di ogni nazione, non solo per comprendere correttamente l'evoluzione dell'epidemia, ma anche per valutare le iniziative preventive che vengono progressivamente introdotte. Complessivamente, infatti, i dati disponibili in tutta l'Europa sono attualmente inadeguati per tali finalità.

In Italia tutti questi elementi sono incorporati nella strategia "Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari" (5) e nei Piani nazionale e regionali della prevenzione.

Inoltre, per comprendere la dimensione dell'eccesso ponderale nei bambini, il Centro per il Controllo e la prevenzione delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute ha promosso e finanziato, a partire dal 2007, lo sviluppo e l'implementazione nel tempo del sistema di

sorveglianza OKkio alla SALUTE (6), coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e condotto in collaborazione con le Regioni e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

Infatti, fino ad allora, in Italia erano state svolte solo una serie di indagini a livello regionale e di Aziende Sanitarie Locali (ASL) in cui i bambini erano misurati ma con metodologie tra loro poco confrontabili e difficilmente utilizzabili per interventi di Sanità Pubblica e mancavano dei validi sistemi di sorveglianza sulla diffusione di tali fattori di rischio nella popolazione giovanile. Le uniche fonti informative nazionali sono rappresentate dalle indagini multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", con dati, inclusi peso e altezza dei minori, riferiti dai genitori e non misurati direttamente. Inoltre mancano in questa raccolta dati informazioni su altri fattori che possono influenzare lo sviluppo dell'obesità, quali le abitudini alimentari, l'attività motoria, la sedentarietà.

OKkio alla SALUTE ha lo scopo di descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo della stato ponderale dei bambini di 8-9 anni, dei loro stili alimentari, dell'abitudine all'esercizio fisico e delle attività scolastiche favorevoli la sana nutrizione e l'attività fisica, essendo la scuola il luogo dove i bambini trascorrono una lunga parte della giornata. Inoltre consente di valutare la percezione dei genitori sullo stato ponderale, la quantità di cibo assunta e l'attività motoria svolta dai propri figli. È un sistema di sorveglianza e come tale si concentra su fattori che possono essere modificati e su informazioni utili alla programmazione di attività di prevenzione. Nel caso specifico, soprattutto in considerazione delle caratteristiche della popolazione in studio (bambini che frequentano la terza primaria), la sorveglianza è orientata alla raccolta di poche informazioni basilari, mediante l'utilizzo di strumenti e procedure accurate ma semplici, altamente accettabili e sostenibili nella pratica. La raccolta dati avviene a cadenza regolare (ogni due anni) su campioni rappresentativi di popolazione (prevalentemente di 8-9 anni) a livello regionale e, in caso di loro scelta, a livello di ASL.

Come luogo di raccolta delle informazioni è stata scelta la scuola che rappresenta l'ambiente ideale per la realizzazione della sorveglianza, per ragioni di efficienza operativa, in quanto i bambini vi si trovano concentrati nello stesso momento, e per ragioni di utilità in vista dei necessari interventi che seguiranno la sorveglianza. Peraltro, il limite alla rappresentatività posto da una certa quota di bambini che non frequentano la scuola non ha conseguenze importanti nella fascia d'età considerata.

Nell'ambito della scuola primaria è stata scelta la classe terza, per diverse ragioni: l'accrescimento a quest'età è ancora poco influenzato dalla pubertà e i bambini sono già in grado di rispondere con precisione e attendibilità ad alcune semplici domande.

Il metodo di campionamento prescelto è quello cosiddetto "a grappolo" o "cluster". Tale approccio prevede che, le classi terze delle scuole primarie (denominate appunto "grappoli") e non i bambini individualmente, siano selezionate dalle liste di campionamento predisposte dagli Uffici Scolastici Provinciali su base regionale e/o dalle ASL. La selezione viene effettuata in modo che le classi con numerosità maggiore di alunni abbiano maggiore probabilità di essere estratte rispetto alle classi con numerosità inferiore (metodo della *probability proportional to size*). Questo tipo di campionamento presenta diversi vantaggi, quali la possibilità di concentrare il lavoro delle équipes su un numero limitato di classi rispetto al metodo classico (random o casuale semplice) che, probabilmente, richiederebbe di effettuare rilevazioni in quasi tutte le scuole di una ASL. Inoltre, non è necessario avere la lista nominativa degli alunni (in genere indisponibile) poiché nell'indagine vengono arruolati tutti gli alunni appartenenti alla classe campionata. Il principale svantaggio è di tipo statistico: i bambini all'interno dei cluster hanno la tendenza ad "assomigliarsi" e, di conseguenza, la variabilità stimata dal campione è una sottostima della reale variabilità nella popolazione. Questo inconveniente, comunque, è facilmente compensato aumentando il numero dei soggetti campionati, in ordine al

raggiungimento dei livelli di precisione desiderati per le stime ottenibili a livello regionale (3%) o, in qualche caso, di singola ASL (5%).

I bambini sono misurati da personale sanitario appositamente addestrato, con il supporto dell'insegnante di classe. Per stimare la prevalenza delle condizioni di sovrappeso e obesità è calcolato 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 di sovrappeso e obesità si è scelto di utilizzare i valori soglia per l'IMC desunti da Cole *et al.* (7-9) raccomandati dall'*International Obesity Task Force* (IOTF) e, dal 2010, anche quelli della WHO (10).

Informazioni sulle abitudini alimentari, sull'attività motoria, e su comportamenti sedentari dei bambini, sono state raccolte attraverso tre questionari compilati dai bambini, dai loro genitori e dagli insegnanti (Appendice A). Ulteriori dati sulle caratteristiche dell'ambiente scolastico, in grado di influire sulla salute dei bambini, sono stati raccolti attraverso un questionario destinato ai dirigenti scolastici e agli insegnanti. Maggiori dettagli della metodologia adottata sono presentati in altre pubblicazioni (11, 12).

Attività svolte

Nel corso del 2007-2008 sono state definite la metodologia e la prima versione dei 4 questionari di OKkio alla SALUTE per i bambini, i genitori, gli insegnanti e i dirigenti scolastici. Gli operatori sono stati formati e a tutte le Regioni sono stati forniti le bilance e gli stadiometri per l'effettuazione delle misurazioni.

In collaborazione con l'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) è stato condotto uno studio che ha consentito di validare, e in alcuni casi anche di ottimizzare, le metodologie utilizzate in OKkio alla SALUTE. In particolare è stata sottoposta a validazione la metodologia di misura del peso corporeo dei bambini che prevede che il bambino durante la misura del peso indossi dei capi di abbigliamento leggeri e tolga soltanto le scarpe, eventuali giubbotti, maglioni, cinture e oggetti contenuti nelle tasche. Gli abiti indossati dal bambino durante la rilevazione sono segnati dal rilevatore su una apposita scheda che contiene una sezione con una checklist di possibili indumenti. Del peso dei vestiti indossati durante la misura si tiene conto in fase di elaborazione dei dati, sottraendo dal peso misurato un valore di peso standard (tara stimata), che è stato ottenuto dalla misura di diversi campioni di abiti simili, di taglie adeguate alla fascia di età in esame. Tale procedura è stata confrontata con quella generalmente raccomandata che prevede la misura del peso corporeo mentre il bambino indossa soltanto una leggera biancheria intima trovando solo delle minime differenze (13).

Oggetto dello studio di validazione sono state anche le domande presenti nei questionari del genitore, dell'insegnante e del bambino, per la raccolta di informazioni volte ad indagare le abitudini alimentari, l'attività fisica e la sedentarietà dei bambini.

Nel 2008 è stata effettuata la prima raccolta dati di OKkio alla SALUTE in 18 Regioni a cui si sono aggiunte, nel 2009, le Province Autonome di Trento e di Bolzano e la ASL Città di Milano, per la Regione Lombardia. Questo ha permesso di avere per la prima volta una panoramica del fenomeno in studio a livello sia nazionale che regionale attraverso l'utilizzo della stessa metodologia (procedure, strumenti, ecc.), da operatori sanitari e della scuola formati, e misurando direttamente i bambini. Nel corso del 2008-2009 questi risultati sono stati presentati attraverso i report regionali e aziendali, preparati dai referenti locali, pubblicati e

scaricabili gratuitamente dalle pagine dedicate a OKkio alla SALUTE sul sito web Epicentro (<http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine2008.asp>).

Per avere informazioni più dettagliate sullo stile di vita e le abitudini alimentari dei bambini, sulla percezione del fenomeno obesità da parte dei genitori, sulle loro conoscenze rispetto alla sana alimentazione e al movimento dei loro figli e sul ruolo dei servizi sanitari l'INRAN ha condotto nel 2008-2009, in collaborazione con le Regioni e l'ISS, lo studio ZOOM8 che ha permesso di raccogliere queste informazioni su un campione di 2193 bambini. Nello studio ZOOM8 è stato anche valutato il livello di aderenza dei bambini alla dieta mediterranea (14).

Nel 2009-2010 è stato preparato del materiale informativo per i bambini, i genitori, gli insegnanti e i pediatri in collaborazione con il Gruppo OKkio alla SALUTE e i coordinatori del progetto "Programma d'informazione e comunicazione a sostegno degli obiettivi del Programma Guadagnare Salute (PinC)" (<http://www.guadagnaresalute.it/promozione/promozioneProgettoPinC.asp>). I materiali sono stati distribuiti alle scuole partecipanti alla seconda raccolta di OKkio alla SALUTE e sono scaricabili gratuitamente dal sito web "Guadagnare Salute" (<http://www.guadagnaresalute.it/sorveglianze/OKkio.asp>).

La seconda raccolta dati di OKkio alla SALUTE si è svolta nel 2010 con la stessa metodologia della prima raccolta e con solo piccole modifiche nei questionari. Anche in questo caso i referenti locali alla fine della raccolta, per divulgare i risultati ai vari interlocutori coinvolti, hanno preparato dei rapporti regionali e aziendali che sono stati pubblicati sul sito web Epicentro (<http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine2010.asp>). Inoltre sulla base delle informazioni raccolte sono state intraprese iniziative per prevenire il fenomeno e garantire una buona assistenza sanitaria ai bambini obesi.

Dati delle prime due raccolte e confronti europei

Le prime due rilevazioni dati hanno riguardato ciascuna circa 45.000 bambini e genitori, con tassi di rifiuto molto bassi (3%). Nella Tabella 1 è riportato il campione del 2008-2009 e 2010 e il tasso di rifiuto.

Tabella 1. Campione delle prime due raccolte dati di OKkio alla SALUTE (Italia, 2008-2009 e 2010)

Campione	Prima raccolta (2008-2009)	Seconda raccolta (2010)
Numero scuole e questionari dirigenti scolastici	2.461	2.226
Numero classi	2.610	2.437
Numero bambini	45.590	42.549
Numero genitori	42.549	44.400
Tasso rifiuti	3,4%	3,2%

Entrambe le raccolte dati hanno mostrato elevati livelli di sovrappeso e obesità nei bambini italiani. Nella prima raccolta dati il 23,2% dei bambini misurati era in sovrappeso e il 12,0% in condizioni di obesità (6); nel 2010 questi valori erano pari a 23,0% e 11,2% rispettivamente (15). È presente un'ampia variabilità regionale, con prevalenze generalmente più elevate al Sud: nel 2010 il valore massimo di eccesso ponderale (sovrappeso+obesità) si è osservato in Campania (48,9% di bambini) e il minimo nella Provincia Autonoma di Bolzano (15%).

Sia la prima che la seconda raccolta hanno messo in luce la grande diffusione di abitudini alimentari che possono favorire l'aumento di peso, specie se concomitanti (Figura 1). In particolare un bambino su dieci non faceva la prima colazione. Per quanto riguarda la merenda

di metà mattina, il dato nel 2010 è migliore rispetto al 2008, sebbene evidenzia ancora una elevata percentuale di bambini che la fanno troppo abbondante: 68% rispetto all'82% della prima raccolta. I genitori hanno dichiarato che un bambino su quattro non mangia quotidianamente frutta e/o verdura (dato uguale nelle due rilevazioni). Anche i dati sull'attività motoria e la sedentarietà mostrano dei miglioramenti dal 2008 al 2010. La percentuale di bambini che non aveva svolto attività fisica il giorno precedente le rilevazioni è diminuita da 26% al 18% e quella dei bambini che hanno trascorso più di 2 ore al giorno guardando la televisione o giocando con i videogiochi è passata da 47% a 38% (Figura 1).

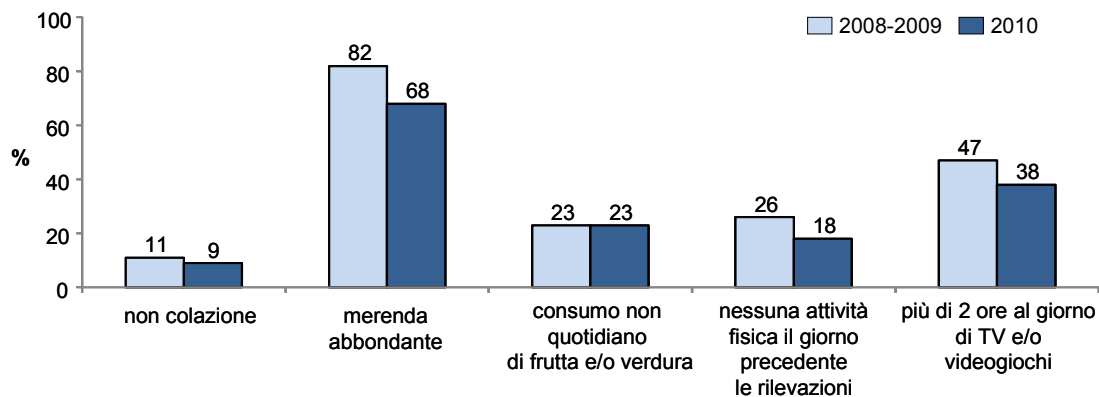


Figura 1. Abitudini alimentari, attività fisica e comportamenti sedentari. OKkio alla SALUTE 2008-2009 e 2010

Con OKkio alla SALUTE l'Italia partecipa al progetto *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) del *WHO Regional Office for Europe* che ha lo scopo di misurare in maniera routinaria l'andamento del sovrappeso e dell'obesità nei bambini della scuola primaria (6-9 anni) in ciascun Paese partecipante, di fare confronti tra Paesi e comprendere i progressi fatti per fermare l'epidemia in questo gruppo di popolazione, così come concordato nella Conferenza Ministeriale di Istanbul del 17 novembre 2006.

La prima raccolta dati è avvenuta nell'anno scolastico 2007-2008 con 13 Paesi partecipanti; alla seconda, effettuata nell'anno scolastico 2009-2010, si sono aggiunti 4 Paesi e ulteriori 4 alla terza. Sebbene ogni Paese sia libero di sviluppare il proprio sistema di monitoraggio, i dati devono essere raccolti seguendo un protocollo comune stabilito dalla WHO e dai Paesi partecipanti. Il sistema è stato disegnato per essere semplice, non richiedendo grandi investimenti di risorse. Nel caso in cui ci sia già un sistema di raccolta dati antropometrici, COSI non intende sostituirlo ma integrarsi. Il campione deve essere rappresentativo a livello nazionale garantendo una grandezza minima di 2800 bambini per ciascuna fascia di età e le misurazioni devono essere effettuate da personale addestrato e standardizzato secondo le procedure stabilite dalla WHO. Ogni Paese è responsabile per la propria raccolta dati, per i fondi necessari a effettuarla e per identificare l'istituto per il coordinamento a livello nazionale.

Recentemente sono stati pubblicati i dati relativi alla prima raccolta dati di 12 Paesi. La prevalenza del sovrappeso (inclusa l'obesità) variava da 11% a 37% tra i maschi e da 15% a 35% tra le femmine e la prevalenza dell'obesità da 2% a 14% tra i maschi e da 3% a 12% tra le femmine (utilizzando i valori soglia raccomandati dall'IOTF). Con le curve di crescita 2007 della WHO queste prevalenze risultavano ancora più elevate, specialmente tra i maschi. Dalla Figura 2 si evidenzia un prevalenza maggiore del fenomeno nei Paesi del Sud-Europa, con valori massimi in Italia (16).

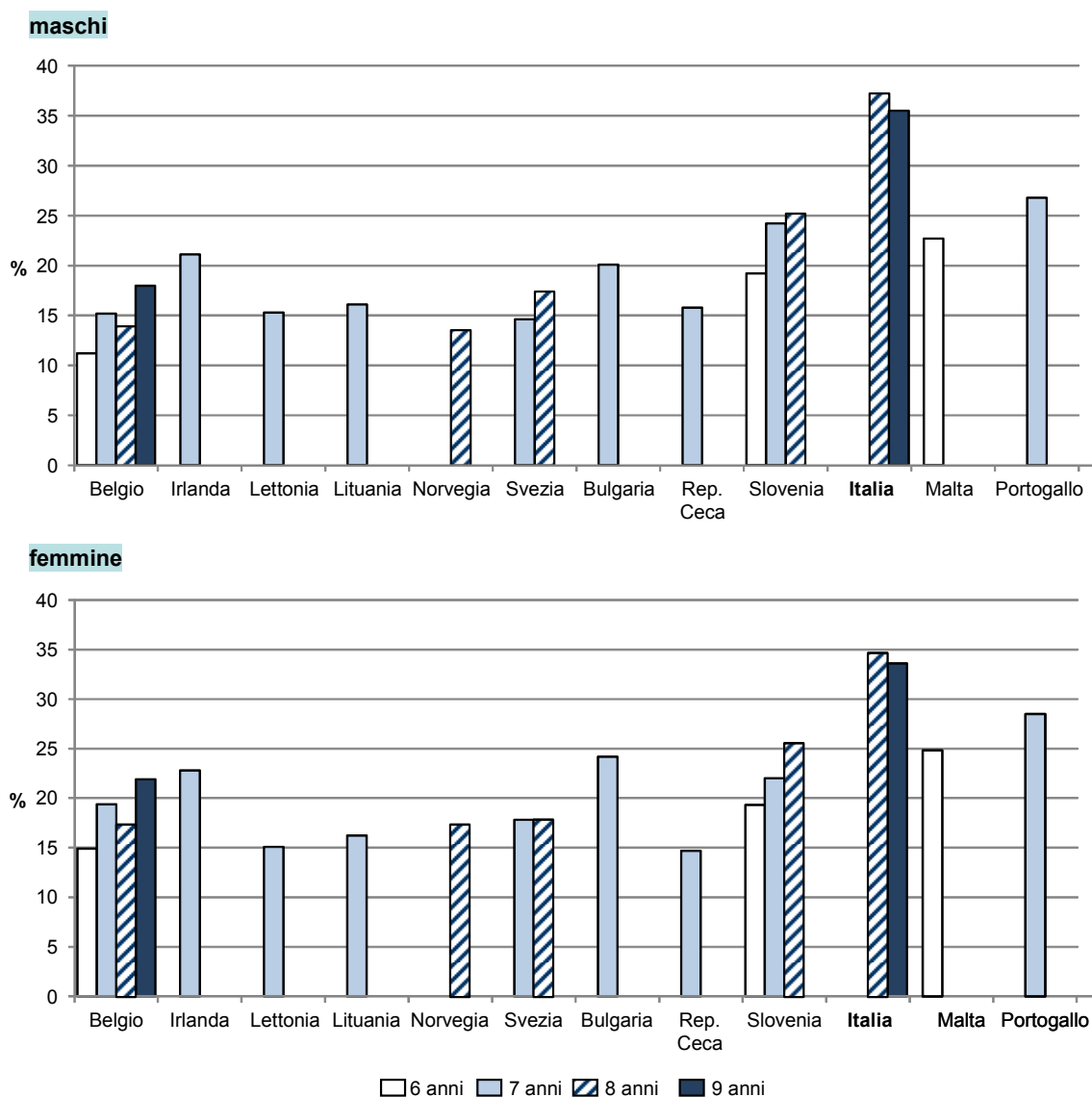


Figura 2. Prevalenze di sovrappeso e obesità in bambini di 6-9 anni (utilizzando valori soglia dell'IOTF) in alcuni Paesi europei

Conclusioni

Generalmente da bambini si assumono stili di vita che caratterizzano i comportamenti individuali delle età successive e che possono avere un'influenza sulla salute nell'infanzia e da adulti. In particolare, l'obesità infantile è una condizione che, una volta instauratasi, è difficile da trattare, tende a persistere nell'età adulta e predispone a una serie di alterazioni patologiche a breve e a lungo termine. La sua insorgenza è complessa e collegabile a diversi fattori di tipo

genetico e ambientale-comportamentale. La velocità con cui si è espansa negli ultimi anni suggerisce che i rapidi cambiamenti sociali e ambientali tipici delle società moderne, siano da riconoscere tra le principali cause della sua diffusione.

Per lo studio e la prevenzione del fenomeno una delle indicazioni principali della WHO è di creare un sistema informativo che permetta di calcolare la prevalenza del sovrappeso e dell'obesità, di monitorare il suo andamento nel tempo e per alcune caratteristiche, per valutare sia i bisogni effettivi di intervento, sia l'efficacia delle azioni intraprese (1). L'Italia con OKkio alla SALUTE sta cercando di fare ciò, fornendo ai professionisti sanitari e agli altri stakeholder coinvolti gli elementi per attivare iniziative di prevenzione.

In questo rapporto sono presentati i risultati relativi alla terza raccolta dati di OKkio alla SALUTE, effettuata nel 2012, e le principali attività svolte dalle Regioni e dalle ASL sulla base dei risultati ottenuti dal sistema di sorveglianza.

Bibliografia

1. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Geneva: WHO; 2007.
2. World Health Organization. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: WHO; Geneva 2009.
3. World Health Organization. *Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020*. WHO; Geneva 2013.
4. WHO Regional Office for Europe. *European charter on counteracting obesity*. Copenhagen: WHO; 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/87462/E89567.pdf; ultima consultazione 04/06/2014.
5. 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.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf; ultima consultazione 04/06/2014.
6. Spinelli A, Lamberti A, Baglio G, Andreozzi S, Galeone D (Ed.). *OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/24).
7. Cole JT, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320:1240-5.
8. Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 2007;335:194.
9. Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index *cut-offs* for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes* 2012;7:284-94.
10. 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. *Bull World Health Organ* 2007;85:660-7.
11. Spinelli A, Baglio G, Cattaneo C, Fontana G, Lamberti A, il Gruppo OKkio alla SALUTE e la coorte PROFEA anno 2006. OKkio alla SALUTE: promozione della salute e crescita sana nei bambini della scuola primaria. *Ann Ig* 2008;20:337-44.
12. Lamberti A, Buoncristiano M, baglio G, Spinelli A, Bucciarelli M, Nardone P, Lauria L, Gruppo OKkio alla SALUTE 2008-9, Gruppo alla SALUTE 2010. Strumenti e metodologia del sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE. In: 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). p. 10-22.

13. Censi L, Spinelli A, Roccaldo R, Bevilacqua N, Lamberti A, Angelini V, Nardone P, Baglio G. Dressed or undressed? How to measure children's body weight in overweight surveillance? *Public Health Nutr* 2013 Nov 15:1-6.
14. Censi L, D'Addesa D, Galeone D, Andreozzi S, Spinelli A. *Studio ZOOM8: l'alimentazione e l'attività fisica dei bambini della scuola primaria*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/42).
15. 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).
16. 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* 2013;8:79-97.

CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE

Marta Buoncristiano, Mauro Bucciarelli, Paola Nardone, Angela Spinelli, Anna Lamberti, Laura Lauria, Sonia Rubimarca
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Tutte le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e Bolzano hanno partecipato alla terza raccolta di OKkio alla SALUTE. La Regione Lombardia, che nelle precedenti due rilevazioni aveva aderito con la sola ASL di Milano, per la prima volta ha partecipato con tutte le ASL. La terza raccolta è avvenuta tra l'ultima settimana di marzo e la seconda di giugno 2012 per tutte le Regioni, tranne alcune ASL della Lombardia che l'hanno effettuata ad ottobre. In totale sono stati coinvolti 2.355 plessi scolastici.

Sette Regioni hanno scelto di partecipare con un campione rappresentativo a livello regionale, mentre 6 hanno preferito adottare un campione rappresentativo a livello aziendale e 6 una strategia mista (rappresentatività aziendale per alcune ASL e regionale per le restanti). Naturalmente per effettuare stime nazionali, regionali e aziendali delle variabili in studio è stato necessario, in fase di analisi, tenere conto delle scelte fatte sulle modalità di campionamento. La Tabella 1 illustra la modalità di campionamento adottata da ciascuna Regione/Provincia Autonoma.

Tabella 1. Modalità di campionamento adottato dalle Regioni. Italia 2012

Regione	Modalità di campionamento
Piemonte	aziendale
Valle d'Aosta	regionale
Lombardia	misto
Provincia Autonoma di Bolzano	provinciale
Provincia Autonoma di Trento	provinciale
Veneto	regionale
Friuli-Venezia Giulia	misto
Liguria	misto
Emilia-Romagna	aziendale
Toscana	misto
Umbria	regionale
Marche	aziendale
Lazio	misto
Sardegna	misto
Abruzzo	regionale
Molise	regionale
Campania	aziendale
Puglia	aziendale
Basilicata	regionale
Calabria	regionale
Sicilia	aziendale

Nel complesso sono state coinvolte nell'indagine 2.622 classi terze per un totale di 51.145 bambini iscritti. La Figura 1 riporta il totale dei bambini eleggibili per l'indagine, il numero dei partecipanti, dei rifiuti e degli assenti.

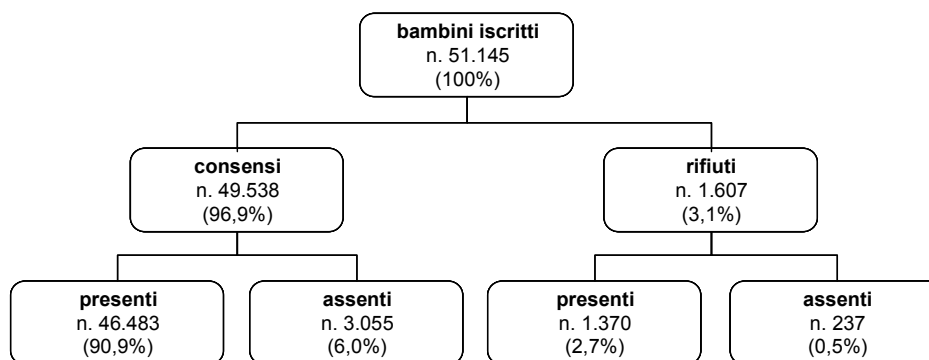


Figura 1. Campione dei bambini delle terze classi della scuola primaria arruolato nella seconda raccolta dati di OKkio alla SALUTE. Italia, 2012

Come nelle precedenti rilevazioni, il 97% dei genitori ha autorizzato la partecipazione del proprio figlio all'indagine. Un tasso di rifiuto basso (3%) da una parte evidenzia un'adeguata preparazione dell'indagine in termini di promozione dell'iniziativa presso i soggetti da coinvolgere (dirigenti scolastici, insegnanti e genitori) e, dall'altra, tutela dalla possibilità di produrre stime affette da distorsioni dovute a selezione dei partecipanti. A tale proposito, un altro indicatore importante è il numero di assenze dei bambini partecipanti registrato nel giorno della rilevazione. L'assenza potrebbe, infatti, essere dovuta a un atteggiamento protettivo da parte dei genitori nei confronti dei bambini in sovrappeso od obesi, assumendo quindi il significato di un rifiuto mascherato. La percentuale di assenti (6%) è risultata in linea con quanto atteso in un normale giorno scolastico (5-10%). Non considerando i bambini che non hanno ricevuto il consenso e quelli assenti, i bambini coinvolti sono stati 46.483.

La grande maggioranza dei genitori ha risposto al questionario a loro indirizzato (95%, pari a 48.668 famiglie) confermando l'elevato consenso creatosi intorno all'iniziativa e il grande lavoro svolto dagli operatori sanitari e scolastici. Il numero maggiore di genitori partecipanti rispetto a quello dei bambini è dovuto alle assenze nel giorno della rilevazione e al fatto che è stata data la possibilità al genitore di compilare il questionario pur avendo negato la partecipazione alle misurazioni dei propri figli.

A livello regionale il numero dei bambini campionati varia a secondo della popolazione di base e del tipo di campionamento scelto (regionale, aziendale, misto). I campioni più piccoli sono quelli della Valle d'Aosta e il Molise, con meno di mille bambini. Il campione più numeroso è quello del Piemonte, che ha un'ampia popolazione e ha adottato un campionamento aziendale (Figura 2). Il livello di rifiuto ad aderire all'iniziativa varia dall'1,5% in Valle d'Aosta al 6,5% nella Provincia Autonoma di Bolzano (Figura 3). Rispetto alla precedente indagine, i tassi di rifiuto sono rimasti sostanzialmente invariati e a livelli bassi.

Alcune scuole che sono state estratte per il campione del 2012 avevano partecipato alle precedenti rilevazioni di OKkio alla SALUTE: 14% alla prima (2008-2009), 15% a quella del 2010 e 11% sia alla prima che alla seconda. Tale percentuale varia da Regione a Regione in funzione principalmente del tipo di campionamento scelto nelle due rilevazioni.

I 46.483 bambini arruolati nello studio presentano caratteristiche simili a quelle dei bambini che hanno partecipato alle prime due rilevazioni. In particolare, l'età media è pari a 8 anni e 9 mesi, con la grande maggioranza dei bambini che al momento della rilevazione aveva età compresa tra 8 e 9 anni, e il 49% del campione è costituito da femmine (Tabella 2). Inoltre, la distribuzione per area abitativa evidenzia un'equa ripartizione tra zone a bassa densità abitativa, al di sotto dei 50.000 abitanti (55%), e grandi insediamenti urbani o aree peri-metropolitane (45%).

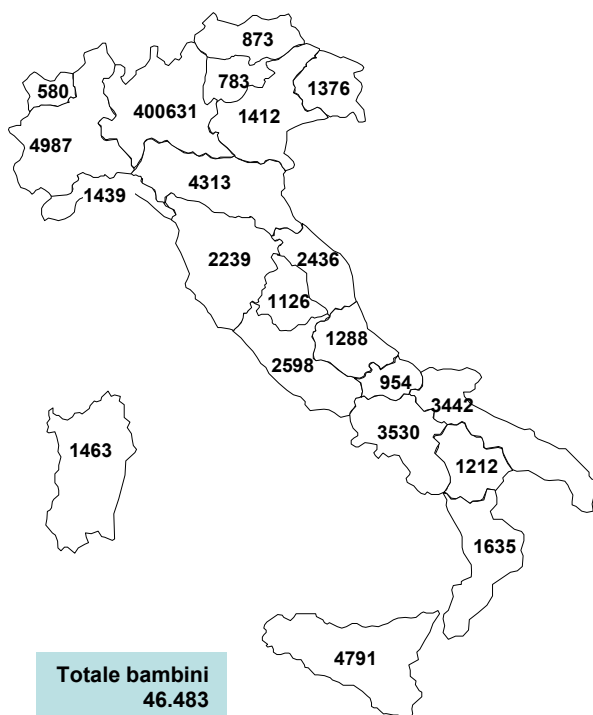


Figura 2. Bambini partecipanti (n.) alla terza raccolta dati di OKkio alla SALUTE per Regione. Italia, 2012

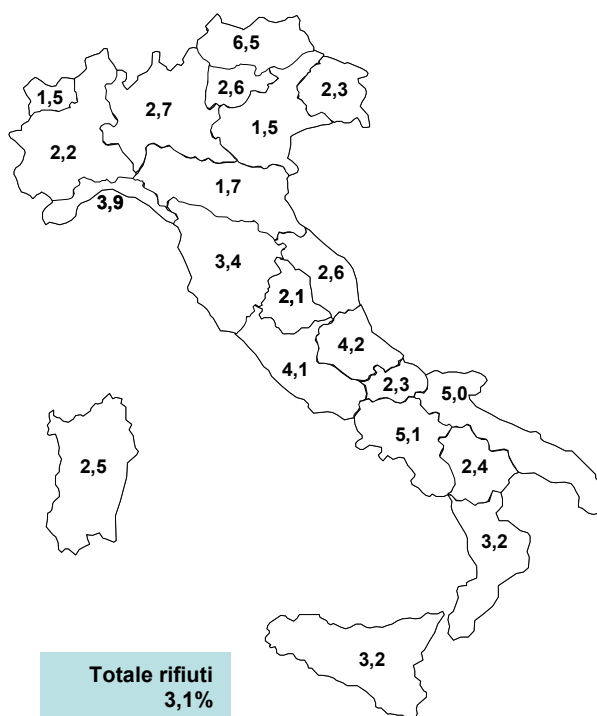


Figura 3. Rifiuti (%) alla partecipazione alla terza raccolta dati di OKkio alla SALUTE per Regione. Italia, 2012

Tabella 2. Distribuzione percentuale dei bambini per età, sesso e zona abitativa. Italia, 2012

Caratteristiche	%	Intervalli di confidenza (95%)
Età (in anni compiuti)	(n. 46.307)	
7	1,6	1,4-1,8
8	64,4	63,8-65,0
9	33,2	32,6-33,8
10+	0,8	0,7-0,9
Sesso	(n. 46.306)	
maschi	50,9	50,4-51,4
femmine	49,1	48,6-49,6
Zona abitativa	(n. 45.862)	
<10.000 ab.	28,9	26,9-31,0
10.000 - 50.000 ab.	26,5	24,5-28,7
>50.000 ab.	16,5	15,2-18,2
area metropolitana/ perimetropolitana	28,1	26,2-29,8

Il questionario dei genitori è stato compilato principalmente dalla madre del bambino (86%), meno frequentemente dal padre (13%) o da un altro familiare (0,9%), come nelle prime due rilevazioni. Il questionario raccoglie informazioni sulla nazionalità e sul titolo di studio di ciascun genitore e l'occupazione lavorativa extra-domestica solo per chi compila il questionario. Nelle Tabelle 3 e 4 sono riportate le relative distribuzioni di frequenza separatamente per la madre e il padre.

Tabella 3. Cittadinanza, livello di istruzione e occupazione delle madri. Italia, 2012

Caratteristiche	%	Intervalli di confidenza (95%)
Cittadinanza	(n. 47.066)	
italiana	88,2	87,7-88,8
straniera	11,8	11,3-12,3
Titolo di studio	(n. 46.872)	
nessuno, elementare, media inferiore	35,5	34,7-36,4
media superiore	46,6	46,0-47,3
laurea	17,8	17,1-18,6
Occupazione¹ (fuori casa)	(n. 41.120)	
tempo pieno	30,0	29,4-30,7
part-time	31,5	30,9-32,1
nessuna	38,5	37,7-39,2

¹ Distribuzione di frequenza calcolata considerando solo le madri che hanno compilato personalmente il questionario rivolto ai genitori.

Le madri di nazionalità straniera coprono una quota rilevante del campione (12%), in leggero aumento rispetto al 2010. La Romania è la principale nazione di provenienza (16%), segue l'Albania (15%), il Marocco (11%), l'India (4%) e la Polonia, le Filippine, la Repubblica Popolare Cinese e la Moldavia (ciascuna con 3%). La presenza di madri straniere è risultata decisamente maggiore nel Nord e nel Centro Italia (rispettivamente 17% e 12%) rispetto al Sud (4%) come risulta dai dati dell'Istat sulla distribuzione della popolazione italiana in Italia (1).

La maggior parte delle madri è in possesso di un diploma di scuola media superiore (47%) o laurea (18%). Anche in questo caso si sono rilevate differenze territoriali importanti: mentre nel Sud Italia il 44% delle madri non è in possesso di un titolo di studio o ne possiede uno basso (al massimo il diploma di scuola media inferiore) tale percentuale scende al 32% nel Centro-Nord. Il 62% lavora a tempo pieno o part-time, con un gradiente per area geografica (dal 72% nel Nord, al 68% nel Centro e al 45% nel Sud Italia).

La quota di padri stranieri risulta leggermente inferiore a quella delle madri (9%), anch'essa in aumento rispetto al 2010 e con un gradiente Nord-Sud (da 14% al Nord a 3% al Sud). Le principali nazioni di provenienza sono l'Albania e la Romania (ciascuna con 15%), seguite dal Marocco (14%), India (5%) e la Repubblica Popolare Cinese (4%).

La maggior parte dei padri ha almeno un diploma di scuola media superiore (57%). Come per le madri, anche per i padri si sono rilevate forti differenze territoriali. Dato il numero limitato di padri che hanno compilato il questionario, l'informazione sull'occupazione non è stata riportata in Tabella 4 in quanto veniva riferita solo dalla persona che compilava il questionario.

Tabella 4. Cittadinanza e livello di istruzione dei padri. Italia, 2012

Caratteristiche	%	Intervalli di confidenza (95%)
Cittadinanza	(n. 44.917)	
italiana	90,9	90,4-91,4
straniera	9,1	8,6-9,6
Titolo di studio	(n. 43.882)	
nessuno, elementare, media inferiore	42,7	41,7-43,6
media superiore	42,3	41,6-43,0
laurea	15,0	14,3-15,8

La Tabella 5 riporta le caratteristiche di madre e padre considerate congiuntamente. L'8% dei bambini ha entrambi i genitori stranieri, mentre il 4% ha un genitore straniero e l'altro italiano.

Nella grande maggioranza dei casi, le coppie a cittadinanza mista sono costituite da madre straniera e padre italiano (78%). La percentuale di bambini con almeno un genitore straniero varia molto da Regione a Regione e presenta valori decisamente superiori nel Nord e nel Centro Italia (rispettivamente 18% e 13%) rispetto al Sud (5%).

Tabella 5. Cittadinanza e livello di istruzione dei genitori. Italia, 2012

Caratteristiche	%	Intervalli di confidenza (95%)
Cittadinanza	(n. 44.553)	
entrambi italiani	87,6	87,0-88,1
uno italiano/uno straniero	4,3	4,0-4,6
entrambi stranieri	8,1	7,7-8,6
Titolo di studio¹	(n. 43.378)	
nessuno, elementare, media inferiore	25,3	24,5-26,1
media superiore	50,7	50,0-51,4
laurea	24,0	23,1-25,0

¹Titolo di studio più elevato tra padre e madre

Un bambino su due ha genitori il cui titolo di studio più elevato è il diploma di scuola media superiore (attuale secondaria di secondo grado), mentre il 24% ha almeno un genitore laureato. I dati evidenziano un forte gradiente Nord-Sud: la percentuale di bambini con genitori senza titolo di studio o con titolo basso passa dal 35% nel Mezzogiorno al 21-22% nel Centro-Nord. Queste differenze per area geografica sono simili a quelle che si riscontrano a livello della popolazione generale.

Conclusioni

Nel 2012 OKkio alla SALUTE ha coinvolto 2.622 classi terze della scuola primaria dislocate sull'intero territorio nazionale, raccogliendo informazioni su 46.483 bambini e 48.668 famiglie. Come nelle due rilevazioni precedenti, i tassi di rifiuto sono stati molto bassi senza evidenziare rilevanti differenze territoriali e la percentuale di bambini assenti nel giorno della rilevazione non si è discostata dal valore medio atteso.

Questi indicatori di qualità della raccolta dati, raggiunti grazie alla collaborazione e al grande lavoro svolto dagli operatori sanitari e scolastici, confermano l'ottima qualità del sistema di sorveglianza e la sostenibilità nel tempo.

Bibliografia

1. ISTAT. *Anno 2012. Natalità e fecondità della popolazione residente*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2013. (Statistiche Report). Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/archivio/104818>; ultima consultazione 22/07/2014.

STATO PONDERALE DEI BAMBINI

Paola Nardone, Marta Buoncrisiano, Anna Lamberti, Laura Lauria, Mauro Bucciarelli, Silvia Andreozzi, Angela Spinelli, Gruppo OKkio alla SALUTE 2008-2009, Gruppo OKkio alla SALUTE 2010, Gruppo OKkio alla SALUTE 2012
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

La salute degli individui riflette le complesse relazioni tra fattori biologici, psicologici, comportamentali, sociali e ambientali (1, 2) e, lo sviluppo di obesità, drammaticamente aumentato in negli ultimi anni in modo particolare nei Paesi economicamente più sviluppati e urbanizzati (3), non fa eccezione (4).

La sua insorgenza è imputabile a diversi fattori: genetici, ambientali e comportamentali (5); il rischio di obesità non è, dunque, relativo solamente a specifici genotipi, ma ad interazioni gene-gene e gene-ambiente. Ci sono geni che riguardano l'appetito, la sazietà, il metabolismo delle lipoproteine, ecc. e ci sono stili di vita tali, come l'inattività fisica, che inficiano l'espressione ottimale di geni associati con il metabolismo (6).

Gli stili di vita hanno, quindi, un ruolo fondamentale nel determinare lo stato di salute di un individuo; ad esempio, l'eccessivo consumo di alimenti grassi (7) e la pratica di comportamenti sedentari a discapito del movimento e dell'attività motoria aumentano il rischio di sovrappeso (8, 9).

L'eccesso ponderale è preoccupante non solo negli adulti, ma anche nei bambini; il sovrappeso nell'infanzia, infatti, determina un aumento del rischio di obesità in età adulta, è la principale causa di ipertensione pediatrica ed è associato con diabete di tipo 2 (10).

In particolare, l'obesità rappresenta una potenziale malattia con un elevato impatto sulla salute fisica e psicologica del bambino (11).

Ad oggi, è assai improbabile intervenire sui determinanti genetici dell'obesità, è semplice, invece, modificare gli atteggiamenti delle persone affinché si orientino, sin dall'infanzia, verso stili di vita salutari ottenendo, così, un guadagno in salute.

Stato ponderale nei bambini di 8-9 anni

Da sempre OKkio alla SALUTE ha previsto l'impiego dell'Indice di Massa Corporea (IMC) come indicatore indiretto dello stato di adiposità. Per la definizione di sottopeso, normopeso, sovrappeso, obesità dei bambini si utilizzano i valori soglia dell'*International Obesity Task Force* (IOTF) desunti da Cole *et al.* (12, 13) mentre per gli adulti ci si avvale dei valori soglia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organization*, WHO), unificati per sesso ed età (5, 14), come specificato dettagliatamente nel capitolo "Strumenti e metodologia del sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE" pubblicato nel volume *Rapporti ISTISAN 12/14* (15). Poiché nel 2007 la WHO ha divulgato nuove curve di crescita e nuovi valori soglia (16) per la definizione dell'eccesso di peso nei bambini, di seguito è riportato anche un confronto dei risultati di OKkio alla SALUTE 2012 utilizzando le classificazioni IOTF e WHO; le analisi successive, tuttavia, sono condotte utilizzando i *cut-off* IOTF.

Stato ponderale secondo i *cut-off* IOFT

La raccolta dati del 2012 ha messo in luce che il 22,2% (IC95% 21,7-22,7) dei bambini è in sovrappeso, il 10,6% (IC95% 10,2-11,0) è obeso e il 2,5% presenta obesità severa; tali dati seppur evidenzino una leggera diminuzione rispetto a quanto rilevato nelle precedenti raccolte (2008-2009 e 2010), rimangono tuttavia preoccupanti. Nel 2008-2009, infatti, i bambini in sovrappeso erano il 23,2% e obesi il 12,0%, mentre nel 2010 tali valori erano rispettivamente 23,0% e 11,2% (Figura 1).

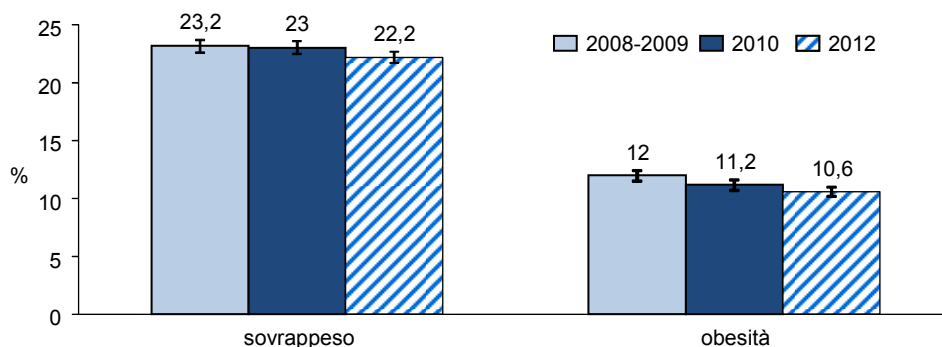


Figura 1. Prevalenza di sovrappeso e obesità tra i bambini di 8-9 anni della terza primaria. OKkio alla SALUTE, 2008-2012

Nel 2012, rispetto al 2008-2009 e 2010, non si sono evidenziate variazioni sostanziali nella distribuzione dell'IMC dei bambini (Figura 2).

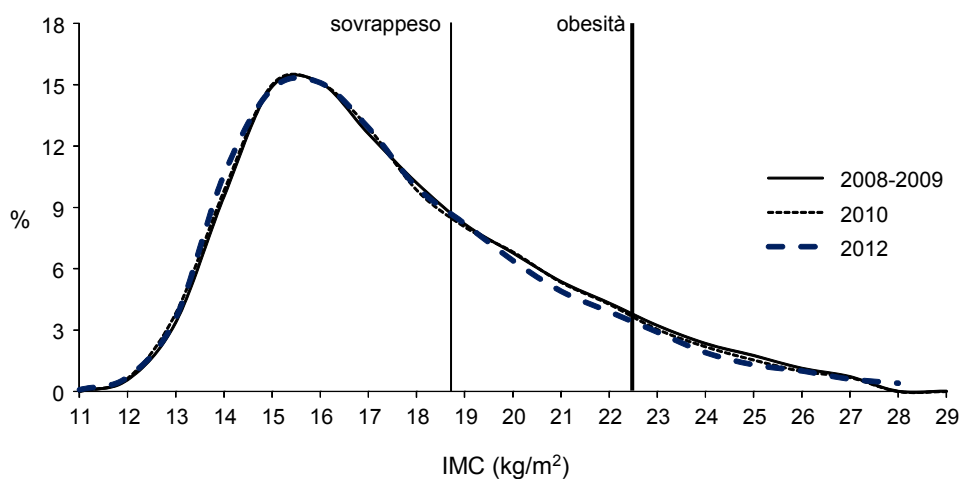


Figura 2. Distribuzione dell'IMC nei bambini di 8-9 anni di età. Italia 2008-2009, 2010 e 2012

I bambini di 8-9 anni in eccesso ponderale (sovrappeso più obesità) nel 2012 raggiungono il 32,8% e la prevalenza del sottopeso è pari a 1,1% (IC95%: 1,0-1,3).

Stato ponderale secondo i *cut-off* WHO

I *cut-off* della WHO sono complessivamente più bassi di quelli di Cole *et al.* e, di conseguenza, a parità di IMC la percentuale dei bambini in sovrappeso o obesi risulta essere più elevata.

Nella Figura 3 appare, infatti, chiaramente evidente che l'utilizzo delle curve WHO in OKkio alla SALUTE 2012 determina un aumento nelle prevalenze di sovrappeso (22,9%) e obesità (18,9%) nella fascia d'età 8-9 anni, rispetto all'utilizzo, sul medesimo campione dei *cut-off* desunti da Cole *et al.*

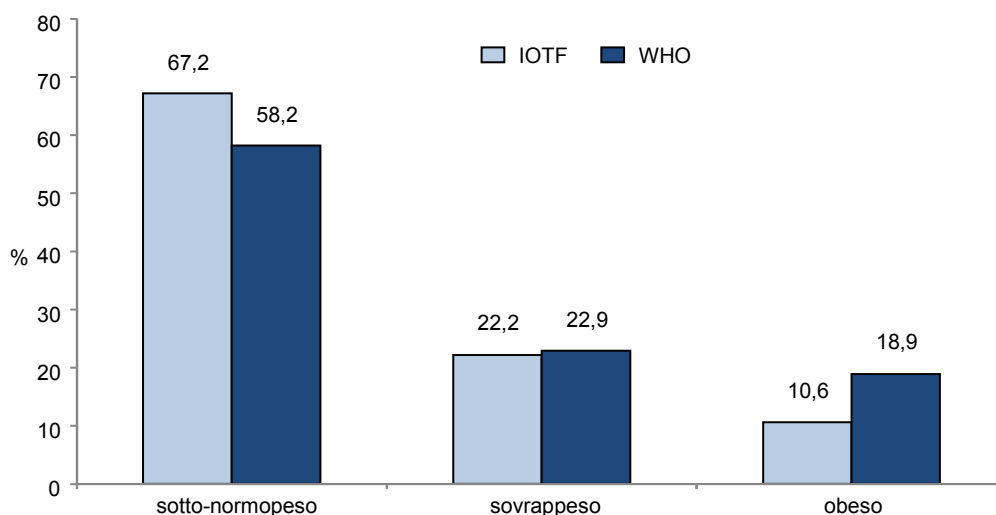


Figura 3. Prevalenza di eccesso ponderale nei bambini italiani secondo le definizioni IOTF e WHO. Italia 2012

Le curve della WHO sono adottate nell'ambito del progetto europeo *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) a cui l'Italia partecipa dal 2008 con i dati raccolti con OKkio alla SALUTE. Dai dati pubblicati dal COSI e relativi alla raccolta del 2008, avvenuta in dodici Paesi (Belgio, Irlanda, Lettonia, Lituania, Norvegia, Svezia, Bulgaria, Repubblica Ceca, Slovenia, Italia, Malta e Portogallo) con la stessa metodologia ma con un range d'età che oscilla tra i 6 e i 9 anni (ogni nazione può infatti scegliere la fascia d'età), l'Italia è il Paese a più alta prevalenza di sovrappeso e obesità nei bambini di 8 e 9 anni, mentre i Paesi del Nord Europa presentano prevalenze più basse (17), come già descritto a pag. 5-6.

Sovrappeso e obesità per Regione

Come precedentemente indicato, i risultati di seguito presentati si riferiscono ad analisi statistiche in cui sono stati utilizzati i soli valori soglia IOTF per la definizione di sovrappeso e obesità.

A conferma di quanto rilevato in passato, le percentuali di sovrappeso e obesità nella fascia 8-9 anni non sono distribuite in maniera uniforme sul territorio nazionale e ciò è chiaramente evidente nelle Figura 4.

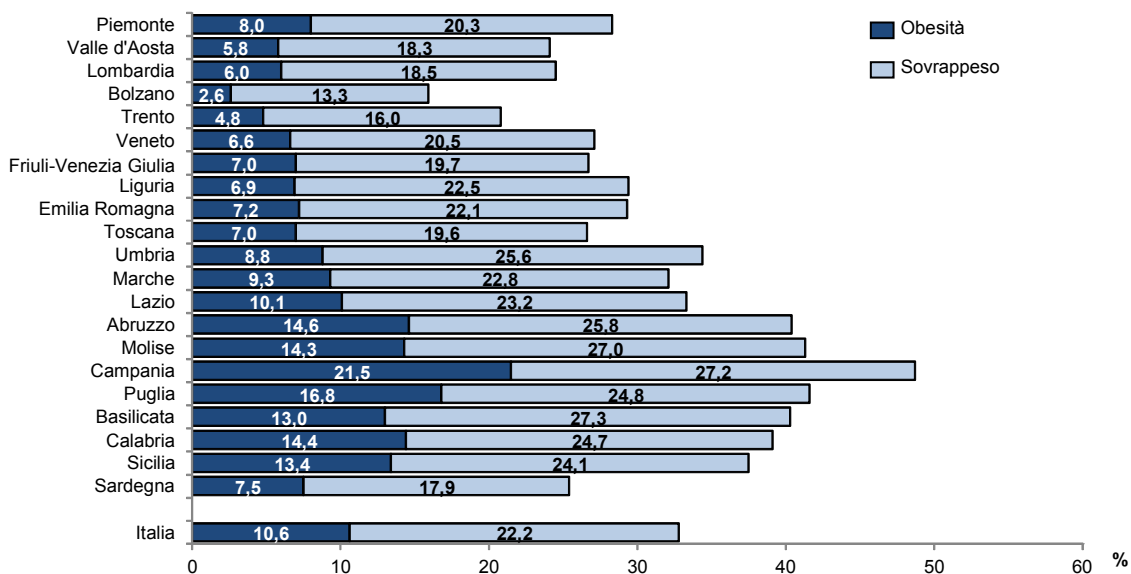


Figura 4. Sovrappeso e obesità (%) nei bambini di 8-9 anni di età, per Regione. Italia 2012

Esiste, dunque, una notevole variabilità interregionale, con percentuali più basse nell'Italia settentrionale e più alte nel Centro e nel Sud: dal 13,3% di sovrappeso nella Provincia Autonoma di Bolzano al 27,2% della Campania; dal 2,5% di obesità nella Provincia Autonoma di Bolzano, al 21,5% in Campania (vedi schede regionali in allegato Appendice B). La Figura 5 mostra questo evidente gradiente geografico che permane in tutte e tre le raccolte dati. Negli anni 2008-2009 e 2010 la Lombardia ha aderito con la sola ASL di Milano.

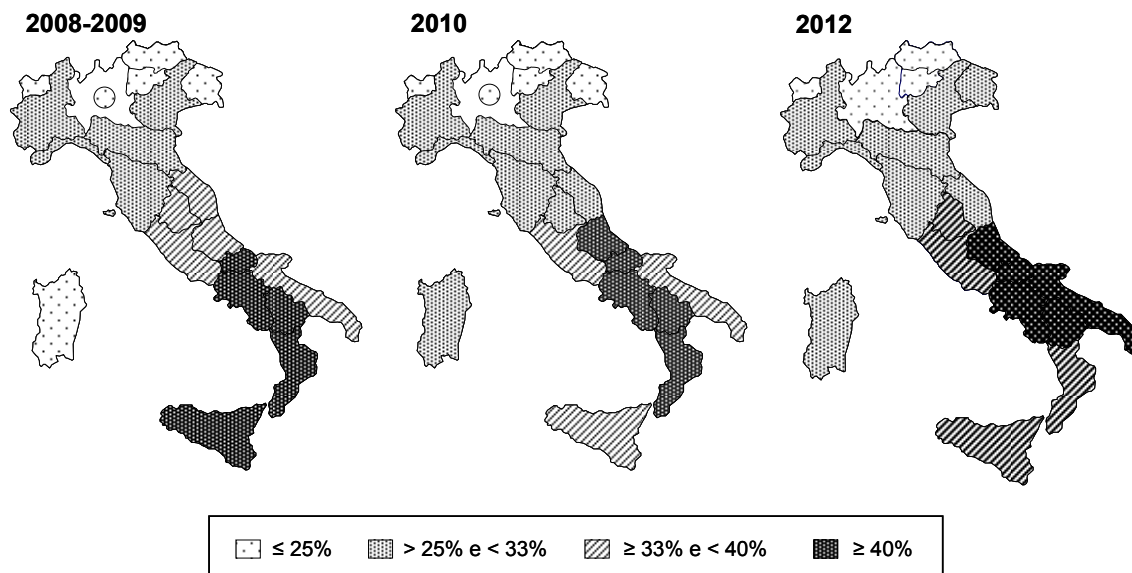


Figura 5. Eccesso ponderale misurato (%) (sovrappeso+obesità) nei bambini di 8-9 anni di età, per Regione. Italia, 2008-2009, 2010 e 2012

Il sovrappeso e l'obesità sono state approfondite sepratamente anche considerando la Regione di residenza e il sesso del bambino (Figura 6). Permane, come nel 2008-2009 e nel 2010, l'andamento che vede le Regioni del Nord presentare prevalenze di sovrappeso e obesità inferiori rispetto al Centro e al Sud.

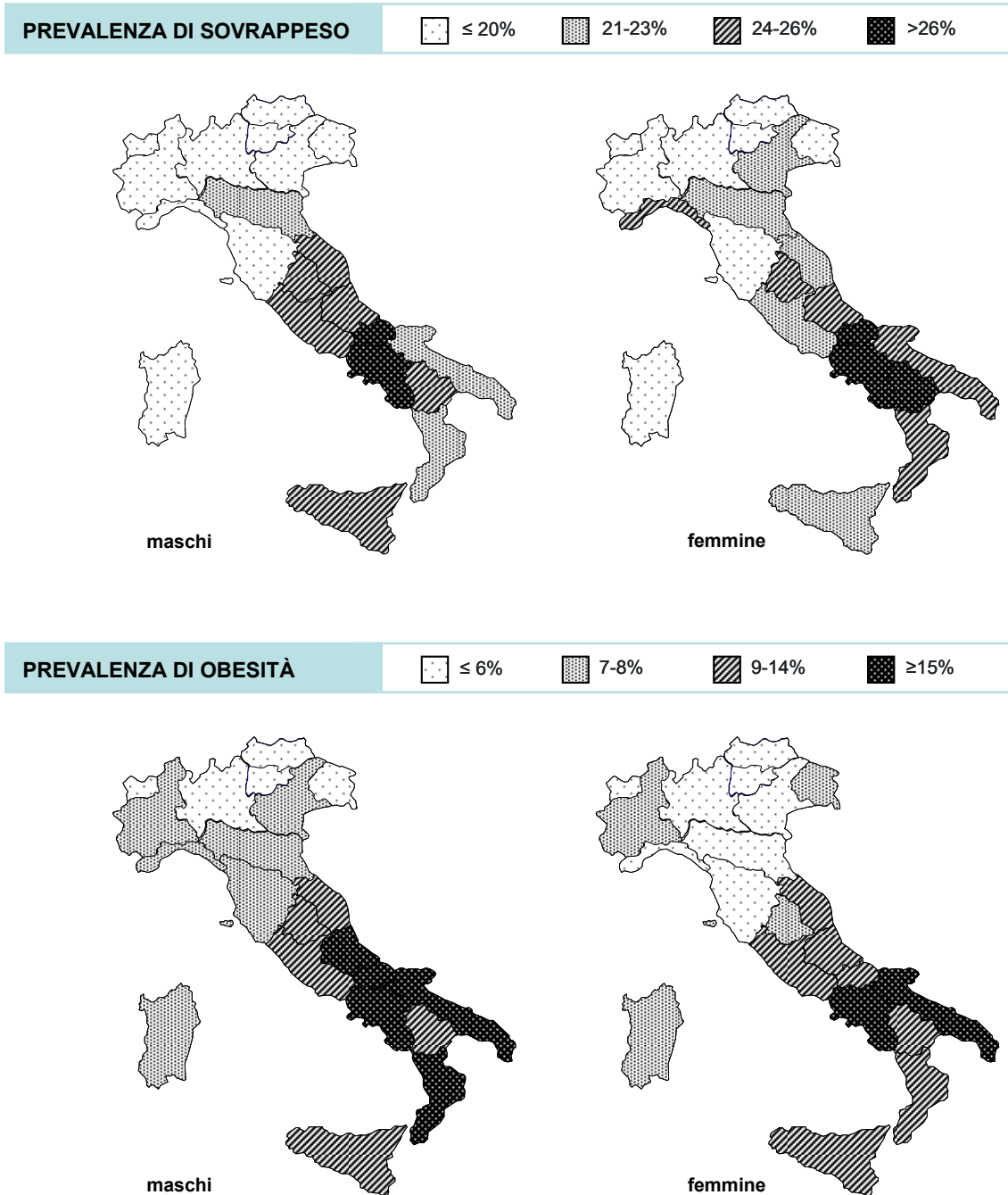


Figura 6. Classi di prevalenza per il sovrappeso e l'obesità nei bambini di 8-9 anni, per sesso e Regione di residenza. Italia 2012

Stato ponderale dei bambini rispetto alle caratteristiche dei genitori

Il questionario rivolto ai genitori dei bambini arruolati nel sistema di sorveglianza ha raccolto informazioni autoriferite importanti che hanno permesso di descrivere in modo più completo le caratteristiche delle famiglie oltreché dei bambini. In particolare è stato possibile conoscere il peso, l'altezza, il titolo di studio e il Paese di origine dei genitori. A conferma di quanto già rilevato nel passato, le madri risultano per il 20,1% in sovrappeso e nel 6,3% obese; i padri invece presentano un maggior eccesso ponderale, il 45,4% è in sovrappeso e l'11,2% è obeso. Come già rilevato per i bambini, è riscontrabile una importante variabilità regionale con valori più elevati di eccesso ponderale nel Sud e per più basso titolo di studio. Le madri di nazionalità straniera hanno prevalenze di sovrappeso e obesità significativamente maggiori rispetto a quelle italiane, ciò non si nota, invece, se si considera la nazionalità del padre. Si evidenzia, inoltre, che lo stato ponderale dei bambini è influenzato dall'IMC dei genitori e dal loro livello di istruzione; infatti, la prevalenza di bambini sovrappeso/obesi è più elevata tra genitori con eccesso ponderale (Figura 7) e con minore titolo di studio (Figura 8).

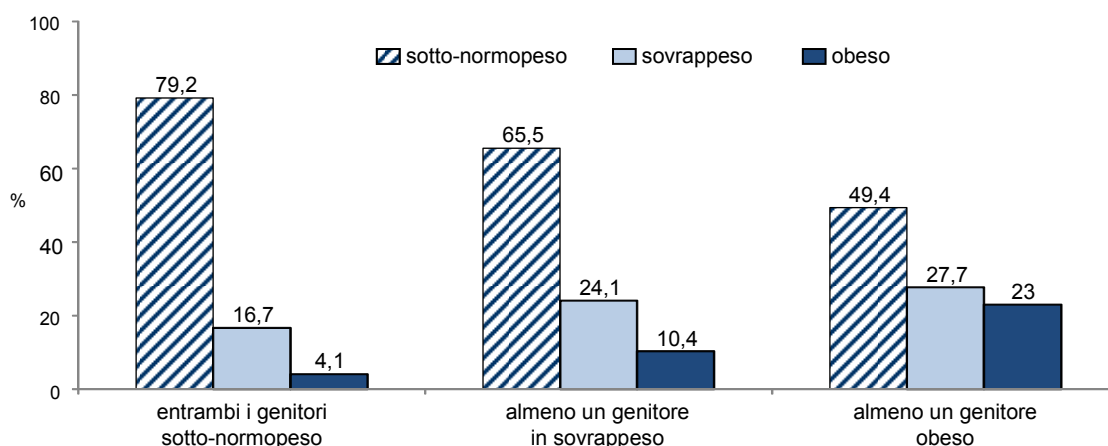


Figura 7. Stato ponderale nei bambini rispetto a quello dei genitori. Italia 2012

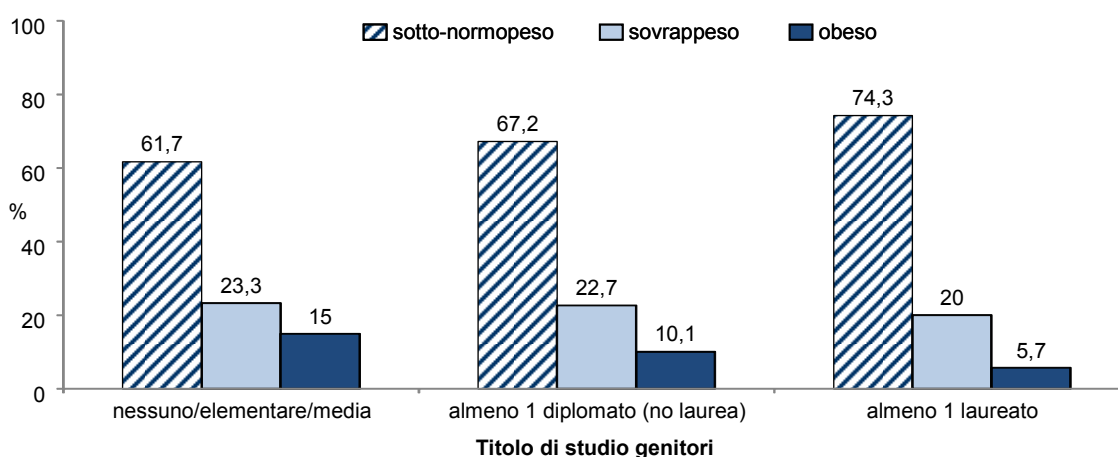


Figura 8. Stato ponderale nei bambini rispetto al titolo di studio dei genitori. Italia 2012

Conclusioni

La terza raccolta dati di OKkio alla SALUTE, confermando quanto emerso nelle precedenti rilevazioni, ha evidenziato prevalenze di eccesso ponderale nei bambini elevate e una notevole variabilità regionale delle stime di prevalenza con valori più alti nelle Regioni del Sud.

A conferma di quanto presente in letteratura, si evidenzia, inoltre, un'associazione tra il sovrappeso/obesità del bambino e basso livello di istruzione ed eccesso di peso dei genitori.

Bibliografia

1. Hastie K, Yates P. *Strategic high impact changes - childhood obesity*. London: Department of Health; 2011. Disponibile all'indirizzo: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215625/dh_126105.pdf; ultima consultazione 27/02/2014.
2. Green L. *Understanding the life course: sociological and psychological perspectives*. Cambridge: Polity Press; 2010.
3. Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes* 2006;1:7-10.
4. Department of Health. *Healthy lives, healthy people: a call to action on obesity in England*. London: Department of Health; 2011. Disponibile all'indirizzo: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213720/dh_130487.pdf; ultima consultazione 04/06/2014.
5. WHO. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: World Health Organization; 2000. (WHO Technical Report Series No. 894).
6. Yang W, Kelly T, Jiang H. Genetic epidemiology of obesity. *Epidemiologic Reviews* 2007;29:49-61.
7. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. *La sfida dell'obesità nella Regione europea dell'OMS e le strategie di risposta. Compendio*. Geneva: World Health Organization; 2007. Traduzione italiana curata dal Ministero della Salute e dalla Società Italiana di Nutrizione Umana, stampata nel 2008. Disponibile all'indirizzo: <http://www.sinu.it/documenti/OMS%20La%20Sfida%20dell'Obesita%C3%A0%20e%20le%20Strategie%20di%20Risposta%20CCM%20SINU.pdf>; ultima consultazione 04/06/2014.
8. WHO. *Diet and physical activity: a public health priority*. Geneva: World Health Organization; 2006. Disponibile all'indirizzo: www.who.int/dietphysicalactivity/en; ultima consultazione 04/06/2014.
9. Vandelanotte C, Sugiyama T, Gardiner P, Owen N. Associations of leisure-time internet and computer use with overweight and obesity, physical activity and sedentary behaviors: cross-sectional study. *J Med Internet Res* 2009;11:28.
10. Nathan BM, Moran A. Metabolic complications of obesity in childhood and adolescence: more than just diabetes. *Curr Opin Endocrinol Diabetes* 2008;15:21-9.
11. 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;18:183-91.
12. Cole JT, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000;320:1240-5.
13. 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.
14. WHO. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee*. Geneva: World Health Organization; 1995. (WHO Technical Report Series 854).

15. Lamberti A, Buoncristiano M, Baglio G, Spinelli A, Bucciarelli M, Nardone P, Lauria L, Gruppo OKkio alla SALUTE 2008-9, Gruppo OKkio alla SALUTE 2010. Strumenti e metodologia del sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE. In: 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).
16. 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. *Bull World Health Organ* 2007;85:660-7.
17. 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* 2013;8(2):79-97.

ABITUDINI ALIMENTARI DEI BAMBINI

Laura Lauria, Marta Buoncristiano, Paola Nardone, Anna Lamberti, Mauro Bucciarelli, Sonia Rubimarca, Angela Spinelli
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

È ben documentato come una corretta e sana alimentazione protegga da una serie di rischi per la salute. La ricerca epidemiologica e quella biologica confermano come, per promuovere la salute di una popolazione, sia importante porre particolare attenzione all'alimentazione degli individui che la compongono sin dalla nascita con l'allattamento al seno (1) e, a seguire nel corso di tutta la vita, attraverso una dieta equilibrata sia qualitativamente che quantitativamente. Le abitudini alimentari nell'infanzia hanno un particolare significato in quanto una dieta scorretta in questa fase della vita può avere ripercussioni sulla salute anche a distanza di anni (2). Una dieta è corretta se l'apporto di grassi, proteine e glucidi è bilanciato, se vi è equilibrio tra apporto e dispendio energetico, se viene rispettata un'adeguata distribuzione dei pasti nell'arco della giornata (3-5). Una delle possibili conseguenze di abitudini alimentari scorrette in una popolazione è l'aumento della prevalenza di sovrappeso/obesità. OKkio alla SALUTE, attraverso i questionari compilati dai bambini, dai genitori, dai dirigenti scolastici e insegnanti, raccoglie informazioni che permettono di avere un quadro complessivo delle abitudini alimentari dei bambini e di valutarne i fattori associati, in particolare vengono raccolte informazioni sul consumo della prima colazione, della merenda di metà mattino, della frutta e verdura, delle bevande zuccherate e gassate e di uno spuntino dopo cena, prima di andare a dormire. Sulla base di queste valutazioni è auspicabile che gli enti preposti, le istituzioni, gli operatori scolastici, ciascuno con le proprie specifiche competenze e agendo sui vari aspetti organizzativi ed educativi, possano pianificare interventi mirati per promuovere l'adozione di stili di vita corretti in generale e più nello specifico, riguardo l'alimentazione.

Prima colazione

Uno degli indicatori più significativi per valutare la correttezza delle abitudini alimentari è il consumo della prima colazione al mattino. Esiste, infatti, una vasta letteratura scientifica che ha evidenziato come saltare la prima colazione sia associato con la tendenza ad assumere alimenti in modo frammentario nel corso della mattinata determinando così un apporto calorico complessivamente maggiore e quindi l'insorgenza di sovrappeso nei bambini (6-9). Altrettanto importante è il consumo di una prima colazione "adeguata" dove per adeguata è stata considerata una colazione in cui siano stati consumati sia alimenti ad elevato contenuto proteico (latte, yogurt, formaggio, uovo) sia alimenti a prevalente contenuto glucidico (pane, cereali, prodotti da forno, frutta, ecc.). Questa è la traduzione in termini operativi della definizione concettuale suggerita dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) che, per una prima colazione adeguata, fa riferimento al consumo di alimenti contenenti proteine di elevata qualità biologica e carboidrati, sia complessi che semplici (10).

Nel 2012 si è rilevato che l'8,6% dei bambini partecipanti a OKkio alla SALUTE non aveva consumato la prima colazione prima di recarsi a scuola la mattina dell'intervista; il 31,0% non aveva fatto una colazione adeguata, avendo assunto solo carboidrati o solo proteine e solo il restante 60,4% dei bambini aveva consumato una colazione adeguata. La Figura 1 mostra, a livello regionale, la distribuzione percentuale dei bambini per tipo di colazione consumata al mattino. L'impatto visivo mette in evidenza una certa variabilità regionale sia per quanto riguarda il non consumo della prima colazione, dal 3,1% dei bambini della Provincia Autonoma di Trento al 16,7% dei bambini della Sicilia che nel consumo di una prima colazione inadeguata, dal 26,0% dei bambini del Friuli-Venezia Giulia al 35,0% dei bambini della Sicilia. Si nota inoltre un Paese diviso in due, le Regioni del Nord e Centro con percentuali complessive di non consumo o consumo inadeguato variabili tra il 30-40% e le Regioni del Sud con la percentuale complessiva variabile tra poco meno del 40% e il 50%. Osservando i dati della prima colazione a livello di ripartizione geografica, si riscontra un gradiente Nord Sud del Paese per quanto riguarda il non consumo, 5,8%, 8,1% e 12,6% rispettivamente per le Regioni del Nord, del Centro e del Sud mentre una colazione inadeguata è stata consumata con una percentuale maggiore al Nord e al Sud e minore al Centro.

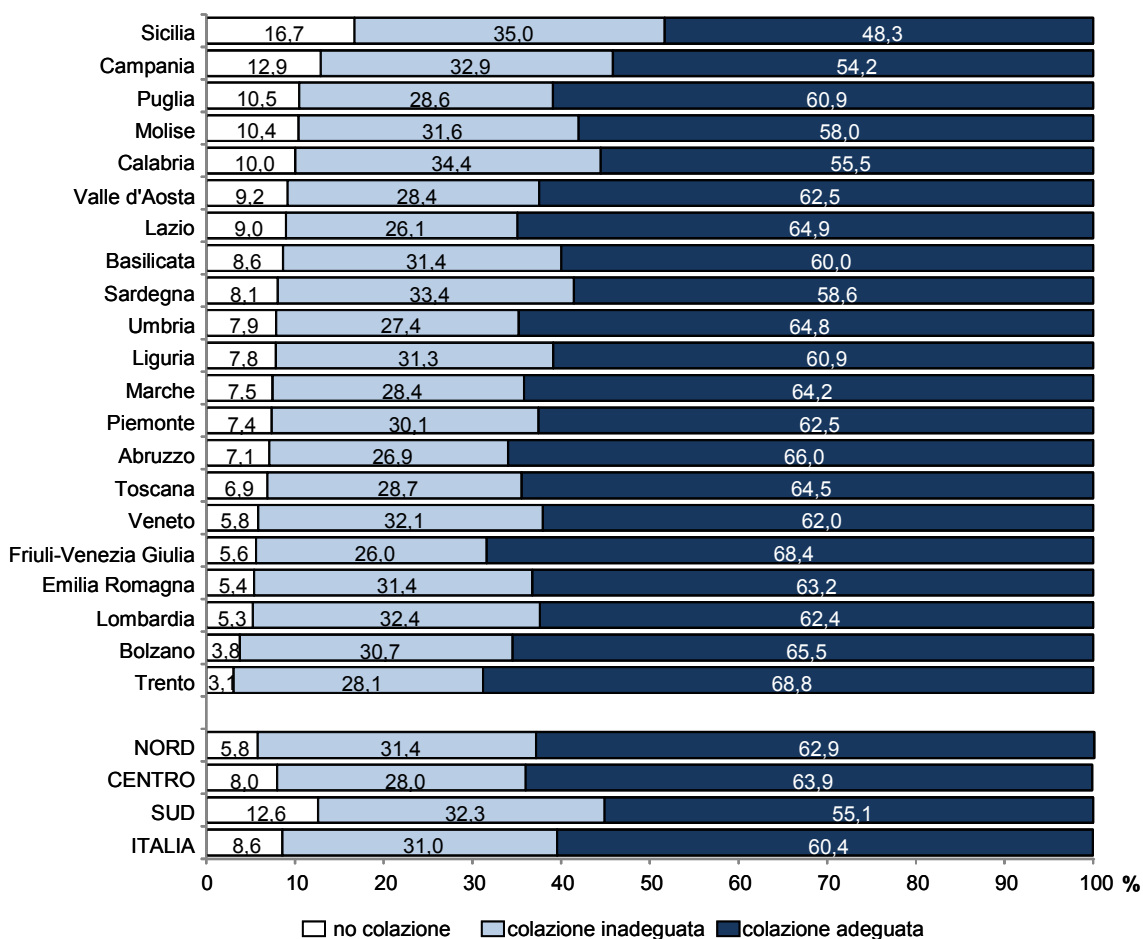


Figura 1. Bambini (%) per tipo di colazione consumata al mattino, per Regione. Italia, 2012

I primi 5 alimenti più consumati per colazione si confermano essere il latte (57,0% dei bambini), i biscotti (38,2%), il latte con cacao oppure orzo (16,3%), i cereali (15,6%) e le merendine (9,4%).

Per quanto riguarda il titolo di studio dei genitori, si rileva una tendenza alla riduzione sia del non consumo della prima colazione che del consumo inadeguato con l'aumentare del livello di istruzione (Figura 2).

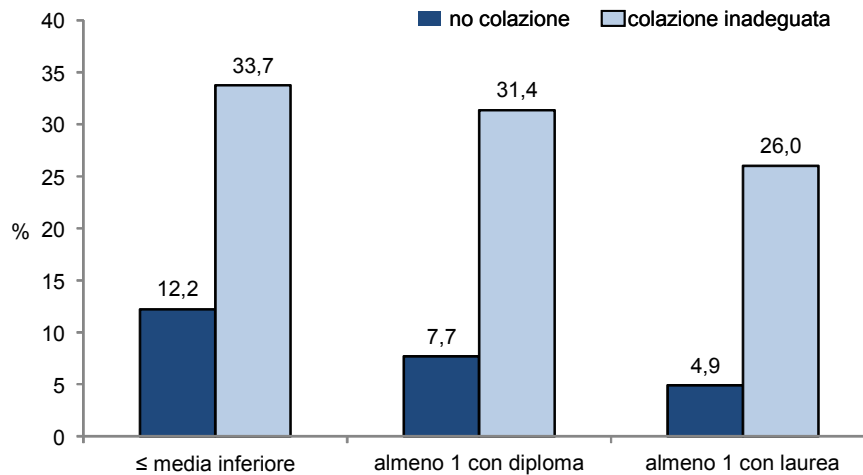


Figura 2. Bambini (%) che non fanno colazione o fanno una colazione inadeguata, per titolo di studio dei genitori. Italia, 2012

Confermando quanto evidenziato dalla letteratura scientifica e quanto rilevato in OKkio alla SALUTE degli anni precedenti, rispetto a coloro che consumano una colazione adeguata, per i quali si registrano il 21,5% di bambini sovrappeso e il 9,3% di bambini obesi, tra i bambini che non consumano la prima colazione le percentuali di sovrappeso e di obesi sono più elevate, 25,7% e 17,8% rispettivamente, e, anche se in misura minore, sono più elevate anche tra chi consuma una colazione inadeguata, cioè solo carboidrati o solo proteine, 22,6% e 11,1% (Figura 3).

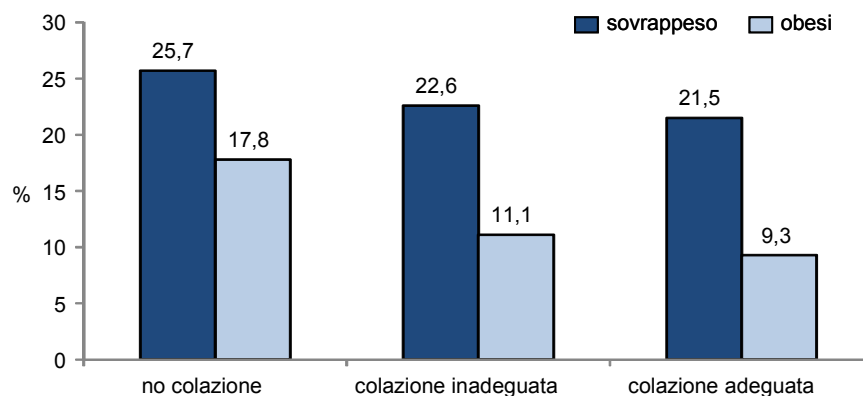


Figura 3. Bambini (%) sovrappeso e obesi, per tipologia della prima colazione. Italia, 2012

Analisi multivariata

L'analisi multivariata, che analizza i dati considerando più fattori, rileva associazioni statisticamente significative del consumo di una colazione adeguata con il sesso del bambino, e con l'area geografica di residenza, la cittadinanza, l'istruzione e lo stato ponderale dei genitori. In particolare, il rischio di non fare una colazione adeguata è risultato più elevato per le femmine rispetto ai maschi, i residenti al Sud rispetto al Nord, i figli di genitori entrambi stranieri rispetto ai figli di genitori entrambi italiani, i figli di genitori con al massimo l'istruzione media inferiore rispetto a figli di genitori di cui almeno uno con laurea e i figli di genitori di cui almeno uno sovrappeso o obeso rispetto a figli di genitori entrambi normopeso.

L'analisi multivariata conferma inoltre come la prevalenza di sovrappeso/obesità sia statisticamente associata con il consumo della prima colazione (no colazione: OR=1,41 (IC95% 1,28-1,55); colazione non adeguata: OR=1,08 (IC95% 1,02-1,14).

Merenda a metà mattina

Una dieta quantitativamente e qualitativamente corretta prevede che venga consumata una merenda adeguata a metà mattina che fornisca al bambino un giusto apporto calorico fino all'ora del pranzo. Facendo riferimento, come negli anni precedenti, alle indicazioni dell'INRAN, si è considerata adeguata una merenda a base di frutta (alimento ideale) o a base di yogurt o succo di frutta (senza zuccheri aggiunti) contenente circa 100 calorie. Ai fini dell'analisi qui presentata, anche la merenda fornita direttamente dalla scuola, pur non conoscendone l'esatto contenuto, è stata classificata come adeguata nell'ipotesi che un Istituzione pubblica, che fornisca tra l'altro, un servizio di mensa a bambini e ragazzi, non possa non rispettare i principi di una sana alimentazione.

Dai dati di OKkio alla SALUTE 2012 risulta che il 30,5% dei bambini italiani consuma una merenda adeguata a metà mattina, mentre il 4,7% non consuma alcuna merenda e il 64,8% consuma una merenda inadeguata. Dalla Figura 4 è possibile rilevare una grande variabilità regionale sia per quanto riguarda il non consumo di merenda (dall'1,6% dell'Umbria al 16,8% della Valle d'Aosta) sia, e soprattutto, per quanto riguarda il consumo di una merenda inadeguata (dal 35,4% della Provincia Autonoma di Trento al 91,0% del Molise). A livello di ripartizione territoriale si può osservare una tendenza ad avere percentuali di non consumo lievemente maggiori nelle Regioni del Nord rispetto a quelle del Centro e del Sud, mentre una merenda inadeguata viene consumata con un forte gradiente Nord-Centro-Sud con scatti di circa 10 punti percentuali tra un'area e l'altra: 57,0%, 67,1%, 74,3% rispettivamente i valori del Nord, del Centro e del Sud.

I 5 alimenti più consumati dai bambini per la merenda di metà mattina sono risultati essere nell'ordine: il panino (21,2%), il succo di frutta (19,9%), i cracker (14,9%), la frutta (13,7%) e la merendina (13,0%). Rispetto a OKkio alla SALUTE 2010, risalta soprattutto l'aumento del consumo di frutta (era 11,3% nel 2010) che passa dal quinto al quarto posto nella graduatoria.

Come la ripartizione territoriale, anche il titolo di studio dei genitori risulta associato con il consumo della merenda (Figura 5). In particolare a un livello di istruzione più elevato corrisponde un minore consumo di merenda non adeguata. Meno evidente è l'associazione con il non consumo della merenda.

Nessuna evidente associazione è emersa tra consumo di merenda e il sesso dei bambini così come il loro essere sovrappeso o obeso.

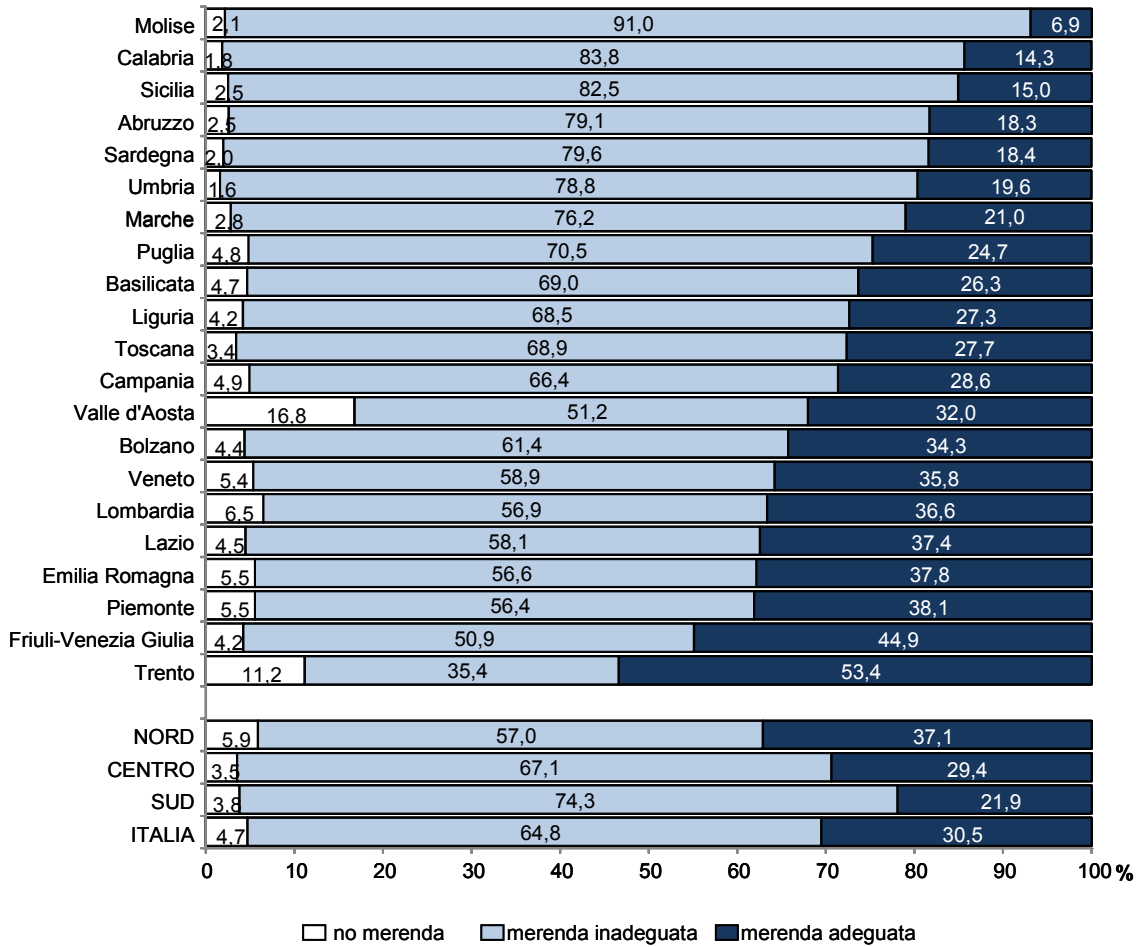


Figura 4. Bambini (%) per tipo di merenda consumata a metà mattina, per Regione. Italia, 2012

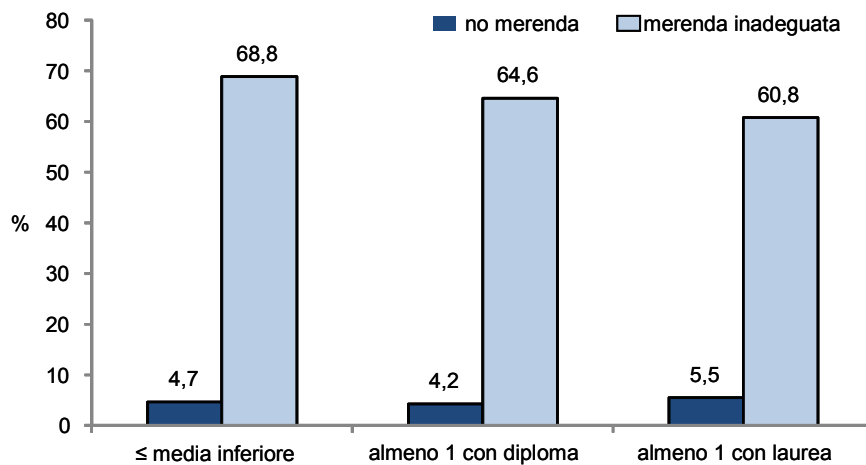


Figura 5. Bambini (%) che non fanno merenda a metà mattina o fanno una merenda inadeguata, per titolo di studio dei genitori. Italia, 2012

Consumo di frutta e verdura

L'INRAN, nelle sue linee guida per una sana alimentazione italiana (10), sottolinea fortemente l'importanza del consumo giornaliero di frutta e verdura. Questi alimenti infatti, consumati in adeguate quantità, forniscono un rilevante apporto di vitamine, fibre e sali minerali e consentono di ridurre la densità energetica della dieta. La quantità adeguata di frutta e/o verdura, suggerita nelle linee guida citate, corrisponde al consumo di almeno 5 porzioni al giorno. Nella rilevazione OKkio alla SALUTE 2008, il consumo di frutta e verdura è stato indagato congiuntamente non distinguendo i due tipi di alimento. In seguito ai risultati di uno studio di validazione e di approfondimento effettuato dall'INRAN sulle metodologie adottate in OKkio alla SALUTE (11), è stato suggerito di rilevare, già nel 2010, le informazioni sul consumo di frutta e verdura con due domande distinte al fine di migliorare la qualità e il dettaglio informativo. Le analisi qui riportate tengono conto di questo dettaglio ma, quando opportuno, vengono presentati anche i risultati congiunti per rendere possibile un confronto con i risultati di OKkio alla SALUTE 2008.

Il consumo quotidiano di frutta e/o verdura dei bambini italiani nel 2012 è decisamente basso rispetto a quanto raccomandato. Solo il 7,4% dei genitori infatti ha dichiarato un consumo di almeno 5 porzioni al giorno mentre il 20,4% ha dichiarato che i propri figli consumano meno di una porzione al giorno e l'1,5% che non consumano mai frutta e/o verdura. Questi valori, per quanto indicativi di cattive abitudini alimentari, risultano comunque in lieve miglioramento se confrontati con i dati di OKkio alla SALUTE 2008 e 2010. Nella Figura 6 si possono osservare le distribuzioni percentuali dei bambini distinte per consumo di frutta e verdura. Si rileva in particolare come circa la metà dei bambini, il 49%, non consumi quotidianamente verdura, mentre il 29% non consumi quotidianamente la frutta.

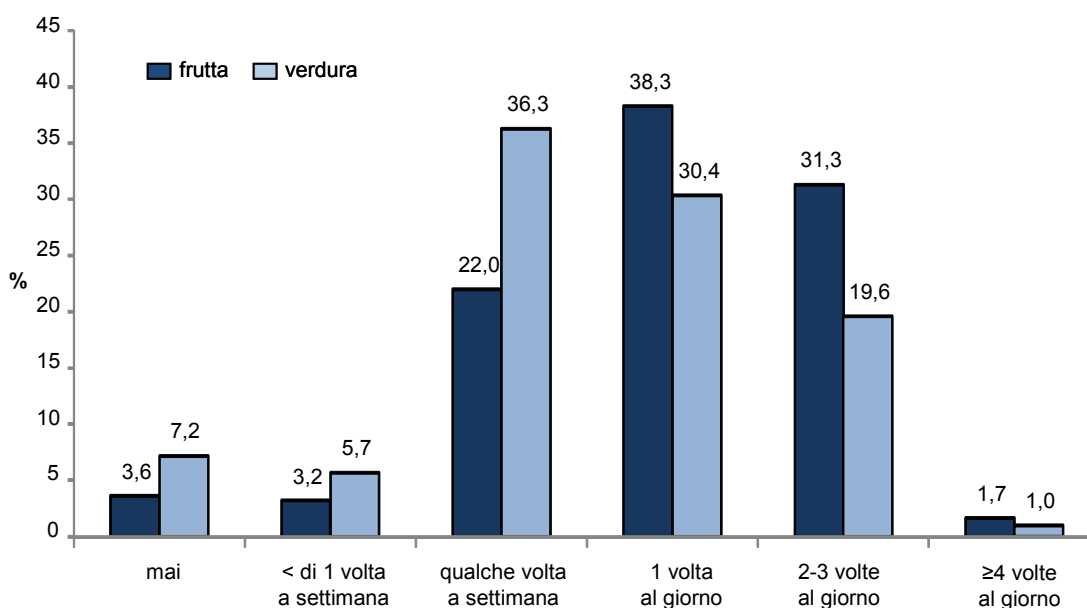


Figura 6. Bambini (%) per consumo di frutta e verdura. Italia, 2012

Dall'osservazione dei risultati regionali, Figure 7 e 8, appare una variabilità più contenuta per il consumo di frutta e molto più accentuata e con un forte trend Nord-Sud per il consumo di verdura. La frutta viene consumata meno di una volta al giorno con una frequenza regionale che va dal 21,9% della Provincia Autonoma di Trento al 35,4% della Provincia Autonoma di Bolzano; viene consumata solo una volta al giorno con una frequenza regionale che va dal 34,0% dell'Umbria al 43,5% della Campania. La verdura viene consumata meno di una volta al giorno con una frequenza regionale che va dal 19,0% della Provincia Autonoma di Trento al 70,5% della Puglia; viene consumata solo una volta al giorno con una frequenza regionale che va dal 20,9% della Puglia al 36,6% della Provincia Autonoma di Bolzano. Il consumo di verdura appare fortemente associato con l'area geografica di residenza. Si può osservare come i bambini che ne consumano meno di una porzione al giorno passino dal 39% al Nord al 44,1% al Centro e al 65,2% al Sud. Il gradiente Nord Sud per il basso consumo di frutta è invece appena accennato con differenze di circa un punto percentuale tra un'area e l'altra.

A titolo di studio dei genitori più elevato corrisponde un più elevato numero di porzioni consumate sia di frutta che di verdura (Figura 9). Se entrambi i genitori hanno al massimo la licenza di scuola media inferiore, il consumo non quotidiano di frutta riguarda il 33,2% dei bambini, valore che scende al 22,7% nel caso di almeno un genitore con laurea; il consumo non quotidiano di verdura riguarda il 58,3% dei bambini con genitori con basso livello di istruzione, valore che passa al 39,9% per bambini con almeno uno dei genitori laureato.

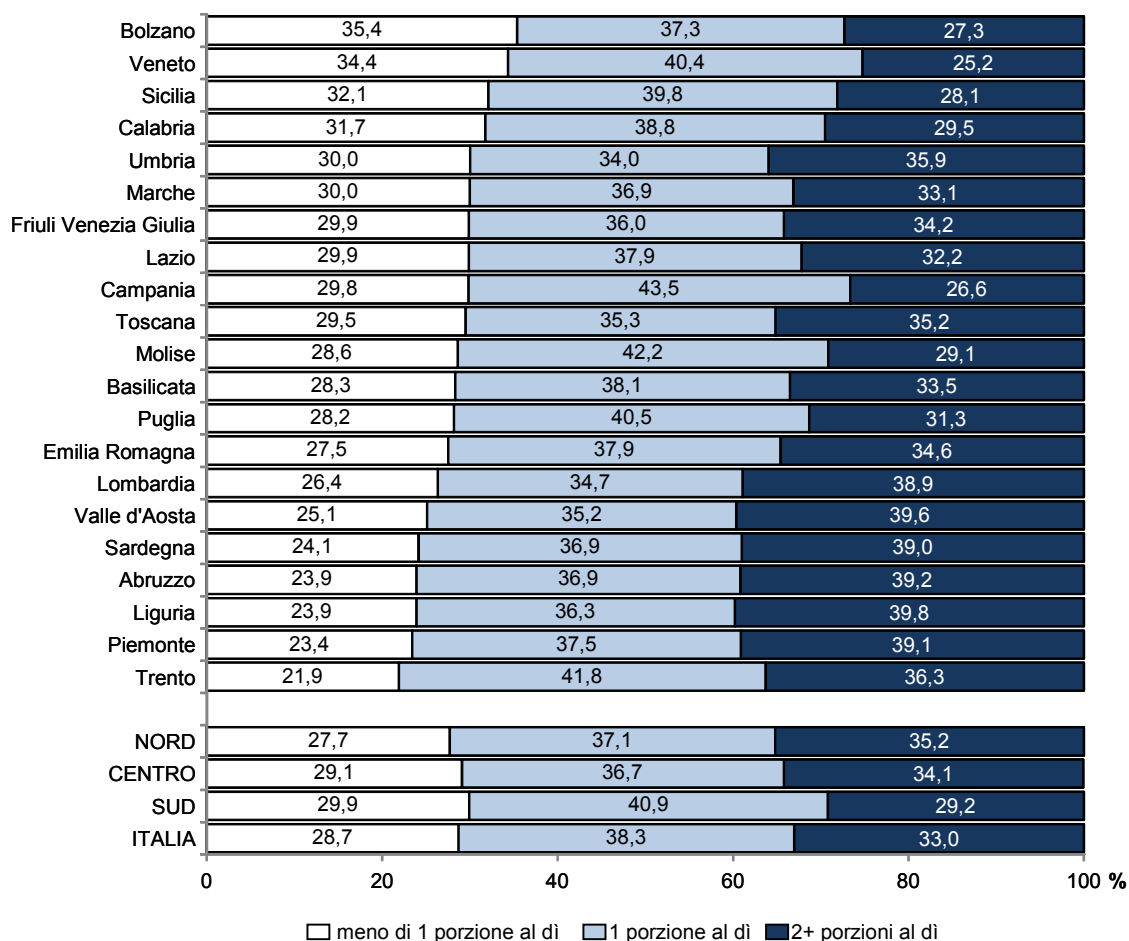


Figura 7. Bambini (%) per porzioni di frutta consumate al giorno, per Regione. Italia, 2012

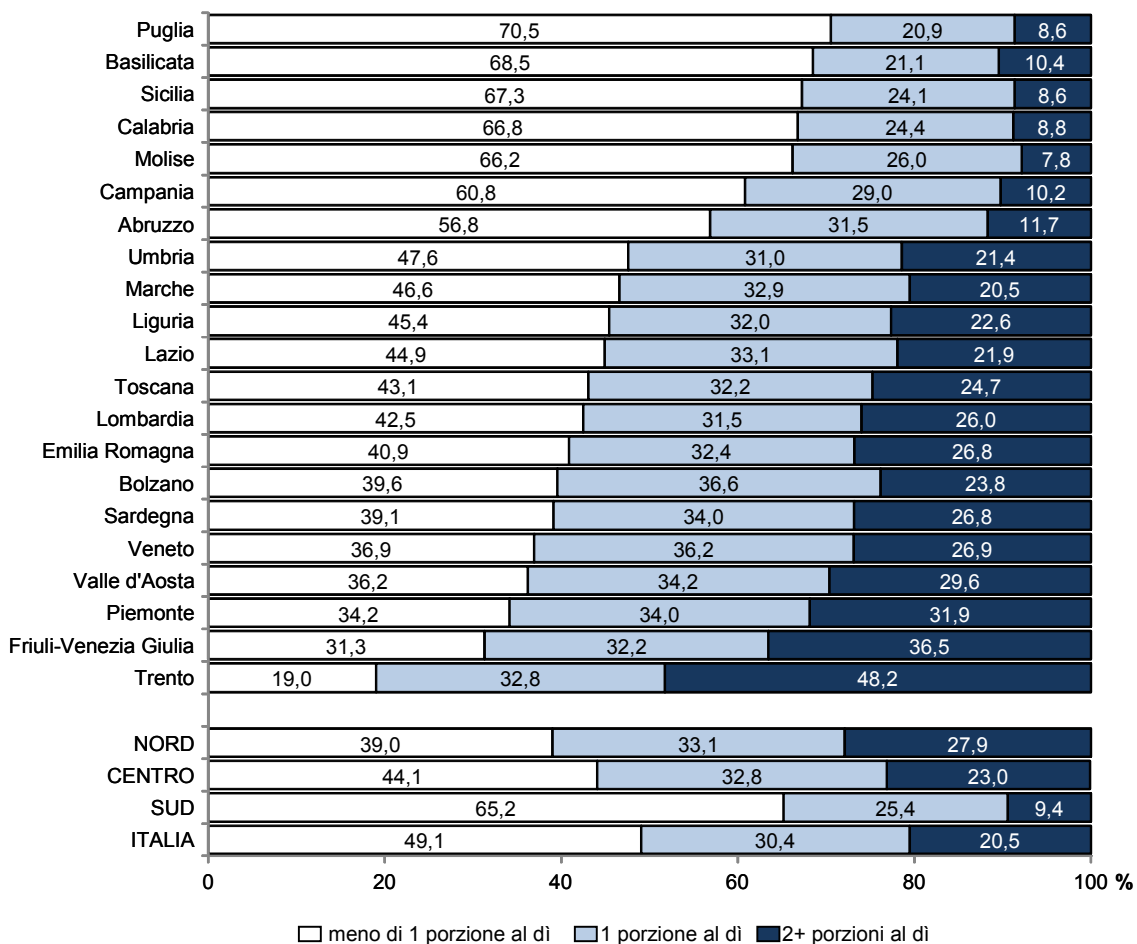


Figura 8. Bambini (%) per porzioni di verdura consumate al giorno, per Regione. Italia, 2012

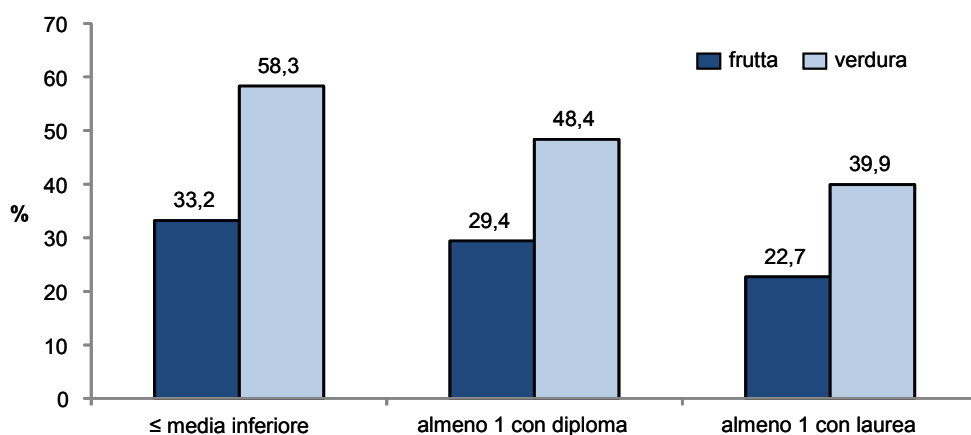


Figura 9. Bambini (%) che consumano frutta o verdura meno di una volta al giorno, per titolo di studio dei genitori. Italia, 2012

Il consumo di frutta, e soprattutto di verdura, dipende anche dal sesso (Figura 10). Si può osservare infatti come i maschi più delle femmine consumino meno di una volta al giorno frutta o verdura: consumo non quotidiano di frutta 29,7% vs 27,7%; consumo non quotidiano di verdura 51,3% vs 46,4%.

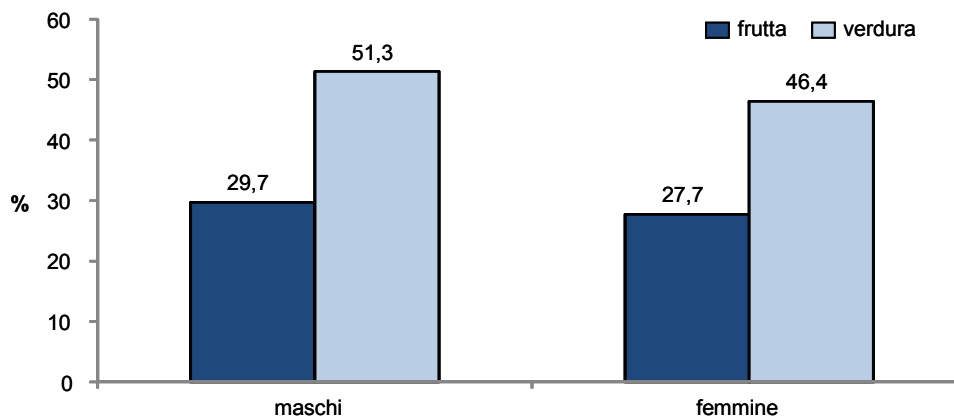


Figura 10. Bambini (%) che consumano frutta o verdura meno di una volta al giorno, per sesso. Italia, 2012

Analisi multivariata

Il modello di regressione logistica applicato al consumo di frutta/verdura conferma come il rischio di consumare meno di una porzione al giorno sia più elevato per i maschi, i residenti al Sud, i figli di genitori con titolo di studio basso e i figli di genitori di cui almeno uno obeso.

Consumo di bevande zuccherate e/o gassate

Nella valutazione sulle corrette abitudini alimentari dei bambini si deve tener conto anche del consumo di bevande zuccherate e/o gassate (cola, aranciata, tè, succhi di frutta). Si è, infatti, stimato che, mediamente, una lattina di bevanda zuccherata da 33 cc contenga una elevata quantità di zuccheri aggiunti pari a 40-50 grammi, corrispondenti a circa 5-8 cucchiaini. Nella letteratura scientifica vi sono evidenze di associazione tra consumo di bevande zuccherate e obesità dei bambini (12), per quanto in OKkio alla SALUTE 2010 si sia osservata solo una lieve associazione non statisticamente significativa. Come per il consumo di frutta e verdura, sulla base dello studio di validazione dell'INRAN già citato (11), dal 2010 la rilevazione del consumo di bibite zuccherate e gassate viene effettuata tramite due domande separate. Nelle analisi qui riportate, se ritenuto opportuno, si tiene conto di questo maggiore dettaglio dell'informazione raccolta.

Nel 2012 a livello nazionale si è osservato che il 20,0% dei bambini usa consumare bevande zuccherate e/o gassate più volte al giorno. Questa percentuale era 16,6% nel 2008 e 23,2% nel 2010. Le distribuzioni percentuali dei bambini per consumo di bibite mostrano come vengano consumate con maggiore frequenza le bevande zuccherate rispetto a quelle gassate (Figura 11). A livello regionale, i bambini che consumano bibite zuccherate/gassate una o più volte al giorno variano dal 33,8% della Provincia Autonoma di Trento al 51,6% della Calabria (Figura 12).

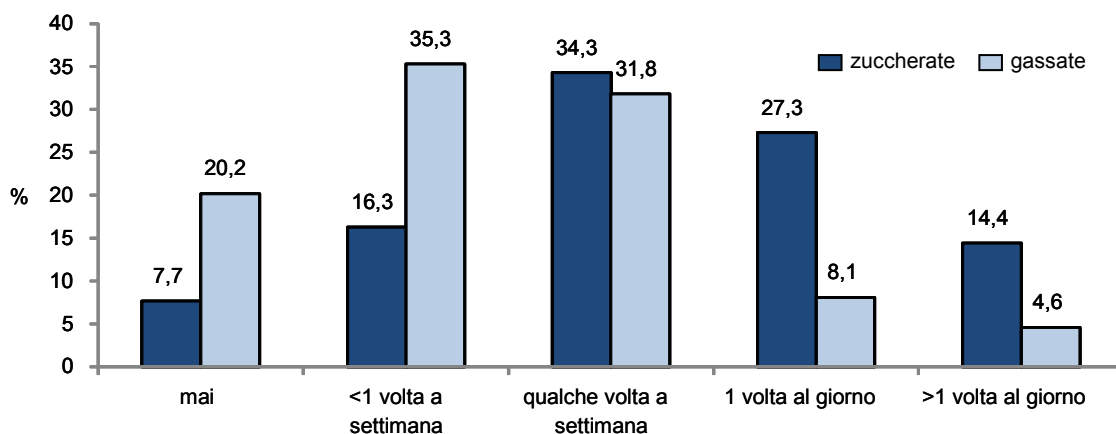


Figura 11. Bambini (%) per consumo di bevande zuccherate e gassate. Italia, 2012

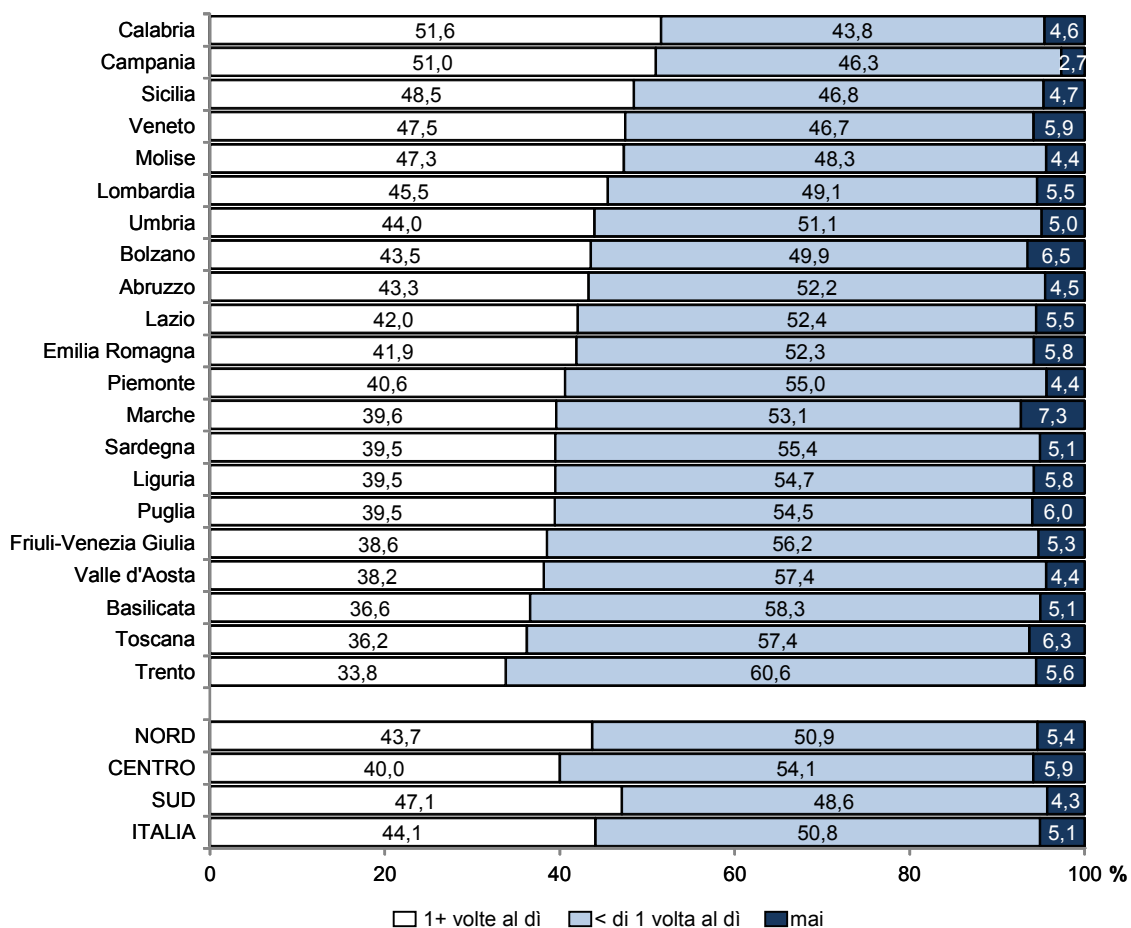


Figura 12. Bambini (%) per consumo di bevande gassate/zuccherate, per Regione. Italia, 2012

Il consumo di bevande appare associato con l'area geografica di residenza (Figura 13). In particolare il consumo una o più volte al giorno di bevande zuccherate risulta meno frequente nelle Regioni del Centro rispetto alle Regioni sia del Nord che del Sud. Per quanto riguarda le bevande gassate, a fronte di un consumo simile tra le Regioni del Nord e del Centro, si rileva un consumo di circa 8 punti percentuali in più nelle Regioni del Sud.

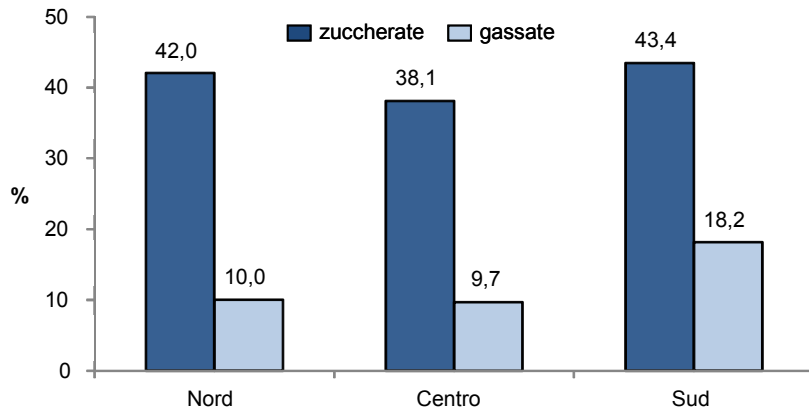


Figura 13. Bambini (%) che consumano bevande zuccherate e gassate almeno una volta al giorno, per area geografica. Italia, 2012

L'associazione del consumo di bevande con il livello di istruzione dei genitori è molto forte. I figli di genitori con livello di istruzione basso consumano bevande zuccherate e gassate molto più frequentemente rispetto ai figli di genitori più istruiti (Figura 14). In particolare, si osserva un aumento di 24 punti percentuali nel consumo di bevande zuccherate passando da genitori di cui almeno uno laureato a genitori con al massimo la licenza media inferiore; per quanto riguarda il consumo di bevande gassate, si osserva invece un aumento di 16 punti percentuali, cioè la frequenza di bambini che consumano almeno una volta al giorno bevande gassate è quasi 4 volte più elevata se i genitori hanno un'istruzione bassa.

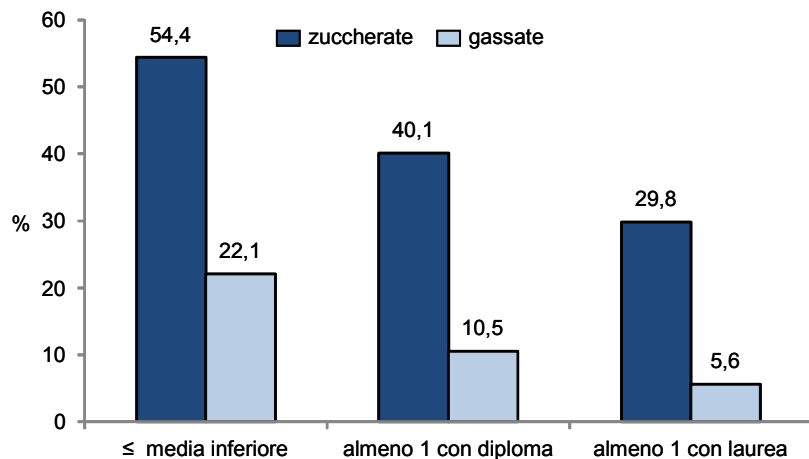


Figura 14. Bambini (%) che consumano bevande zuccherate e gassate almeno una volta al giorno, per titolo di studio dei genitori. Italia, 2012

Anche il sesso del bambino risulta associato con il consumo di bevande, in particolare quelle zuccherate (Figura 15). Infatti, i maschi ne consumano una o più volte al giorno con una frequenza maggiore rispetto alle femmine. Non risultano invece rilevanti differenze per il consumo di bevande gassate.

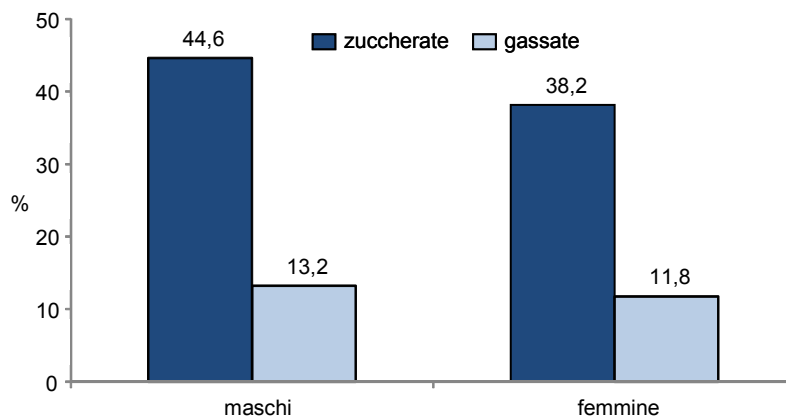


Figura 15. Bambini (%) che consumano bevande zuccherate e gassate almeno una volta al giorno, per sesso. Italia, 2012

Analisi multivariata

Il modello di regressione logistica applicato al consumo di bevande zuccherate/gassate rileva come il rischio di consumare una o più bevande al giorno sia maggiore per i maschi, i residenti al Sud, i figli di genitori stranieri, i figli di genitori con titolo di studio basso e i figli di genitori di cui almeno uno sovrappeso o obeso.

Consumo di cibo/bevande dopo cena, prima di andare a dormire

La domanda sul consumo di alimenti prima di andare a dormire è stata posta sia direttamente ai bambini con riferimento alla sera precedente l'intervista, sia ai genitori con riferimento ad una abitudine consolidata.

L'abitudine di consumare qualcosa prima di andare a dormire, secondo quanto dichiarato dai genitori, riguarda il 25,0% dei bambini italiani, cioè un bambino su 4. A livello regionale si osserva una variabilità compresa tra il 18,9% della Provincia Autonoma di Trento al 33,8% della Campania (Figura 16).

Nelle Regioni del Sud questa abitudine tende ad essere più frequente. I bambini hanno invece riferito nel 29,7% dei casi di aver mangiato qualcosa la sera precedente l'intervista con una variabilità regionale compresa tra il 24,8% delle Marche e il 35,3% della Campania.

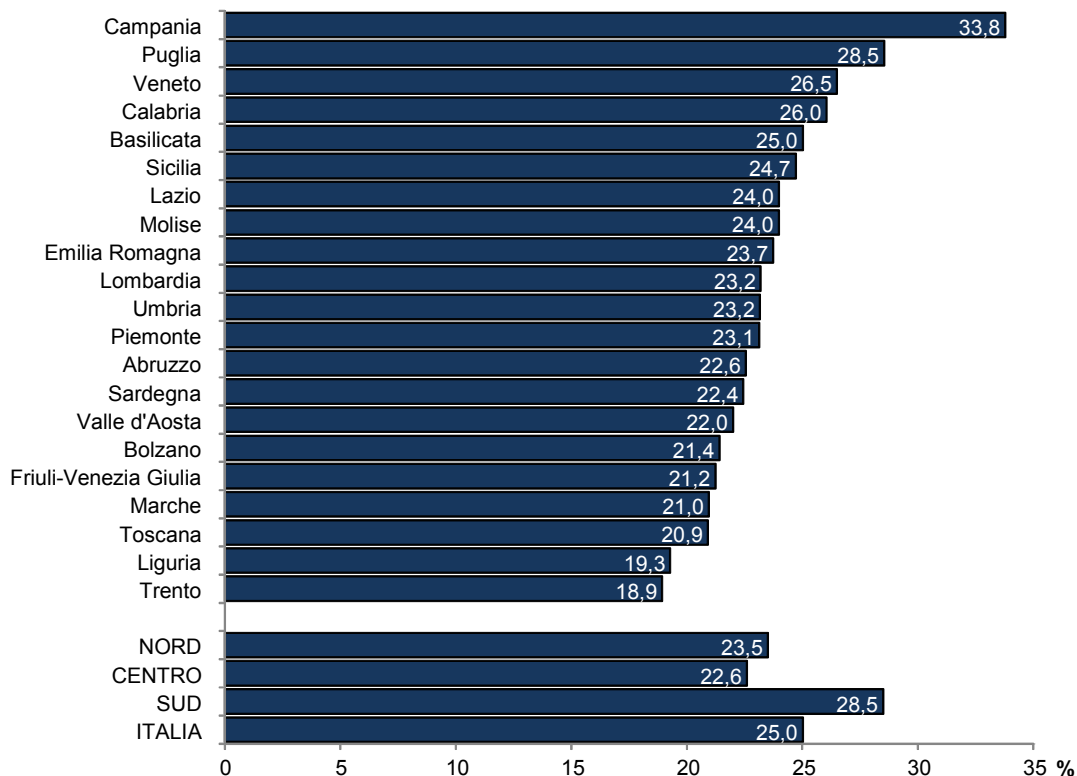


Figura 16. Bambini (%) che mangiano abitualmente qualcosa dopo cena, per Regione. Italia, 2012

Trend temporali

Essendo arrivati alla terza rilevazione di OKkio alla SALUTE, è possibile provare ad effettuare un confronto nel tempo per valutare cambiamenti e identificare tendenze.

Nella Figura 17 sono riportati i valori nazionali di 4 indicatori per anno di rilevazione:

- % di bambini che non fanno colazione;
- % di bambini che fanno una merenda inadeguata (comprensivo di chi non fa merenda);
- % di bambini che consumano frutta/verdura meno di una volta al giorno;
- % di bambini che consumano bevande zuccherate/gassate più di una volta al giorno.

Una prima osservazione è la sostanziale stabilità degli indicatori relativi alla prima colazione e al consumo di frutta e verdura che si riducono solo di 1-2 punti percentuali nel corso delle tre rilevazioni di OKkio alla SALUTE. Si può osservare inoltre come l'indicatore riguardante il consumo di merenda inadeguata abbia registrato una riduzione consistente soprattutto tra il 2008 e il 2010 e minima tra il 2010 e il 2012. L'indicatore del consumo di bibite mostra un peggioramento nel 2010 solo in parte recuperato nel 2012.

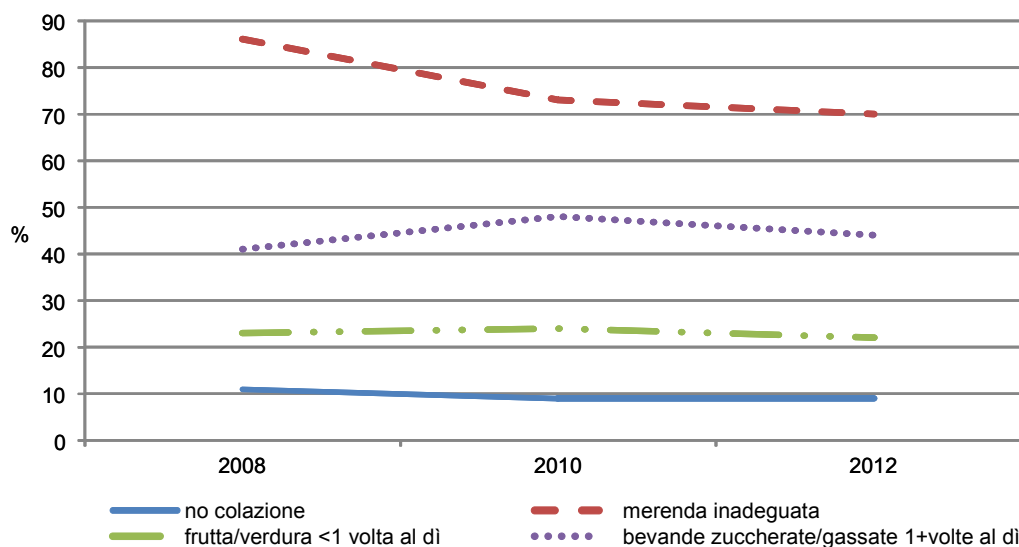


Figura 17. Trend temporale dei principali indicatori alimentari nelle 3 rilevazioni di OKkio alla SALUTE. Italia 2008, 2010, 2012

Conclusioni

Modificare in modo rilevante comportamenti e abitudini alimentari, promuovendo i principi di una sana alimentazione, si conferma essere un'impresa difficile. Le sollecitazioni al consumo e le occasioni di consumo di ogni tipo di cibo e bevande a cui siamo sottoposti continuamente, e a cui i bambini sono particolarmente sensibili, costituiscono un grosso ostacolo per il cambiamento.

I risultati di OKkio alla SALUTE 2012 relativamente alle abitudini alimentari mettono in luce una diffusione di comportamenti scorretti ancora molto elevata e indicano una sostanziale stabilità degli indicatori di consumo alimentare considerati rispetto alle precedenti rilevazioni. Qualche variazione più consistente si è registrata tra il 2008 e il 2010 ma potrebbe in parte essere dovuta ad aspetti di assestamento organizzativi e operativi del sistema di sorveglianza e in parte a una maggiore spinta propulsiva e motivazione ad interventi mirati da parte di operatori e istituzioni che può aver fatto seguito alla prima fase di raccolta dati.

A fronte di questa stabilità nazionale, colpisce la grande variabilità degli indicatori osservata a livello regionale. Questa variabilità, oltre che espressione di comportamenti individuali diversi, può essere, in parte, espressione di aspetti di contesto sia di tipo culturale (vedi ad esempio i Paesi di provenienza dei genitori stranieri) che ambientale (vedi ad esempio la dimensione del luogo di residenza o l'altitudine) che nel nostro Paese sono molto diversificati. Inoltre, la stabilità degli indicatori che si osserva a livello nazionale può nascondere singole situazioni regionali in peggioramento o in miglioramento. È importante quindi mantenere il livello di dettaglio regionale nelle analisi per poter riflettere sulla efficacia di specifici interventi effettuati a questo livello amministrativo e mirati alla promozione di una sana alimentazione. Come nelle rilevazioni precedenti e confermando quanto presente dalla letteratura internazionale (14, 15), sono emerse indicazioni di associazione tra abitudini alimentari

scorrette e basso livello socio economico delle famiglie. In particolare, forti associazioni sono emerse con il livello di istruzione dei genitori, con la cittadinanza, con l'area geografica di residenza. Si ribadisce quindi l'importanza di una strategia che veda vari livelli istituzionali coinvolti e che punti sia su campagne informative rivolte alla popolazione in generale che su programmi educativi da svolgere nelle scuole oltre che sul garantire una ristorazione scolastica salutare (16). I messaggi principali su cui impostare queste azioni informative ed educative sono essenzialmente l'utilità e l'importanza di una sana prima colazione, del consumo quotidiano di frutta e verdura, del bere acqua come fonte principale di liquidi e delle porzioni adeguate all'età del bambino.

Sarebbero auspicabili inoltre interventi generali per incentivare l'industria alimentare a produrre cibi a ridotto contenuto di grassi e zuccheri e per regolamentare la promozione commerciale rivolta ai bambini riducendone la pressione così come viene indicato nel recente rapporto sulle pubblicità alimentari per bambini della *World Health Organization* (WHO) che affronta in modo approfondito l'argomento (17).

Bibliografia

1. Bovbjerg ML, Amador C, Uphoff AE. Breastfeeding and childhood obesity: where do we go from here? *JAMA Pediatr* 2013;167(10):894-5.
2. Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics* 1998;101:518-25.
3. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Geneva: World Health Organization; 2007.
4. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. *La sfida dell'obesità nella Regione europea dell'OMS e le strategie di risposta. Compendio*. Trad. italiana. Roma: Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle malattie - Ministero della Salute; 2008.
5. ESPGHAN Committee on Nutrition, Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, Mihatsch W, Moreno LA, Puntis J, Shamir R, Szajewska H, Turck D, van Goudoever J. Role of dietary factors and food habits in the development of childhood obesity: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011;52:662-9.
6. Rampersaud GC, Pereira MA, Girard BL, Adams J, Metzler JD. Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *J Am Diet Assoc* 2005;105:743-60.
7. Dubois L, Girard M, Potvin Kent M. Breakfast eating and overweight in a pre-school population: is there a link? *Public Health Nutr* 2006;9:436-42.
8. Dubois L, Girard M, Potvin Kent M, Farmer A, Tatone-Tokuda F. Breakfast skipping is associated with differences in meal patterns, macronutrient intakes and overweight among pre-school children. *Public Health Nutr* 2009;12:19-28.
9. Szajewska H, Ruszczynski M. Systematic review demonstrating that breakfast consumption influences body weight outcomes in children and adolescents in Europe. *Crit Rev Food Sci Nutr* 2010;50:113-9.
10. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. *Linee guida per una sana alimentazione italiana. Revisione*. Roma: INRAN; 2003. Disponibile all'indirizzo: http://nut.entecra.it/648/linee_guida.html; ultima consultazione 22/07/2014.
11. Censi L, Martone D, D'Addesa D, Angelini V, Bevilacqua N, Catasta G, D'Amicis A, Fabbri I, Galfo M, Rocaldo R, Toti E, Gruppo ZOOM8. Contributo dell'INRAN: studi di validazione e di approfondimento. In: 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).

12. James J, Kerr D. Prevention of childhood obesity by reducing soft drinks. *Int J Obes* 2005;29:S54-7.
13. Kavey RE. How sweet it is: sugar-sweetened beverage consumption, obesity, and cardiovascular risk in childhood. *J Am Diet Assoc* 2010;110:1456-60.
14. Drewnowski A, Specter SE. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *Am J Clin Nutr* 2004;79:6-16.
15. Van Der Horst K, Oenema A, Ferreira I, Wendel-Vos W, Giskes K, van Lenthe F, Brug J. A systematic review of environmental correlates of obesity-related dietary behaviors in youth. *Health Educ Res* 2007;22:203-26.
16. Haire-Joshu D, Elliott MB, Caito NM, Hessler K, Nanney MS, Hale N, Boehmer TK, Kreuter M, Brownson RC. High 5 for Kids: the impact of a home visiting program on fruit and vegetable intake of parents and their preschool children. *Prev Med* 2008;47:77-82.
17. WHO Regional Office for Europe. Marketing of foods high in fat, salt and sugar to children: update 2012-2013. Copenhagen: WHO; 2013. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/191125/e96859.pdf; ultima consultazione 04/06/2014.

ATTIVITÀ FISICA E COMPORTAMENTI SEDENTARI NEI BAMBINI

Marta Buoncristiano, Paola Nardone, Anna Lamberti, Laura Lauria, Mauro Bucciarelli, Angela Spinelli
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

Per tutte le fasce d'età e senza distinzione di sesso, etnia e condizioni socioeconomiche, impegnarsi in una regolare attività fisica risulta una misura preventiva efficace e ampiamente accettata per fronteggiare una varietà di fattori di rischio per la salute (1-3). Secondo le raccomandazioni della *World Health Organization* (WHO) i bambini e gli adolescenti dovrebbero praticare almeno 1 ora di attività fisica di intensità moderata-vigorosa al giorno (4). Nonostante ciò, i livelli di attività fisica risultano molto scarsi sia negli adulti che nei bambini e, per contro, si assiste ad un progressivo aumento dell'obesità (5).

Il calo dell'attività fisica è preoccupante in modo particolare nella popolazione pediatrica e nella fascia adolescenziale, ad esempio in uno studio recente è emerso che solo il 7% di giovani canadesi di età 6-19 anni svolge almeno sessanta minuti di intensa attività fisica giornaliera (5) contravvenendo alle indicazioni internazionali della WHO (6).

Inoltre, diverse fonti sottolineano come i giovani trascorrono la maggior parte del loro tempo libero in attività sedentarie come TV e videogiochi (7, 8); negli Stati Uniti, ad esempio, i bambini e gli adolescenti trascorrono una media di 6-8 ore al giorno in attività sedentarie di questo tipo (9).

Anche in Italia l'attività fisica e la sedentarietà dei bambini, rilevata negli anni con il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE, mostrano un andamento negativo simile a quello riscontrato negli altri Paesi e nel presente capitolo saranno illustrati i dati relativi alla raccolta dati del 2012.

Attività motoria

OKkio alla SALUTE indaga l'abitudine alla attività motoria dei bambini delle scuole primarie attraverso quesiti diretti sia ai bambini che ai genitori. Ai bambini viene domandato se abbiano praticato attività sportiva strutturata o semplicemente gioco all'aperto nel giorno precedente l'indagine. Queste informazioni, insieme a quelle richieste all'insegnante sullo svolgimento di almeno un'ora di attività motoria il giorno precedente, permettono di costruire la variabile bambino "attivo" o "non attivo" (10). Inoltre ai genitori, invece, viene richiesto di indicare quanti giorni alla settimana i propri figli praticano attività fisica extrascolastica per almeno un'ora.

In tale modo il livello di attività motoria nei bambini è valutato sia tramite una misura puntuale del fenomeno che attraverso una misura che, facendo riferimento a un arco temporale più ampio, permette di cogliere l'aspetto relativo alla abitudine al movimento.

Infine, vengono raccolte informazioni riguardanti il tragitto casa/scuola e l'eventuale mezzo di trasporto utilizzato.

Attività sportiva strutturata e/o gioco all'aperto nel giorno precedente l'indagine

Nel 2012 il 17% dei bambini iscritti alla terza classe della scuola primaria risulta non attivo, ovvero non ha praticato attività sportiva strutturata o semplicemente gioco all'aperto nel giorno precedente l'indagine; dato in linea con quanto rilevato nella precedente raccolta dati (18%). Viene confermata anche la marcata variabilità regionale delle stime con valori generalmente più elevati nelle Regioni del Sud Italia (Figura 1). In particolare, la prevalenza di bambini non attivi più bassa si è registrata nella Provincia Autonoma di Bolzano (5%) e quella più alta in Puglia (27%).

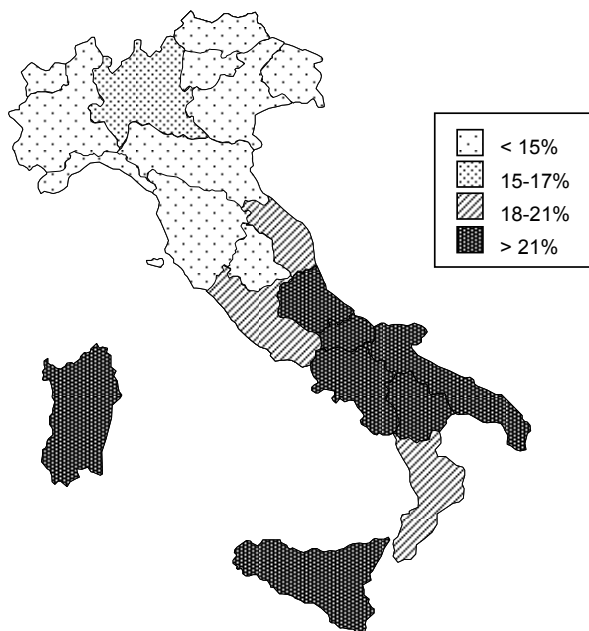


Figura 1. Bambini (%) che non hanno svolto attività fisica nel giorno precedente l'indagine, per Regione. Italia 2012

Se si considerano separatamente due delle componenti che concorrono a classificare un bambino come attivo, si ha che il 67% dei bambini ha praticato attività sportiva strutturata il giorno precedente l'indagine e il 46% ha giocato all'aperto.

La Tabella 1 descrive la percentuale di bambini inattivi, in relazione ad alcune caratteristiche socio-demografiche del bambino e dei genitori. I dati 2012 confermano un livello di inattività leggermente maggiore nelle femmine (18%) rispetto ai maschi (17%). Inoltre, i bambini che vivono in aree a maggiore densità abitativa appaiono meno attivi rispetto a quelli residenti in piccoli agglomerati. L'analisi dei livelli di attività in base alle caratteristiche dei genitori evidenzia differenze importanti, e già emerse nelle precedenti rilevazioni. In particolare, si conferma che le prevalenze di inattività tendono a diminuire al crescere del livello di istruzione: si passa dal 19% nel caso di figli di genitori con titolo di studio medio/basso o assente al 16% nel caso di figli di coppie con almeno un genitore laureato o in possesso di titolo superiore. Non trova, invece, conferma quanto emerso nella rilevazione del 2010 circa un minor livello di attività dei bambini figli di genitori stranieri rispetto ai figli di genitori italiani.

Tabella 1. Bambini (%) che non hanno svolto attività fisica nel giorno precedente l'indagine, per caratteristiche dei bambini e dei genitori. Italia, 2012

Caratteristiche	Bambini inattivi (%)	Intervalli di confidenza (95%)
Sesso		
maschi	16,6	15,6-17,6
femmine	18,2	17,2-19,3
Zona abitativa		
<10.000 abitanti	15,5	13,8-17,4
10.000-50.000 abitanti	16,5	14,9-18,3
> 50.000 abitanti	19,4	17,5-21,4
area metropolitana	18,8	16,8-20,9
Cittadinanza dei genitori		
entrambi italiani	17,3	16,4-18,3
uno italiano/uno straniero	15,7	13,3-18,3
entrambi stranieri	16,9	14,8-19,3
Titolo di studio dei genitori¹		
nessuno, elementare, media inf.	19,0	17,8-20,3
media superiore	17,1	16,0-18,2
laurea	15,7	14,4-17,0
Stato ponderale dei genitori		
entrambi sotto-normopeso	16,6	15,4-17,8
almeno uno sovrappeso (nessun obeso)	17,4	16,4-18,5
almeno uno obeso	18,2	16,8-19,5

¹Titolo di studio più elevato tra padre e madre

Risulta, infine, meno evidente l'associazione tra livello di inattività e stato ponderale dei genitori: la differenza di 1,6 punti percentuali nei valori di inattività tra bambini figli di genitori normopeso e bambini che hanno almeno un genitore obeso (rispettivamente 17% e 18%) non risulta statisticamente significativa ad un livello del 5%.

Attività fisica dei bambini secondo i genitori

Rispetto alle precedenti rilevazioni, viene confermata la tendenza alla progressiva riduzione della prevalenza di bambini che effettuano attività fisica per non più di un'ora a settimana che passa dal 25% nel 2008, al 22% nel 2010 e al 18% nel 2012. La prevalenza di bambini che si dedica, invece, con continuità (da 5 a 7 giorni) pur rimanendo immutata rispetto alla seconda raccolta dati evidenzia una crescita rispetto alla prima raccolta (stima 2010 e 2012: 16%; stima 2008: 10%). Sebbene non vi sia un netto gradiente Nord-Sud, emerge una notevole variabilità regionale con le Regioni del Centro-Nord Italia che tendono ad avere quote maggiori di bambini che praticano attività motoria da 5 a 7 giorni alla settimana rispetto alle Regioni del Sud (Figura 2). Costituiscono una eccezione la Lombardia che presenta valori inferiori alla media nazionale (14%) e la Calabria che viceversa ha valori sopra la media (19%).

Come visto in precedenza per l'indicatore bambino attivo/non attivo, anche in questo caso si osservano livelli di attività fisica maggiori per i maschi rispetto alle femmine (il 19% dei bambini pratica attività motoria con continuità contro il 13% delle bambine) e nelle aree a minore densità abitativa (il 18% dei bambini che vivono in aree con meno di 50mila abitanti pratica attività sportiva 5-7 volte alla settimane rispetto al 14% registrato nelle aree con più di 50 mila abitanti).

L'associazione tra frequenza di attività fisica e livello di istruzione dei genitori risulta, invece, più articolata rispetto a quanto emerso in precedenza (Figura 3).

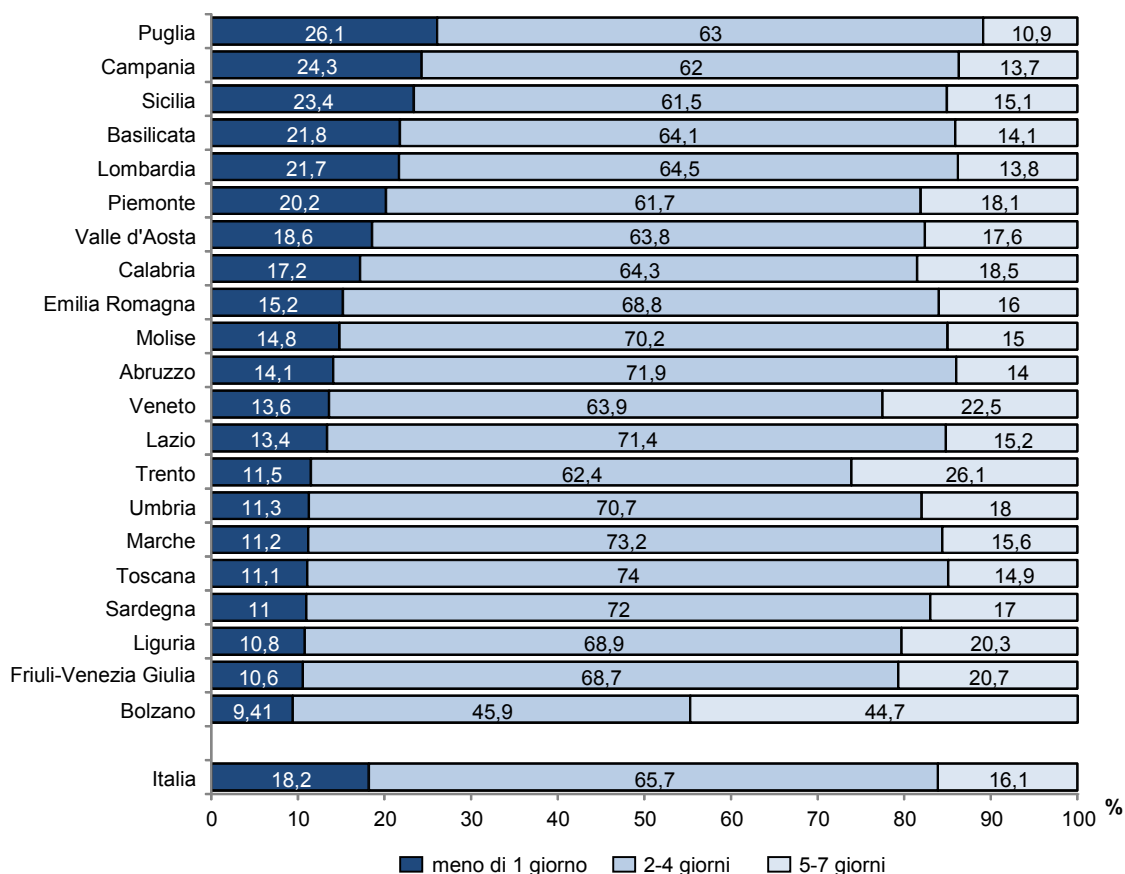


Figura 2. Bambini (%) che svolgono almeno un'ora di attività fisica per frequenza settimanale, per Regione. Italia 2012

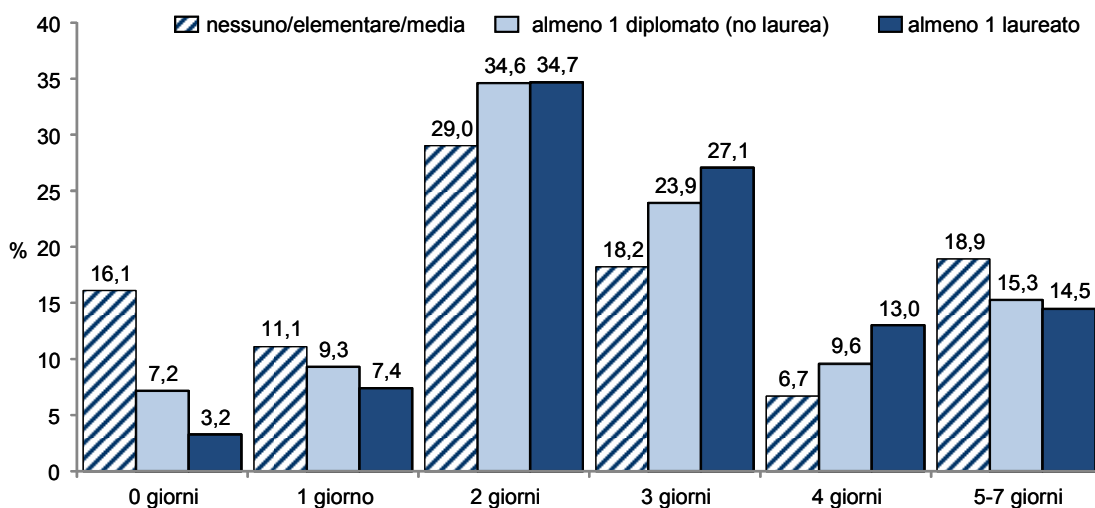


Figura 3. Bambini (%) che svolgono almeno un'ora di attività fisica per frequenza settimanale, per titolo di studio dei genitori (espresso come titolo più elevato tra madre e padre). Italia, 2012

Si osserva una distribuzione più spostata verso le categorie corrispondenti a frequenze di attività motoria contenute per i figli di genitori con basso titolo di studio rispetto ai figli di laureati.

Tuttavia, si rileva anche un'inversione di tendenza per quanto riguarda la quota di bambini che praticano attività per 5-7 giorni alla settimana che è più elevata in corrispondenza di bassi livelli di istruzione.

Mezzo di trasporto per andare a scuola

Come illustrato in Figura 4, solo il 27% dei bambini si reca a scuola in bicicletta o a piedi, mentre gli altri utilizzano un mezzo di trasporto pubblico o privato; dato che rimane sostanzialmente invariato rispetto alle precedenti rilevazioni.

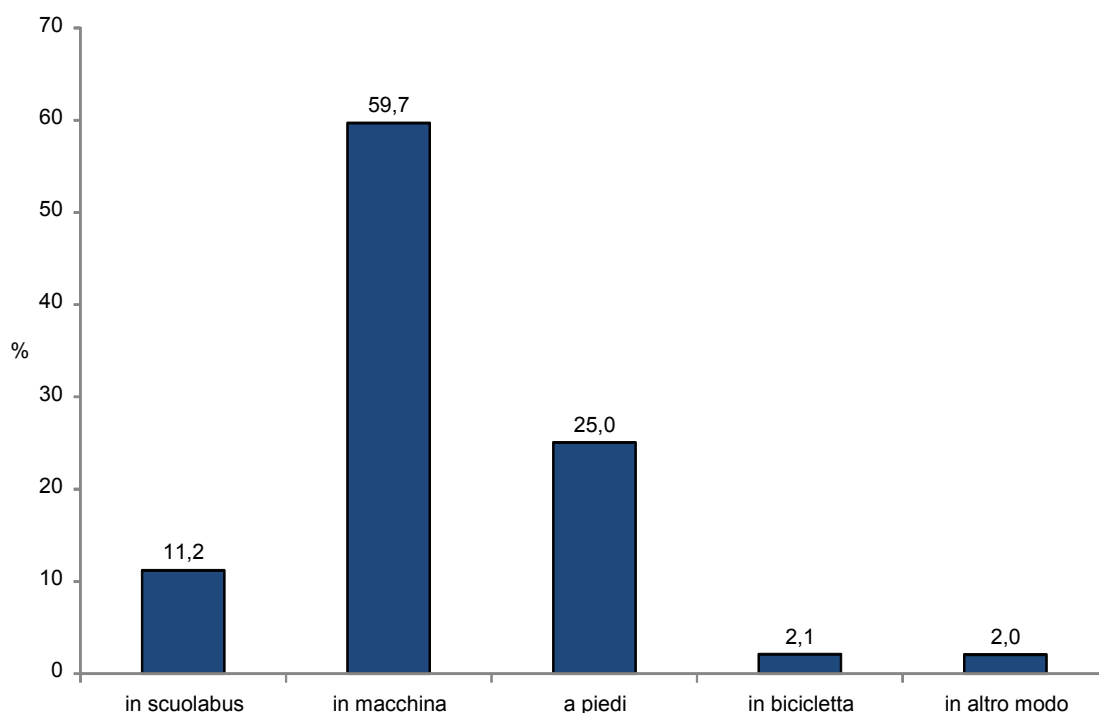


Figura 4. Bambini (%) per modalità utilizzata per recarsi a scuola. Italia, 2012

La percentuale di bambini che si recano a scuola a piedi o in bicicletta varia molto da Regione a Regione (Figura 5), con la quota maggiore rilevata a Bolzano (63%) e quella minore in Abruzzo (15%)

Inoltre, come nelle precedenti raccolte dati, non si osservano differenze di rilievo tra i due sessi, mentre l'analisi per zona abitativa denota una maggiore abitudine a utilizzare la bicicletta o andare a piedi nei centri urbani di grandi dimensioni (aree metropolitane: 33%; aree non metropolitane con almeno 50mila abitanti: 28%; aree con meno di 50mila abitanti: 24%).

Infine, i bambini con entrambi i genitori stranieri si recano a scuola a piedi o in bicicletta in prevalenza maggiore (52%) rispetto ai figli di genitori italiani (24%).

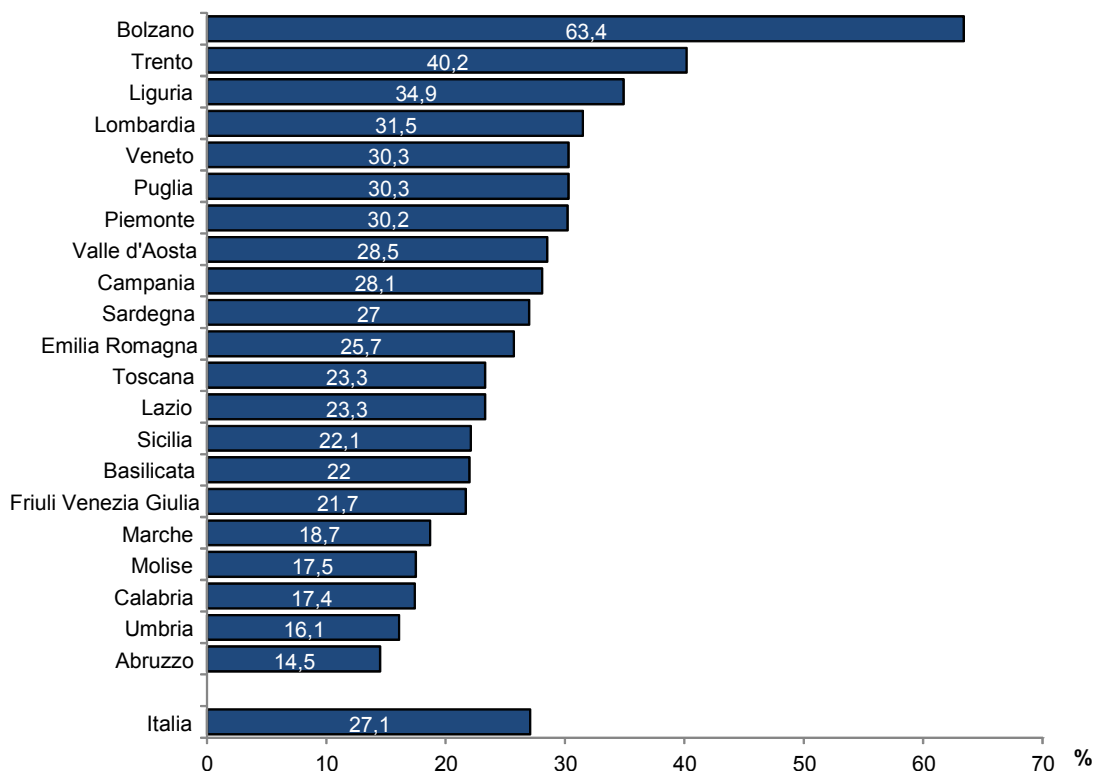


Figura 5. Bambini (%) che si recano a scuola a piedi o in bicicletta, per Regione. Italia, 2012

Sedentarietà

I comportamenti sedentari dei bambini sono indagati attraverso quesiti cui rispondono i genitori sul numero di ore giornaliere trascorse davanti alla TV o usando i videogiochi.

Nel 2012 la quota di bambini che trascorrono fino a un massimo di 2 ore trenta minuti al giorno davanti alla TV e/o giocano ai videogiochi è pari al 64% (Figura 6); valore in leggero aumento rispetto al 2010 (62%) ma che evidenzia il permanere nel nostro Paese di importanti livelli di sedentarietà nei bambini. Rimane considerevole la quota di bambini che dedicano 5 o più ore a tali attività (7%).

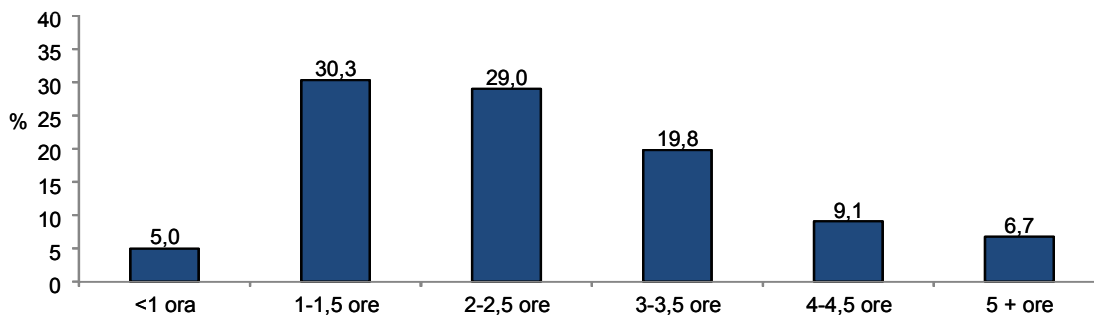


Figura 6. Bambini (%) per tempo dedicato alla televisione o ai videogiochi. Italia, 2012

Come emerso nelle precedenti raccolte dati, il pomeriggio e la sera sono i momenti della giornata in cui i bambini si dedicano maggiormente alle attività sedentarie.

A livello regionale vengono confermate le forti differenze già emerse nelle precedenti rilevazioni con la prevalenza di bambini che dedicano più di due ore al giorno ad attività sedentarie che tende ad aumentare spostandosi da Nord verso Sud Italia (Figura 7).

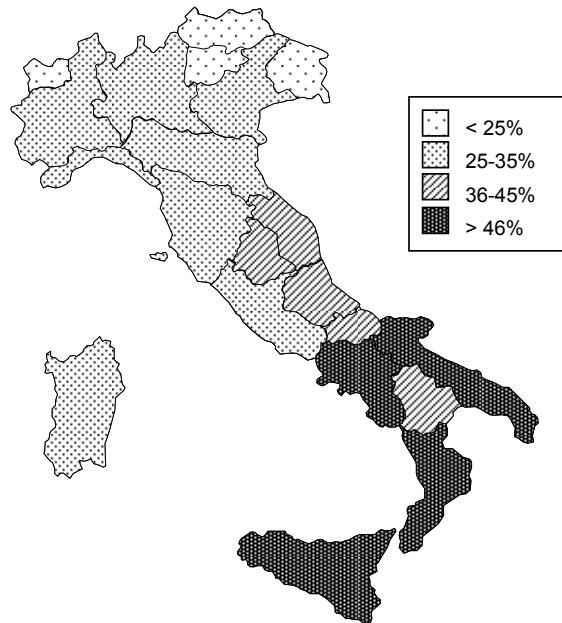


Figura 7. Bambini (%) che dedicano più di 2 ore al giorno a TV e videogiochi, per Regione. Italia, 2012

La Tabella 2 descrive la proporzione di bambini che dedicano alla televisione e ai videogiochi più di 2 ore al giorno, in relazione ad alcune caratteristiche socio-demografiche del bambino e dei genitori. I dati confermano quanto emerso nel 2010. Si riscontrano, infatti, differenze significative nel comportamento tra i due sessi, con percentuali più basse nelle femmine rispetto ai maschi (29% vs 41%). Inoltre, i figli di genitori entrambi stranieri assumono comportamenti sedentari in misura decisamente maggiore rispetto ai figli di genitori italiani. Viene confermata anche l'osservazione di un gradiente per titolo di studio dei genitori, con livelli di sedentarietà decrescenti al crescere del livello di istruzione: il 47% dei figli di genitori con titolo di studio basso trascorre più di 2 ore al giorno in attività sedentarie, tale percentuale scende al 34% nel caso di genitori che hanno conseguito il titolo di scuola media secondaria e al 25% nel caso di genitori laureati. Infine, i bambini che hanno almeno un genitore obeso hanno livelli di sedentarietà maggiore rispetto ai bambini con genitori sotto-normopeso.

Sebbene i dati non permettano di stabilire nessi di causalità tra l'abitudine a trascorrere molte ore davanti la TV o giocando ai videogiochi e l'eccesso ponderale nei bambini, si rileva comunque una associazione: il 49% dei bambini obesi e il 39% di quelli in sovrappeso dedica più di 2 ore al giorno ad attività sedentarie (più di 5 ore: rispettivamente 11% e 7%), mentre tale quota scende al 32% tra i bambini sotto-normopeso (Figura 8).

Il 44% dei bambini ha una TV nella propria stanza, percentuale leggermente in calo rispetto al 2010 (46%). I dati evidenziano, anche in questo caso, una forte eterogeneità regionale: dal 10% della Provincia Autonoma di Bolzano al 71% della Campania.

Tabella 2. Bambini (%) che dedicano più di 2 ore al giorno a comportamenti sedentari (TV e videogiochi) per caratteristiche dei bambini e dei genitori. Italia, 2012

Caratteristiche	Bambini sedentari per più di 2 ore al giorno (%)	Intervalli di confidenza (95%)
Sesso		
maschi	41,3	40,3-42,2
femmine	28,9	28,1-29,7
Zona abitativa		
<10.000 abitanti	34,7	33,4-35,9
10.000-50.000 abitanti	36,1	34,7-37,6
> 50.000 abitanti	34,9	33,5-36,3
area metropolitana	18,8	16,8-20,9
Cittadinanza dei genitori		
entrambi italiani	34,0	33,4-34,7
uno italiano/uno straniero	36,0	33,3-38,7
entrambi stranieri	48,5	46,2-50,7
Titolo di studio dei genitori¹		
nessuno, elementare, media inf.	47,1	45,9-48,3
media superiore	34,1	33,3-35,0
laurea	24,7	23,6-25,9
Stato ponderale dei genitori		
entrambi sotto-normopeso	29,7	28,7-30,7
almeno uno sovrappeso (nessun obeso)	36,3	35,5-37,2
almeno uno obeso	43,5	42,1-45,0

¹Titolo di studio più elevato tra padre e madre

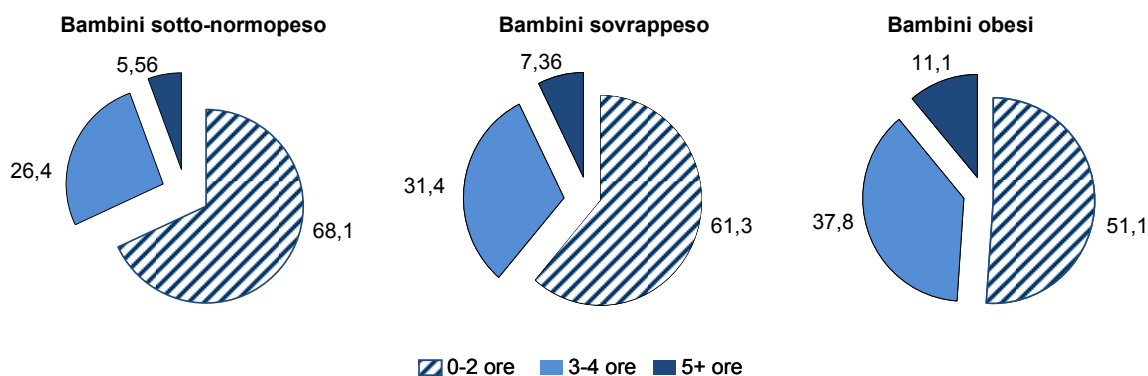


Figura 8. Bambini (%) secondo il loro stato ponderale e il numero di ore trascorse in attività sedentarie. Italia, 2012

Possedere la TV in camera determina un aumento della percentuale di coloro che la guardano per più di 2 ore al giorno (58% vs 41% tra quelli che non la possiedono).

La presenza di TV in camera è più frequente nei figli di coppie con un basso livello di istruzione (56%) rispetto al caso di genitori che hanno conseguito il titolo di scuola media secondaria (45%) e, soprattutto, rispetto al caso di genitori laureati (27%).

Non emergono, invece, particolari differenze tra i sessi, mentre persiste un gradiente per zona abitativa, con percentuali più basse nei piccoli centri (39%) e più alte nelle aree metropolitane (52%).

Conclusioni

Anche la terza raccolta dati di OKkio alla SALUTE evidenzia nei bambini italiani comportamenti sedentari scorretti e scarsa abitudine al movimento. La situazione negli anni è leggermente migliorata ma rimane lontana da quelle che sono le indicazioni internazionali (5).

Promuovere l'attività fisica nei bambini, sia nel contesto scolastico che in quello familiare, risulta un obiettivo prioritario di sanità pubblica; infatti i livelli di attività fisica raccomandati per la fascia di età 5-17 anni sono associati, secondo una relazione dose-risposta, a molteplici benefici di salute e di benessere psicologico da raggiungere sia nel breve che nel lungo termine. Sul piano della salute, l'attività fisica raccomandata migliora lo stato generale di salute e la forma fisica, sviluppa la resistenza cardiovascolare e la forza muscolare, incide positivamente sulla salute ossea, migliora il profilo di rischio per le malattie croniche e metaboliche in età adulta, riduce l'aumento della massa grassa corporea, migliora il rendimento scolastico e contrasta i sintomi degli stati di ansia e depressivi (11, 12).

Bibliografia

1. Janssen I, LeBlanc AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2010;7(40).
2. Paterson D, Warburton D. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's physical activity guidelines. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2010;7(38).
3. Warburton D, Charlesworth S, Ivey A, Nettlefold L, Bredin S. A systematic review of the evidence for Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2010;7(39).
4. World Health Organization. *Global recommendations on physical activity for health - Recommended levels of physical activity for children aged 5-17 years*. Geneva: WHO; 2011. Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-5-17years.pdf?ua=>; ultima consultazione 27/05/2014.
5. Colley RC, Garriguet D, Janssen I, Craig C, Clarke J, Tremblay MS. Physical activity of Canadian adults: Accelerometer results from the 2007-2009. Canadian Health Measures Survey. *Health Rep* 2011;22:15-23.
6. World Health Organization: *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva, Switzerland; World Health Organization; 2010.
7. Tremblay MS, LeBlanc AG, Saunders TJ, Larouche R, Colley RC, Goldfield G, Connor Gorber S. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2011;8:98.
8. Hardy LL, Dobbins TA, Denney-Wilson EA, Okely AD, Booth ML. Sedentariness, small-screen recreation, and fitness in youth. *Am J Prev Med* 2009;36(2):120-5.
9. Rideout VJ, Foehr UG, Roberts DF. *Generation M2: media in the lives of 8- to 18-year-olds. A Kaiser Family Foundation Study*. Menlo Park, California; Henry J. Kaiser Family Foundation; 2010.
10. Lamberti A, Buoncrisiano M, Baglio G, Spinelli A, Bucciarelli M, Nardone P, Lauria L, Gruppo OKkio alla SALUTE 2008-9, Gruppo OKkio alla SALUTE 2010. *Strumenti e metodologia del sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE*. In: 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).

11. Wittberg R, Northrup K, Cottrell L. Children's aerobic fitness and academic achievement: a longitudinal examination of students during their 5th and 7th grade years. *Am J Public Health* 2012;102(12):2303-7.
12. Singh A, Uijtdewilligen L, Twisk JW, van Mechelen W, Chinapaw MJ. Physical activity and performance at school. A systematic review of the literature including a methodological quality assessment. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012;166 (1):49-55.

PERCEZIONE MATERNA DELLO STATO DI SALUTE DEI PROPRI FIGLI

Paola Nardone, Marta Buoncristiano, Anna Lamberti, Mauro Bucciarelli, Laura Lauria, Angela Spinelli, Gruppo OKkio alla SALUTE 2012
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

Nella prevenzione dell'obesità infantile è necessario tenere conto che i genitori svolgono un importante ruolo nel determinare e influenzare i comportamenti dei figli nelle diverse tappe evolutive (1). Per contro, i genitori sembrano ignorare o hanno difficoltà ad ammettere che il proprio bambino è in sovrappeso o obeso (2, 3).

Dalla letteratura emerge che il problema della percezione errata, ovvero di sottostima del fenomeno indagato, è imputabile a diversi fattori: il livello socioeconomico delle famiglie, il livello di istruzione e lo stato ponderale dei genitori (3-6). Inoltre, anche l'ambiente influenza la percezione: chi vive in zone a più alta prevalenza di obesità ha una percezione meno corretta dello stato ponderale dei propri figli (7). In particolare, alla percezione delle madri, figure che generalmente trascorrono più tempo nella cura dei figli, deve essere rivolta peculiare importanza; infatti, laddove si registra una percezione materna accurata del fenomeno, si associa una maggiore probabilità di successo degli interventi di controllo sul peso (4).

Nei paragrafi che seguiranno sarà data particolare rilevanza alla percezione delle madri anche perché queste sono coloro che rispondono più frequentemente alle domande del questionario rivolto al genitore.

Percezione materna del peso corporeo dei propri figli

I bambini in sovrappeso e obesi non sempre vengono individuati come tali dalle proprie madri; ciò è quanto emerso negli anni dai dati di OKkio alla SALUTE.

In particolare le madri tendono spesso a sottostimare il peso dei propri figli.

I risultati della rilevazione 2012 evidenziano che ben il 48% delle madri di bambini in sovrappeso e il 12% delle madri di bambini obesi considerano il proprio figlio normopeso (Figura 1) e solamente il 10% delle madri di bambini obesi ne percepisce la reale condizione di obesità. Inoltre, a differenza delle precedenti rilevazioni, nelle famiglie con bambini in sovrappeso o obesi l'accuratezza della percezione è piuttosto simile per maschi e femmine.

Le Regioni italiane mostrano una notevole variabilità, statisticamente significativa, circa il fenomeno indagato nei bambini sovrappeso o obesi: nel Sud, infatti, la percezione materna sembra essere meno accurata (29% la percepiscono correttamente) rispetto al Centro (43%) e al Nord (45%) come mostrato nella Figura 2.

Il titolo di studio ha una certa influenza sulla percezione dello stato ponderale dei bambini in sovrappeso o obesi; ciò è quanto emerge dai dati della sorveglianza che, riconfermando quanto rilevato nel passato, mettono in luce un aumento della quota di bambini correttamente classificati al crescere del livello di istruzione della madre.

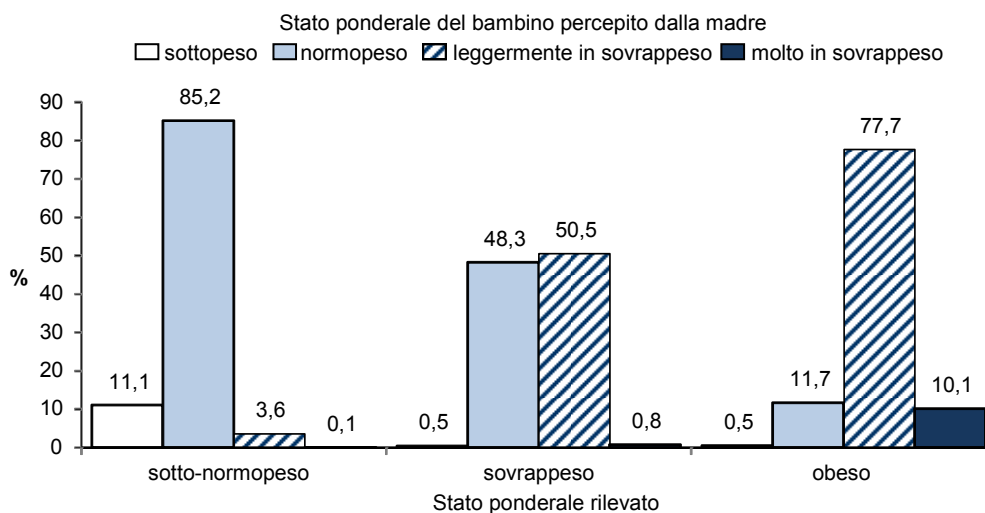


Figura 1. Percezione materna (%) dello stato ponderale del proprio figlio per stato ponderale rilevato. Italia, 2012

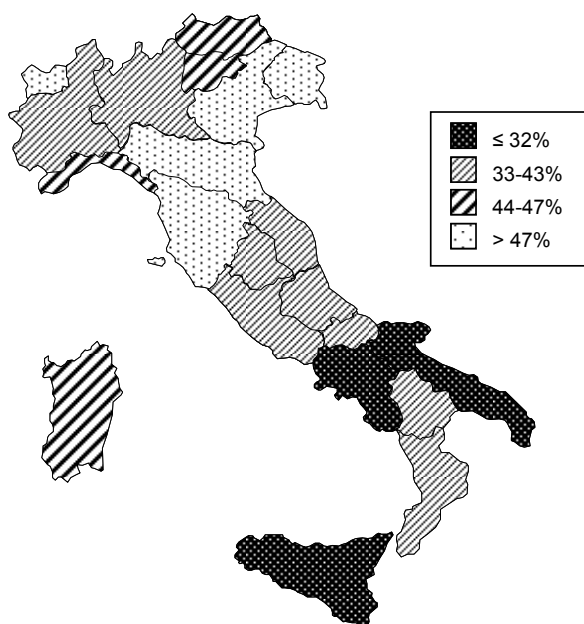


Figura 2. Bambini (%) in sovrappeso o obesi il cui stato ponderale è correttamente percepito dalla madre, per Regione. Italia, 2012

Infatti, la percentuale di madri con una percezione accurata è del 31% nelle donne senza titolo di studio o con titolo basso, del 40% nelle donne con diploma di scuola media superiore e del 47% tra le laureate ($p < 0,01$). Per contro, le donne che dichiarano di non avere un'occupazione sembrano avere una percezione significativamente più accurata dello stato ponderale dei propri figli (31%) rispetto a quelle che lavorano part-time (40%) o a tempo pieno (43%). Inoltre, le madri in sovrappeso e/o obese percepiscono lo stato ponderale dei propri figli meno accuratamente.

Percezione materna su quantità di cibo assunta e attività fisica dei propri figli

Oltre ad una sottostima dello stato ponderale talvolta è presente una scorretta percezione della quantità di cibo assunta nonché del livello di attività fisica dei propri bambini. Ciò è quanto emerge da OKkio alla SALUTE 2012 confermando i dati delle precedenti rilevazioni.

In particolare, il 76% delle madri dei bambini in sovrappeso e il 53% di quelli obesi pensano che il proprio figlio assuma una quantità di cibo “giusta” (Figura 3).

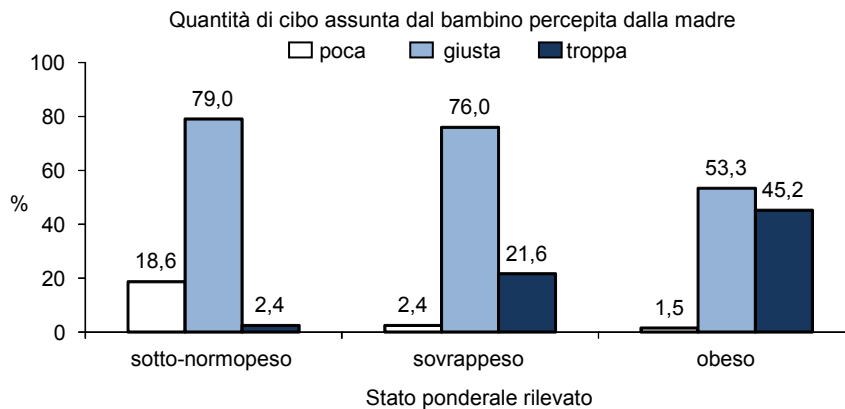


Figura 3. Percezione materna (%) della quantità di cibo assunta dal proprio figlio per stato ponderale rilevato. Italia, 2012

Per quanto riguarda invece l'attività fisica, il 60% delle madri di figli classificati come fisicamente poco attivi (ossia non impegnati in alcuno sport o gioco all'aperto, né in attività motorie a scuola nel giorno precedente l'indagine) ritiene che il proprio bambino svolga un'attività fisica sufficiente o più che sufficiente (Figura 4).

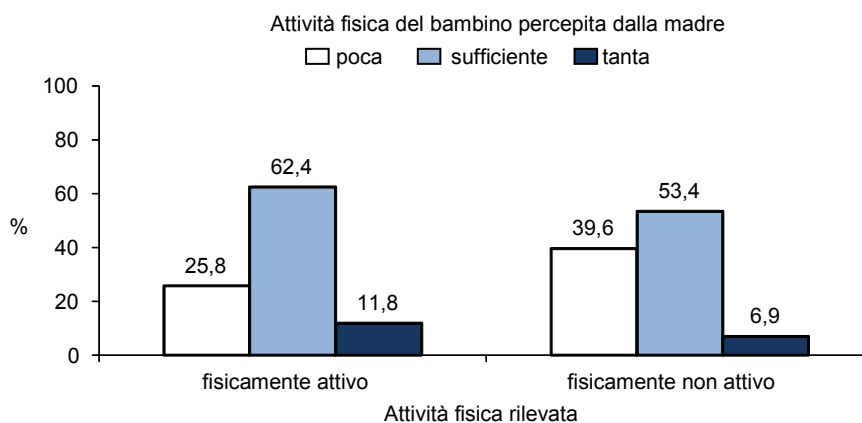


Figura 4. Percezione materna (%) della attività fisica del proprio figlio, per livello effettivo di attività svolta. Italia, 2012

Conclusioni

La terza rilevazione di OKkio alla SALUTE conferma che i genitori non hanno una percezione adeguata dello stato ponderale, dei comportamenti alimentari e dell'attività motoria dei propri figli. Affinché si possa contrastare agevolmente l'eccesso ponderale nelle fasce d'età più giovani è dunque necessario coinvolgere le famiglie e contribuire a sviluppare in queste la consapevolezza di uno stile di vita sano. Un bambino sano vive in un contesto familiare attento ai corretti stili di vita e in un ambiente che agevoli scelte salutari.

Bibliografia

1. Lindsay A, Sussner K, Kim J, Gortmaker S. The role of parents in preventing childhood obesity. *Future Child*. 2006;16:169–86.
2. Vuorela N, Saha MT, Salo MK. Parents underestimate their child's overweight. *Acta Paediatr* 2010;99(9):1374-9.
3. Towns N, D'Auria J. Parental perceptions of their child's overweight: an integrative review of the literature. *J Pediatr Nurs* 2009;24:115–30.
4. Rhee KE, De Lago CW, Arscott-Mills T, Metha SD, Davis RK. Factors associated with parental readiness to make changes for overweight children. *Pediatrics* 2005;116:e94-101.
5. Jain A, Sherman S, Chamberlin L, Carter Y, Powers S, Whitaker R. Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics* 2001;107:1138-46.
6. Doolen J, Alpert PT, Miller SK. Parental disconnect between perceived and actual weight status of children: a metasynthesis of the current research. *J Am Acad Nurse Pract* 2009;21:160-6.
7. Binkin N, Spinelli A, Baglio G, Lamberti A. What is common becomes normal: the effect of obesity prevalence on maternal perception. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2013;23(5):410-6.

AMBIENTE SCOLASTICO

Laura Lauria, Anna Lamberti, Marta Buoncristiano, Paola Nardone, Mauro Bucciarelli, Angela Spinelli, Gruppo OKkio alla SALUTE 2012
 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

Le più importanti istituzioni nazionali e internazionali che si occupano di sanità pubblica e di promozione della salute (Ministero della Salute; *Centers for Disease Control and Prevention*, CDC; *World Health Organization*, WHO) sono concordi nel riconoscere alla scuola un ruolo chiave per influenzare positivamente la salute dei giovani. A supporto di questa tesi esiste una vasta letteratura scientifica che ha messo in evidenza come possano essere efficaci specifiche politiche di promozione della salute da attuare nella scuola, per aumentare la consapevolezza di comportamenti salutarì tra i giovani relativamente alle abitudini alimentari e all'attività fisica e, più specificamente, per la lotta all'obesità (1-4). Sulla base di queste evidenze sono state messe a punto linee guida (5-7), elaborate politiche alimentari e nutrizionali, sperimentate nuove metodologie per le attività di comunicazione, informazione ed educazione alimentare (8, 9). In questo contesto, negli anni recenti sono stati implementati importanti progetti di prevenzione dell'obesità e di promozione di stili di vita sani basati su interventi educativi multicompetenti che hanno visto il coinvolgimento e la formazione degli insegnanti in primo luogo ma anche il coinvolgimento delle famiglie degli alunni (10-13). In particolare, la rete *Schools for Health in Europe* (SHE-network) è un esempio di programma a livello europeo che sostiene alla promozione della salute nel contesto scolastico (www.schools-for-health.eu/she-network).

Il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE si colloca in generale nell'ambito di questi progetti fornendo la base conoscitiva e il supporto valutativo a tali programmi. Questo capitolo in particolare è dedicato alla valutazione dell'ambiente scolastico nei suoi aspetti culturali ed educativi ma anche strutturali, organizzativi e logistici collegati con la ristorazione scolastica e con l'attività fisica dei ragazzi, nonché alla valutazione che i dirigenti scolastici danno sulla propria scuola considerando anche il contesto ambientale esterno nel quale la scuola stessa è collocata. I dati sono stati raccolti tramite un questionario, riportato in Appendice A, compilato dai dirigenti scolastici dei plessi scolastici coinvolti nella sorveglianza. Nella rilevazione OKkio alla SALUTE 2012 hanno compilato il questionario i dirigenti scolastici di 2355 plessi scolastici.

Ristorazione scolastica

Il 73,1% delle scuole campionate è provvisto di mensa. Persiste una grande variabilità per ripartizione territoriale con il Nord che registra la presenza della mensa nel 93,4% delle scuole, valore che scende all'80,0% nelle scuole del Centro e al 42,5% in quelle del Sud. La Figura 1 mette in evidenza una grande variabilità anche a livello regionale soprattutto nel Centro e nel Sud.

Se presente, nel 71,8% dei casi la mensa è funzionante almeno 5 giorni a settimana ed è frequentata mediamente dal 67,7% dei ragazzi (Nord: 72,3%, Centro: 70,8%, Sud: 50,8%). Circa il 18% dei dirigenti scolastici, senza grandi differenze tra Nord, Centro e Sud, giudica la mensa non del tutto adeguata alle necessità della scuola.

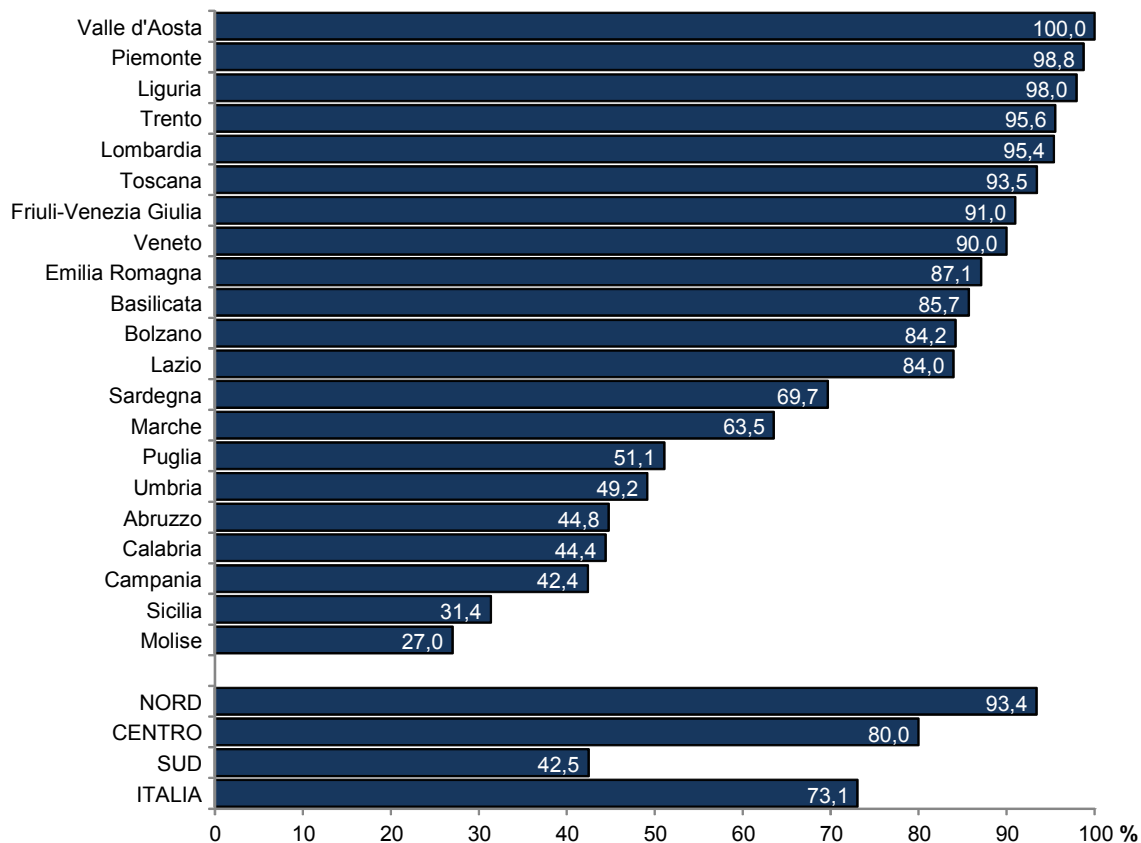


Figura 1. Scuole (%) con mensa scolastica per Regione. Italia, 2012

Come indicato in Figura 2, sono diverse le figure professionali o le istituzioni che possono essere coinvolte nella definizione del menu scolastico.

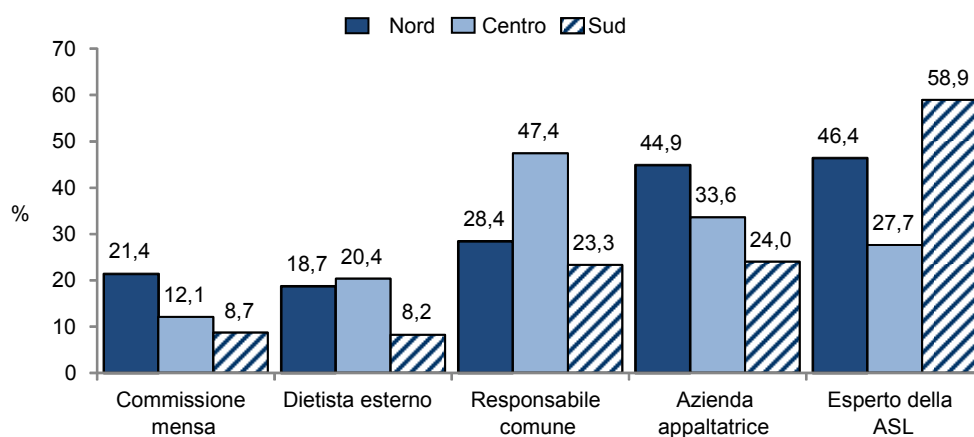


Figura 2. Esperto o Istituzione (%) che predispone il menu scolastico per area geografica. Italia, 2012

In generale, la figura più frequentemente coinvolta risulta essere l'esperto della ASL citato dal 44,6% dei dirigenti scolastici, seguono l'azienda appaltatrice (38,1%), i responsabili comunali (31,8%), il dietista esterno (17,0%) e la commissione mensa (16,7%). Si rileva qualche differenza a livello di area geografica, infatti mentre nel Sud la figura più spesso citata è l'esperto della ASL (59%), nel Centro risulta essere il responsabile comunale (47%) mentre nel Nord risultano essere ugualmente coinvolti l'esperto della ASL e l'azienda appaltatrice (45-46%).

Indipendentemente dal servizio di mensa scolastica, il 50% delle scuole ha attivato programmi che prevedono la distribuzione ai bambini di alimenti sani (frutta, latte o yogurt), soprattutto per la merenda di metà mattina (95,7%) (Figura 3). Contrariamente a quanto emerso nelle precedenti rilevazioni di OKkio alla SALUTE, le differenze tra Nord e Sud non sono eccessivamente marcate mentre al Centro si rileva una percentuale minore di scuole che hanno attivato programmi alimentari (Nord: 52,6%, Centro: 43,5%, Sud: 50,8%). Per questo indicatore si registra comunque una grande variabilità regionale e temporale come meglio evidenziato nella sessione sui confronti.

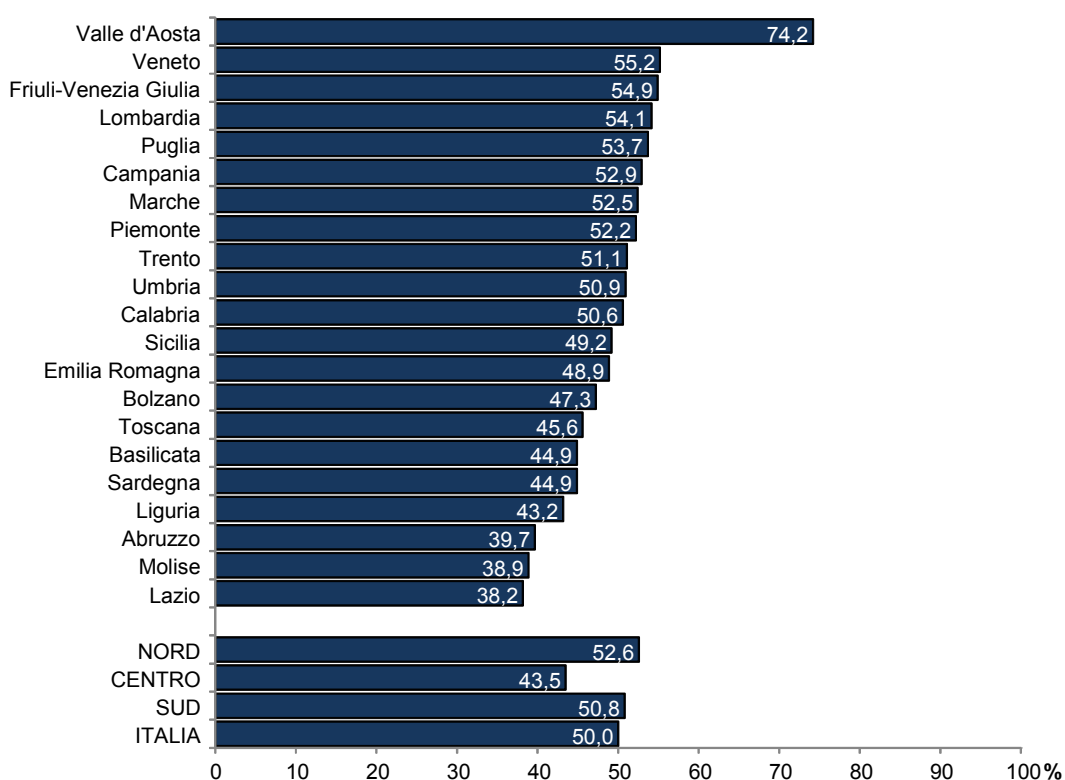


Figura 3. Scuole (%) che distribuiscono alimenti per Regione. Italia, 2012

Un altro aspetto indagato da OKkio alla SALUTE è quello della presenza nella scuola di distributori automatici di alimenti accessibili anche ai bambini e la tipologia di alimenti presenti nei distributori. Complessivamente le scuole con questo tipo di distributori e di accessibilità sono risultate 256 pari al 12,1%. La presenza di alimenti sani come frutta, succhi di frutta e yogurt viene indicata per il 67,4% di tali distributori. La diffusione dei distributori è diversificata per area geografica, aumentando muovendosi da Nord verso Sud (Figura 4).

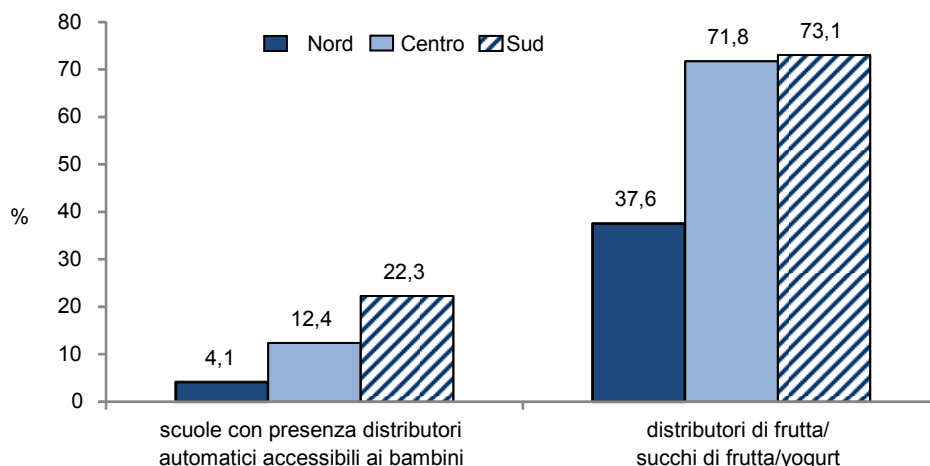


Figura 4. Scuole (%) con presenza di distributori automatici accessibili anche ai bambini e relativa percentuale di distributori di alimenti sani per area geografica. Italia, 2012

Alimenti sani sono meno presenti nei distributori del Nord e di più in quelli del Centro e del Sud. In alcuni casi, specialmente al Centro e di più al Sud, i distributori potrebbero avere la funzione di sopperire alla mancanza di servizi di ristorazione strutturati e probabilmente è per questo che nel Centro-Sud si distribuiscono alimenti sani con una maggiore frequenza rispetto al Nord.

Nella Figura 5 è stata riportata la distribuzione percentuale per tipo di alimento trattato nei distributori. Nell'80,3% dei distributori accessibili anche ai bambini sono presenti bevande calde ma solo nel 6,9% e 4,5% dei distributori sono presenti rispettivamente anche yogurt e frutta fresca.

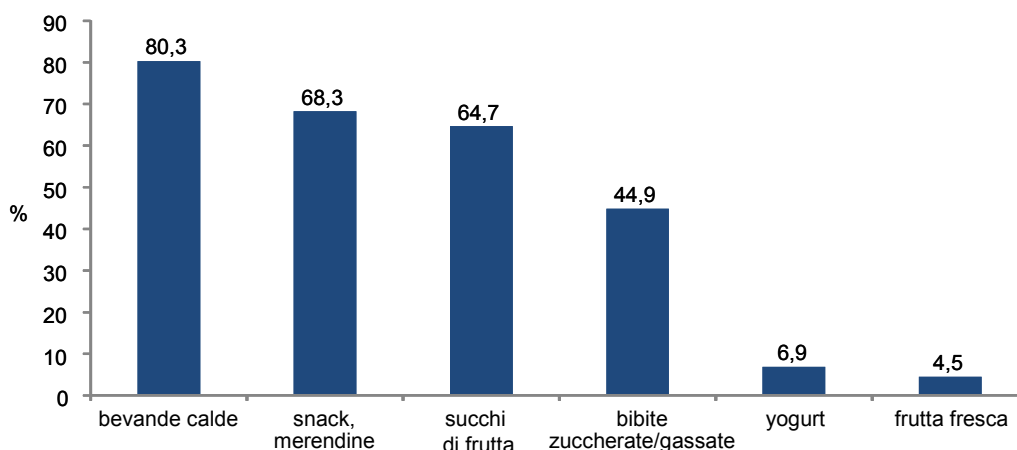


Figura 5. Alimenti (%) presenti nei distributori automatici accessibili anche ai bambini. Italia, 2012

Tra le attività curriculari, per l'anno 2012, era prevista l'educazione nutrizionale nel 77,2% dei plessi scolastici (Nord: 76,9%, Centro: 72,9%, Sud: 80,2%). Se effettuata, tale attività viene svolta soprattutto dall'insegnante di classe (94,1%) e con frequenze più basse da un insegnante dedicato (3,1%), da un insegnante esterno (6,5%) o da un operatore sanitario (6,6%). Inoltre nel 70,1% dei plessi scolastici (Nord: 69,7%, Centro: 65,3%, Sud: 73,6%), sono state realizzate o

sono in programma iniziative di promozione di stili di vita corretti che vedono la partecipazione di altri enti/associazioni.

Attività motoria

L'attività motoria nelle scuole dell'infanzia e del primo ciclo dell'istruzione fa parte del curriculum nazionale obbligatorio, regolamentato da norme generali stabilite nel DL.vo n. 59 del 19 febbraio 2004. Tali norme prevedono per ogni classe, un'ora di attività motoria settimanale dedicata a corpo, movimento e sport. Inoltre, sono previste 3 ore settimanali da dedicare al curriculum opzionale/facoltativo di cui un'ora è possibile dedicarla ad attività laboratoriali come il laboratorio di attività motorie e sportive. Complessivamente quindi sono due le ore di attività motoria settimanale per classe raccomandate dal curriculum nazionale. Sottolineiamo l'importanza dell'impegno della scuola nell'incentivare l'attività fisica dei ragazzi, ricordando che già nella rilevazione OKkio alla SALUTE 2010, si era mostrata un'associazione significativa tra l'essere classificato come "attivo" e le iniziative di miglioramento dell'attività motoria curricolari ed extracurricolari, avendo tenuto conto di alcune caratteristiche socio-demografiche.

Il 66,1% delle scuole garantisce le due ore di attività motoria raccomandate in tutte le classi con una percentuale più bassa al Sud rispetto al Centro e al Nord (Figura 6). Il 10,9% delle scuole, con una percentuale più bassa al Nord, le garantisce in quasi tutte le classi, il 5,7% le garantisce a metà delle classi e il 17,3% delle scuole garantisce le due ore raccomandate di attività motoria a poche classi, senza grosse differenze tra Nord, Centro e Sud.

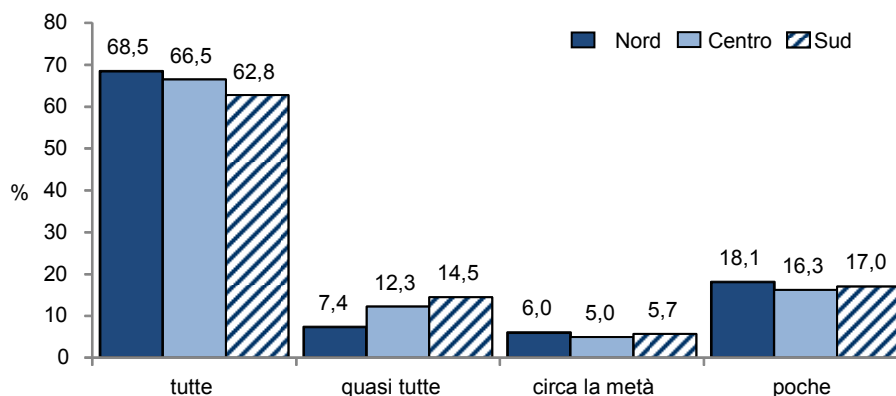


Figura 6. Classi (%) che svolgono le 2 ore di attività motoria curricolare per area geografica. Italia, 2012

Tra i motivi che hanno determinato il mancato rispetto delle raccomandazioni sull'attività motoria, quello più frequentemente indicato è la struttura dell'orario scolastico (56,3%), mentre nel 12,6% dei casi è stata una scelta dell'insegnante (Figura 7). Tra le cause strutturali quelle più citate sono state: la mancanza della palestra (21,7%), l'inadeguatezza della palestra (9,3%) e la mancanza/inagibilità di spazi esterni (9,7%).

In poco più della metà delle scuole campionate, 54,4% (Nord: 60,0%, Centro: 50,7%, Sud: 49,5%), viene offerta l'opportunità di praticare attività fisica oltre le ore di educazione motoria curricolare (Figura 8).

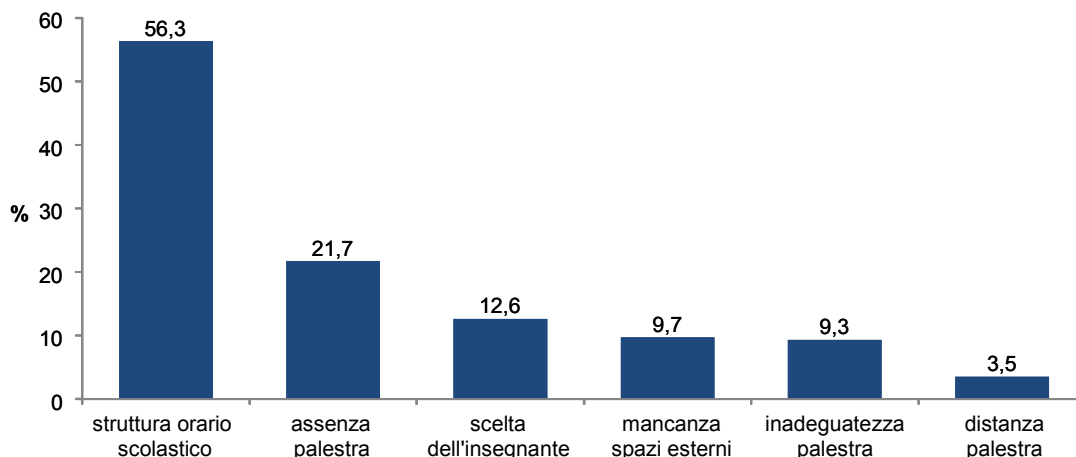


Figura 7. Motivi (%) che hanno determinato la non attuazione delle 2 ore di attività motoria raccomandate. Italia, 2012

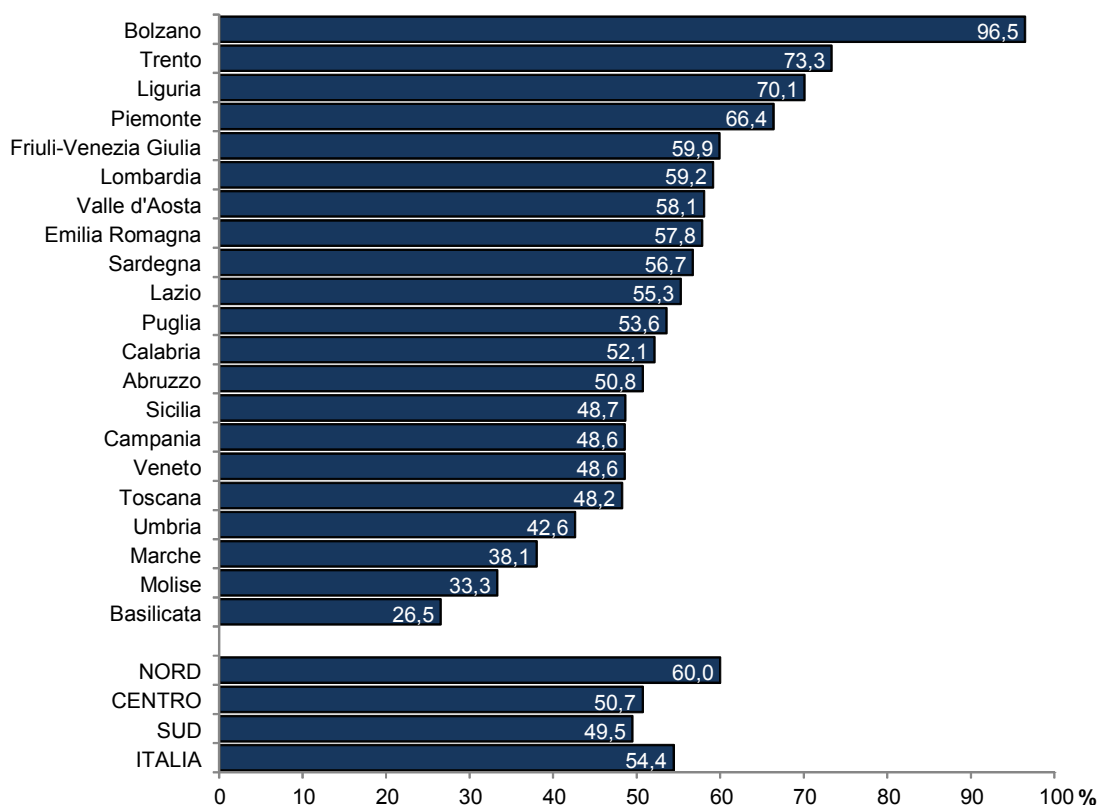


Figura 8. Scuole (%) che svolgono attività fisica extracurricolare per Regione. Italia, 2012

La variabilità regionale appare molto ampia, dal 26,5% della Basilicata al 96,5% della Provincia Autonoma di Bolzano, ma sono poche le Regioni che si discostano più di 6 punti percentuali rispetto al valore medio. L'attività extracurricolare viene svolta soprattutto nel pomeriggio (41,8%), durante l'orario scolastico (31,5%) e durante la ricreazione (26,5%) mentre nel 14,0% dei casi è previsto il rientro a scuola.

Per quanto riguarda la promozione dell'attività motoria dei bambini nelle scuole primarie, da parte del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, l'89,1% dei dirigenti scolastici (Nord: 95,0%, Centro: 90,6%, Sud: 80,6%) ha dichiarato che nella propria scuola sono state attivate specifiche iniziative. Tra queste, il 26,8% consistono in un curriculum di formazione strutturato ed efficace, il 13,0% delle iniziative ha realizzato la formazione degli insegnanti, l'82,1% ha utilizzato/previsto un esperto esterno e il 33,1% ha previsto la valutazione delle abilità motorie dei bambini. Inoltre nel 28,7% dei plessi scolastici (Nord: 29,7%, Centro: 26,3%, Sud: 29,0%), sono state realizzate o sono in programma iniziative di promozione dell'attività fisica dei bambini che vedono la partecipazione attiva dei genitori.

Iniziative in collaborazione con partner esterni

Oltre alle attività curriculari e ai programmi di attività organizzati e gestiti internamente dalla scuola, oggetto di indagine è stata anche l'attivazione o la partecipazione ad iniziative finalizzate alla promozione di sane abitudini alimentari e di attività motorie organizzate da o in collaborazione con partner esterni, Enti o Associazioni. Il 70,1% (in aumento rispetto alle precedenti rilevazioni) dei plessi scolastici ha partecipato ad iniziative di questo tipo (Nord: 69,7%, Centro: 65,3%, Sud: 73,6%). La frequenza con cui i vari promotori o collaboratori sono risultati coinvolti in queste iniziative sono le seguenti: la direzione scolastica/insegnanti: 31,7%, il Comune: 18,9%, gli agricoltori: 16,7%, la Provincia: 11,4%, le associazioni di volontariato: 10,3%. La ASL, che costituiva l'Ente più citato nelle precedenti rilevazioni di OKkio alla SALUTE (circa 34%), in OKkio alla SALUTE 2012 risulta essere coinvolta nel 29,6% delle iniziative in generale (solo di educazione nutrizionale: 26,9%, solo di promozione di attività fisica: 6,4%). Rispetto alle precedenti rilevazioni, la riduzione registrata di tutte le voci considerate, con l'eccezione della direzione scolastica, a fronte di un aumento generale delle iniziative effettuate in collaborazione, sembra indicare una tendenza per le singole scuole alla stabilizzazione di specifici rapporti collaborativi e ad una più chiara identificazione dei partner coinvolti. L'attività di collaborazione con la ASL, partner esterno privilegiato, si articola con diverse modalità, dall'appoggio tecnico agli insegnanti (35,1%) alla loro formazione (25,7%), dall'insegnamento diretto agli alunni (32,7%) al controllo della loro crescita individuale (30,6%), ci sono poi gli incontri con i genitori (27,6%) e, anche se con una frequenza minore, la sorveglianza complessiva sullo stato nutrizionale (18,1%) (Figura 9).

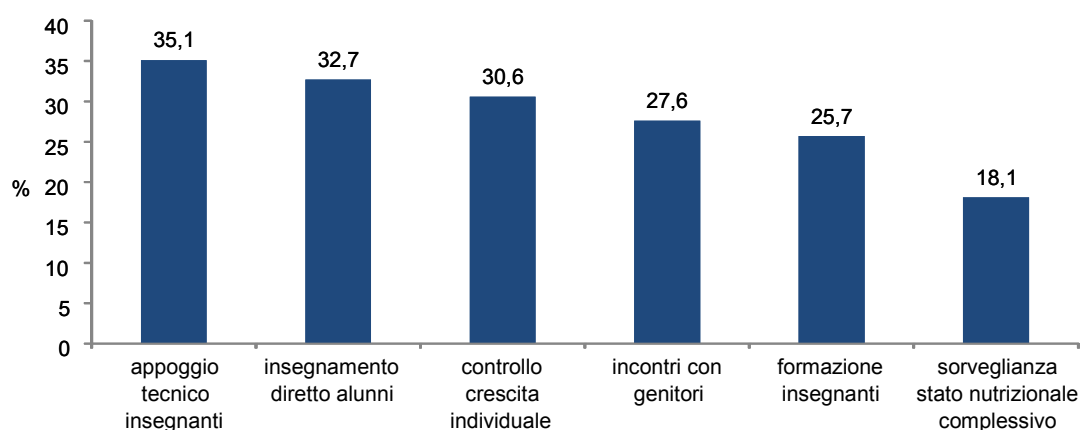


Figura 9. Tipo di collaborazione (%) della scuola con l'ASL. Italia, 2012

Valutazione della struttura scolastica e del contesto esterno

Ai dirigenti scolastici è stato chiesto di indicare quanto le strutture/attrezzature in dotazione rispondessero agli effettivi bisogni della propria scuola. Sono stati giudicati adeguati l'86,2% degli edifici scolastici, l'85,9% delle aule e l'81,2% dei bagni. Il giudizio di adeguatezza si riduce per quanto riguarda la dotazione di computer (76,3%), gli spazi esterni (75,1%), la palestra (66,6%), la biblioteca (59,7%) e le attrezzature per disabili (56,2%). Relativamente alla struttura (edificio, aule, bagni), per le scuole del Centro si dà un giudizio di adeguatezza con frequenze più basse mentre per tutte le altre risorse, il giudizio di adeguatezza è più basso per le scuole del Sud (Figura 10).

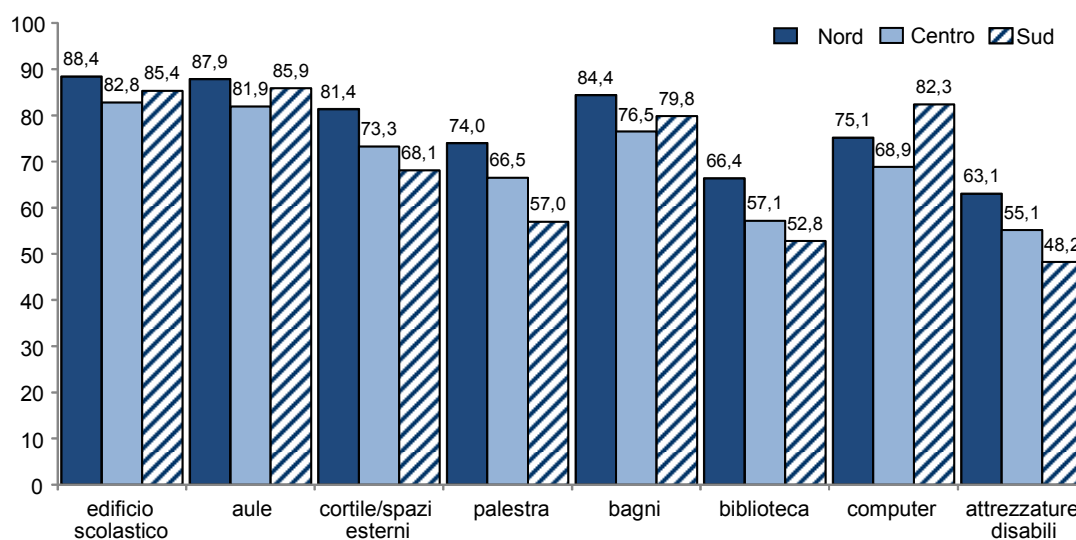


Figura 10. Strutture/attrezzature (%) giudicate adeguate dai dirigenti scolastici per area geografica. Italia, 2012

Oggetto di interesse del sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE è anche la caratterizzazione del contesto esterno nel quale la scuola è situata in termini di trascuratezza dell'ambiente, di sicurezza e di disponibilità di spazi adatti per lo svolgimento di attività fisiche e sportive dei ragazzi nel tempo libero, aspetti che, presi nell'insieme, danno un quadro dell'effettiva agibilità e fruibilità dell'ambiente esterno.

È stato chiesto ai dirigenti scolastici di indicare, in una lista di problemi, quelli presenti nella propria area. Il problema più citato è stato il traffico eccessivo (30,5%) e a seguire la presenza di rifiuti (16,5%) (Figura 11). Con percentuali più basse sono state indicate presenza di violenza/vandalismo/criminalità, 12,8%, spaccio/consumo di droghe/alcol, 8,9% e presenza di edifici dismessi/abbandonati, 7,5%. Nel Sud, tutti i problemi sono stati citati con frequenze decisamente più elevate rispetto al Centro e soprattutto al Nord.

In generale, il 53,2% dei dirigenti valuta l'area circostante la scuola per nulla trascurata e il 39,0% solo un po' trascurata mentre il 7,8% valuta l'area trascurata o molto trascurata. Il giudizio di trascuratezza è decisamente più negativo al Sud rispetto al Centro e soprattutto al Nord (Figura 12).

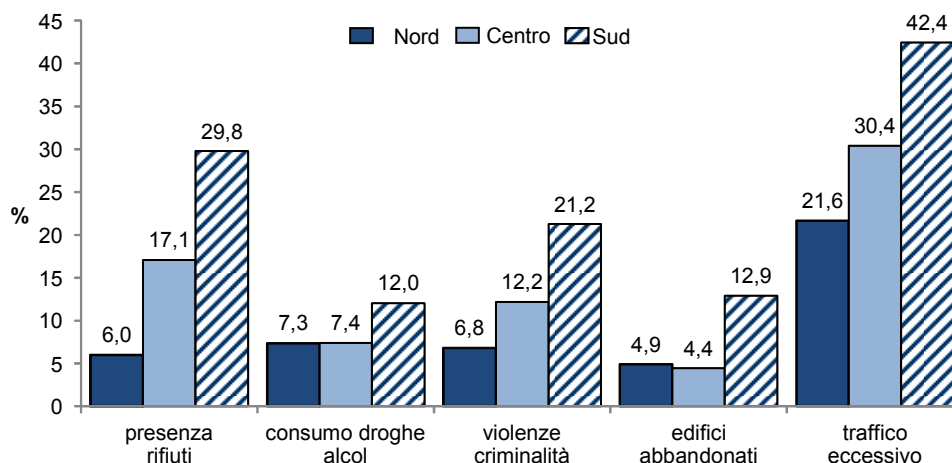


Figura 11. Problemi (%) riguardanti l'area in cui è situata la scuola per area geografica. Italia, 2012

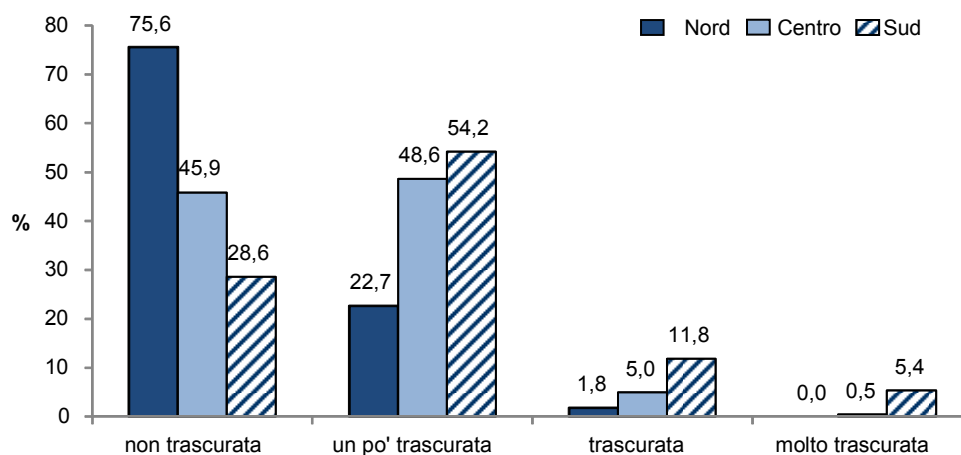


Figura 12. Valutazione (%) sulla trascuratezza dell'area in cui la scuola è situata per area geografica. Italia, 2012

Il giudizio dato sulla sicurezza è molto negativo (Figura 13). Infatti, il 76,4% dei dirigenti scolastici giudica l'area in cui è situata la scuola poco sicura e il 7,4% la giudica per nulla sicura. Solo il 16,3% giudica l'area sicura/molto sicura. Se consideriamo la valutazione per area geografica, in contrasto con quanto rilevato sulle problematiche e la trascuratezza del luogo in cui le scuole sono collocate, i dirigenti scolastici del Sud molto più frequentemente rispetto ai dirigenti del Centro e soprattutto del Nord percepiscono come sicura l'area intorno alla propria scuola.

Le strutture o le risorse presenti sul territorio nelle vicinanze della scuola, per una vita sana all'aperto e per attività fisiche e sportive, sono citate con frequenze elevate, soprattutto i campi di calcio (82,0%) e le palestre (81,2%), seguono gli spazi aperti e i parchi gioco (72,2%), le aree verdi (60,4%), le piscine (46,1%) e le piste ciclabili (41,0%) (Figura 14). La presenza delle strutture/risorse nel Sud è decisamente più bassa rispetto al Centro e soprattutto al Nord. Solo le piscine vengono citate con maggiore frequenza al Centro, rispetto al Nord e al Sud.

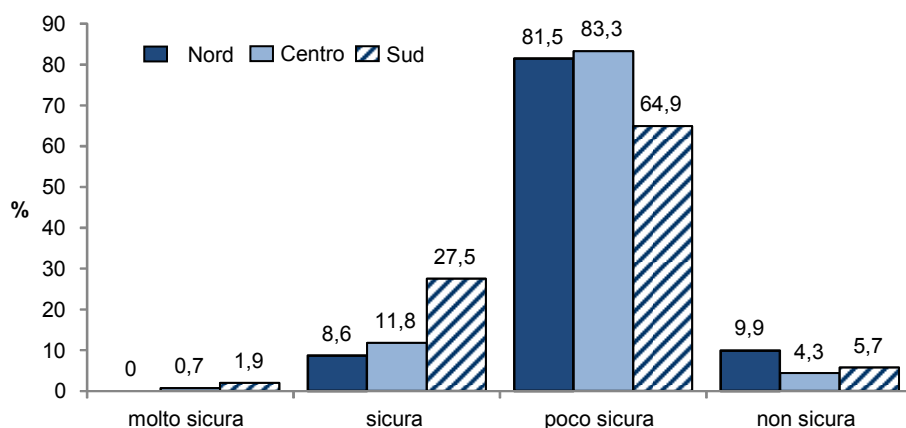


Figura 13. Valutazione (%) sulla sicurezza dell'area in cui la scuola è situata per area geografica. Italia, 2012

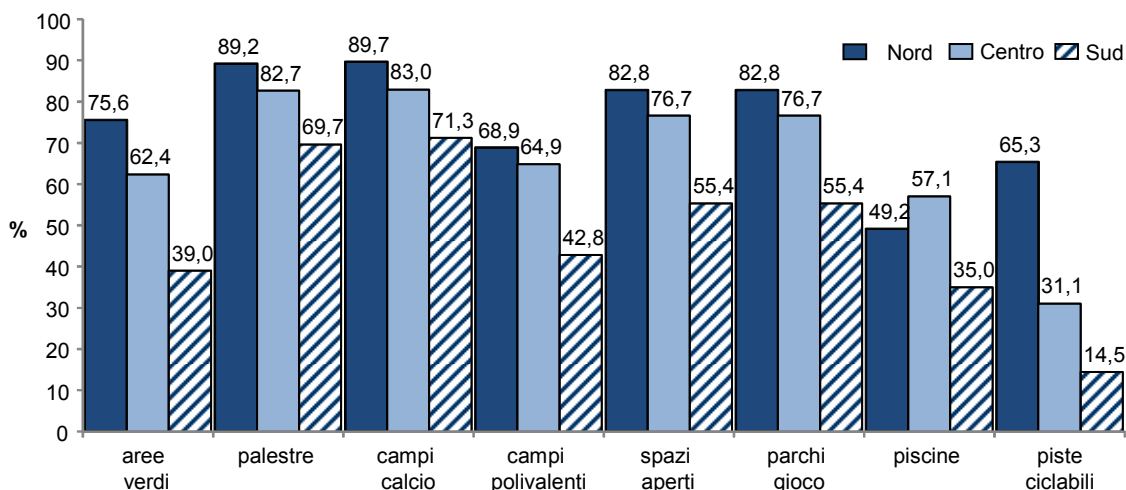


Figura 14. Strutture/risorse (%) presenti entro 2000 metri dalla scuola per area geografica. Italia, 2012

Le strutture/risorse, se presenti nel territorio circostante, vengono utilizzate dalla scuola in percentuali che vanno dal 27,4% dei campi di calcio al 72,1% delle palestre. Anche per l'utilizzo delle strutture esterne, si rilevano differenze per area geografica, infatti al Nord si registra un utilizzo maggiore indicando la presenza di una migliore interazione e integrazione tra scuola e territorio (Figura 15).

Il benessere economico della gente che vive nel quartiere in cui è ubicata la scuola, è stato giudicato dal 73,5% dei dirigenti scolastici nella media; l'11% lo giudica al di sotto della media o negativo. Il giudizio negativo è dato con maggiore frequenza al Sud mentre un giudizio positivo è dato con maggiore frequenza al Nord (Figura 16).

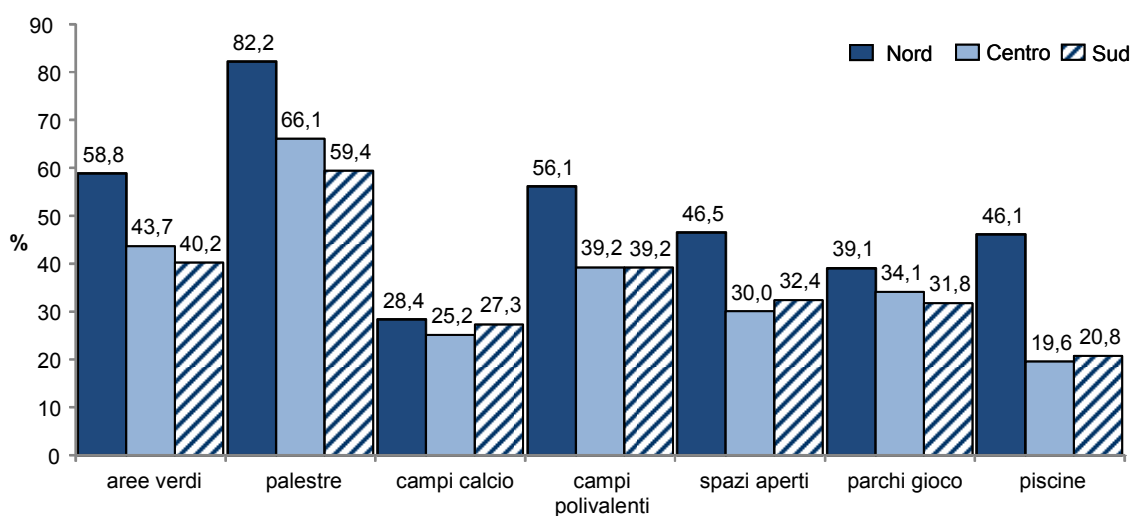


Figura 15. Utilizzo delle strutture/risorse (%) nelle vicinanze della scuola per area geografica. Italia, 2012

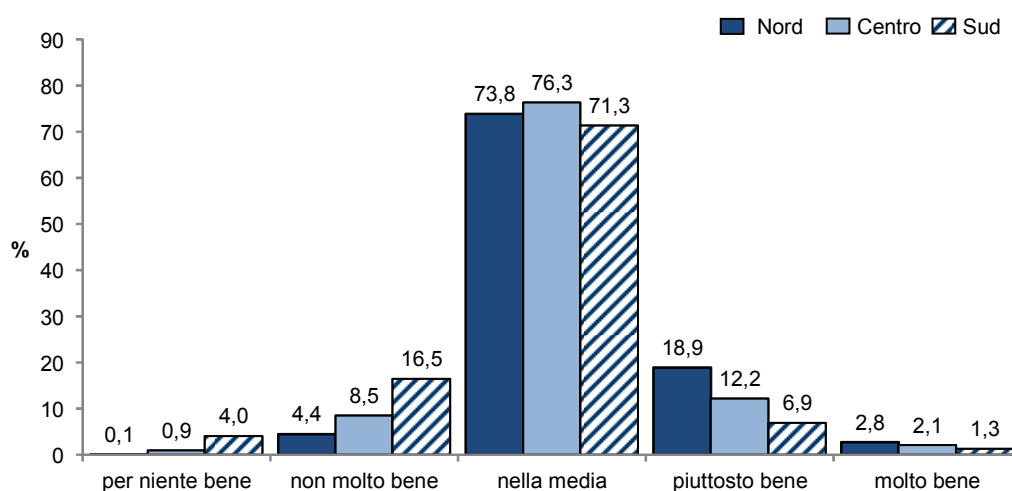


Figura 16. Valutazione (%) sul benessere economico delle persone che vivono nel quartiere in cui è situata la scuola, per area geografica. Italia, 2012

Indicatori scolastici e rilevazioni OKkio alla SALUTE

Nella Figura 17 viene riportato un confronto fra le tre rilevazioni di OKkio alla SALUTE dei principali indicatori analizzati. Tendenzialmente, tra il 2008-2009 e il 2012 si registra un miglioramento di alcuni indicatori relativi alla ristorazione quali la presenza di mensa scolastica (dal 66% al 73%), la distribuzione di alimenti a merenda (dal 13% al 50%) e le iniziative di sane abitudini alimentari (dal 65% al 70%).

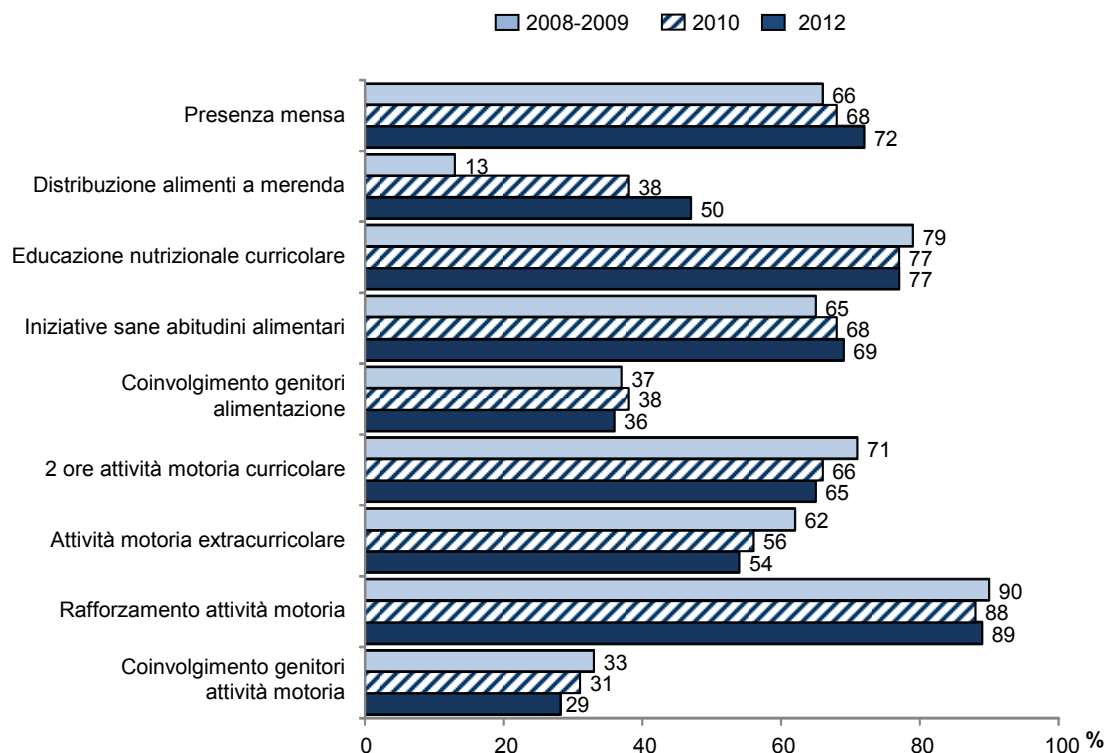


Figura 17. Plessi scolastici (%) per indicatori nelle tre rilevazioni OKkio alla SALUTE. Italia, 2008-2012

Non si registrano miglioramenti per quanto riguarda l'educazione nutrizionale, ma d'altra parte questo indicatore già dalla prima rilevazione mostrava un valore elevato (79% nel 2008 e 77% nel 2012). Inoltre si riducono leggermente le iniziative che vedono il coinvolgimento dei genitori. Gli indicatori relativi all'attività motoria sembrano invece peggiorare. Si riducono, infatti, le due ore di attività motoria curricolare (dal 71% al 66%), l'attività motoria extracurricolare (dal 62% al 54%) e le iniziative che prevedono il coinvolgimento dei genitori in attività in questo settore (dal 33% al 29%). Rimangono stabili, ma comunque con percentuali elevate, le scuole che si sono attivate per il rafforzamento delle attività motorie secondo quanto previsto dall'attività promozionale ministeriale (89-90%).

Le scuole che hanno partecipato alle tre rilevazioni di OKkio alla SALUTE, rispetto a quelle che hanno partecipato una o due volte, hanno tendenzialmente valori migliori degli indicatori considerati. Unica eccezione riguarda le 2 ore di attività motoria curricolare che passano dal 68% per le scuole che hanno partecipato alla sola rilevazione del 2012 al 64% per le scuole che hanno partecipato a due o tre rilevazioni. Si configura quindi un effetto positivo della partecipazione continua al sistema di sorveglianza.

Conclusioni

La terza rilevazione di OKkio alla SALUTE, relativamente all'ambiente scolastico e alle attività finalizzate alla promozione della salute dei ragazzi, fornisce un quadro dinamico in

evoluzione per alcuni aspetti ma mette in evidenza anche alcune criticità. La scuola si conferma come luogo ideale in cui implementare attività formativa e informativa sulla salute, così come indicato nelle linee guida della WHO. Si configura infatti come un luogo dinamico sia in relazione all'attuazione di programmi formativi curricolari, sia riguardo ad attività extra-curricolari; questi ultimi in particolare realizzati in collaborazione con enti esterni, specialmente con la ASL. Si attuano in tal modo le indicazioni del programma interministeriale "Guadagnare Salute" in cui si fa preciso riferimento alla integrazione tra la scuola e le organizzazioni socio-sanitarie presenti sul territorio (14).

L'impegno della scuola riguarda attivamente l'attuazione di programmi di promozione di sane abitudini alimentari, mentre sembra avere maggiori difficoltà nel garantire il rispetto del programma curricolare di attività motoria, soprattutto per motivi relativi alla struttura dell'orario scolastico. D'altra parte, molte scuole sopperiscono a questa difficoltà garantendo l'agibilità delle palestre anche nel pomeriggio, oltre l'orario scolastico.

I risultati mettono in evidenza, inoltre, alcune differenze tra le scuole del Nord, del Centro e del Sud. Tendenzialmente, sul piano della dotazione di strutture e dei servizi offerti, le scuole del Nord sembrano trovarsi in condizioni migliori. Nelle scuole del Nord appare migliore anche l'integrazione con il territorio circostante, come si evince dalla maggiore presenza e dal maggior utilizzo delle strutture e degli spazi ivi presenti. Per quanto riguarda l'organizzazione di attività promozionali con il coinvolgimento dei genitori relativamente alle sane abitudini alimentari e all'attività motoria, così come l'organizzazione di attività promozionali in collaborazione con partner esterni, le scuole del Nord e del Sud hanno livelli simili di attività mentre per le scuole del Centro si registra un livello di attività più basso. Problematiche relative al contesto esterno alla scuola, presenza di rifiuti, droga, violenza, ecc, così come il livello di trascuratezza, vengono segnalate con un gradiente che è più basso al Nord e più elevato al Sud; al contrario, nonostante il contesto sociale venga descritto come peggiore al Sud, la percezione della sicurezza dell'area circostante la scuola, è per i dirigenti scolastici di questa area territoriale più positiva.

Il miglioramento che si registra negli anni per quanto riguarda soprattutto la ristorazione scolastica, il valore degli indicatori che appare migliore per le scuole che hanno partecipato a tutte le rilevazioni di OKkio alla SALUTE, le differenze ancora da colmare tra le aree del Paese, stanno a sottolineare l'importanza di continuare un'azione strutturata e continua di promozione della salute nella scuola. Il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE svolge un ruolo importante di rilevatore e descrittore della situazione ma si conferma anche come strumento utile per attivare iniziative integrate con il territorio, incentivare collaborazioni, motivare il personale scolastico e gli operatori esterni, tutti uniti nel perseguimento di un obiettivo comune che è la lotta al sovrappeso, all'obesità e, più in generale, ai comportamenti a rischio per la salute dei ragazzi.

Bibliografia

1. Gonzalez-Suarez C, Worley A, Grimmer-Somers K, Dones V. School-based interventions on childhood obesity: a meta-analysis. *Am J Prev Med* 2009;37:418-27.
2. Khambalia AZ, Dickinson S, Hardy LL, Gill T, Baur LA. A synthesis of existing systematic reviews and meta-analyses of school-based behavioural interventions for controlling and preventing obesity. *Obes Rev* 2012;13:214-33.
3. Foster GD, Sherman S, Borradaile KE, Grundy KM, Vander Veur SS, Nachmani J, Karpyn A, Kumanyika S, Shults J. A policy-based school intervention to prevent overweight and obesity. *Pediatrics* 2008;121:e794-802.

4. Fung C, Kuhle S, Lu C, Purcell M, Schwartz M, Storey K, Veugelers PJ. From “best practice” to “next practice”: the effectiveness of school-based health promotion in improving healthy eating and physical activity and preventing childhood obesity. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012;9:27.
5. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. *Linee guida per una sana alimentazione italiana. Revisione*. Roma: INRAN; 2003. Disponibile all'indirizzo: http://nut.entecra.it/648/linee_guida.html; ultima consultazione 22/07/2014.
6. Centers for Disease Control and Prevention. School health guidelines to promote healthy eating and physical activity. *MMWR* 2011;60(No. 5)
7. Boonen A, de Vries N, de Ruiter S, Bowker S, Buijs G. Healthy Eating and Physical activity in Schools. HEPS Guidelines, 2009. The Netherlands. Disponibile all'indirizzo: http://www.schools-for-health.eu/uploads/files/HEPS_Guidelines.pdf; ultima consultazione 23/07/2014.
8. Dixey R, Heindl I, Loureiro I, Pérez-Rodrigo C, Snel J, Warnking P. *Healthy eating for young people in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1999. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/119921/E69846.pdf; ultima consultazione 04/06/2014.
9. Dixey R, Heindl I, Loureiro I, Pérez-Rodrigo C, Snel J, Warnking P. *Healthy eating for young people in Europe. A school-based nutrition education guide*. Copenhagen: International Planning Committee, WHO Regional Office for Europe; 1999. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/119921/E69846.pdf; ultima consultazione 04/06/2014.
10. Beam M, Ehrlich G, Donze Black J, Block A, Leviton LC. Evaluation of the healthy schools program: Part I. Interim progress. *Prev Chronic Dis* 2012;9:E65.
11. Beam M, Ehrlich G, Black JD, Block A, Leviton LC. Evaluation of the healthy schools program: Part II. The role of technical assistance. *Prev Chronic Dis* 2012;9:E64.
12. WHO. *Healthy nutrition: an essential element of a health-promoting school*. Geneva: World Health Organization; 1998. (Information Series on School Health - Document four). Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/school_youth_health/media/en/428.pdf; ultima consultazione 04/06/2014.
13. Galeone D, Menzano NT, Scotti MT, Bianco Finocchiaro R (Ed.). *L'educazione alla salute. Linee di indirizzo*. Roma: Ministero della Salute e Ministero della Pubblica Istruzione; 2008. Disponibile all'indirizzo: http://www.scuolaesalute.it/uploads/files/politiche/nazionali_educazione_alla_salute_linee_MPI_Salute_2008.pdf; ultima consultazione 04/06/2014.
14. 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. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf; ultima consultazione 04/06/2014.

ATTIVITÀ DI PREVENZIONE DELL'OBESITÀ INFANTILE REALIZZATE A LIVELLO REGIONALE

Enrica Pizzi, Paola Nardone, Laura Lauria, Marta Buoncristiano, Silvia Andreozzi, Angela Spinelli, Gruppo OKkio alla SALUTE 2008-9, Gruppo OKkio alla SALUTE 2010, Gruppo OKkio alla SALUTE 2012
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

In questo capitolo vengono presentati i contributi, curati direttamente dalle Regioni, che descrivono alcune attività di prevenzione per contrastare il sovrappeso e l'obesità dei bambini avviate a livello regionale in questi ultimi anni.

La finalità è di far conoscere alla comunità scientifica le molteplici iniziative che le Regioni stanno realizzando e di metterle in rete in un'ottica di "fucina" di idee e di esperienze.

In linea generale dalla lettura dei contributi emerge che la sorveglianza OKkio alla SALUTE ha contribuito alla programmazione e/o implementazione sul territorio di attività di prevenzione.

Un aspetto, infatti, evidenziato più volte dalle Regioni è il ruolo che OKkio alla SALUTE ha di strumento efficace sia per stimare la prevalenza di obesità e sovrappeso fra i bambini e consentire di tracciare una mappa delle caratteristiche e dell'andamento nel tempo del fenomeno, sia per fornire utili indicazioni per la programmazione a livello regionale delle attività di prevenzione e promozione della salute.

Di fatto OKkio alla SALUTE in molte Regioni è stato uno strumento sia per definire le priorità di intervento nei Piani di Prevenzione Regionali che per contribuire al processo di valutazione di quanto intrapreso.

Questo aspetto è particolarmente importante se si tiene conto che i sistemi di sorveglianza in sanità pubblica se da una parte servono a raccogliere, archiviare, analizzare e interpretare i dati, dall'altra hanno l'obiettivo di utilizzare le informazioni per attivare "processi di cambiamento" a favore della salute.

Le attività di prevenzione realizzate nelle varie Regioni sono molto diverse tra loro sia per le tematiche affrontate che per le metodologie utilizzate, sebbene su un piano più generale si evidenzia la tendenza a ricercare alleanze tra i diversi interlocutori (operatori sanitari, insegnanti, decisori politici, ecc.) e servizi (socio sanitari, istituzioni, ecc.) nell'ottica dell'intersettorialità.

Di seguito il dettaglio di alcune attività svolte dalle singole Regioni (riportate in ordine geografico) articolate in due parti:

- Situazione emersa dalla sorveglianza;
- Azioni sul territorio.

Si auspica che questo contributo possa dare un quadro preliminare sulle attività di prevenzione per contrastare il sovrappeso e l'obesità dei bambini avviate nel nostro Paese, stimolando i vari "attori" coinvolti nel programmare interventi che tengano conto di un approccio globale.

Piemonte*

Situazione emersa dalla sorveglianza

L'indagine OKkio alla SALUTE 2012 ha evidenziato che tra i bambini piemontesi il 28% ha un eccesso ponderale (il 20% è in sovrappeso, il 6% risulta obeso e il 2% risulta in condizioni di obesità severa). Solo 3 bambini su 5 fanno una colazione sana e solo 2 bambini su 5 fanno una merenda leggera a metà mattina. Un bambino su 6 non consuma quotidianamente frutta e/o verdura e 1 bambino su 10 non fa un'attività fisica sufficiente. Secondo quanto riferito dai genitori 1 bambino su 3 trascorre più di 2 ore al giorno davanti alla TV o giocando con i videogiochi e il sovrappeso del proprio figlio non è percepito da ben 2 genitori su 5.

Azioni sul territorio

Alcune iniziative realizzate anche sulla base dei risultati di OKkio alla SALUTE sono:

– *Corretta porzionatura degli alimenti in refezione scolastica*

Nelle indagini di OKkio alla SALUTE è emerso in Piemonte il poco consumo di frutta e/o verdura (ad esempio nel 2010 solo l'11% dei bambini consumava le cinque porzioni di frutta e verdura e il 35% la verdura meno di una volta o mai nell'intera settimana). Nelle scuole le mense sono molto presenti e frequentate (97%) e molto spesso le procedure di porzionatura degli alimenti non sono codificate. Porzioni abbondanti di primo possono favorire un eccessivo *intake* calorico ai pasti principali, con *overeating* per i primi e riduzione compensatoria dei contorni. Al fine di valutare se le procedure di porzionatura fossero in linea con quelle codificate in letteratura (utensili calibrati/piatti-campione) nel 2007-2009 è stata applicata una checklist su un campione random di 1733 scuole piemontesi. Sono stati considerati in particolare gli alimenti porzionati presso i refettori (primi/contorni), mentre i cibi pre-pesati presso il centro cottura (carne, ecc.) sono stati esclusi. In alcune delle scuole primarie campionate la quantità servita nel piatto di ciascun bambino è stata anche misurata con doppia pesata (piatto pieno/vuoto) e confrontata con quella raccomandata nelle tabelle dietetiche/menù (*test t student*). I risultati hanno messo in evidenza che nel 64% dei refettori i primi/contorni venivano serviti a colpo d'occhio, nel 16% con utensili calibrati (usando schiumarole nel 93% di ugual diametro per diverse fasce d'età), nel 14% con "piatti-campione". Nel 79% dei refettori era concesso il bis a richiesta. Sono state evidenziate significative differenze tra le quantità medie servite (pasta 67+7 g/verdure 86+34 g) e raccomandate (pasta 60+0 g/verdure 106+31 g; $p < 0,05$). Il "colpo d'occhio" usato dalla maggior parte dei refettori ha un'ampia variabilità inter-operatore e non è conforme alle linee guida in letteratura. Il rischio è di favorire *overeating* per i primi con riduzione compensatoria dei contorni anche se il menù su carta è nutrizionalmente bilanciato. Negli Stati Uniti sono ampiamente diffusi manuali per promuovere idonee porzioni in refezione scolastica. In seguito a questi risultati e a quelli di OKkio alla SALUTE, la Regione Piemonte ha formato nel 2011 gli operatori dei Servizi di Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN) e sta diffondendo nel proprio territorio mediante corsi di formazione diretti ad operatori delle mense scolastiche (circa 50 corsi attivati in tutte le ASL al 2012) l'uso di tecniche

* Autori: Caputo M (a), Spagnoli TD (b), Costa A (c), Bonifetto M (c)
(a) S.C. Direzione integrata prevenzione ASL CN 1, Cuneo
(b) S.S. Sorveglianza e Prevenzione Nutrizionale ASL TO 3, Torino
(c) Settore Prevenzione e Veterinaria Regione Piemonte, Torino

codificate e validate per la porzionatura, verificandone l'applicazione con azioni di sorveglianza programmate.

– *Banca dati regionale degli snack confezionati come strumento di sorveglianza e pianificazione di iniziative di prevenzione*

Le sorveglianze sui contenuti nutrizionali di prodotti confezionati di ampio consumo – es. quella biennale della *Food Standard Agency* (FSA) attiva dal 2005 nel Regno Unito – mirano a valutare l'andamento nel tempo e a promuovere la riduzione di sale/grassi/zuccheri con varie strategie (es. tavoli di lavoro con i produttori); un data base contenente 7000 prodotti raccolti da 12 Paesi europei (pochi dati italiani) è stato usato nel 2011 per definire *cut-off* di salubrità nutrizionale (*International Choice Programme*) (1) coerenti con la presenza/diffusione sul mercato di alimenti idonei. Poiché da OKkio alla SALUTE 2008 erano emerse ampie criticità (78%) nella scelta degli spuntini del mattino, si è ritenuto strategico avviare un monitoraggio regionale sugli snack confezionati più consumati dai bambini per valutare sotto il profilo nutrizionale (zuccheri/grassi/sodio/porzioni) l'evoluzione nel tempo dell'offerta e pianificare specifiche iniziative. Nello specifico le etichette degli spuntini (intera confezione vuota) sono state raccolte dal 2008 con periodicità biennale in concomitanza con OKkio alla SALUTE ed è stata strutturata una banca dati (valori nutrizionali) contenente 641 prodotti (dati accessibili online su area riservata agli operatori SIAN piemontesi e storicizzati per gli anni 2008-2010-2012). Si sono osservate nel tempo alcune tendenze: es. variazioni nelle porzioni di merendine di ampio consumo; diffusione dei dolcificanti di sintesi in bevande spesso (8%) prive del *claim* “light”; diffusione di nettari di frutta, merendine, snack salati contenenti fruttosio (da sciroppo di mais), fattore di rischio per sindrome metabolica. La conoscenza delle caratteristiche dei prodotti più diffusi nel territorio ha permesso, dal 2008 al 2012 a livello regionale e/o ASL, di produrre materiale informativo, attuare programmi informativi (insegnanti/genitori)/formativi (operatori sanitari) e migliorare la qualità e la riconoscibilità dell'offerta alimentare nei distributori automatici attraverso l'applicazione di simboli sui prodotti che rispettano determinate caratteristiche nutrizionali.

Valle d'Aosta *

Situazione emersa dalla sorveglianza

In Valle d'Aosta l'indagine OKkio alla SALUTE 2012 ha evidenziato che il 24,1% dei bambini presenta un eccesso ponderale (il 18,3% è in sovrappeso, il 5,3% risulta obeso e lo 0,5% è in condizioni di obesità severa). Solo 3 bambini su 5 fanno una colazione sana, solo 1 bambino su 3 fa una merenda leggera a metà mattinata, quasi 1 bambino su 6 non consuma quotidianamente frutta e/o verdura e solo 1 bambino su 7 fa un'attività fisica sufficiente. Da quanto riferito dai genitori 1 bambino su 5 trascorre più di 2 ore al giorno davanti alla TV o giocando con i video giochi e 1 genitore su 3 non percepisce che il proprio figlio è in sovrappeso.

* Autore: Covarino AM

Dipartimento Prevenzione Azienda USL Regione Autonoma Valle d'Aosta, Aosta

Azioni sul territorio

La promozione di uno stile di vita sano e gli interventi finalizzati a correggere le errate abitudini alimentari, a promuovere una riduzione della sedentarietà e l'abbandono di comportamenti a rischio rappresentano una delle principali priorità nelle strategie di educazione alla salute. Poiché l'alimentazione svolge un ruolo importante nella prevenzione di numerose patologie, in particolare di quelle cronico degenerative, negli ultimi anni a livello nazionale, regionale e locale sono state pianificate campagne educative e informative rivolte alla popolazione in generale e al mondo della scuola in particolare; sono state formulate e divulgate linee guida nazionali per una sana alimentazione italiana e linee di indirizzo nazionali per la ristorazione scolastica, ospedaliera e assistenziale (2, 3). L'alimentazione fa parte di quel patrimonio culturale che risulta difficile da modificare soprattutto quando stili comportamentali fanno parte integrante del proprio essere sociale, ecco perché la progettazione di interventi di promozione della salute e di educazione alimentare si dovrebbe sviluppare con un approccio scientifico multidisciplinare tenendo in considerazione anche questi aspetti.

Le principali aree di intervento sono state:

– *Lotta all'obesità infantile*

Nell'ambito del Piano Regionale "Lotta all'Obesità", la Regione Autonoma Valle d'Aosta – attraverso la collaborazione fra Dipartimento Materno Infantile e Dipartimento di Prevenzione – ha sviluppato cinque livelli principali d'intervento riguardanti i bambini:

- Livello 1
promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica a scuola attraverso il progetto educativo "A scuola di salute passo dopo passo" comprendente:
 - corso di formazione per insegnanti;
 - percorso educativo in classe svolto dagli insegnanti utilizzando il kit didattico predisposto.
- Livello 2
miglioramento del servizio refezione scolastica attraverso il progetto "una mensa su misura", comprendente un corso teorico/pratico di formazione rivolto agli operatori che operano e servono i pasti finalizzato ad uniformare gli standard qualitativi dei pasti forniti dalla refezione alle linee guida nazionali.
- Livello 3
diffusione e rafforzamento all'interno delle famiglie di una cultura della sana alimentazione e dell'attività fisica attraverso una serie di incontri informativi con le famiglie allo scopo di farli partecipi delle finalità dell'iniziativa, rafforzare i messaggi di salute, dare continuità al progetto e fornire strumenti utili per migliorare il proprio stile di vita.
- Livello 4
realizzazione di interventi sulla corretta alimentazione nell'ambito di manifestazioni pubbliche o altri momenti di aggregazione delle comunità (es. feste scolastiche, feste paesane). In base al grado di partecipazione delle famiglie sono stati realizzati interventi informativi a sfondo ludico coinvolgenti prioritariamente ragazzi e famiglie all'interno di particolari momenti di aggregazione.
- Livello 5
progetto counselling nutrizionale ossia un progetto innovativo nell'ambito delle strategie di promozione della salute concretizzatosi nell'apertura di un ambulatorio di counselling nutrizionale la cui finalità è stata quella di promuovere comportamenti

e stili di vita favorevoli per la salute, attraverso azioni educative e tecniche comunicative proprie della metodologia del counselling.

– *Interventi nutrizionali per la ristorazione collettiva*

Gli interventi per il miglioramento della qualità nutrizionale nella ristorazione scolastica e di educazione al gusto fanno parte dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). È in questa ottica che si situa la collaborazione con i Comuni della Regione Autonoma Valle d'Aosta e altre istituzioni come il Consorzio degli Enti Locali Valdostani (CELVA), ma anche del settore privato, per la realizzazione di iniziative di educazione sanitaria e promozione della salute da realizzarsi nell'ambito del servizio di ristorazione scolastica. Così come sono stati attuati incontri organizzativi con il coinvolgimento di insegnanti e genitori.

– *Controlli nelle mense collettive*

Nel 2012 sono state sottoposte a controllo chimico-bromatologico i pasti completi di 23 mense scolastiche. Tra le mense controllate la maggior parte delle comunità disponeva di un dietetico approvato dal SIAN anche se in alcuni casi è stata riscontrata una sua parziale o totale modifica. Nelle mense per l'infanzia sottoposte al controllo le porzioni in generale sono risultate adeguate per i primi piatti, quasi sempre sottodimensionate per i secondi e sempre sottodimensionate per contorni e frutta. A fronte di ciò è stata riscontrata anche una considerevole quantità di scarti nei primi, nei secondi e nei contorni, sia in termini di numero di porzioni con scarti, sia in termini di quantità media in grammi di scarto per porzione. Ciò conferma i risultati di OKkio alla SALUTE riguardo alla scarsa abitudine dei bambini a consumare verdura e frutta ma impone anche la necessità di interrogarsi sulle motivazioni, trovare soluzioni e prevedere fin dalla tenera età interventi didattico educativi per favorire nei bambini un buon rapporto col cibo e l'acquisizione di corrette abitudini alimentari.

Lombardia*

Situazione emersa dalla sorveglianza

Tra i bambini della Regione Lombardia nel 2012 il 24,5% ha presentato un eccesso ponderale (il 18,5% è in sovrappeso, il 5,2% risulta obeso e lo 0,8% è in condizioni di obesità severa). Solo 3 bambini su 5 fanno una colazione sana, 2 bambini su 5 fanno una merenda leggera a metà mattina, 1 bambino su 5 non consuma quotidianamente frutta e/o verdura e 1 bambino su 6 non fa un'attività fisica sufficiente. Secondo quanto riferito dai genitori 1 bambino su 4 trascorre più di 2 ore al giorno davanti alla TV o giocando con i videogiochi e ben 1 genitore su 2 non percepisce che il proprio figlio è in sovrappeso.

Azioni sul territorio

Al fine di favorire processi integrati e intersettoriali necessari allo sviluppo di programmi di promozione della salute efficaci e sostenibili, la Regione Lombardia stipula Accordi, Protocolli d'Intesa, ecc. che facilitano le azioni sviluppate localmente e predispongono documenti di indirizzo che definiscono metodi/criteri di appropriatezza che orientano la programmazione delle ASL.

* Autori: Bonfanti M, Cereda D, Coppola L, Gramegna M, Lobascio C, Pirrone L.
Unità Operativa Governo della prevenzione e tutela sanitaria, Direzione Generale Salute, Regione Lombardia, Milano

Le ASL lombarde realizzano programmi di promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute (piani integrati locali degli interventi di promozione della salute) supportati da azioni e indirizzi regionali. I programmi sono realizzati anche in collaborazione con altri settori/stakeholder che possono contribuire nel rendere più facilmente adottabili scelte comportamentali auspicate (scuole, enti locali, associazioni, settori di commercio, impresa, sport, ecc.).

Questi programmi intendono sostenere l'adozione di comportamenti di salute (sana alimentazione e stile di vita attivo), ridurre fattori di rischio (obesità, sedentarietà) nei bambini e migliorare l'appropriatezza degli interventi.

I principali programmi di promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute, che vedono i bambini target diretto e indiretto, attivi attualmente in Regione Lombardia sono:

– *Rete delle aziende che promuovono salute*

La Rete *Workplace Health Promotion* (WHP) Lombardia (Decreto Regione Lombardia 11861/2012 e Buona Pratica di Promozione della Salute secondo i criteri del Centro Regionale di Documentazione per la promozione della Salute, noto come DoRS) è costituita da aziende (imprese private, sanitarie, enti locali, ecc.) che, riconoscendo il valore della responsabilità sociale d'impresa, si impegnano ad essere "ambiente favorevole alla salute" attraverso azioni (*evidence based*) di natura informativa (opportunità di cessazione tabagica, corretta alimentazione, ecc.), sociale (benessere organizzativo, ecc.) organizzativa (mense, distributori snack, convenzioni con palestre, programmi scale per la salute, percorsi pedonali/ciclabili casa lavoro, ambiente libero dal fumo, ecc.) e di collaborazione con altri soggetti della Comunità locale (associazioni, ecc.) e con il supporto tecnico scientifico delle ASL.

La Rete WHP Lombardia, avviata operativamente nel corso del 2013, conta, al 31 dicembre 2013, 145 imprese (pubbliche e private) iscritte per un totale di circa 63.000 lavoratori coinvolti (<http://retewhplombardia.org/>) ed è membro dello *European Network for Workplace Health Promotion* (ENWHP) (<http://www.enwhp.org/the-enwhp/members-ncp.html>).

– *Rete delle scuole che promuovono salute*

La Rete *Scuole Che Promuovono Salute* (SPS) Lombardia, nata con l'Intesa del 14 luglio 2011 "Il Modello lombardo della scuola che promuove salute", siglata da Regione Lombardia e MIUR-Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia, è diventata operativa nel corso dell'anno scolastico 2012-2013 con l'adesione di 192 istituti scolastici (comprensivi) per un totale di circa 190.000 studenti. Per ulteriori approfondimenti consultare il sito: <http://www.scuolapromuovesalute.it>.

Le scuole della Rete si impegnano ad essere "ambiente favorevole alla salute" attraverso azioni (*evidence based*) di natura educativo/formativa (*life skills*, programmi tematici, ecc.), sociale (ascolto, collaborazione, partecipazione, ecc.), organizzativa (mense, distributori snack, frutta a merenda, Pedibus e percorsi ciclabili casa scuola, attività fisica curriculare ed extracurriculare, ambiente libero dal fumo, ecc.) e di collaborazione con altri soggetti della Comunità locale (associazioni, ecc.). Ciò garantisce una attivazione (empowerment) delle scuole, con il supporto tecnico scientifico delle ASL là dove necessario, nel rafforzamento di competenza e consapevolezza di tutti i componenti della comunità scolastica – quindi studenti, insegnanti, bidelli, genitori – rispetto alla propria salute e contestualmente nell'essere "luoghi" ove l'adozione di comportamenti salutari è resa "facile" nella quotidianità così da radicarsi nella cultura. L'approccio metodologico delle scuole aderenti è offerto dalle ASL a tutte le scuole del territorio regionale con

l'obiettivo di una massima diffusione di una cultura della salute nel *setting* scolastico e in particolare nei giovani.

La Rete SPS Lombardia è membro del network *Schools for Health in Europe* (<http://www.schools-for-health.eu/she-network>) (4-7).

– *Programmi di promozione dell'allattamento al seno*

Un altro tema importante sul quale si è lavorato è la promozione dell'allattamento al seno mediante lo sviluppo di programmi coerenti ai criteri della Rete UNICEF Ospedali/Comunità Amiche dei Bimbi (8-9). Le ASL Milano e Sondrio sono certificate UNICEF, le ASL Milano 1 e Milano 2, sono in fase di certificazione, le altre ASL realizzano azioni anche nell'ambito della rete WHP.

– *Programmi Pedibus/Città Sane*

Nell'ambito di programmi di comunità con attivazione delle Amministrazioni Locali (sul modello WHO *European Healthy Cities Network*) (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities/who-european-healthy-cities-network>) (10-11), che si impegnano a sostenere lo sviluppo di buone pratiche e azioni efficaci locali (in collaborazione con ASL, Associazioni, ecc.) per creare condizioni e opportunità che facilitino gli stili di vita sani ai propri cittadini (piste ciclabili, aree pedonali, menù salutari nelle mense pubbliche, ecc.), si è sviluppata la realizzazione di Pedibus (trasformazione del tragitto scuola-casa, normalmente percorso in autobus o in auto, in percorso pedonale): al 2013 sono stabilmente attive più di 300 linee sul territorio regionale.

Sul sito regionale dedicato sono disponibili i diversi approfondimenti e i link alle iniziative realizzate dalle ASL: <http://www.promozionesalute.Regione.lombardia.it/>.

In questo contesto OKkio alla SALUTE costituisce un importante strumento per definire le priorità di intervento e contribuire al processo di valutazione di quanto intrapreso, mediante l'osservazione di trend confrontabili nel tempo. Essenziale, per gli sviluppi futuri, la condivisione dei dati di contesto con gli altri "attori" coinvolti nei programmi di promozione della salute.

Provincia Autonoma di Trento*

Situazione emersa dalla sorveglianza

L'indagine OKkio alla SALUTE 2012 ha evidenziato che nella Provincia Autonoma di Trento complessivamente il 21% dei bambini presenta un eccesso ponderale (il 16% è in sovrappeso, il 4,2% risulta obeso e lo 0,7% è severamente obeso).

Poco più di 3 bambini su 5 fanno una colazione sana e solo 3 bambini su 5 fanno una merenda leggera a metà mattina; 1 bambino su 10 non consuma quotidianamente frutta e/o verdura e meno di 1 bambino su 10 non fa un'attività fisica sufficiente. Secondo quanto riferito dai genitori 1 bambino su 5 trascorre più di 2 ore al giorno davanti alla TV o giocando con i videogiochi. Inoltre 1 genitore su 2 non percepisce che il proprio figlio è in sovrappeso.

* A cura del Servizio Promozione ed Educazione alla Salute – Sorveglianza stili di vita, Dipartimento di Prevenzione Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, Trento

Azioni sul territorio

Le prime due rilevazioni di OKkio alla SALUTE hanno evidenziato che nella provincia di Trento la maggioranza dei bambini consuma giornalmente frutta e verdura, ma solo 1 su 10 mangia le cinque porzioni al giorno raccomandate. Inoltre, più del 90% dei bambini è fisicamente attivo, ma solo 1 su 4 svolge l'attività fisica di almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni alla settimana, come raccomandato a livello internazionale.

Al fine di aumentare consapevolezza nella scelta dei propri stili di vita sono state promosse due azioni educative nella scuola:

– *Progetto “La girandola”*

Realizzato nella scuola dell'infanzia, è articolato in una fase motivazionale nei confronti di insegnanti e personale ausiliario e in una seconda fase educativa con i bambini. La prima fase è finalizzata a guidare la formazione dei bambini rispetto a stili di vita liberi da fumo e alcol per prevenire problemi fisici, relazionali e sociali e per migliorare la qualità della vita; la seconda fase ha gli obiettivi di favorire lo sviluppo di idee e di atteggiamenti incentivanti stili di vita positivi rispetto alla salute sia attraverso la promozione del consumo di almeno cinque porzioni al giorno di frutta e verdura (lavorando sui fattori legati al gusto, alle emozioni e al piacere piuttosto che sui principi nutritivi), sia attraverso l'aumento dell'attività fisica come stili fondamentali per prevenire sovrappeso/obesità e patologie correlate.

– *Progetto “Prevenzione dell'obesità: 15.000 passi + 5 colori = la matematica dei sapori”*

Sviluppato nell'ambito del Piano Provinciale della Prevenzione 2010-2012 finalizzato a promuovere sani stili alimentari e una regolare attività fisica attraverso lo sviluppo di conoscenze e competenze nei bambini/ragazzi delle scuole primarie e secondarie di primo grado, prevede la formazione degli insegnanti da parte degli operatori sanitari per la realizzazione di un progetto educativo con i bambini/ragazzi attuato trasversalmente all'interno delle diverse discipline scolastiche. Obiettivo del progetto è stimolare i bambini a una scelta alimentare varia e corretta attraverso l'esplorazione di gusto, profumo, consistenza, aspetto fisico e appetibilità dei vari alimenti; nell'incrementare il consumo di frutta e verdura a partire dalla prima colazione e dalla merenda di metà mattina nella scuola, nel far acquisire consapevolezza riguardo al proprio vissuto emotivo nei confronti dei messaggi pubblicitari e indurre maggiore competenza nella lettura critica delle etichette al fine di diventare *consum-attori* consapevoli.

Tra le attività complementari realizzate sono state apprezzate le “colazioni in classe con i genitori”, la partecipazione a mostre sull'alimentazione, la partecipazione a spettacoli teatrali, la realizzazione dell'orto a scuola, i laboratori di cucina.

Per promuovere un'attività fisica quotidiana il progetto mira a sviluppare nei gesti quotidiani il movimento, vissuto come consapevolezza della propria corporeità nello spazio fisico e temporale di vita (a scuola, a casa, all'aperto), creando attorno al bambino un ambiente che lo invogli all'attività motoria. Sono state organizzate giornate della salute, visite a fattorie didattiche e sono stati distribuiti ricettari salutari.

Sebbene i dati rilevati nelle rilevazioni di OKkio alla SALUTE mostrano che le attività sedentarie tra i bambini, come il trascorrere molto tempo a guardare la televisione e giocare con i videogiochi, seppur presenti, non sono molto diffuse e che dai dati rilevati nel 2012 emerge un miglioramento nell'uso della televisione e dei videogiochi da parte dei bambini in tutti i momenti della giornata, tuttavia restano ancora spazi di intervento, in particolare al pomeriggio, quando i bambini dovrebbero dedicarsi ad attività più salutari, come giochi di movimento, sport o attività relazionali con i coetanei.

Veneto*

Situazione emersa dalla sorveglianza

I dati 2012 di OKkio alla SALUTE hanno evidenziato che tra i bambini della Regione Veneto il 27,1% presenta un eccesso ponderale (il 20,5% è in sovrappeso, il 4,9% è obeso e l'1,7% severamente obeso). In Veneto 3 bambini su 5 fanno una colazione sana, meno di 4 bambini su 10 fanno una merenda leggera a metà mattina, 1 bambino su 5 non consuma quotidianamente frutta e/o verdura e 1 bambino su 7 non fa un'attività fisica sufficiente. Secondo quanto riferito dai genitori quasi 3 bambini su 10 trascorrono più di 2 ore al giorno davanti alla TV o giocando con i videogiochi e 4 genitori su 10 non percepiscono che il proprio figlio è in sovrappeso.

Azioni sul territorio

La situazione epidemiologica delineata dalla sorveglianza nutrizionale di OKkio alla SALUTE, pur essendo favorevole rispetto alla media nazionale, evidenzia la necessità di intervenire sul fenomeno. La Regione del Veneto, nella programmazione della progettazione regionale correlata a quella nazionale ed europea degli obiettivi prioritari di sanità pubblica, ha tenuto conto che l'alimentazione scorretta, l'obesità, la sedentarietà e le malattie croniche non trasmissibili correlate richiedono, per la complessità delle cause, per i diversi livelli di severità e soprattutto per le implicazioni sulla salute, interventi preventivi e terapeutici da attuare con specifiche modalità organizzative dei servizi sanitari da configurarsi come servizi di rete intersettoriali, secondo i principi di integrazione e multidisciplinarietà e interazione tra i diversi percorsi, al fine di assicurare il monitoraggio e la presa in carico dei soggetti a rischio tanto più efficace quanto più precoce.

L'approccio è olistico con riferimento ai determinanti socioeconomici, culturali, politici, ambientali; in particolare la componente ambientale che influisce sull'obesità è stata valutata a partire dal modello ecologico dello sviluppo umano di Bronfenbrenner (12). Inoltre viene data particolare attenzione alle fasce di popolazione svantaggiate, poiché è confermato che la componente socioeconomica del basso reddito e del basso livello di istruzione influenza l'obesità anche nella Regione Veneto. Fattori di rischio nutrizionale come: saltare la prima colazione, consumare poca frutta e verdura nell'arco della giornata e bere bevande zuccherate e/o gassate sono, infatti, abitudini riscontrate più frequentemente tra i bambini con genitori con un basso livello d'istruzione e in condizioni socioeconomiche peggiori.

In Italia, il programma "Guadagnare Salute", in linea con quello europeo *Gaining Health in all policies* rappresenta una strategia intersettoriale e multicomponente per promuovere scelte

salutari a livello individuale e di popolazione in cui si è inserita la Regione del Veneto con i SIAN delle Aziende ULSS, facenti parte della rete nazionale dei SIAN con particolare attenzione per le fasce svantaggiate della popolazione (13).

Il modello della rete si basa sui dati ricavati dalla letteratura scientifica (*Evidence Based Prevention, EBP*) (14) per fornire alla popolazione interventi di prevenzione universale,

* Autori: Vanzo A (a), Tessari S (b), Chilese S (c), Cora O (d), Galessio R (e), Stano A (f)

(a) SIAN Azienda ULSS n. 6 Vicenza, Vicenza

(b) SIAN Azienda ULSS n. 16 Padova, Padova

(c) SIAN Azienda ULSS n. 4 Alto Vicentino, Vicenza

(d) SIAN Azienda ULSS n. 1 Belluno, Belluno

(e) Servizio Sanità Animale e Igiene Alimentare - Regione del Veneto, Venezia

(f) SIAN Azienda ULSS n. 3 Bassano del Grappa, Vicenza

secondaria e/o selettiva, volti alla promozione di una sana alimentazione e di uno stile di vita attivo che siano sempre più appropriati ed efficaci.

La Regione del Veneto, con la progettualità dell'Area Nutrizione dei Piani Triennali Regionali Sanità Animale e Sicurezza Alimentare 2005-2007 e 2008-2010 e del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2010-2012 (15), ha integrato i SIAN in un modello di rete intersettoriale e pluriprofessionale, volta anche alla collaborazione con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e con servizi specialistici, con l'obiettivo di rafforzare le azioni rivolte alla modifica dei comportamenti e all'empowerment degli individui e della comunità per la prevenzione dell'obesità e malattie croniche non trasmissibili correlate nella Regione Veneto.

La limitata efficacia evidenziata dai programmi di prevenzione e trattamento dell'eccesso ponderale, attualmente a disposizione, ha portato ad agire utilizzando una prospettiva che ha tenuto conto della eziologia multifattoriale del fenomeno, contraddistinta da una complessa interazione di fattori comportamentali, relazionali, motivazionali e psicosociali.

Sulla base di queste considerazioni vengono riportate le linee principali di azione dei programmi di prevenzione dell'obesità nella Regione del Veneto:

- *sorveglianza nutrizionale* (attraverso la partecipazione ad OKkio alla SALUTE) per conoscere e monitorare nel tempo lo stato di salute della popolazione e in particolare delle fasce a rischio;
- *informazione ed educazione sanitaria in ambito nutrizionale* per diffondere le conoscenze di stili alimentari protettivi e attivi per il benessere di fasce di popolazione a rischio (prima infanzia, età evolutiva, anziani) o di comunità;
- *interventi di prevenzione nutrizionale nella ristorazione collettiva* con produzione di linee guida e di indirizzo per il miglioramento della qualità nutrizionale nella ristorazione collettiva e sociale e verifica della loro applicazione;
- *formazione e aggiornamento in tema nutrizionale* per il personale di strutture pubbliche (scuole di ogni ordine e grado, attività socio-assistenziali, assistenza domiciliare, ecc.) e private (addetti delle mense, ausiliari, responsabili di produzione, vendita e manipolazione di alimenti e bevande, ecc.);
- *formazione sul counselling motivazionale* per gli operatori dei SIAN e dei servizi di dietetica e nutrizione clinica in primis, nonché di altri servizi interessati;
- *consulenza dietetico-nutrizionale* (prevenzione, trattamento ambulatoriale e/o terapia di gruppo, per fasce a rischio di popolazione) in collaborazione con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e con strutture specialistiche (Ospedali, Centri di studio e di ricerca, ecc.) effettuate in una rete di ambulatori per la valutazione nutrizionale e le procedure di intervento per i diversi gruppi di età, in particolare per l'età evolutiva e gli anziani. Al primo livello vanno garantiti dei protocolli che forniscano una adeguata continuità di azione sulla nutrizione e sull'attività fisica che vadano dalla promozione della salute alla prevenzione e cura per tutto il corso della vita mediante la collaborazione tra cure primarie e i servizi di prevenzione con un approccio motivazionale per la modifica degli stili di vita;

- *valutazione della motivazione al cambiamento*

Nel 2009 la Regione del Veneto con la rete dei SIAN, supportata da esperti nel counselling motivazionale, ha costruito e validato 2 set di strumenti per misurare la motivazione al cambiamento rispetto all'alimentazione (EMME3-AL) e all'attività fisica (EMME3-AF) in

soggetti adulti che hanno avuto indicazione, hanno richiesto, hanno in corso o hanno effettuato, un intervento legato alla modificazione della propria alimentazione, per problemi sanitari di promozione della salute e/o di prevenzione di disturbi e patologie specifiche (16).

Gli strumenti, consultabili sul sito www.venetonutrizione.it, sono di semplice e rapida applicazione (anche più volte per uno stesso paziente/utente) in modo da monitorare l'evoluzione e l'efficacia degli interventi e limitare effetti legati allo stato socio-demografico dell'individuo. Al fine di facilitare i professionisti all'utilizzo del counselling motivazionale dal 2005 vengono effettuati percorsi di formazione nel counselling motivazionale attraverso un gruppo di formatori che ora opera anche a livello nazionale;

- *stesura di linee guida e manuali regionali* che individuano gli attori e le modalità di integrazione dei vari *setting* di prevenzione e cura in una rete assistenziale che prevede diversi livelli:
 - sono state pubblicate nel 2013 le nuove versioni aggiornate delle linee guida per il miglioramento della qualità nutrizionale nella ristorazione collettiva scolastica e assistenziale extraospedaliera; stanno per essere approvate con DGRV le linee guida per la ristorazione ospedaliera;
 - è stato pubblicato nel 2013 il “Manuale per il counselling motivazionale negli ambulatori nutrizionali”, frutto di un lavoro pluriennale di un gruppo di operatori esperti dei SIAN, di Servizi di dietetica e nutrizione clinica e dell'Università di Padova;
- *realizzazione di un sito* (www.venetonutrizione.it) nel quale sono disponibili informazioni utili ai professionisti e alla popolazione per la lotta all'obesità.

Friuli-Venezia Giulia*

Situazione emersa dalla sorveglianza

L'indagine OKkio alla SALUTE 2012 ha evidenziato che tra i bambini della Regione Friuli-Venezia Giulia il 26,7% presenta un eccesso ponderale (il 19,7% è in sovrappeso, il 6,3% è obeso e lo 0,7% severamente obeso). Quasi 1 bambino su 3 non fa una colazione sana, 1 bambino su 2 non fa una merenda leggera a metà mattina, 1 bambino su 6 non consuma quotidianamente frutta e/o verdura e 1 bambino su 8 non fa un'attività fisica sufficiente. Secondo quanto riferito dai genitori 1 bambino su 5 trascorre più di 2 ore al giorno davanti alla TV o giocando con i videogiochi e 1 genitore su 3 non percepisce che il proprio figlio è in sovrappeso.

Azioni sul territorio

A partire da un progetto pilota, “Il Contratto della merenda” dell'ASS 4 Medio Friuli (Udine), che inizialmente nel 2002 coinvolgeva 750 famiglie, è nato il programma “Merenda per tutti” che si è poi diffuso in altre zone del territorio regionale, grazie anche alla collaborazione con la rete

* Autori: Pani P (a), Cattaneo A (a), Carletti C (a), Sessanta o Santi M (b), Savoia A (c), Belotti D (c)
 (a) SSD Ricerca sui Servizi Sanitari, Epidemiologia di Popolazione e Salute Internazionale, IRCCS materno infantile Burlo Garofolo, Trieste
 (b) SOC Igiene degli alimenti e della nutrizione, Dipartimento di Prevenzione, ASS 2 Isontina, Gorizia
 (c) SOC Igiene degli alimenti e della nutrizione, Dipartimento di Prevenzione, ASS 4 Medio Friuli, Udine

Friuli-Venezia Giulia “Città Sane”. Il programma prevede la fornitura, da parte della scuola o dei genitori, della merenda di metà mattina, uguale per tutti, ritenuta nutrizionalmente corretta (es. yogurt, frutta o verdura di stagione, pane, ecc), e consumata assieme da tutti i bambini. È previsto inoltre l’utilizzo di materiale divulgativo per i genitori e un kit didattico da utilizzare in classe e in incontri educativi con insegnanti e genitori. Ad oggi, nel solo territorio dell’ASS 4 sono coinvolte ogni anno oltre 5000 famiglie; e nel territorio dell’ASS 2 Isontina (Gorizia) tutte le scuole primarie a tempo pieno stanno adottando la merenda sana.

Parallelamente a iniziative di promozione analoghe, il supporto alla ristorazione scolastica offre, su gran parte del territorio, un altro valido contributo nella promozione di corrette abitudini alimentari. Da anni, nelle scuole con servizio mensa si svolgono attività di promozione di un’“offerta di qualità”, attraverso azioni che prevedono la partecipazione attiva degli operatori sanitari nel miglioramento della qualità nutrizionale, ambientale e culturale della ristorazione a scuola per educare il bambino a corretti stili di vita e all’assunzione del cibo con piacere. Le azioni intraprese sono:

- partecipazione ai capitolati d’appalto;
- intervento sulla tipologia delle materie prime e sulla composizione dei menù;
- intervento sulle caratteristiche ambientali dei locali in cui i bambini pranzano al fine di renderli confortevoli e favorevoli l’alimentazione del bambino;
- formazione delle cuoche e delle insegnanti che rispettivamente elaborino ricette appetibili e accompagnino il pranzo come percorso educativo.

Il programma di supporto viene realizzato in collaborazione con gli enti gestori, le ditte di ristorazione, le cuoche e gli insegnanti e prevede un continuo confronto tra i vari attori e la sorveglianza su tutta la ristorazione scolastica del territorio.

Grazie all’azione e al sostegno di una forte rete interistituzionale (comuni, scuole, famiglie, associazioni di categoria e volontariato, imprese del territorio), anche azioni semplici, come i progetti che promuovono una merenda sana, possono fornire un valido aiuto nel modificare le abitudini alimentari e i comportamenti a rischio.

Liguria*

Situazione emersa dalla sorveglianza

L’indagine OKkio alla SALUTE 2012 in Liguria ha evidenziato che il 29,4% dei bambini presenta eccesso ponderale (il 22,5% è in sovrappeso, il 5,7% risulta obeso e l’1,2% severamente obeso). Solo 6 bambini su 10 fanno una colazione sana, meno di 3 bambini su 10 fanno una merenda leggera a metà mattina, quasi 1 bambino su 5 non consuma quotidianamente frutta e/o verdura e 1 bambino su 10 non fa un’attività fisica sufficiente. Da quanto riferito dai genitori 3 bambini su 10 trascorrono più di 2 ore al giorno davanti alla TV o giocando con i videogiochi e 2 genitori su 5 non percepiscono che il proprio figlio è in sovrappeso.

* Autori: Pascali F (a), Cecconi R (a) Magliano A (b), Carpi A (c), Montaldi ML (d), Baldi R (e), Tosca P (e)
(a) ASL 3 Genovese, Genova
(b) ASL 2 Savonese, Savona
(c) ASL 4 Chiavarese, Genova
(d) ASL 1 Imperiese, Imperia
(e) ASL 5 Spezzino, La Spezia

Azioni sul territorio

Da OKkio alla SALUTE sono nate o sono state implementate in Liguria diverse attività di promozione della salute, alcune inserite nel Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2010-2012. In particolare sono stati realizzati i seguenti progetti:

– *“OKkio alle 3A”*

progetto regionale di intervento precoce (3-5 anni), uno strumento educativo finalizzato a migliorare la salute attuale e futura dei bambini.

Le scuole materne partecipanti effettuano:

- analisi dei bisogni della scuola con questionario specifico e scelta del tema di attività (alimentazione e/o attività fisica);
- attuazione di ricerca-azione sul bisogno evidenziato tramite gli insegnanti con supporto di operatori sanitari facilitatori, utilizzando materiali educativi predisposti scaricabili dal sito <http://okkio3a.liguria.it/>;
- comunicazione dell'attività svolta con realizzazione di eventi o produzione di materiali.

Nel triennio 2010-2012 sono state coinvolte 19 scuole dell'infanzia con 51 classi in tutta la Regione e il 94% delle classi ha svolto la ricerca-azione. Tra le attività: laboratori del gusto, visite al supermercato, colazione a scuola, realizzazione di materiali informativi, esecuzione di percorsi motori, mappatura del territorio circostante.

È stato elaborato un report di valutazione sulle variazioni nelle Conoscenze, Attitudini e Pratiche (CAP) con analisi comparativa dei dati emersi dai questionari somministrati ad inizio e fine progetto. I questionari CAP hanno coinvolto un migliaio di famiglie e un centinaio di operatori sanitari. A fine progetto le famiglie liguri rispondenti hanno dimostrato solo un parziale miglioramento delle conoscenze generali: alla domanda “Elenca alcuni alimenti o bevande che contengono zuccheri”, la percentuale delle famiglie che ha indicato alimenti “non adeguati” tra quelli contenenti zuccheri è scesa dal 12 al 4%. Su altri argomenti il livello delle conoscenze, già elevato all'inizio, è rimasto invariato: 7 genitori su 10 conoscono il significato di “fibra alimentare”; 8 su 10 riconoscono la prima colazione come uno dei pasti principali della giornata. La quasi totalità individua nel “fritto” la preparazione alimentare meno adatta nella dieta abituale di un bambino. Si rileva invece il permanere di una non adeguata conoscenza della ripartizione dei principi nutritivi nell'alimentazione quotidiana: più di 2 genitori su 10 ritengono di poter eliminare i grassi dalla dieta del proprio figlio. Anche nel campo dell'attività fisica le conoscenze dei genitori permangono lacunose e si riflettono anche sul loro stile di vita: oltre la metà delle famiglie è insufficientemente attiva, ed è ancora radicata la convinzione che 1 o 2 giorni alla settimana di attività fisica siano sufficienti. La maggior parte dei comportamenti presi in esame dal questionario rimangono immutati: nelle giovani famiglie liguri la composizione della colazione sembra essere piuttosto tradizionale e ampiamente diffusa (più di 9 su 10), in qualche caso si consumano prodotti locali tipo focaccia genovese e solo il 6% consuma frutta fresca nella prima colazione; il pesce viene consumato in media 1 o 2 volte alla settimana da 8 persone su 10, mentre il 6% riferisce di non consumarlo mai. Solo un terzo delle famiglie dichiara di consumare 3 o più porzioni di frutta e/o verdura ogni giorno. Tra i comportamenti, solo l'utilizzo abituale del biberon per la prima colazione del bambino risulta diminuito dal 36,4% al 30,8%. La valutazione di questo progetto attraverso l'uso di questionario CAP dimostra il permanere di uno “zoccolo duro” nei comportamenti e come, per arrivare a un cambiamento, sia necessario un congruo lasso di tempo e l'instaurarsi di una fitta rete che cooperi alla “costruzione sociale della salute”, promuovendo le scelte di salute. Tra gli attori di queste azioni rientrano: azienda sanitaria, scuola, sindacati, imprenditori,

cittadini, enti locali, università, terzo settore, agenzia regionale prevenzione e ambiente, mondo della cultura, mondo dello sport, che supportati dalle normative sia europee che locali, perseguono gli obiettivi di salute. Si sottolinea come sia importante investire maggiormente nella prevenzione sia a livello economico che nella collaborazione intersettoriale per ottenere cambiamenti negli stili di vita.

- *“Pedibus: percorsi sicuri casa scuola”*
progetto regionale, riferito all’età evolutiva, che attraverso una collaborazione con gli enti locali, le famiglie, le scuole e il mondo delle associazioni, favorisce l’acquisizione di uno stile di vita attivo da parte dei bambini e delle loro famiglie, con la realizzazione di percorsi pedonali sicuri casa-scuola.
- *“Babylight”*
progetto di sorveglianza nutrizionale e promozione di corrette abitudini alimentari e di vita realizzato in ASL 5 Spezzino (registrato sulle banche dati DoRS); i casi “a rischio” seguono percorsi clinici e/o di counselling nutrizionale con dietiste dedicate e consulenza della pediatria ospedaliera.
- *“Cosa bolle in pentola”*, *“Okkiolino impertinente”*, *“Pomo mirabolante”*, *“In che senso”*
progetti realizzati nelle scuole dei tre distretti di La Spezia; il primo utilizza le favole per l’educazione alimentare; il secondo prevede l’osservazione virtuale di comportamenti e abitudini in casa; *“Pomo mirabolante”* è un percorso conoscitivo multidisciplinare sulla mela nella mitologia, nelle fiabe, nella storia, nell’arte e nella botanica e l’ultimo progetto è un percorso di educazione al gusto finalizzato alla memoria sensoriale dei bimbi della scuola dell’infanzia. Inoltre è stato realizzato il Manuale per una buona educazione alimentare educazione alimentare e uso del diario alimentare per i bambini della scuola primaria.
- *“Pulcini a tavola - I grammatica alimentare”*
opuscolo creato dal Dipartimento di Prevenzione (SIAN e SISP) della ASL 4 Chiavarese in collaborazione con pediatria ospedaliera e territoriale e dietologia, condiviso con responsabili comunali ed educatrici e distribuito/illustrato ai genitori durante le riunioni di classe. Nello stesso ambito sono state effettuate: verifica delle tabelle dietetiche dei servizi per la prima infanzia; formazione specifica su corretta porzionatura agli addetti dei servizi ristorazione ed alle educatrici; adozione della frutta a metà mattina.
- *“Le mille anime del cibo”*
progetto sviluppato nella ASL 3 Genovese nei Comuni di Cogoleto e Arenzano, con un team polispecialistico (Servizi territoriali e dietetica ospedaliera) che ha l’obiettivo di promuovere corretti stili di vita nella collettività scolastica (scuola primaria e secondaria di primo grado, insegnanti e famiglie). Il progetto è stato vincitore premio Formez “Buone Pratiche per Guadagnare Salute 2009”.
- *“Fruttometro”*
progetto del Comune di Genova con l’obiettivo di favorire il consumo di frutta a metà mattina, anziché a fine pasto, riducendo gli sprechi a tavola (circa 13.000 bambini genovesi coinvolti).
- *“Vedo, tocco e... mangio”*, *“E tutti i pesci vennero a galla”*, *“Coloriamo la nostra vita”*
progetti realizzati dalla ASL 1 Imperiese; il primo ha l’obiettivo di aiutare i bambini delle materne e loro famiglie a superare prevenzioni e pregiudizi alimentari, accrescere la capacità di esplorare il mondo degli alimenti attraverso l’uso dei 5 sensi, il secondo di promuovere la conoscenza e il consumo del pesce, il terzo il consumo delle verdure nei 5 colori.

- “Mela mangio tutta” e “Un amico di nome Pesce” attività della ASL 2 Savonese, al fine di stimolare ad imparare a mangiare con il gusto e con gli altri sensi, riconoscere gli alimenti, assumere corretti atteggiamenti e abitudini durante i pasti.

Emilia-Romagna*

Situazione emersa dalla sorveglianza

I dati di OKkio alla SALUTE 2012 nella Regione Emilia-Romagna hanno evidenziato che il 29,3% dei bambini presenta un eccesso ponderale (il 22,1% è in sovrappeso, il 5,9% risulta obeso e l'1,3% severamente obeso). Solo 3 bambini su 5 fanno una colazione sana, solo 2 bambini su 5 fanno una merenda leggera a metà mattina, quasi 1 bambino su 5 non consuma quotidianamente frutta e/o verdura e 1 bambino su 8 non fa un'attività fisica sufficiente. Da quanto riferito dai genitori 2 bambini su 6 trascorrono più di 2 ore al giorno davanti alla TV o giocando con i videogiochi. Ben 2 genitori su 5 non percepiscono che il proprio figlio è in sovrappeso.

Azioni sul territorio

Alcune iniziative realizzate per prevenire l'obesità infantile anche sulla base dei risultati di OKkio alla SALUTE sono:

- *Promozione degli standard nutrizionali nell'offerta alimentare delle scuole della Regione*
L'offerta alimentare in ambito scolastico è un importante determinante di salute che influenza le scelte alimentari e l'adozione di sane abitudini alimentari nei bambini e nei ragazzi, in particolare in termini di risultati durevoli. La finalità dei progetti realizzati è quella di promuovere alimenti e bevande salutari nella ristorazione, nei distributori automatici, nei bar interni nelle scuole pubbliche e private di ogni ordine e grado della Regione riducendo al contempo la diffusione di alimenti e bevande non salutari. In particolare l'obiettivo specifico è quello di promuovere e applicare a livello regionale le “Linee guida per l'offerta di alimenti e bevande salutari nelle scuole e strumenti per la sua valutazione e controllo”, recepite con Delibera Regionale n. 418/2012, che costituiscono uno strumento concreto per contribuire alla promozione di sane scelte alimentari in tutto l'ambiente scolastico e per garantire sul territorio regionale l'applicazione di standard nutrizionali che consentano di migliorare la qualità del cibo offerto nella scuola. Gli standard rappresentano degli obiettivi nutrizionali rivolti alla scuola pubblica e privata per sviluppare un'efficace politica di educazione alimentare. In particolare gli “Standard nutrizionali relativi alla ristorazione” riguardano la ripartizione calorica dei pasti, i principali nutrienti, le

* Autori: Fridel M(a), Tripodi A (b), Midili S (b), Pinca J (b), Persi Y (b) Alessandra P (c), Fabbri A (c), Rosi M (c), Iaia M (d), Burnazzi A (d), Pasini M (d) Castoldi F (e), Quaranta L (e), Palazzi Medico M (e), Davoli AM (f), Ferrari E (f), Broccoli ES (g)

(a) Assessorato Sanità della Regione Emilia-Romagna, Bologna

(b) SIAN Ausl di Modena, Modena

(c) SIAN Ausl di Reggio Emilia, Reggio Emilia

(d) Dipartimento Cure Primarie, Ausl di Cesena, Cesena

(e) Dipartimento Sanità Pubblica, Ausl di Cesena, Cesena

(f) Dipartimento Cure Primarie, Ausl di Reggio Emilia, Reggio Emilia

(g) Servizio di Epidemiologia, Dipartimento di Sanità Pubblica, Ausl di Reggio Emilia, Reggio Emilia

grammature di riferimento, la frequenza degli alimenti a pranzo, le caratteristiche merceologiche (alimenti e bevande da proporre, con moderazione e da evitare) nella ristorazione e nella merenda. Gli “Standard nutrizionali relativi ai distributori automatici” contengono le raccomandazioni sulla tipologie di alimenti e bevande che possono essere resi disponibili tramite tale modalità di vendita. Il programma di lavoro prevede da parte dei SIAN e delle Pediatrie di Comunità delle Aziende Usl della Regione la promozione e la verifica del rispetto degli standard nutrizionali nell’offerta di alimenti e bevande nella scuola. La valutazione, attraverso l’analisi semiquantitativa a punteggio degli standard nutrizionali, riguarda la tipologia e le caratteristiche degli alimenti e delle bevande somministrati nella refezione scolastica e nei distributori automatici. È utile per stimarne la diffusione in tutte le scuole e evidenziare il potenziale impatto di promozione di sana alimentazione rivolta a gruppi di bambini/ragazzi in scuole in aree disagiate. Il miglioramento all’accesso a sani alimenti nella scuola contribuisce a ridurre, infatti, le iniquità sociali, consentendo a bambini e adolescenti con poche risorse economiche di migliorare lo stile alimentare. Gli standard nutrizionali di qualità possono quindi contribuire all’equità.

– *Progetto “Mangia giusto, muoviti con gusto” (SIAN Ausl di Modena)*

È un progetto pluriennale che vuole enfatizzare il ruolo chiave della scuola promotrice di salute. Si tratta di un progetto di promozione di sane abitudini alimentari e motorie rivolto a bambini degli asili nido, scuole dell’infanzia e scuole primarie della provincia di Modena. Il progetto si articola in:

- corso di formazione di 9 ore per gli insegnanti (svolto in collaborazione con il Servizio di Psicologia Aziendale e di Pediatria di Comunità);
- percorso educativo in classe svolto dagli insegnanti utilizzando sussidi didattico-informativi predisposti dal servizio;
- concorso a premi su un tema preordinato.

A seguito dell’intervento si è evidenziata una percentuale molto alta di bambini che consumavano per intero la porzione. Il progetto è attivo dall’anno 2004 ed ha permesso di formare oltre 400 insegnanti. Attualmente, per ogni anno scolastico sono coinvolte quasi 40 scuole, oltre 200 classi e circa 5000 bambini.

– *Progetto “FORZA 5” (SIAN Ausl di Reggio Emilia)*

L’obiettivo di questo progetto è educare e stimolare l’adozione di comportamenti alimentari e stili di vita salutari, utilizzando strumenti e metodi di apprendimento attivo (osservazione diretta, attività pratiche, giochi di gruppo) nella scuola primaria. Il progetto, arrivato al terzo anno di completamento, ha finora coinvolto un totale di 29 classi (prime, seconde e terze classi) per un totale di 725 alunni. Gli indicatori di modifica del comportamento hanno evidenziato un netto incremento, differenziato per i vari item, di sane abitudini alimentari e motorie. Gli indicatori di risultato (variazione di IMC, Indice di Massa Corporea) saranno valutati a conclusione dell’intero ciclo del progetto; i dati intermedi (classi terze) sono incoraggianti.

– *Progetto “5 2 1 0 Messaggi in codice per crescere in salute” (Ausl di Cesena)*

Il progetto riguarda la promozione di stili di vita sani e di prevenzione primaria dell’obesità in età prescolare (3 anni) che ha come baricentro dell’intervento educativo la famiglia e la scuola d’infanzia. Promuove quattro obiettivi specifici di salute contenuti nel codice cifrato 5 2 1 0:

- 5 = consumare cinque porzioni al giorno di frutta e verdura,
- 2 = permettere ai bambini di esercitare 2 o più ore al giorno (come media giornaliera calcolata nell’arco di una settimana) di gioco attivo all’aperto,

- 1 = limitare l'esposizione allo schermo, TV/DVD/Videogiochi a 1 ora al giorno e senza superare il limite di 8 ore complessive settimanali (media giornaliera di 60-70 minuti),
- 0 = astenersi dal consumo di bevande zuccherate.

Prevede un intervento educativo, attualmente in itinere, della durata di un anno scolastico su un campione di bambini di 3 anni frequentanti le scuole d'infanzia per valutare l'efficacia attraverso la misurazione prima-dopo di alcuni indicatori comportamentali e antropometrici (IMC = peso in kg/statura in m²) rispetto ad un gruppo di scuole di controllo (anch'esse individuate attraverso randomizzazione) che non riceverà alcun intervento.

– *Counselling motivazionale negli ambulatori dei pediatri di libera scelta (A usl di Reggio Emilia)*

È stato condotto un trial clinico per valutare l'efficacia del counselling motivazionale negli ambulatori dei pediatri di libera scelta per contrastare il sovrappeso in età pediatrica. Lo studio, a cui hanno aderito tutti i pediatri di libera scelta dell'A usl di Reggio Emilia, ha comportato un progetto di formazione su obesità e sovrappeso e sul counselling motivazionale volto al cambiamento degli stili di vita. I pediatri di libera scelta hanno rilevato sovrappeso e obesità su tutti i bambini di età compresa dai 3-14 anni durante i Bilanci di Salute (BDS) da ottobre 2010 a dicembre 2011. Il colloquio motivazionale è stato offerto nell'ambito di un trial clinico randomizzato, alle famiglie con bambini in sovrappeso di età compresa tra 4 e 7 anni e sono state verificate delle variazioni dell'IMC (*outcome* primario), delle abitudini alimentari e dell'attività fisica (*outcome* secondario). Dopo un anno dall'inizio dell'intervento il gruppo delle famiglie a cui è stato offerto il counselling motivazionale ha ottenuto un significativo beneficio in termini di IMC dei bambini rispetto a quelli assegnati al gruppo di controllo. L'IMC è cresciuto in media di +0,49 kg/m² nel gruppo dei bambini dove è stato effettuato l'intervento e di +0,79 kg/m² nel gruppo di controllo, e la differenza tra i gruppi è statisticamente significativa (-0,30; P= 0,007) (17). Coerentemente con il risultato ottenuto per l'obiettivo primario, il gruppo dei bambini dove è stato offerto il counselling ha anche migliorato le proprie abitudini alimentari e di attività fisica. L'intervento è risultato particolarmente efficace nel gruppo della bambine e si evidenzia un aumento di efficacia all'aumentare del titolo di studio della madre.

Toscana*

Situazione emersa dalla sorveglianza

I dati toscani OKkio alla SALUTE 2012 indicano che il 26,6% dei bambini presenta un eccesso ponderale (il 19,6% dei bambini è in sovrappeso, il 6,1% è obeso e lo 0,9% è severamente obeso). Solo 3 bambini su 5 fanno una colazione sana, solo 1 bambino su 4 fa una merenda leggera a metà mattina, ben 1 bambino su 5 non consuma quotidianamente frutta e/o verdura e 1 bambino su 8 non fa un'attività fisica sufficiente. Secondo quanto riferito dai genitori, 1 bambino su 3 trascorre più di 2 ore al giorno davanti alla TV o giocando con i videogiochi e circa 1 genitore su 2 non percepisce che il proprio figlio è in sovrappeso

* Autori: Lazzeri G (a), Simi R (a), Giacchi MV (a), Giannoni A (b), D'Angelo D (b), Primi M (b)
 (a) Centro di Ricerca Educazione e Promozione della Salute, Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università degli Studi di Siena, Siena
 (b) Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, Regione Toscana, Firenze

Azioni sul territorio

I dati toscani OKkio alla SALUTE 2012 mostrano positivi cambiamenti sia nell'eccesso ponderale (dal 29,5% del 2008, al 28,4% del 2010 e al 26,6% del 2012) che nella diminuzione significativa di bambini definiti "fisicamente non attivi" (dal 21,9% del 2008 al 14,7% nel 2010 e al 12,0% del 2012).

Questa inversione di tendenza può essere in parte attribuibile alle azioni integrate e continuative messe in atto in Toscana nell'ultimo decennio e che, dal 2008, hanno trovato un riferimento e un supporto in termini di contenuti, metodi e strumenti nel programma "Guadagnare Salute in Toscana".

In riferimento alla fascia di età dei bambini, il programma sostiene progetti per promuovere il movimento e una alimentazione sana a scuola e nel tempo libero.

I progetti sviluppati si caratterizzano per la presenza di una rete a supporto che integra diversi settori regionali (sanità, sport, ambiente, turismo, agricoltura, cultura), il mondo della scuola, le università, le aziende sanitarie, il mondo dell'associazionismo con il coinvolgimento degli insegnanti, delle famiglie e di tutte quelle figure che svolgono un ruolo educativo nei contesti di vita dei bambini.

Fra le attività sperimentate, valutate ed estese a livello regionale riconducibili al progetto "Azioni per facilitare il guadagno di salute dei giovani con la scelta del movimento e dell'attività fisica", segnaliamo come sotto-progetti di forte impatto rivolti ai bambini delle scuole primarie e realizzati in collaborazione con il CREPS (Università di Siena):

– *"... e vai con la frutta"*

È rivolto a contrastare il problema del sovrappeso/obesità infantile, dovuta a comportamenti alimentari scorretti (i bambini mangiano poca frutta e verdura) e alla scarsa attività fisica. Queste abitudini dipendono sia da fattori individuali (livello di istruzione dei genitori, reddito ecc.), sia da fattori ambientali sui quali è necessario intervenire (difficoltà di accesso ai prodotti ortofrutticoli freschi, costi elevati, organizzazione scolastica che non prevede un'attività motoria adeguata nelle ore di scuola). Prevede attività educative, che gli insegnanti sviluppano in classe, supportati da strumenti adeguati quali il kit didattico "L'asino Ettore & Co. presentano il mondo di..." finalizzate a trasmettere ai bambini conoscenze e valori riguardo i sani stili di vita.

– *"Stretching in classe"*

Con l'obiettivo di contrastare l'eccesso ponderale, attraverso la promozione della cultura del movimento e dell'attività fisica nel contesto scolastico, il progetto ha introdotto una modifica a livello dell'organizzazione della scuola inserendo 10 minuti di esercizi di stretching in classe, con una frequenza che va da tre volte alla settimana a tutti i giorni. Questo tipo di esercizi accessibili a tutti risponde alla raccomandazione per i programmi scolastici che promuovono il movimento, attraverso attività adeguate e attraenti anche per i bambini che hanno meno familiarità con l'attività fisica. Per radicare l'abitudine dello stretching, l'attività in classe, è stata supportata da un gruppo selezionato di studenti di Scienze Motorie, nell'ambito del progetto "Carta Etica dello Sport", promosso dalla Regione Toscana in collaborazione con l'Università di Scienze Motorie di Firenze. La formazione sugli esercizi, rivolta agli insegnanti, è stata inoltre affiancata da un percorso sulle *life-skills*, al fine di potenziare il loro ruolo educativo e aiutare i bambini nello sviluppo delle abilità sociali che si attivano facendo stretching. Il lavoro è stato sostenuto con l'ausilio di strumenti educativi creati appositamente (taccuino insegnanti, taccuino ragazzi, poster degli esercizi per i ragazzi e per le famiglie). Un primo risultato da

sottolineare è che le scuole che hanno aderito al progetto continuano a mantenere nella programmazione i di 10 minuti di esercizi di stretching in classe.

– “*Ragazzinsieme*”

Il progetto è una delle azioni di sistema che la Regione Toscana promuove per favorire corretti stili di vita, attraverso l’acquisizione di conoscenze sull’importanza del movimento e dell’alimentazione corretta in ambiente extra-scolastico. Durante soggiorni residenziali educativi, i bambini, accompagnati da guide ambientali ed educatori formati, hanno la possibilità di sperimentare in gruppo nuove emozioni, rafforzando le abilità personali e relazionali, in luoghi di interesse ambientale, naturalistico e culturale. Nell’ambito del progetto viene realizzata un’indagine per conoscere le abitudini riguardo all’alimentazione e al movimento dei giovani che partecipano ai soggiorni.

Tutti e tre i progetti perseguono obiettivi educativi e organizzativi (di modifica dei contesti), in quanto indicazioni di letteratura hanno individuato come efficaci gli interventi che li integrano entrambi.

Umbria *

Situazione emersa dalla sorveglianza

I dati dell’Umbria di OKkio alla SALUTE 2012 indicano che il 34,5% dei bambini presenta un eccesso ponderale (il 25,6% dei bambini è in sovrappeso, il 6,5% è obeso e il 2,4% è severamente obeso). I bambini che non fanno una colazione sana sono 7 su 10, solo 1 bambino su 5 fa una merenda leggera a metà mattina, più di 1 bambino su 5 non consuma quotidianamente frutta e/o verdura e 1 bambino su 9 non fa un’attività fisica sufficiente. Secondo quanto riferito dai genitori 1 bambino su 10 trascorre più di 2 ore al giorno davanti alla TV o giocando con i videogiochi e circa 1 genitore su 2 non percepisce che il proprio figlio è in sovrappeso

Azioni sul territorio

In un concetto ampio di promozione della salute la Regione Umbria ha lavorato come capofila ad un progetto nazionale CCM su “Sviluppare a livello locale la promozione della salute secondo i principi di Guadagnare Salute”. Il progetto, che ha avuto la durata di due anni e mezzo, ha portato ad alcune considerazioni essenziali per una più efficace possibile attività di promozione della salute a livello delle comunità locali. Una forte enfasi è stata data ai progetti contro l’obesità infantile e su questi è stata sperimentata la maggior parte delle metodologie partecipative. Questo programma è stato e continua ad essere realizzato nelle aziende sanitarie umbre, anche grazie al rapporto con le scuole della Regione che partecipano attivamente ai lavori e alla progettazione degli interventi che si basano ormai completamente sulla progettazione partecipata ai massimi livelli vista la complessità dei fattori che entrano in gioco sul comportamento alimentare.

Il metodo di progettazione utilizzato è stato il “Project Cycle Management” dopo una formazione regionale di operatori della sanità e della scuola (18). L’analisi del contesto di

* Autori: Cristofori M (a), Bietta C (b), Giaimo MD (c), Casaccia V (a), Bacci S (a)
 (a) UO di Epidemiologia e promozione della salute USL Umbria 2, Orvieto-Foligno
 (b) UO di Epidemiologia USL Umbria, Perugia
 (c) Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare, Regione Umbria, Perugia

comunità è stata effettuata mediante la metodologia “precede proceed” secondo Green (diagnosi sociale, epidemiologica, dei comportamenti e dell’ambiente, educativa e organizzativa) (19).

Tutte le quattro ASL hanno messo a punto un progetto sulla promozione delle buone abitudini alimentari dell’attività fisica nella scuola che fosse:

- *partecipato*: con il coinvolgimento di tutti i gruppi di interesse al fine di una analisi di contesto accurata e dettagliata;
- *efficace*: dimostrato dall’utilizzo delle buone pratiche (linee guida) e validato dai dati epidemiologici (questionario OKkio alla SALUTE pre- e post-);
- *sicuro*: l’intervento non doveva prevedere in letteratura e nelle varie pratiche documentate rischi reali per la salute della popolazione target;
- *equo*: tutti i bambini dovevano avere la stessa possibilità di partecipare alle attività;
- *sostenibile*: attivazione di processi per la prosecuzione oltre la scadenza naturale.

I risultati raggiunti sono stati i seguenti:

- sottoscrizione dei protocolli con le scuole (rete delle scuole che promuovono benessere);
- formazione di oltre 200 insegnanti sulle metodologie delle *life skills*;
- sei bilanci di salute dei pediatri di libera scelta che ripropongono anche alcune domande di OKkio alla SALUTE;
- progetti sulle buone abitudini alimentari a varie fasce di età con le scuole di ogni ordine e grado (con metodologie diverse per i vari target);
- attivazione di Pedibus in oltre 20 Comuni;
- istituzione di un “Parco Attivo”;
- partecipazione al progetto europeo *Ensemble Prévenon l’Obésité Des Enfants*, trasformato in Umbria in progetto EUROBIS (Epoque Umbria Region Obesity Intervention Study, con un impatto stimato su 55.000 bambini).

In linea generale nell’ambito metodologico, molto rigoroso, in cui si è operato, si è rivelato fondamentale l’utilizzo dei dati emersi dalle rilevazioni di OKkio alla SALUTE (2008 – 2010) per tutta la fase di analisi di contesto, di costruzione del quadro logico e di valutazione dei progetti. Il questionario, attraverso l’utilizzo di alcune domande, ha rappresentato un cardine per una analisi pre-post intervento.

Marche*

Situazione emersa dalla sorveglianza

I dati delle Marche di OKkio alla SALUTE 2012 indicano che il 32,2 % dei bambini presenta un eccesso ponderale (il 22,8% dei bambini è in sovrappeso, il 7,6% è obeso e l’1,8% è severamente obeso). Solo 6 bambini su 10 fanno una colazione sana, solo 2 bambini su 10 fanno una merenda leggera a metà mattina, più di 1 bambino su 5 non consuma quotidianamente frutta e/o verdura e ben 1 bambino su 5 non fa un’attività fisica sufficiente. Secondo quanto riferito dai genitori, 4 bambini su 10 trascorrono più di 2 ore al giorno davanti alla TV o giocando con i videogiochi. Infine 1 genitore su 2 non percepisce che il proprio figlio è in sovrappeso.

* Autori: Giostra G (a), De Introna S (b)
(a) Asur SIAN Area Vasta 2, Ancona
(b) Asur SIAN Area Vasta 3, Macerata.

Azioni sul territorio

Nell'ambito del PRP è stata approvata la linea progettuale "Più frutta più benessere" che si propone di promuovere scelte alimentari e stili di vita più sani, facilitando anche nei bambini delle scuole primarie l'abitudine ad un maggiore e variegato consumo di prodotti ortofrutticoli freschi.

In linea con il PRP, la Regione Marche ha aderito al progetto "Buone pratiche sull'alimentazione", più noto come "... e vai con la frutta", promosso dal Ministero della Salute e dal MIUR e coordinato dalla Regione Toscana tramite il CREPS dell'Università di Siena; l'alleanza fra scuola e salute rientra infatti fra gli obiettivi del programma "Guadagnare Salute".

Il progetto ha coinvolto le Regioni Campania, Marche, Puglia, Sicilia e Toscana con l'obiettivo di incrementare il consumo di frutta e verdura a scuola e nei luoghi di lavoro mediante l'attivazione di percorsi formativi differenziati e di eventi di informazione per incentivare l'utilizzo di frutta e verdura.

In ciascuna Regione le scuole coinvolte sono state suddivise in scuole di intervento, con offerta didattica, e scuole di controllo, senza offerta didattica, a conclusione dell'intervento viene valutata la modifica delle conoscenze, degli atteggiamenti e dei comportamenti. La Regione Marche ha aderito al progetto "...e vai con la frutta", coinvolgendo le classi IV delle scuole primarie già negli anni scolastici 2010-2011, 2011-2012 e 2012-2013 e ad oggi è in corso la realizzazione del progetto per l'anno scolastico 2013-2014.

Il progetto prevede l'utilizzo di metodi e strumenti didattici già sperimentati e utilizzati, in particolare l'utilizzo del kit didattico "L'asino Ettore & Co. presentano il mondo di..." disponibile all'indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_121_allegato.pdf (20). Il kit è uno strumento didattico-educativo composto da un libro per ragazzi e da una guida per l'insegnante.

La metodologia scelta è quella dell'educazione attiva, dove i bambini sono invitati a scoprire, ad osservare, sperimentare in un modo nuovo.

Il kit didattico viene utilizzato per partecipare al concorso annuale o "... e vai con la frutta": con esso i bambini sono invitati a immaginare di poter trasformare il luogo in cui vivono in un mondo più salutare dove si possa giocare all'aperto, ricco di animali, piante, frutta dolce e gustosa descrivendolo attraverso un disegno o un racconto.

Gli elaborati degli alunni, realizzati a conclusione dell'utilizzo del quaderno interattivo "L'asino Ettore & Co. presentano il mondo di...", rispondono a queste indicazioni e sono scritte nell'ultima pagina del quaderno educativo:

"Immagina di avere una bacchetta magica e di poter trasformare il luogo in cui vivi in un mondo fantastico con tanti giochi all'aperto, con gli animali e tanta frutta dolce e gustosa. Un mondo dove la bellezza della natura, l'amicizia e la conoscenza sono sempre presenti! Prova a raccontarlo nella pagina accanto usando i disegni e le parole che preferisci. Poi ritaglia la pagina e consegnala all'insegnante, che penserà a spedirlo insieme a quello dei tuoi compagni e compagne di classe, per partecipare al grande concorso "... e vai con la Frutta".

Ogni edizione ha visto la partecipazione ufficiale di 39 scuole nella Regione Marche a cui si sono autonomamente aggiunte, di anno in anno, altre scuole interessate ad "... e vai con la frutta".

Il concorso che ne è scaturito ha sempre riscontrato una partecipazione attenta, vivace e ricca di stimoli e di fantasia da parte sia degli insegnanti che, soprattutto, dei ragazzi che non hanno mai mancato di sviluppare le tematiche della buona alimentazione connettendole con quelle del

rispetto verso il prossimo, con la solidarietà verso lo svantaggiato e il diverso, con l'amore per la natura e gli animali, con la sensibilità verso l'ecologia e il suo mantenimento.

Ne è sempre emerso un quadro di bontà e di buoni propositi idealistici che debbono far profondamente riflettere il "mondo degli adulti".

Sorprendenti, poi, i contesti in cui ogni piccola manifestazione di premiazione si è attuata: pareti addobbate a festa, tavoli guarniti, libri, frutta e verdura, canti, cori gospel, musiche e recite in presenza delle autorità locali, dei rappresentanti della scuola, dei genitori e dei parenti dei ragazzi in uno scenario di altri tempi in cui si torna a respirare il senso di unione nelle tradizioni e di un'antica saggezza ritrovata in un popolo ancora acerbo che vuole fortemente sorridere alla vita.

Di seguito brevi estratti dai lavori elaborati dai ragazzi:

"Se le medicine dei bambini fossero frutta nessuno avrebbe più la tosse o il raffreddore".

"Dalle ciminiere delle fabbriche farei uscire fumo al gusto tutti frutti".

"Tutte le pistole del mondo sarebbero banane per far sì che le guerre finiscano".

"Mi piacerebbe che dal cielo piovesse frutta ma senza semi per non far crescere i bernoccoli in testa."

"Voglia di un mondo giallo canarino dove chi è grande aiuta il più piccino; con banane buone da mangiare, con il sole abbagliante da guardare; con stelle dorate di punte vestite con pannocchie molto saporite; con tagliatelle che da me sono adorato, con mimose graziose e profumate".

"La vita degli alberi è la tua vita ...difendila!"

"Vero segreto per la salute i vegetali...antibiotici naturali!"

"C'era una volta un'arancia che voleva sposarsi con un'insalata. Ma la gelosa carota le disse: 'Ascolta e prendi nota. Tutti sanno che l'insalata proprio ieri si è sposata con un finocchio con un nuovo vestito e ora sai che lei si vizia e si fa chiamare Delizia'".

"Lo scorso anno abitavo in una città bella ma con tanto rumore e pochi spazi per giocare. Un bel giorno i miei genitori hanno deciso di trasferirsi per cercare uno stile di vita più salutare e più naturale... ed ora eccomi qui. Abbiamo costruito una grande casa in mezzo a un campo dove possiamo correre e giocare e respirare aria pulita, abbiamo piantato tanti alberi da frutto, abbiamo un cane e un gatto e i nostri vicini più prossimi sono delle mucche e dei tori. Devo dire che io non ho avuto bisogno della bacchetta magica per avere tutto questo ma devo solo ringraziare i miei genitori per la loro scelta di vita."

"Se mangio una pera sto bene fino a sera, se mangio una banana sto bene una settimana, se bevo una frullata ho la salute assicurata, poi mi mangio una insalata fresca verde e prelibata ma non posso fare a meno per la prima colazione di mangiarmi un buon minestrone."

"Io vorrei: andare a scuola con gli amici, un mondo in cui sono tutti felici, una famiglia da amare, uno sport da praticare, la musica da ascoltare, e la natura da adorare, con tanti animali per giocare".

"Non son mela non son pera, ho la forma d'una sfera. Il mio succo nutriente è una bibita eccellente. non procuro mal di pancia, ho la buccia sono..."

"Son dura, son tondetta del colore del caffè, sono chiusa in un riccio ma non per capriccio, mi trovo in montagna mio chiamo..."

“Non ti dimenticar: se sano vuoi mangiar delle regole devi rispettar. Acqua e tè più volte al giorno, verdura e frutta levano il medico di turno, cereali, legumi e patate in ogni occasione, ma al dì olio, grassi, noci con moderazione; distanza nella settimana la carne, il pesce, le uova e i latticini e per il tuo piacer, poco e raramente, bibite, dolci e salatini”.

Lazio*

Situazione emersa dalla sorveglianza

I dati di OKkio alla SALUTE 2012 nel Lazio evidenziano che il 33,2% dei bambini presenta un eccesso ponderale (il 23,2% sovrappeso, il 7,7% risulta obeso e il 2,3% risulta in condizioni di obesità severa). Solo 3 bambini su 5 fanno una colazione sana, solo 1 bambino su 3 fa una merenda leggera a metà mattina, ben 1 bambino su 5 non consuma quotidianamente frutta e/o verdura ben 1 bambino su 5 non fa un'attività fisica sufficiente. Da quanto riferito dai genitori 1 bambino su 3 trascorre più di 2 ore al giorno davanti alla TV o giocando con i videogiochi e 1 genitore su 2 non percepisce che il proprio figlio è in sovrappeso.

Azioni sul territorio

La scuola rappresenta uno dei *setting* privilegiati in cui svolgere interventi per la prevenzione dell'obesità. L'attività di sorveglianza OKkio alla SALUTE nella Regione Lazio ha permesso di avere una stima della prevalenza di obesità e sovrappeso fra i bambini della terza elementare, nonché di disporre di informazioni sugli stili di vita e le abitudini alimentari per la realizzazione degli interventi.

Nella Regione Lazio è stato realizzato, nell'ambito del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2010-2012, il Progetto “Promozione di buone pratiche su alimentazione e stili di vita attivi di genitori, bambini e insegnanti” al fine di valorizzare le reti scuola-operatori sviluppate nel contesto della sorveglianza per favorire l'adozione di stili alimentari e di vita corretti nella popolazione infantile, presso le scuole primarie coinvolte nel progetto OKkio alla SALUTE 2010.

L'intervento, che è stato condotto su un campione di scuole elementari rappresentativo della Regione Lazio (OKkio alla SALUTE 2010), si basa sulle seguenti linee di attività:

- 1) formazione/aggiornamento degli operatori ASL su *Evidence Based Prevention* (EPB) e buone pratiche per la realizzazione degli interventi di prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo al *setting* scuola;
- 2) comunicazione dei risultati del progetto OKkio alla SALUTE 2010 agli insegnanti e ai genitori e adesione delle scuole al progetto;

* Autori: Cairella G (a), Olivieri L (b), Amadei P (c), Pancallo MT (c), Minnielli S (d), Grasso L (d), Giorgi N (e), Spigone C (f), Giuncotta V (f), Garbuio B (f), Pizzabiocca A (g), Magnano SLM (g), Pascali M (h), De Carolis A (i), Galante V (l), Guadagnoli R (m), De Santis D (n), Straccamore E (o), Silani MT (p), Fei F (q)
 (a) SIAN ASL RMB, (b) MPEE ASL RMB, (c) SIAN ASL RMA, (d) SIAN ASL RMC, (e) SIAN ASL RMD, (f) SIAN ASL RME, (g) SIAN ASL RMF, (h) SIAN ASL RMG, (i) SIAN ASL RMH, (l) SIAN ASL LT, (m) SIAN ASL RI, (n) SIAN ASL VT, (o) ASL FR, (p) Ufficio Scolastico Regione Lazio, (q) Coordinamento Regionale PRP 2010-2012, Regione Lazio

- 3) formazione degli insegnanti coinvolti nel progetto, da parte degli operatori sanitari per la realizzazione partecipata di interventi su stili alimentari e di vita corretti ai bambini.

Sono stati formati sulla base del documento elaborato dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana "Dossier EBP e obesità" (14) due operatori per ciascuna ASL Regione Lazio.

I risultati dell'indagine OKkio alla SALUTE 2010 sono stati comunicati al 100% delle scuole coinvolte. Il percorso educativo rivolto ai bambini è stato progettato insieme agli insegnanti, valutando i bisogni rilevati (documentati dall'indagine OKkio alla SALUTE 2010) e i bisogni percepiti dagli insegnanti.

I materiali considerati per le attività di formazione degli insegnanti e il supporto alla realizzazione degli interventi a scuola derivano dal precedente piano di prevenzione attiva Obesità e dall'indagine OKkio alla SALUTE 2010.

I dati di monitoraggio hanno evidenziato che:

- l'adesione delle scuole (117) al progetto è stata più che soddisfacente;
- la formazione ha coinvolto 1744 insegnanti;
- gli interventi di educazione alimentare sono stati attivati in 117 scuole (circa il 65% delle scuole OKkio alla SALUTE 2010) e realizzati da 330 insegnanti;
- l'area tematica di promozione di consumo di frutta e verdura si è rivelata prioritaria per la realizzazione degli interventi;
- ulteriori gruppi target coinvolti nel progetto sia per la fase 2) che per la condivisione della fase 3) sono stati pediatri di libera scelta, associazioni dei genitori e comitati genitori a livello locale, commissioni mensa e comune.

In conclusione possiamo dire che la continua collaborazione tra i diversi attori coinvolti nel ciclo sorveglianza-interventi ha creato una forte e solida rete tra Regione, SIAN e Scuola per la prevenzione dell'obesità. Scuola e sanità hanno stabilito le azioni comuni e creato le condizioni per garantire la qualità del progetto: organizzazione, ricerca di esperti, supporto alle scuole, coinvolgimento delle famiglie e possibilità di confronto tra diversi modelli organizzativi.

Abruzzo*

Situazione emersa dalla sorveglianza

L'ultima rilevazione "OKkio alla SALUTE" svoltasi nel 2012 ha evidenziato che complessivamente il 40,4% dei bambini in Abruzzo presenta un eccesso ponderale (il 25,8% sovrappeso, il 10,9% risulta obeso il 3,7% e risulta in condizioni di obesità severa).

Solo 6 bambini su 10 fanno una colazione sana, solo 2 bambini su 10 fanno una merenda leggera a metà mattina, ben 1 bambino su 5 non consuma quotidianamente frutta e/o verdura e ben 1 bambino su 5 non fa un'attività fisica sufficiente.

Secondo quanto riferito dai genitori 4 bambini su 10 trascorrono più di 2 ore al giorno davanti alla TV o giocando con i videogiochi e 5 genitori su 10 non percepiscono che il proprio figlio è in sovrappeso.

* Autori: Agostini T (a), Di Giacomo M (a), Ranalli E (b), Marconi M (c), Colleluori C (b)
(a) Servizio Prevenzione Collettiva, Direzione Politiche della Salute, Regione Abruzzo, Pescara
(b) ASL 02 di Lanciano Vasto Chieti, Chieti
(c) ASL 04 di Teramo, Teramo

Azioni sul territorio

Alla luce dei dati di OKkio alla SALUTE 2008 e 2010 la Regione Abruzzo ha inserito nel proprio PRP 2010-2012 due progetti tendenti a contrastare l'eccesso ponderale, da attuarsi nelle scuole.

I due progetti sviluppati, prorogati per le future annualità, sono:

- *Progetto "Prevenzione e modifica in età prescolare e scolare (3-11 anni) di comportamenti alimentari scorretti per contrastare sovrappeso e obesità"*

La finalità del progetto è la promozione nei bambini di una "cultura alimentare" orientata verso un'alimentazione sana ed equilibrata. Nell'anno scolastico 2011-2012, al progetto hanno partecipato 609 classi e 11.488 bambini e nell'anno scolastico 2012-2013 altre 295 classi e 5367 bambini.

Gli obiettivi specifici di questo progetto sono:

- favorire e incrementare il consumo di frutta e verdura;
- promuovere e incentivare l'abitudine ad una adeguata prima colazione;
- limitare il consumo di merende ipercaloriche e indirizzare le scelte verso spuntini più salutari;
- promuovere il consumo di acqua e limitare il consumo di bevande industriali gassate/zuccherate;
- migliorare la gestione dei pasti/spuntini consumati a scuola.

Per il raggiungimento di questi obiettivi vengono realizzate le seguenti azioni:

- presentazione del progetto alle scuole tramite gli Uffici Scolastici Regionale e Provinciali e raccolta adesioni;
- formazione degli insegnanti da parte di operatori sanitari dei SIAN e dotazione agli stessi di materiale informativo/formativo e didattico appositamente predisposto;
- svolgimento in classe, da parte degli insegnanti dei percorsi educativi proposti durante la formazione;
- interventi degli operatori sanitari dei SIAN nelle scuole, rivolti ai bambini e ai genitori;
- coinvolgimento delle famiglie e distribuzione di materiale informativo ai genitori, elaborazione dei menù scolastici e delle tabelle merceologiche degli alimenti da inserire nei capitolati di appalto per la ristorazione scolastica.

Il progetto prevede una valutazione di processo e di esito misurato con le rilevazioni di OKkio alla SALUTE (incremento del 5% del consumo di frutta e/o verdura).

- *Progetto "Movimentiamoci"*

La finalità del progetto è di incrementare i livelli di attività fisica nella popolazione infantile (6-11-anni) con l'obiettivo specifico di migliorare il livello delle principali componenti dell'attività fisica che favoriscano lo stato di buona salute. Al progetto, per gli anni scolastici 2011-2012 e 2012-2013, hanno aderito 580 classi.

Le azioni principali previste dal progetto sono:

- presentazione del progetto tramite gli Uffici Scolastici Regionale e Provinciali e raccolta adesioni;
- formazione degli insegnanti e dei tutor motori effettuata da esperti individuati dalle strutture universitarie (Facoltà di Scienze Motorie e Dipartimento di Scienze del Movimento delle Università degli Studi di L'Aquila e Chieti-Pescara) e consegna di materiale didattico di approfondimento. Alla formazione partecipa anche il personale sanitario delle ASL;

- programmazione e avvio da parte degli insegnanti di attività educative di tipo motorio con gli alunni con affiancamento di tutor motori individuati dalle Università tra laureati in Scienze Motorie;
- dotazione dei plessi scolastici coinvolti di attrezzature necessarie allo svolgimento di test e delle attività tecniche (ostacoli, cerchi, tappetini, ecc.);
- rilevazioni delle attività espletate, elaborazione dei dati raccolti ad opera degli operatori ASL e del personale delle strutture universitarie.

I risultati attesi sono i seguenti:

- aumento dei livelli di attività fisica svolta dai bambini;
- riduzione del tempo libero trascorso in attività di tipo sedentario in orario scolastico ed extrascolastico;
- modifica dell'atteggiamento dei bambini nei confronti di uno stile di vita attivo;
- innalzamento del livello di consapevolezza e preparazione teorico-pratica degli insegnanti sul ruolo dell'attività fisica nello sviluppo psico-fisico;
- sensibilizzazione dei genitori rispetto all'importanza dell'attività fisica per la salute dei loro figli.

Il risultato di salute atteso finale è la riduzione della prevalenza di sovrappeso/obesità in età 6-11 anni. Poiché questo risultato è difficile da raggiungere in poco tempo in quanto presuppone l'instaurarsi di abitudini salubri a lungo termine, sono stati utilizzati quali criteri e indicatori di risultato: aumento delle ore dedicate all'educazione motoria e all'attività fisica spontanea svolta in ambito scolastico; miglioramento delle performance ai test motori valutati con criterio scientifico; modifica delle abitudine motorie autoriferite dei bambini (questionari-diari motori).

In linea generale potrebbe ritenersi già significativo l'arresto di un trend della prevalenza suddetta, in crescita costante negli ultimi anni.

Molise*

Situazione emersa dalla sorveglianza

Tra i bambini della Regione Molise la rilevazione OKkio alla SALUTE 2012 ha evidenziato che complessivamente il 41,3% presenta un eccesso ponderale (il 27,0% sovrappeso, il 11,2% risulta obeso e il 3,1% risulta in condizioni di obesità severa). Solo 3 bambini su 5 fanno una colazione sana, solo 1 bambino su 10 fa una merenda leggera a metà mattina, quasi 1 bambino su 4 non consuma quotidianamente frutta e/o verdura e ben 1 bambino su 4 non fa un'attività fisica sufficiente. Da quanto riferito dai genitori 2 bambini su 5 trascorrono più di 2 ore al giorno davanti alla TV o giocando con i videogiochi. Il sovrappeso del proprio figlio non percepito da 1 genitore su 2.

* Autori: Manfredi Selvaggi TM (a), Ciallella ML (b), Valentini O (b), Di Nucci C (c), Di Siena A (a), Di Domenico A (d).

(a) ASReM, SIAN, Campobasso

(b) ASReM, SIAN Isernia

(c) ASReM, Direzione Sanitaria Ospedale "Caracciolo" di Agnone, Isernia

(d) già collaboratore ASReM, SIAN, Campobasso

Azioni sul territorio

A partire dal 2007, nell'ambito del Progetto Regionale Obesità del PRP, nel Molise sono state svolte attività educative nel 66% delle scuole primarie, consistenti in incontri informativi con gli insegnanti e genitori delle classi interessate, della durata di due ore per 4 volte, condotti dal personale del progetto (nutrizionisti e psicologi).

In tali incontri è stato presentato e discusso il materiale didattico destinato agli alunni, predisposto ai fini del progetto.

Tre di questi incontri erano condotti da medici, biologi o dietisti ed erano incentrati sui seguenti argomenti:

- introduzione ai principi di una corretta alimentazione e Linee Guida per una sana alimentazione italiana, stilate dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN);
- applicazioni pratiche relative ai più comuni errori alimentari nei bambini:
 - il cibo spazzatura, con l'eccessivo introito calorico derivante da prodotti a base di zuccheri semplici, salatini e bevande dolcificate;
 - importanza della prima colazione per una corretta distribuzione dei pasti nella giornata;
 - importanza di conservare un equilibrato bilancio energetico, con dispendio calorico adeguato ai quantitativi di cibo introdotti;
- l'approccio ai problemi connessi con i cambiamenti comportamentali, l'influenza della pubblicità commerciale ed la comunicazione.

Il quarto incontro, condotto da una psicologa del Progetto rivolto contemporaneamente a insegnanti e genitori, riguardava i problemi psicologici connessi all'alimentazione e alla percezione corporea in età pre-pubere.

Altri incontri, organizzati da esperti di Scienze Motorie del Progetto e rivolti agli insegnanti delle classi interessate di ciascuna scuola, avevano lo scopo di valorizzare l'importanza dell'attività motoria sia da un punto di vista formativo che sociale, nonché quello preventivo nei confronti dell'obesità, oltre che dei paramorfismi e altre problematiche di salute.

Alcune ore di lezione erano svolte in co-presenza in classe fra detti laureati in Scienze Motorie e gli insegnanti, per l'avvio delle attività didattiche pratiche.

Le rilevazioni antropometriche previste dal Progetto sono state fatte coincidere con la sorveglianza nutrizionale di OKkio alla SALUTE, per la quale è stato ampliato il coinvolgimento degli operatori ed è stata fatta apposita formazione, ripetuta e aggiornata in occasione delle rilevazioni successive.

In seguito alla prima rilevazione di detta sorveglianza nazionale, inoltre, è stata condotta in Molise un'ampia campagna di comunicazione sui risultati della stessa e sugli stili di vita salutari, con circa 60 operatori sanitari dell'ASReM, appositamente aggiornati con formazione a cascata per la presentazione in tutte le scuole primarie della Regione del materiale divulgativo Canguro SaltaLaCorda e Forchetta e Scarpetta.

A seguito della seconda rilevazione di OKkio alla SALUTE del 2010, tale comunicazione è stata proseguita in 34 plessi di 18 scuole primarie, un terzo del totale della Regione, attraverso incontri con dirigenti, insegnanti e gli stessi scolari, con la presentazione dei manifesti di Canguro SaltaLaCorda e gli opuscoli 5 Bravi Coniglietti. È stato, inoltre, fornito, da parte degli operatori sanitari formati, supporto tecnico a progetti sull'alimentazione sana richiesti dalle scuole stesse.

Campania*

Situazione emersa dalla sorveglianza

L'ultima rilevazione OKkio alla SALUTE 2012 ha confermato elevati livelli di sovrappeso e obesità tra i bambini della Regione Campania: complessivamente il 48,7% presentava un eccesso ponderale (il 27,2% sovrappeso, il 15,5% risulta obeso e il 6,0 % risulta essere in condizioni di obesità severa). Solo 5 bambini su 10 fanno una colazione sana, solo 3 bambini su 10 fanno una merenda leggera a metà mattina, ben 1 bambino su 4 non consuma quotidianamente frutta e/o verdura e ben 2 bambini su 10 non fanno un'attività fisica sufficiente. Da quanto riferito dai genitori 5 bambini su 10 trascorrono più di 2 ore al giorno davanti alla TV o giocando con i videogiochi e 6 genitori su 10 non percepiscono che il proprio figlio è in sovrappeso.

Azioni sul territorio

Nonostante negli ultimi 6 anni, in Campania, le attività nel campo della promozione della salute siano state fortemente ostacolate dai vincoli di spesa imposti dal Piano di Rientro, gli operatori territoriali della salute, ai quali va la nostra massima riconoscenza, hanno profuso tutte le loro energie per continuare ad agire, talvolta anche in modo innovativo.

Di seguito si riportano alcune attività, per certi versi originali, che si desidera condividere con i professionisti della salute di altre Regioni:

– *“Guida all'attività fisica per la salute” per i docenti della scuola primaria*

La realizzazione di questa guida nasce dalla collaborazione tra pediatri, pedagogisti e docenti di Scienze Motorie. Essa è indirizzata agli insegnanti della scuola primaria perché possano migliorare il sapere e il saper fare necessari per promuovere, attraverso un agile percorso pedagogico, l'attività fisica nei bambini della scuola primaria (21). Le attività proposte sono state pensate per essere parte integrante delle attività istituzionali della Scuola. La guida è sintetica, immediata, semplice; essa fornisce ai docenti suggerimenti concreti per trasmettere ai bambini il sapere e il saper fare giusti per ridurre la sedentarietà e incrementare l'attività fisica, non solo in ambito scolastico ma anche nella vita quotidiana. Nella guida sono anche illustrati metodi e strumenti semplici/economici per praticare, nella dovuta sicurezza, attività fisica “curricolare” anche nelle scuole in cui, come OKkio alla SALUTE ci dimostra, le palestre sono inagibili o del tutto assenti. È in preparazione un video a supporto della guida.

– *Snackometro*

Lo Snackometro è un database finalizzato a orientare i consumatori verso snack nutrizionalmente più accettabili; riporta i dati nutrizionali dichiarati in etichetta di 365 snack. In accordo a precisi criteri nutrizionali, (apporto energetico, densità energetica, grassi saturi, grassi idrogenati), e per facilitarne la lettura, gli snack sono stati classificati

* Autori: Mazzarella G (a), Valerio G (b), Russo Krauss P (c), Pecoraro P (d), Iaccarino Idelson P (e), Panico G (f), Pizzuti R (a)

(a) Osservatorio Epidemiologico Regione Campania, Assessorato alla Sanità, Napoli

(b) Facoltà di Scienze Motorie, Università degli Studi di Napoli "Parthenope", Napoli

(c) ASL Napoli 1 Centro, Napoli

(d) ASL Napoli 3 Sud, Napoli

(e) Dipartimento di Pediatria, Università degli Studi di Napoli "Federico II", Napoli

(f) Ufficio Scolastico Regionale Campania, Napoli

in “consigliabili” (evidenziati in verde), poco consigliabili (in giallo), “non consigliabili” (in rosso) (22). Tra i 365 snack considerati soltanto 297 riportavano in etichetta le informazioni richieste; tra questi ultimi, 63 (21%) sono risultati essere “consigliabili”, 58 (21%) “poco consigliabili” e 176 (59%) “non consigliabili”.

– *Il “patto educativo alimentare” tra genitori e scuola*

Questa iniziativa è un vero e proprio “patto” consapevole, una sorta di contratto, che genitori e scuola condividono - e simbolicamente firmano- al momento dell’iscrizione del bambino alla scuola primaria. Esso prevede che la scuola si impegni a: inserire nel percorso didattico insegnamenti su igiene alimentare e su come leggere i componenti dei prodotti, inserire nei distributori, se e dove presenti, frutta, yogurt, acqua e snack controllati, aderire a progetti di educazione alimentare e di attività motoria, evitare il consumo di cibi “spazzatura” durante le feste e gli spuntini scolastici. I genitori, dal canto loro, si impegnano ad abituare il bambino alla prima colazione, ridurre il consumo di cibi spazzatura e bibite zuccherate, controllare periodicamente l’Indice di Massa Corporea (IMC), migliorare l’alimentazione di tutta la famiglia, aumentare l’attività motoria e ridurre la sedentarietà (ore di *screen time*) (23).

– *“Annualizzazione” degli introiti e dei consumi*

Questo progetto è una ricerca-azione finalizzato a sperimentare nuove modalità comunicative sulla promozione di stili di vita salutari. Gli sperimentatori hanno coinvolto attivamente alunni delle scuole medie di un quartiere disagiato nel calcolare la quantità totale assunta in 365 giorni di uno snack o di una bibita consumati quotidianamente. Esempio: “se ogni giorno bevo una lattina di bibita zuccherata, assumo 40 grammi di zucchero al giorno; cioè 14,6 chili di zucchero all’anno”. I risultati in termini di modifica dei comportamenti (gli alunni, dopo il calcolo, sono stati invitati a sostituire le bibite con acqua e gli snack con frutta e yogurt) degli alunni esposti all’intervento innovativo (annualizzazione) rispetto al gruppo senza intervento, sono stati sorprendenti, anche a distanza di 12 mesi (24). Effetti indesiderati, al momento, non rilevati. Stessa strategia è stata sperimentata anche riguardo alla promozione dell’attività fisica con risultati inferiori ma, comunque, molto incoraggianti.

Puglia *

Situazione emersa dalla sorveglianza

Tra i bambini della Regione Puglia la rilevazione OKkio alla SALUTE 2012 ha evidenziato che complessivamente il 41,6% presenta un eccesso ponderale (il 24,8% sovrappeso, il 12,4% risulta obeso e il 4,4% risulta essere in condizioni di obesità severa). Solo 3 bambini su 5 fanno una colazione sana, solo 1 bambino su 4 fa una merenda leggera a metà mattina ben 1 su 4 non consuma quotidianamente frutta e/o verdura e ben 1 bambino su 4 non fa un’attività fisica sufficiente. Da quanto riferito dai genitori 3 bambini su 6 trascorrono più di 2 ore al giorno davanti alla TV o giocando con i videogiochi e 3 genitori su 5 non percepiscono che il proprio figlio è in sovrappeso.

* Autori: Tommasi A (a), Rosa MG (a), Pesare A (b) Pedote P (c)

(a) Igiene degli Alimenti e Sicurezza del lavoro, Ufficio Sanità Pubblica, Regione Puglia

(b) Dipartimento di Prevenzione della ASL TA, Taranto

(c) Servizio d’igiene pubblica della ASL BR, Brindisi

Azioni sul territorio

Nell'ambito del PRP per gli anni 2010-2012, l'Assessorato Regionale alle Politiche della Salute della Puglia ha programmato l'esecuzione del progetto "Scuola in salute", con l'obiettivo di rafforzare l'interazione tra il mondo della sanità e quello della scuola finalizzata a promuovere interventi condivisi e strutturati di prevenzione dei rischi e promozione della salute a partire già dalla prima fase della vita.

In modo particolare il progetto "S.B.A.M.!" (Sport, Benessere, Alimentazione, Mobilità e Scuola) è uno dei nuovi progetti che rientra nel Piano Strategico Regionale per la Promozione della Salute nella Scuola e affonda la sua origine nell'area tematica dell'Educazione agli stili di vita.

Il progetto prevede l'integrazione sinergica di vari attori (Assessorato al Welfare, Assessorato allo Sport, Assessorato alle risorse Agroalimentari, Assessorato al Diritto allo Studio, Assessorato alle Infrastrutture strategiche e mobilità, USR Puglia, Corso di Laurea in scienze motorie di Foggia e Bari, SIAN, AReM, Scuole Primarie Masserie didattiche e CONI) al fine di realizzare un percorso progettuale per la Promozione della salute, caratterizzato dalla metodologia partecipativa con il coinvolgimento della scuola, delle famiglie e delle comunità (<http://scuolainsalute.sanita.puglia.it>).

Il progetto "S.B.A.M.!" è un intervento multicomponente integrato in quanto prevede, nel *setting* comunitario della Scuola, la compresenza di interventi attuati su più livelli, per influenzare efficacemente le scelte di vita salutari e incidere positivamente sul cambiamento di comportamenti inadeguati, che favoriscono l'insorgere di malattie degenerative di grande rilevanza epidemiologica e di grande peso sul sistema sanitario e sociale. "S.B.A.M.!" si snoda infatti lungo le grandi aree tematiche generali della promozione dei corretti stili di vita finalizzate al raggiungimento degli obiettivi di modifica delle scelte alimentari, di incremento dell'attività motoria e di riduzione dei comportamenti sedentari.

Il progetto, di durata triennale, è stato avviato nell'ambito scolastico 2012-2013 ed ha coinvolto, per il primo anno di operatività, gli alunni iscritti alle classi terze della Scuola Primaria e proseguirà nell'anno scolastico 2014-2015 nelle medesime classi.

Le fasi e tempi del progetto sono:

1. *Avvio*: l'avvio è preceduto da una fase di presentazione delle progettualità e di formazione dei docenti da parte dell'équipe di esperti. Nello stesso periodo, l'équipe incontra i genitori degli alunni, in meeting pomeridiani sui temi della nutrizione.
2. *Svolgimento*: il progetto si sviluppa nel corso di tre anni scolastici a partire dal 2012-2013 e si concluderà nell'anno scolastico 2015.
3. *Durata*: il progetto ha durata annuale
4. *Monitoraggio*: Attraverso l'istituzione dei GIA (gruppi interistituzionali aziendali) istituiti in ogni ASL e attraverso la somministrazione di questionari i cui dati per il primo anno di attività sono in corso di elaborazione.

Il progetto prevede l'attuazione dei seguenti percorsi:

– *Linea di Sviluppo n. 1: Educazione alimentare e nutrizionale*

Si è posto particolare attenzione a collocare l'atto alimentare nella sua dimensione più propria, ossia quella di un atto complesso che non coinvolga soltanto gli aspetti della fisiologia, ma comprenda anche determinanti di tipo psicologico, sociale e culturale. Tenendo presente questa considerazione, questa linea di sviluppo si compone di contributi, spunti ed esperienze dirette, tali da consentire all'insegnante d'impostare con la sua classe un'esperienza didattica integrata con la normale attività scolastica e con gli obiettivi delle altre aree tematiche.

- *Linea di Sviluppo n. 2: Sana alimentazione e prodotti del territorio*
L'obiettivo principale di questa linea di sviluppo è quello di educare ad una sana e corretta alimentazione attraverso la promozione del consumo alimentare consapevole, passando per i temi dell'agricoltura e dei suoi legami con l'ambiente. Si intende, inoltre, contribuire a consolidare il legame dei bambini (e delle loro famiglie) con il proprio territorio, sottolineando come il ruolo delle attività rurali e il mantenimento delle produzioni locali siano elementi centrali per la salvaguardia del proprio patrimonio storico-culturale. Alla fine della prima annualità del progetto e con la chiusura dell'anno scolastico, è previsto un evento che vede il coinvolgimento degli alunni delle classi scelte tra le scuole aderenti (attraverso le modalità di selezione previste dalle fasi operative della coprogettazione). Detto evento consiste nella visita in un'azienda agricola della zona afferente al circuito Masserie Didattiche di Puglia.
- *Linea di Sviluppo n. 3: Promozione dell'attività motoria*
Il progetto "S.B.A.M.!" prevede, inoltre, lo svolgimento di attività motorie e sportive in orario curriculare presso il plesso che ha aderito all'iniziativa, nel periodo ottobre-maggio di ciascun anno scolastico. Tali attività consistono in n. 2 ore settimanali / per gruppo classe per un periodo totale di 20 settimane (per ogni anno scolastico). Le attività sono programmate in forma ludico-sportiva attraverso un percorso che si è sviluppato con l'ausilio del gioco, dall'atletica leggera agli sport di squadra. Le attività si svolgono con l'ausilio di personale specializzato, in collaborazione con il CONI Puglia e con l'Università di Bari e Foggia - Facoltà di Scienze delle Attività Motorie e Sportive.
- *Linea di Sviluppo n. 4: Percorsi sicuri per il tragitto casa-scuola a piedi*
L'occasione più comune per svolgere attività fisica per i bambini è andare e tornare da scuola a piedi: si tratta di un valido momento di esercizio che abitua fin da piccoli a stili di vita attivi. L'Assessorato alla Mobilità, con la partecipazione dei ricercatori dell'AReM, realizza interventi di sensibilizzazione e di formazione rivolti a docenti, amministratori e genitori sul tema dei percorsi sicuri casa-scuola a piedi. Questa linea di sviluppo prevede il coinvolgimento delle comunità locali e le sue ricadute possono essere molteplici, anche non strettamente connesse alla prevenzione del sovrappeso e dell'obesità, quali la sicurezza stradale ed educazione ambientale.

Basilicata*

Situazione emersa dalla sorveglianza

La rilevazione OKkio alla SALUTE del 2012 ha evidenziato che complessivamente il 40,3% dei bambini della Regione Basilicata presenta un eccesso ponderale (il 27,3% sovrappeso, il 9,6% risulta obeso il 3,4% risulta essere in condizioni di obesità severa). Solo 3 bambini su 5 fanno una colazione sana, solo 1 bambino su 4 fa una merenda leggera a metà mattina, quasi 1 bambino su 4 non consuma quotidianamente frutta e/o verdura e ben 1 bambino su 5 non fa un'attività fisica sufficiente. Da quanto riferito dai genitori 2 bambini su 5 trascorrono più di 2 ore al giorno davanti alla TV o giocando con i videogiochi e 1 genitore su 2 non percepisce che il proprio figlio è in sovrappeso.

* Autori: Cauzillo G, Ammirati G, Mininni M, Sorrentino D, Libutti R.
Ufficio Politiche della Prevenzione, Dipartimento Salute, Regione Basilicata, Potenza

Azioni sul territorio

Il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE, promosso dal Ministero della Salute-CCM ormai alla sua terza edizione, si è rivelato uno strumento efficace per consentire di tracciare una mappa del fenomeno sovrappeso e obesità nei bambini della scuola primaria, nonché fornire un valido strumento per la programmazione a livello regionale delle attività di prevenzione e promozione della salute. I dati OKkio alla SALUTE 2010 in Basilicata avevano evidenziato una dimensione molto grave del fenomeno dell'eccesso ponderale in età infantile, con dati che si attestano al 14% per i bambini obesi e severamente obesi e al 26% per quelli in sovrappeso valori superiori alla media nazionale. La realizzazione della promozione della salute, in particolare in età evolutiva, è obiettivo centrale della programmazione regionale nell'ambito delle attività di prevenzione, ma le azioni affinché possano risultare efficaci devono prevedere la partecipazione congruente delle istituzioni organizzate in un sistema di alleanza. A tale proposito il Dipartimento Salute della Regione Basilicata e l'Ufficio Scolastico Regionale, hanno sottoscritto nel 2012 un Protocollo di Intesa attraverso il quale definire comuni strategie di intervento e costruire una rete formale per la realizzazione di iniziative coerenti con il programma "Guadagnare Salute. Rendere facili scelte salutari".

Sono in via di approvazione le linee guida regionali, elaborate per uniformare gli interventi e garantire un modello organizzativo il più possibile condiviso, partecipato, efficace e sostenibile. In particolare, si ritiene indispensabile identificare la scuola (attraverso i docenti, gli studenti e le famiglie) quale partner attivo dei processi e si intende puntare su due elementi di forte impatto: la formazione a cascata degli operatori (sanitari e scolastici) e la *peer education*.

Fra le attività svolte in stretta sinergia con il mondo della scuola, la Basilicata ha partecipato tra l'altro, al progetto ministeriale "Guadagnare salute in adolescenza" – Paesaggi di Prevenzione", rivolto ai ragazzi delle scuole secondarie superiori, a cui hanno aderito istituti scolastici di Matera, Lauria e Venosa, ottenendo il coinvolgimento di circa 400 alunni, 40 docenti e 150 genitori. Il progetto è stato connotato da aspetti interattivi, per i contenuti multimediali (DVD come strumento didattico), interdisciplinari e innovativi, per le metodologie utilizzate (*brainstorming*, *focus group*, analisi immaginativa, scrittura creativa). Il riscontro è stato particolarmente positivo sia in termini di gradimento che di partecipazione, valutati attraverso la somministrazione di questionari pre e post intervento indirizzati ai ragazzi e ai dirigenti scolastici, al fine di misurare la variazione del contesto e dei comportamenti.

La Regione Basilicata persegue già da svariati anni la promozione della salute e la scuola si rivela *setting* d'elezione per la realizzazione di azioni efficaci su questo cruciale tema di sanità pubblica. Dal 2012 questo "rapporto" di alleanza è diventato un "documento programmatico" dal quale far discendere azioni congiunte e strutturate, in un'ottica di *governance* interistituzionale, nella quale, ognuno con le proprie competenze, contribuisca a rendere la RETE uno strumento validato per la creazione di buone pratiche.

Calabria*

Situazione emersa dalla sorveglianza

Tra i bambini della Regione Calabria l'ultima rilevazione OKkio alla SALUTE 2012 ha evidenziato che complessivamente il 39,2% presenta un eccesso ponderale (il 24,7% è in

* Autori: La Rocca M, Perri G.

Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione di Lamezia Terme, ASP Catanzaro, Catanzaro

sovrappeso, il 11% risulta obeso e il 3,5% risulta essere in condizioni di obesità severa). Solo 3 bambini su 5 fanno una colazione sana, solo 1 bambino su 10 fa una merenda leggera a metà mattina, più di 1 bambino su 4 non consuma quotidianamente frutta e/o verdura e ben 1 bambino su 5 non fa un'attività fisica sufficiente. Da quanto riferito dai genitori, 1 bambino su 2 trascorre più di 2 ore al giorno davanti alla TV o giocando con i videogiochi e 1 genitore su 2 non percepisce che il proprio figlio è in sovrappeso.

Azioni sul territorio

Uno degli aspetti più salienti e critici nella prevenzione del sovrappeso e obesità infantile è rappresentato dalla scarsa percezione delle famiglie sull'esistenza del problema e sulle sue conseguenze sulla salute.

I dati nazionali e regionali del sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE hanno dimostrato che la metà dei genitori non riconosce l'esistenza del problema di sovrappeso e della poca attività motoria del proprio figlio, ignorando le correlazioni con lo stato di salute del bambino.

L'Istituto Comprensivo Don Milani di Lamezia Terme ha voluto farsi carico anche di tale problema inserendo, nell'ambito della tradizionale Settimana della Cultura Scientifica e Tecnologica, uno spazio di incontro con le Famiglie per affrontare il problema della *safety* degli alimenti, sia dal punto di vista dei rischi igienico-sanitari che della qualità nutrizionale degli stessi.

“Scienza in cucina” è stato il titolo dello spazio in cui si sono confrontate le famiglie, l'università, i servizi territoriali sanitari e l'associazione *Slow Food*.

Il SIAN di Lamezia Terme, che ha coordinato in Regione Calabria il programma di sorveglianza nutrizionale OKkio alla SALUTE, con uno spazio d'intervento dal titolo provocatorio “Merendine e Playstation”, si è soffermato sui più frequenti determinanti di salute che sono più frequentemente in causa nel problema: nello specifico è stato osservato come la nostra cultura alimentare e culinaria sia stata contaminata nel tempo da abitudini di vita e stili alimentari non salutari che hanno portato le famiglie calabresi ad allontanarsi dalla tradizionale dieta mediterranea tanto studiata da Ancel Keys e collaboratori (25). Partendo dunque dalla identificazione del cibo quale veicolo emotivo e di comunicazione all'interno dell'ambito familiare, si è dato spazio alla narrazione di alcuni vissuti familiari dei genitori presenti attraverso un'analisi delle dinamiche familiari e interpersonali sulle quali potrebbero esistere ampi spazi di intervento e di miglioramento. L'intervento dei genitori, che hanno partecipato attivamente alla discussione, ha riguardato soprattutto l'esigenza di non essere lasciati da soli nell'affrontare i problemi e quindi l'enfasi è stata posta sulla collaborazione scuola-famiglia-servizi-associazioni, affinché ai ragazzi giungano messaggi univoci, corretti dal punto di vista scientifico ma soprattutto non distorti dalle pressioni lobbistiche veicolate attraverso i comuni media. L'accento è stato posto infatti sul ruolo che televisione ed *electronic* media giocano nello sviluppo delle abitudini alimentari e dell'obesità pediatrica in termini di tempo di esposizione e qualità dei suoi messaggi: infatti, in Europa, i Paesi con una legislazione più attenta sugli spot pubblicitari diretti ai bambini hanno le più basse prevalenze di obesità in età pediatrica e inoltre la pubblicità televisiva diretta ai bambini è regolata con interventi normativi ad hoc a livello nazionale.

Le esperienze di servizio e l'iniziativa descritta ci convincono sempre più che hanno maggiori prova di efficacia gli interventi informativi e formativi sugli adulti, forieri di produrre migliori risultati nel cambiare alcuni contesti e abitudini “obesogeniche”, che non interventi di tradizionale educazione alimentare rivolti ai bambini condotti, in ambito curricolare, nelle scuole del territorio. L'intervento e il modello, perciò, sono stati replicati anche in altri contesti urbani e rurali del nostro territorio e sono tuttora in estensione in altri Comuni.

Tali interventi riteniamo possano quindi influire sulla prevalenza del fenomeno sovrappeso/obesità nei bambini che per altro dalla rilevazione OKkio alla SALUTE 2012 ha registrato un calo di qualche punto percentuale rispetto alle precedenti rilevazioni.

Sicilia*

Situazione emersa dalla sorveglianza

La rilevazione OKkio alla SALUTE 2012 ha evidenziato che complessivamente il 37,4% dei bambini della Regione Sicilia presenta un eccesso ponderale (il 24,1% è in sovrappeso, il 9,9% risulta obeso e il 3,4% risulta essere in condizioni di obesità severa).

Solo 1 bambino su 2 fa una colazione sana, solo 1 bambino su 6 fa una merenda leggera a metà mattina, più di 1 bambino su 4 non consuma quotidianamente frutta e/o verdura e ben 1 bambino su 5 non fa un'attività fisica sufficiente.

Da quanto riferito dai genitori, 1 bambino su 2 trascorre più di 2 ore al giorno davanti alla TV o giocando con i videogiochi e circa 1 genitore su 2 non percepisce che il proprio figlio è in sovrappeso.

Azioni sul territorio

La prevenzione e la sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari con conseguenti patologie correlate in età pediatrica e adolescenziale (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze) sono state oggetto di attenzione nella Regione Sicilia, che ha realizzato campagne di informazione e programmi rivolti alle famiglie, in collaborazione con le istituzioni scolastiche, su educazione alimentare e corretti stili di vita nonché prevenzione dei disturbi dell'alimentazione, al fine di diffondere l'educazione alla salute e l'importanza di adottare stili di vita sani, specialmente in età pediatrica e adolescenziale.

Il Servizio di Educazione alla Salute, e il SIAN dell'ASP di Catania in particolare, ha realizzato fra il 2011 e il 2012 progetti di educazione alimentare per promuovere una corretta alimentazione e incentivare il consumo di frutta e verdura coinvolgendo insegnanti, alunni e genitori:

– *“Alimentazione e benessere”*

Sono stati realizzati tre corsi di formazione sulla corretta alimentazione, articolati in incontri teorico-pratici, che hanno avuto come destinatari diretti insegnanti di scuole di base. I percorsi didattici promossi dagli insegnanti hanno coinvolto 1166 alunni .

Sono stati forniti agli insegnanti strumenti per:

- analizzare il modo di alimentarsi degli alunni;
- saper costruire una dieta corretta;
- sperimentare in gruppo le metodologie attive da utilizzare con gli allievi.

– *“Cucina e salute”*

Sono stati organizzati corsi di cucina rivolti ai genitori dei bambini di asili nido e scuola materna comunali, con sperimentazione pratica di ricette della tradizione mediterranea, per apprendere le linee di una corretta alimentazione per tutta la famiglia.

* Autori: Alonso E (a), La Carrubba R (a), Cacciola S (b), Cernigliaro A (c), Ferro MP (c)
(a) SIAN ASP Catania, Catania
(b) Educazione alla Salute ASP Catania, Catania
(c) Osservatorio Epidemiologico - Assessorato della Salute - Regione Siciliana, Palermo

Gli obiettivi sono stati:

- saper costruire una dieta corretta;
- sapersi districare nell'acquisto dei vari prodotti (lettura etichette);
- conoscere i corretti metodi di cottura.

Da successivi *focus group* è stato constatato:

- un cambiamento nelle abitudini alimentari;
- una maggiore attenzione alla lettura delle etichette;
- una migliore distribuzione degli alimenti durante la giornata;
- un "passaparola" con altri genitori del quartiere di appartenenza.

– *"Alimentazione... parliamone"*

È stato sviluppato negli istituti di scuola superiore di secondo grado con l'attivazione di percorsi secondo la metodologia di *peer education* con studenti, adeguatamente formati, che hanno coinvolto i loro pari nei gruppi classe, nelle assemblee o attraverso l'organizzazione di eventi nell'istituto, costruendo nuove forme di comunicazione con i pari.

– *"Frutta alla playa"*

Nel periodo estivo è stata realizzata l'iniziativa come campagna di comunicazione sul consumo di frutta, con degustazione di frutta di cinque colori, in alcuni lidi della Playa di Catania, con la realizzazione di laboratori del gusto per l'invito al consumo di frutta da parte dei bambini che frequentano i *miniclub*. L'obiettivo è stato quello di aumentare il consumo di frutta e verdura in un contesto extrascolastico, di rilassamento e di gioco. I destinatari sono i bambini che frequentano i lidi e indirettamente i genitori e i nonni che li accompagnano, che si ritrovano poi a chiedere ulteriori informazioni agli operatori.

– *"Mangia a colori: i 5 colori della frutta e verdura"*

campagna informativa proposta in modo trasversale a tutti i percorsi e progetti precedenti.

– *"E vai con la frutta... anche al lavoro"*

L'Unità Operativa Educazione e Promozione della Salute Aziendale, in collaborazione con il SIAN, ha, altresì, promosso questa iniziativa presso lo stabilimento IKEA di Catania. Alla mensa dei dipendenti è stata proposta la degustazione di frutta di stagione fornita da aziende e fattorie sociali che producono in biologico.

La stessa iniziativa è stata riproposta presso l'Auditorium dell'I.C. "Parini" in occasione dell'incontro annuale con i referenti di Educazione alla Salute delle scuole di ogni ordine e grado di Catania e provincia; ha avuto come destinatari gli insegnanti e gli operatori scolastici presenti, che hanno degustato frutta di stagione.

Sardegna*

Situazione emersa dalla sorveglianza

Nella Regione Autonoma Sardegna l'ultima rilevazione OKkio alla SALUTE 2012 ha evidenziato che complessivamente il 25,4% dei bambini presenta un eccesso ponderale (il 17,9% è in sovrappeso, il 5,6% risulta obeso e l'1,9% risulta in condizioni di obesità severa). Quasi 3 bambini su 4 fanno una colazione sana, solo 1 bambino su 5 fa una merenda leggera a

* Autori: Meloni S, Masala R.

Servizio Prevenzione, Direzione Generale della Sanità, Regione Autonoma Sardegna

metà mattina, circa 1 bambino su 5 non consuma quotidianamente frutta e/o verdura e ben 1 bambino su 5 non fa un'attività fisica sufficiente.

Secondo quanto riferito dai genitori 1 bambino su 3 trascorre più di 2 ore al giorno davanti alla TV o giocando con i videogiochi. Il sovrappeso del proprio figlio non è percepito da 1 genitore su 2.

Azioni sul territorio

Nel 2010 la Regione Sardegna e l'Ufficio Scolastico per la Sardegna hanno sottoscritto il Protocollo Regionale Scuola-Sanità per la collaborazione nella promozione della salute e il benessere nelle scuole, contribuendo così a rendere operativo il programma nazionale "Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari". La partnership si fonda sui principi della pianificazione partecipata interistituzionale, nel rispetto della piena autonomia e delle specifiche prerogative del Servizio Sanitario Regionale, delle istituzioni scolastiche e degli Enti locali.

Grazie al Protocollo Regionale Scuola-Sanità è stato istituito un programma di lavoro denominato "Una scuola in salute" nel quale confluiscono: i progetti del PRP (2010-2012 e successivi) relativi all'età infantile e adolescenziale, il Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni, tutti i progetti che hanno come obiettivo la promozione della salute e il miglioramento del benessere della popolazione scolastica.

Al fine di eseguire un'analisi di contesto in questo settore, è stata avviata una ricognizione sugli interventi di promozione della salute nelle scuole effettuati dalle ASL e dalle istituzioni scolastiche. Tale analisi ha evidenziato una fervente attività, spesso di buona qualità, ma estremamente variegata per tematiche e metodologie nonché carente di una strategia di intervento globale di lungo termine. È stata dunque portata alla luce la necessità di razionalizzare e coordinare le attività del territorio e il bisogno, sottolineato più volte dalle istituzioni scolastiche, di creare un contenitore virtuale unico per tutti gli interventi di questo settore, indipendentemente dai temi trattati o gli enti coinvolti nella loro attuazione.

A questa esigenza la Regione Sardegna ha dato risposta deliberando l'istituzione del Sardegna NeSS (Network Scuola e Salute) sul modello dello *SHE (Schools for Health in Europe) Network* (5). Il Sardegna NeSS mira alla creazione di un ambiente fisico, sociale e intellettuale che aiuti principalmente tutti gli operatori della promozione della salute e del benessere della popolazione scolastica nel loro lavoro, ma che presti anche particolare attenzione ai bisogni di salute e supporto delle famiglie e la comunità circostante la scuola.

Ispirandosi al metodo *whole school approach* (26) e tenendo conto della realtà locale, il Sardegna NeSS si prefigge di creare una rete di operatori che condividono cultura, metodologia e strumenti di lavoro, mettendo a disposizione un luogo virtuale per confrontarsi, crescere e formarsi sulle metodologie di intervento più efficaci per la promozione della salute nelle scuole. Il luogo virtuale d'incontro è rappresentato dal sito del network (www.sardegneaness.it) che offre a chiunque voglia affiliarsi i seguenti vantaggi:

- formazione sui principi e la metodologia *whole school approach*;
- forum di discussione per tematiche e/o per aree geografiche;
- motore di ricerca degli operatori regionali suddivisi per area di interesse e/o area geografica;
- biblioteca di risorse per la progettazione e la valutazione degli interventi;
- logo ufficiale da utilizzare sui materiali dei progetti degli affiliati al Sardegna NeSS;
- newsletter periodica per tenersi aggiornati;
- vetrina dove esporre i propri progetti.

A livello operativo, una rete di referenti aziendali e referenti scolastici provinciali è già operante, col coordinamento generale della Regione, per diffondere in modo capillare il Sardegna NeSS su tutto il territorio regionale. Tra le iniziative che il Sardegna NeSS offrirà ai

suoi affiliati nel prossimo anno scolastico figurano, tra le altre: la formazione sui contenuti e l'uso del portale www.sardegneaness.it; il lancio su scala regionale del programma *Unplugged* per la prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e droghe; la diffusione dei *Focus Papers HBSC 2010* (27) come strumenti di *advocacy* per l'approccio *multistakeholder*.

Bibliografia

1. Roodenburg AJC, Popkin BM, Seidell JC. Development of international criteria for a front of package food labelling system: the International Choices Programme. *European Journal of Clinical Nutrition* 2011;65:1190-200.
2. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. *Linee guida per una sana alimentazione italiana. Revisione*. Roma: INRAN; 2003. Disponibile all'indirizzo: http://nut.entecra.it/648/linee_guida.html; ultima consultazione 22/07/2014.
3. Ministero della Salute. *Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale*. Roma: Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1435_allegato.pdf; ultima consultazione 24/07/2014.
4. Schools for Health in Europe network. *Promoting Schools. The third European Conference on Health Promoting Schools - Vilnius Resolution*, 15-17 June 2009, Vilnius, Lithuania. SHE; 2009. Disponibile all'indirizzo http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/vilnius_resolution.pdf; ultima consultazione 24/07/2014.
5. International Union for Health Promotion and Education. *Achieving health promoting schools: Guidelines to promote health in schools*. Saint-Denis Cedex, France: IUHPE; 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/HPS_Guidelines_ENG.pdf; ultima consultazione 24/7/2014.
6. International Union for Health Promotion and Education. *Promoting health in schools: from evidence to action*. Saint-Denis Cedex, France: IUHPE; 2010. Disponibile all'indirizzo http://www.dhhs.tas.gov.au/_data/assets/pdf_file/0007/117385/PHiSFromEvidenceToAction_WEB1.pdf; ultima consultazione 24/07/2014.
7. International Union for Health Promotion and Education. *Facilitating dialogue between the health and education sectors to advance school health promotion and education*. Saint-Denis Cedex, France: IUHPE; 2012. Disponibile all'indirizzo: http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/SCHOOL/FacilitatingDialogueHE_EN.pdf ultima consultazione 24/07/2014.
8. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised)*. Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment; 2004. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf; ultima consultazione 24/07/2014.
9. Ospedali & Comunità Amici dei Bambini uniti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno. *Standard per le buone pratiche per la comunità*. Roma: UNICEF; 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.unicef.it/Allegati/Standard_BFCI_18feb11.pdf; ultima consultazione 24/07/2014.
10. Tsouros A. City leadership for health and sustainable development: The World Health Organization European Healthy Cities Network. *Health Promot Int* 2009;1(24 suppl.):4-10.
11. Janss Lafond L, Heritage Z. National networks of healthy cities in Europe. *Health Promot Int* 2009;1(24 suppl.):100-7.
12. Bronfenbrenner U. *Ecologia dello sviluppo umano*. Bologna: Il Mulino; 1986.

13. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico "Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari". *Gazzetta Ufficiale* n. 117, 22 maggio 2007 (Suppl. Ordinario n. 119).
14. ARS Toscana. *Dossier EBP e obesità. Efficacia degli interventi per la prevenzione dell'obesità nei bambini e negli adolescenti*. Firenze: ARS Toscana. 2010 (Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, n. 53)
15. Regione Veneto. *Piano regionale di Prevenzione 2010-2012*. Venezia: Regione Veneto; Disponibile all'indirizzo: <http://www.Regione.veneto.it/web/sanita/piano-regionale-prevenzione-2010-2012>; ultima consultazione 24/07/2014.
16. Spiller V, Scaglia M, Meneghini S, Vanzo A. Assessing motivation for change to ward healthy nutrition and regular physical activity. Validation of two set of instruments. *Med J Nutrition Metab* 2009;2(1):41-4.
17. Davoli AM, Broccoli S, Bonvicini L, Fabbri A, Ferrari E, D'Angelo S, Di Buono A, Montagna G, Panza C, Pinotti M, Romani G, Storani S, Tamelli M, Candela S, Giorgi Rossi P. Pediatrician-led motivational interviewing to treat overweight children: an RCT. *Pediatrics* 2013;132(5):e1236-46.
18. European Commission. *Project cycle management guideline*. Brussels: European Commission; 2004. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/europeaid/multimedia/publications/documents/tools/europeaid_adm_pcm_guidelines_2004_en.pdf; ultima consultazione 24/07/2014.
19. Green L, Kreuter M. *Health program planning: An educational and ecological approach*. 4th ed. New York: McGrawhill; 2005.
20. Giannoni A, Giacchi M, Primi M, Zannoner MC, Finocchiaro RB, Scotti MT (Ed.). *L'Asino Ettore & Co. presentano il mondo di...* Firenze: Giunti; 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_121_allegato.pdf; ultima consultazione 24/07/2014.
21. Valerio G, Cunti A, Sabatano F, Pasolini O, Iannone L. *Guida motoria per la salute per la promozione dell'attività fisica nella scuola primaria*. Napoli: Regione Campania; 2012. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/obesita/pdf/GUIDA%20attivita%27%20fisica%20per%20la%20salute.pdf>; ultima consultazione 24/07/2014.
22. Russo Krauss P, Maione L. *Lo Snackometro: uno strumento per orientare verso gli snack nutrizionalmente più corretti*. Napoli: ASL Napoli 1 Centro, Servizio Comunicazione Pubblica Sanitaria; Disponibile all'indirizzo: <http://www.aslnapoli1centro.it/documents/420534/445758/Snackometro.pdf>; ultima consultazione 24/07/2014.
23. Sensi S, Stellato S, La Stella C, Di Maio G, Pierro A, De Rose A, Pecoraro P. Guadagnare Salute in Adolescenza (GSA): promozione attività fisica e corretta alimentazione. In: Comitato Direttivo della SINU (Ed.). *Atti del XXXV Congresso Nazionale SINU*. Bologna, 22-23 ottobre 2012. Firenze: SINU; 2012.
24. Iaccarino Idelson P, Morabito L, Musella A, Mozzillo E, Zito E, Franzese A, Mazzarella G. If I say: "A small bottle of soft drink a day means 24 kg of sugar a year" ...do you understand? In: *XXII Workshop of European Childhood Obesity Group*. Palma de Mallorca, Spain, 17-19 October 2012.
25. Keys AB. *Seven countries: a multivariate analysis of death and coronary heart disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1980.
26. International Union for Health Promotion and Education. *Promoting health in schools: from evidence to action*. Saint-Denis Cedex, France: IUHPE; 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.dhhs.tas.gov.au/_data/assets/pdf_file/0007/117385/PHiSFromEvidenceToAction_WEB1.pdf; ultima consultazione 24/07/2014.
27. Cattaneo C, De Mei B, Giovannelli I, Quarchioni E, Borraccino A, Lemma P, Cavallo F. *Comunicazione in HBSC-ITALIA: un intervento sul campo*. In Cavallo F, Giacchi M, Vieno A, Galeone D, Tomba A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S (Ed.). *Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (Rapporti ISTISAN 13/5).

APPENDICE A
Questionari OKkio alla SALUTE 2012

Questi strumenti sono stati elaborati per la raccolta di informazioni sulle abitudini comportamentali dei bambini della scuola primaria con la metodologia illustrata in questo rapporto.

A1. Questionario per i bambini



Adesso rispondi ad alcune domande su ciò che hai fatto questa mattina

1 Hai fatto colazione **questa mattina**?

Sì No

2 Se, prima di venire a scuola, hai fatto colazione, segna con una crocetta tutto quello che hai mangiato e bevuto **questa mattina**:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> latte | <input type="checkbox"/> merendina | <input type="checkbox"/> fette biscottate |
| <input type="checkbox"/> latte con cacao o orzo | <input type="checkbox"/> biscotti | <input type="checkbox"/> torta o crostata |
| <input type="checkbox"/> tè | <input type="checkbox"/> panino farcito o toast | <input type="checkbox"/> yogurt |
| <input type="checkbox"/> succo di frutta | <input type="checkbox"/> pane e marmellata | <input type="checkbox"/> cereali |
| <input type="checkbox"/> spremuta | <input type="checkbox"/> pane e nutella | <input type="checkbox"/> frutta |
| <input type="checkbox"/> cornetto | <input type="checkbox"/> pizza o focaccia | <input type="checkbox"/> uova |
| <input type="checkbox"/> brioches | <input type="checkbox"/> crackers o grissini | |

3 Se **questa mattina**, prima di venire a scuola, hai mangiato o bevuto altre cose a colazione, **oltre quelle indicate sopra**, scrivile sulla linea

4 **Questa mattina** hai guardato la televisione?

Sì No



5 **Questa mattina** come sei venuto a scuola?

in scuolabus
 in macchina
 a piedi
 in bicicletta
 in altro modo

6 **A metà mattinata**, durante la ricreazione, hai fatto o farai merenda?

Sì No

7 Se hai fatto o farai **merenda**, segna con una crocetta tutto quello che hai o avevi da mangiare e bere **questa mattina**:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> succo di frutta | <input type="checkbox"/> merendina o torta | <input type="checkbox"/> focaccia o pizza |
| <input type="checkbox"/> bibita (cola o aranciata) | <input type="checkbox"/> biscotti | <input type="checkbox"/> cornetto |
| <input type="checkbox"/> tè | <input type="checkbox"/> panino farcito o toast | <input type="checkbox"/> brioches |
| <input type="checkbox"/> snack o barretta | <input type="checkbox"/> crackers o grissini | <input type="checkbox"/> patatine |
| <input type="checkbox"/> yogurt | <input type="checkbox"/> fette biscottate | <input type="checkbox"/> frutta |

8 Se a **metà mattina**, durante la ricreazione, hai o avevi da mangiare altre cose, **oltre quelle indicate sopra**, scrivile sulla linea

Adesso rispondi ad alcune domande su quello che hai fatto ieri pomeriggio

9 Ieri pomeriggio hai giocato con i videogiochi o con giochi al computer?

Sì No



10 Ieri pomeriggio hai guardato la televisione?

Sì No

11 Ieri pomeriggio hai giocato all'aperto? (si può barrare più di una casella)

Sì, a scuola Sì, dopo scuola No

12 Ieri pomeriggio hai fatto qualche sport? (si può barrare più di una casella)

Sì, a scuola Sì, dopo scuola No

Adesso rispondi ad alcune domande su quello che hai fatto ieri dopo cena

13 Ieri dopo cena hai giocato con i videogiochi o con giochi al computer?

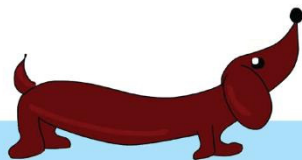
Sì No

14 Ieri dopo cena hai guardato la televisione?

Sì No

15 Ieri dopo cena, prima di andare a dormire, hai mangiato o bevuto qualche cosa tranne l'acqua?

Sì No



Grazie per il tuo aiuto!



ALUNNO ASSENTE	<input type="checkbox"/>	CODICE ID	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ALUNNO CON RIFIUTO	<input type="checkbox"/>						

CONTROLLO QUESTIONARIO

SCHEDA PER DATI ANTROPOMETRICI

16 Et  in mesi (da calcolare dalla data di nascita riferita dal/la bambino/a

17 Sesso maschio femmina

18 Peso , kilogrammi

19 Altezza , centimetri



ABBIGLIAMENTO

- Maglietta intima
- Maglietta/Camicia maniche lunghe
- Maglietta/Camicia maniche corte
- Jeans lunghi
- Jeans corti
- Pantaloni lunghi/tuta invernali
- Pantaloni lunghi/tuta estivi
- Pantaloni corti
- Gonna stoffa
- Gonna jeans
- Vestito
- Calzini/Calze
- Collant di lana

OSSERVAZIONI

Questo materiale   stato prodotto dal progetto "Sovrappeso e obesit  nei bambini: il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE" finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanit .

A2. Questionario per i Dirigenti scolastici



QUESTIONARIO SU SCUOLA E SALUTE
(da compilarsi a cura del Dirigente Scolastico)

Codice classe 1 [][][][]
 Codice classe 2 [][][][]
 Codice classe 3 [][][][]

Solo nel caso in cui siano state selezionate classi appartenenti a plessi diversi della stessa scuola, La preghiamo di compilare un questionario per ciascun plesso. Le domande si riferiscono unicamente alla **scuola primaria nel plesso della classe selezionata**.

Iniziamo con informazioni riguardanti il plesso della classe selezionata

Istituto _____
 Circolo Didattico _____
 Plesso _____
 Tipo di scuola Statale Paritaria
 Numero totale di alunni della scuola primaria nel plesso della classe selezionata [][][][]
 Qual è la Sua posizione all'interno della scuola? Dirigente
 Vice-preside
 Altro, specificare _____

Data di compilazione [][][][][][]
gg mm aa

1 Quale delle seguenti categorie meglio descrive l'area in cui è situato il suo plesso?

- paese, frazione o area rurale (meno di 3'000 abitanti) città (con 100'000-1'000'000 abitanti)
 piccola cittadina (con 3'000-15'000 abitanti) grande città (con oltre 1'000'000 abitanti)
 cittadina (con 15'000-100'000 abitanti)

Passiamo ora alle strutture del plesso e al loro funzionamento

2 Elencate di seguito ci sono alcune risorse del Plesso. Indichi in che grado ognuna di queste risponde agli effettivi bisogni della scuola e risulta quindi adeguata (segna una casella per ogni linea)

	per nulla adeguato	poco adeguato	adeguato	molto adeguato	risorsa non presente
Edificio scolastico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mensa scolastica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aule e spazi per le lezioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortile/aree al di fuori dell'edificio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palestra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bagni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biblioteca, libreria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computer, software e risorse audiovisive (es. proiettori, schermi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attrezzature speciali per studenti disabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Nell'anno scolastico in corso, quanti giorni alla settimana viene utilizzata la mensa scolastica dagli alunni della sua scuola primaria?

- N° giorni alla settimana non abbiamo una mensa

4 In media quanti bambini della sua scuola primaria mangiano ogni giorno alla mensa scolastica?

N° bambini

5 Chi predispone i menù scolastici? (si può barrare più di una casella)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> responsabili comunali | <input type="checkbox"/> azienda appaltatrice |
| <input type="checkbox"/> esperto Azienda Sanitaria | <input type="checkbox"/> commissione mensa |
| <input type="checkbox"/> dietista esterno | <input type="checkbox"/> altro |

6 Oltre la mensa scolastica, vi sono programmi che prevedono la distribuzione ai bambini della sua scuola primaria di frutta, latte, yogurt? (si può barrare più di una casella)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì, per lo spuntino di metà mattina |
| <input type="checkbox"/> Sì, per la prima colazione | <input type="checkbox"/> Sì, per la merenda di metà pomeriggio |

7 Nel plesso sono presenti distributori automatici di alimenti?

- Sì, accessibili solo agli adulti
 Sì, accessibili ai bambini e agli adulti
 No **se "No", vada direttamente alla domanda n. 9**

8 Se sì, quali alimenti sono distribuiti? (si può barrare più di una casella)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> bibite zuccherate o gassate (cola, aranciata, tè) | <input type="checkbox"/> frutta fresca |
| <input type="checkbox"/> succhi di frutta | <input type="checkbox"/> acqua |
| <input type="checkbox"/> merendine confezionate, caramelle, snack
(patatine, salatini, crackers, arachidi, barrette di cioccolato) | <input type="checkbox"/> bevande calde (latte, cioccolata, tè) |
| <input type="checkbox"/> yogurt | <input type="checkbox"/> altro |

9 Quante classi della sua scuola primaria riescono a fare le due ore settimanali di attività motoria raccomandate dal curriculum?

- tutte **se "tutte", vada direttamente alla domanda n. 11**
 quasi tutte
 circa la metà
 poche/nessuna

10 Quali sono le ragioni del mancato svolgimento delle due ore settimanali? (si può barrare più di una casella)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> mancanza o inagibilità della palestra | <input type="checkbox"/> scelta del docente |
| <input type="checkbox"/> inadeguatezza della palestra | <input type="checkbox"/> struttura dell'orario scolastico |
| <input type="checkbox"/> mancanza o inagibilità di spazi esterni | <input type="checkbox"/> altro |
| <input type="checkbox"/> eccessiva distanza della palestra dalla scuola | |

11 Gli alunni della sua scuola primaria fanno attività fisica oltre alle ore di educazione motoria curriculare all'interno della scuola stessa? *(si può barrare più di una casella)*

- No **se "No" vada direttamente alla domanda n. 13** Sì, con rientro a scuola
 Sì, durante l'orario scolastico Sì, nel pomeriggio
 Sì, durante la ricreazione altro

12 Dove? *(si può barrare più di una casella)*

- in aula in piscina
 in giardino o cortile in un'altra struttura sportiva
 in corridoio altro
 in palestra

Le facciamo adesso alcune domande sulle innovazioni curricolari e sulle iniziative di promozione di stili di vita sani che coinvolgono gli alunni della scuola primaria

13 Per l'anno scolastico in corso l'attività curriculare prevede l'educazione nutrizionale? *(si può barrare più di una casella)*

- No Sì, con insegnante esterno
 Sì, con l'insegnante della classe Sì, con operatore sanitario
 Sì, con insegnanti dedicati

14 Il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca sta promuovendo l'attività motoria dei bambini nelle scuole primarie. La sua scuola rispetto a questa iniziativa *(si può barrare più di una casella)*

- ha un curriculum di formazione strutturato ed efficace
 ha realizzato la formazione degli insegnanti su questo curriculum
 prevede o utilizza esperti esterni
 ha previsto la valutazione delle abilità motorie dei bambini
 non ha ancora intrapreso attività di miglioramento

Le facciamo adesso alcune domande sulle iniziative realizzate con la partecipazione attiva dei genitori degli alunni della sua scuola primaria per la promozione di stili di vita sani

15 Per l'anno scolastico in corso sono in programma o sono state realizzate iniziative con la partecipazione attiva dei genitori per promuovere sane abitudini alimentari?

- Sì No

16 Sono state programmate o realizzate iniziative con la partecipazione attiva dei genitori per promuovere l'attività fisica dei bambini?

- Sì No

5 Le facciamo adesso alcune domande sulle iniziative realizzate con altri Enti o Associazioni

17 Per l'anno scolastico in corso è prevista una collaborazione con i servizi sanitari della Azienda Sanitaria per la realizzazione di programmi? *(si può barrare più di una casella)*

- Sì, educazione nutrizionale
- Sì, promozione di attività fisica
- No **se "No" vada alla domanda n. 19**

18 Se sì, come è strutturata la collaborazione con l'Azienda Sanitaria? *(si può barrare più di una casella)*

- appoggio tecnico agli insegnanti
- formazione degli insegnanti
- insegnamento diretto agli alunni
- controllo della crescita individuale dei bambini
- sorveglianza dello stato nutrizionale complessivo dei bambini
- incontri con i genitori
- altro

19 Per l'anno scolastico in corso la sua scuola primaria partecipa o ha partecipato a iniziative finalizzate alla promozione di sane abitudini alimentari organizzate da/con *(si può barrare più di una casella)*

- comune
- associazione agricoltori e/o allevatori
- istituzioni provinciali
- associazioni (di volontariato, onlus, ecc)
- direzione scolastica/insegnanti
- altro
- No

5 Le facciamo adesso alcune domande sull'area dove è situata la sua scuola

20 I seguenti problemi riguardano l'area dove è situata la sua scuola? *(segna una casella per ogni riga)*

	Sì	No	non so
Immondizie, rifiuti, vetri rotti per strada, sui marciapiedi o nelle piazzette/giardini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spaccio, consumo di droghe o abuso di alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violenze o vandalismo o criminalità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traffico eccessivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abitazioni ed edifici dismessi o abbandonati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21 Come valuta l'area in cui la scuola è situata?

<input type="checkbox"/> per nulla trascurata	<input type="checkbox"/> un po' trascurata	<input type="checkbox"/> trascurata	<input type="checkbox"/> molto trascurata
<input type="checkbox"/> molto sicura	<input type="checkbox"/> sicura	<input type="checkbox"/> poco sicura	<input type="checkbox"/> per nulla sicura

22 Quale di queste risorse/strutture sono presenti a scuola o nel vicinato, fino a 2000 metri dalla scuola? (segna una casella per ogni riga)

Le strutture vengono utilizzate dalla scuola?

	Sì	No	non so	Le strutture vengono utilizzate dalla scuola?	
				Sì	No
Palestra o palazzetto dello sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piscine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Campi di calcio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Campi polivalenti per altre attività e giochi con la palla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spazi e parchi aperti senza recinzioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parchi da gioco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aree verdi/parchi/riserve naturali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piste ciclabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23 In generale, quanto pensa stiano bene le persone che vivono nel quartiere in cui è situata la scuola, dal punto di vista economico?

- per niente bene
- non molto bene
- nella media
- piuttosto bene
- molto bene

24 La sua scuola ha già partecipato all'iniziativa OKkio alla SALUTE?

- Sì, nel 2008/2009
- Sì, nel 2010
- Sì, sia nel 2008/2009 sia nel 2010
- No
- non so
- nessuna risposta

Grazie per la cortese collaborazione

PARTE RISERVATA ALL'OPERATORE DELLA ASL

Regione _____ ASL _____

Comune _____

Data invio/consegna questionario
gg mm aa

Data ritiro questionario
gg mm aa

Nome operatore _____

Questo materiale è stato prodotto dal progetto "Sovrappeso e obesità nei bambini: il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE" finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità.

A3. Questionario per gli insegnanti



SCHEMA CLASSE

5 Scheda da compilare a cura degli operatori sanitari, con l'aiuto dell'insegnante

Nomi operatori _____

Codice classe [][][]

Data rilevazione [][][][][][]
gg mm aa

Localizzazione geografica del presidio:

A1 A2 B1 B2 B3 B4

Codice Comune [][][][][][]

Altitudine [][][][] metri

Numero alunni iscritti [][]

Numero questionari genitori ritirati [][]

Numero alunni presenti [][]

Numero questionari genitori mancanti [][]

Numero rifiuti alunni presenti [][]

Numero rifiuti alunni assenti [][]

Ora inizio questionario [][]:[][]

Ora fine questionario [][]:[][]

Ora inizio misurazioni [][]:[][]

Ora fine misurazioni [][]:[][]

5 Da chiedere all'insegnante relativamente alla classe in studio:

1 La classe durante la settimana effettua il seguente orario:

- tempo pieno 1 rientro
 3 rientri nessun rientro
 2 rientri

2 Quante ore di educazione motoria alla settimana fanno gli alunni di questa classe?

- 2 ore 1 ora non fanno educazione motoria

3 Nella giornata di ieri, gli alunni di questa classe hanno fatto almeno un'ora di attività motoria curriculare?

Sì No

4 Di norma i bambini durante la ricreazione o la pausa pranzo possono fare movimento all'interno della struttura scolastica (corridoio, palestra, cortile)?

Sì No

5 Oggi, durante la merenda di metà mattina, gli alunni di questa classe riceveranno o hanno ricevuto uno spuntino dalla scuola?

Sì No se "No" vada direttamente alla domanda n. 7

6 Se ha risposto affermativamente alla domanda n. 5, indichi che tipo di merenda è stata fornita agli alunni

frutta pizza altro
 yogurt panino
 succo di frutta biscotti

7 In questo anno scolastico la classe ha partecipato ad attività di promozione del consumo di alimenti sani all'interno della scuola con Enti e/o Associazioni (si può barrare più di una casella)

Sì, distribuzione di frutta o verdura o yogurt come spuntino Sì, altro
 Sì, distribuzione di materiale informativo No
 Sì, incontri con esperti esterni alla scuola

8 In questo anno scolastico la classe ha partecipato ad attività di promozione dell'attività fisica tra i bambini con Enti e/o Associazioni (si può barrare più di una casella)

Sì, distribuzione di materiale informativo Sì, altro
 Sì, incontri con esperti esterni alla scuola No

Grazie per la cortese collaborazione

Questo materiale è stato prodotto dal progetto "Sovrappeso e obesità nei bambini: il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE" finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità.

A4. Questionario per i genitori



CODICE ID [] [] [] [] [] []

Gentili Genitori,
 nell'ambito dell'iniziativa OKkio alla SALUTE, desideriamo porVi alcune semplici domande che ci permetteranno di avere informazioni più precise riguardo l'alimentazione e il movimento abituali dei Vostri figli.
 Il codice riportato in alto a destra consentirà di unire le vostre risposte al questionario che verrà riempito dal Vostro bambino/a, mantenendo l'anonimato di entrambi.
 Vi ringraziamo fin d'ora e Vi preghiamo di restituire questo foglio in busta chiusa a un insegnante della classe del vostro bambino/a entro i prossimi tre giorni.

5 Alcune domande sulle attività che il/la bambino/a svolge dopo la scuola

1 In una settimana normale, quanti giorni il/la bambino/a fa attività fisica (sport o giochi di movimento) per almeno un'ora al giorno al di fuori dell'orario scolastico?

0 giorni 1 giorno 2 giorni 3 giorni 4 giorni 5 giorni 6 giorni 7 giorni

2 Può darci un'idea di quante ore il/la bambino/a in media trascorre a fare i compiti a casa in un normale giorno di scuola? (considerare la mattina prima di andare a scuola, quando torna nel pomeriggio e la sera)

non ha compiti 2 ore
 meno di un'ora 3 ore
 1 ora 4 ore o più

3 Può darci un'idea di quante ore il/la bambino/a in media gioca con i videogiochi o con il computer in un normale giorno di scuola? (considerare la mattina prima di andare a scuola, quando torna nel pomeriggio e la sera)

non gioca con i videogiochi o con il computer 2 ore 5 ore o più
 meno di un'ora 3 ore
 1 ora 4 ore

4 Può darci un'idea di quante ore il/la bambino/a in media guarda la televisione in un normale giorno di scuola? (considerare la mattina prima di andare a scuola, quando torna nel pomeriggio e la sera)

non guarda la TV 2 ore 5 ore o più
 meno di un'ora 3 ore
 1 ora 4 ore

5 Il/la bambino/a ha una televisione in camera?

Sì No

5 Alcune domande sull'alimentazione del suo/a bambino/a

6 Quante volte il/la bambino/a consuma frutta?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 4 o più volte al giorno | <input type="checkbox"/> qualche volta a settimana |
| <input type="checkbox"/> 2-3 volte al giorno | <input type="checkbox"/> meno di una volta a settimana |
| <input type="checkbox"/> una volta al giorno | <input type="checkbox"/> mai |

7 Quante volte il/la bambino/a consuma verdura (escluse le patate)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 4 o più volte al giorno | <input type="checkbox"/> qualche volta a settimana |
| <input type="checkbox"/> 2-3 volte al giorno | <input type="checkbox"/> meno di una volta a settimana |
| <input type="checkbox"/> una volta al giorno | <input type="checkbox"/> mai |

8 Quante volte il/la bambino/a beve bibite zuccherate (tè, succhi di frutta...)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> più volte al giorno | <input type="checkbox"/> meno di una volta a settimana |
| <input type="checkbox"/> una volta al giorno | <input type="checkbox"/> mai |
| <input type="checkbox"/> qualche volta a settimana | |

9 Quante volte il/la bambino/a beve bibite gassate (cola, aranciata...)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> più volte al giorno | <input type="checkbox"/> meno di una volta a settimana |
| <input type="checkbox"/> una volta al giorno | <input type="checkbox"/> mai |
| <input type="checkbox"/> qualche volta a settimana | |

10 Normalmente la sera dopo cena, prima di andare a dormire, suo/a figlio/a mangia o beve qualcosa (a eccezione dell'acqua)?

- Sì No

5 Alcune domande su come Lei vede il bambino/a

11 Secondo Lei il/la bambino/a mangia:

- poco il giusto troppo

12 Secondo Lei il/la bambino/a è:

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> sottopeso | <input type="checkbox"/> un po' in sovrappeso |
| <input type="checkbox"/> normopeso | <input type="checkbox"/> molto in sovrappeso |

13 Secondo Lei il tempo che il/la bambino/a dedica all'attività fisica (giochi di movimento, sport, ecc.) è:

- poco sufficiente tanto

5 Alcune domande su di Lei

14 Qual è la sua parentela con il/la bambino/a?

- sono la madre
 sono il padre
 altra parentela
 nessuna parentela

15 Al momento Lei lavora fuori casa?

- Sì, a tempo pieno Sì, part time No

5 Alcune informazioni sui genitori del bambino/a

	MADRE	PADRE
Nazionalità	_____	_____
Peso	_____	_____
Altezza	_____	_____
Titolo di studio	<input type="checkbox"/> nessuno	<input type="checkbox"/> nessuno
	<input type="checkbox"/> licenza elementare	<input type="checkbox"/> licenza elementare
	<input type="checkbox"/> licenza media	<input type="checkbox"/> licenza media
	<input type="checkbox"/> diploma di scuola superiore	<input type="checkbox"/> diploma di scuola superiore
	<input type="checkbox"/> laurea	<input type="checkbox"/> laurea

5 Grazie per la cortese collaborazione

Questo materiale è stato prodotto dal progetto "Sovrappeso e obesità nei bambini: il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE" finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità.

APPENDICE B
Dati regionali di OKkio alla SALUTE 2012

Silvia Andreozzi, Mauro Bucciarelli, Marta Buoncristiano,
Patrizia Carbonari, Stefania Luzi, Gruppo OKkio alla SALUTE 2012

Regione PIEMONTE, campionamento aziendale, 282 classi (5304 bambini iscritti)

Partecipazione OKkio	N	%
<i>Rifiuti</i>	116	2,2
<i>Bambini assenti</i>	201	3,8
<i>Bambini partecipanti</i>	4987	94,0
<i>Famiglie partecipanti</i>	5167	97,4

Età alunni	%
8	56,5
9	42,2
altra età	1,3
Distribuzione per sesso	
<i>maschi</i>	49,7
Area abitativa	
≤10.000 ab	45,7
>10.000≤50.000 ab	26,2
> 50.000 ab	7,5
<i>metropolitana/perimetropolitana</i>	20,6

Caratteristiche dei genitori	madre %	padre %
Titolo studio		
≤ media inferiore	35,6	45,0
media superiore	46,9	41,6
laurea	17,5	13,4
Cittadinanza		
<i>italiana</i>	84,3	88,5
<i>straniera</i>	15,7	11,5
Stato ponderale		
<i>sottopeso/normopeso</i>	76,0	47,6
<i>sovrappeso</i>	18,3	43,0
<i>obeso</i>	5,7	9,4

IMC bambini	%
<i>sottopeso</i>	1,3
<i>normopeso</i>	70,4
<i>sovrappeso</i>	20,3
<i>obeso</i>	6,3
<i>severamente obeso</i>	1,7

Bambini non attivi fisicamente il giorno precedente l'indagine	%
	13,6
Attività fisica settimanale	
<i>mai</i>	6,4
<i>un giorno</i>	13,8
<i>due giorni</i>	28,4
<i>tre giorni</i>	23,4
<i>quattro giorni</i>	9,8
<i>cinque/sette giorni</i>	18,1
Ore trascorse guardando la TV e/o giocando con i videogiochi	
0-2	70,7
3-4	25,1
≥5	4,3
Presenza TV in camera	38,5

Tipi di colazione	%
<i>no colazione</i>	7,4
<i>colazione non adeguata</i>	30,1
<i>colazione adeguata</i>	62,5
Tipo di merenda	
<i>no merenda</i>	5,5
<i>merenda non adeguata</i>	56,4
<i>merenda adeguata</i>	38,1
Consumo frutta e/o verdura	
<i>mai</i>	0,5
<i>meno di una volta al di</i>	15,7
<i>1-4 volte al di</i>	72,3
<i>5 o + volte al di</i>	10,9
Consumo di bevande zuccherate e/o gassate	
<i>mai</i>	4,4
<i>meno di una volta al di</i>	55,0
<i>una volta al di</i>	23,4
<i>più volte al di</i>	17,2

Percezione della madre	Stato ponderale reale del bambino	
	% sovrappeso	% obesi
Il bambino mangia		
<i>poco</i>	2,4	0,3
<i>il giusto</i>	70,5	52,0
<i>troppo</i>	27,1	47,7
Il bambino sembra		
<i>sottopeso</i>	0,1	0,3
<i>normopeso</i>	43,7	8,3
<i>un po' sovrappeso</i>	55,6	81,2
<i>molto sovrappeso</i>	0,7	10,3
Il bambino fa attività fisica		
<i>poca</i>	36,9	42,9
<i>sufficiente</i>	54,4	48,5
<i>tanta</i>	8,7	8,6

SCUOLA (250 Plessi)	%
Presenza mensa	98,8
Distribuzione alimenti per merenda	52,2
Svolgimento 2 ore attività motoria	68,3
Educazione nutrizionale	72,1
Miglioramento qualità attività motoria	92,1
Iniziative sane abitudini alimentari	70,4
Coinvolgimento genitori:	
alimentazione	35,4
attività fisica	31,9

Regione VALLE D'AOSTA, campionamento regionale, 37 classi (619 bambini iscritti)

Partecipazione OKkio	N	%
Rifiuti	9	1,5
Bambini assenti	30	4,8
Bambini partecipanti	580	93,7
Famiglie partecipanti	606	97,9

Età alunni	%
8	54,3
9	44,6
altra età	1,0
Distribuzione per sesso	
maschi	47,8
Area abitativa	
≤10.000 ab	70,3
>10.000≤50.000 ab	29,7
> 50.000 ab	---
metropolitana/perimetropolitana	---

Caratteristiche dei genitori	madre %	padre %
Titolo studio		
≤ media inferiore	37,9	49,1
media superiore	42,0	36,7
laurea	20,1	14,2
Cittadinanza		
italiana	89,2	92,8
straniera	10,8	7,2
Stato ponderale		
sottopeso/normopeso	74,3	48,9
sovrappeso	19,6	40,8
obeso	6,1	10,3

IMC bambini	%
sottopeso	1,6
normopeso	74,3
sovrappeso	18,3
obeso	5,3
severamente obeso	0,5

Bambini non attivi fisicamente il giorno precedente l'indagine	%
	14,5
Attività fisica settimanale	
mai	5,1
un giorno	13,4
due giorni	26,4
tre giorni	26,0
quattro giorni	11,4
cinque/sette giorni	17,6
Ore trascorse guardando la TV e/o giocando con i videogiochi	
0-2	81,6
3-4	16,0
≥5	2,3
Presenza TV in camera	34,2

Tipi di colazione	
no colazione	9,2
colazione non adeguata	28,4
colazione adeguata	62,5
Tipo di merenda	
no merenda	16,8
merenda non adeguata	51,2
merenda adeguata	32,0
Consumo frutta e/o verdura	
mai	0,3
meno di una volta al dì	16,8
1-4 volte al dì	70,4
5 o + volte al dì	12,2
Consumo di bevande zuccherate e/o gassate	
mai	4,4
meno di una volta al dì	57,4
una volta al dì	21,7
più volte al dì	16,5

Percezione della madre	Stato ponderale reale del bambino	
	% sovrappeso	% obesi
Il bambino mangia		
poco	1,2	0,0
il giusto	58,1	65,6
troppo	40,7	34,4
Il bambino sembra		
sottopeso	0,0	0,0
normopeso	33,7	9,4
un po' sovrappeso	66,3	84,4
molto sovrappeso	0,0	6,3
Il bambino fa attività fisica		
poca	34,9	43,8
sufficiente	60,5	46,9
tanta	4,7	9,4

SCUOLA (31 Plessi)	%
Presenza mensa	100
Distribuzione alimenti per merenda	74,2
Svolgimento 2 ore attività motoria	90,3
Educazione nutrizionale	83,3
Miglioramento qualità attività motoria	96,8
Iniziative sane abitudini alimentari	80,6
Coinvolgimento genitori:	
alimentazione	16,1
attività fisica	12,9

Regione LOMBARDIA, campionamento misto, 214 classi (4306 bambini iscritti)

Partecipazione OKkio	N	%
<i>Rifiuti</i>	114	2,6
<i>Bambini assenti</i>	186	4,3
<i>Bambini partecipanti</i>	4006	93,0
<i>Famiglie partecipanti</i>	4172	96,9

Età alunni	%
8	75,3
9	17,1
altra età	7,6
Distribuzione per sesso	
<i>maschi</i>	51,3
Area abitativa	
≤10.000 ab	53,7
>10.000≤50.000 ab	15,9
> 50.000 ab	7,5
metropolitana/perimetropolitana	22,9

Caratteristiche dei genitori	madre %	padre %
Titolo studio		
≤ media inferiore	31,3	39,2
media superiore	50,7	44,6
laurea	18,1	16,2
Cittadinanza		
italiana	81,5	85,0
straniera	18,5	15,0
Stato ponderale		
sottopeso/normopeso	75,8	48,1
sovrappeso	17,7	41,8
obeso	6,5	10,1

IMC bambini	%
sottopeso	1,1
normopeso	74,5
sovrappeso	18,5
obeso	5,2
severamente obeso	0,8

Bambini non attivi fisicamente il giorno precedente l'indagine	%
	16,7
Attività fisica settimanale	
<i>mai</i>	7,7
<i>un giorno</i>	14,0
<i>due giorni</i>	31,4
<i>tre giorni</i>	23,4
<i>quattro giorni</i>	9,7
<i>cinque/sette giorni</i>	13,8
Ore trascorse guardando la TV e/o giocando con i videogiochi	
0-2	73,4
3-4	22,8
≥5	3,9
Presenza TV in camera	32,7

Tipi di colazione	%
<i>no colazione</i>	5,3
<i>colazione non adeguata</i>	32,4
<i>colazione adeguata</i>	62,4
Tipi di merenda	
<i>no merenda</i>	6,5
<i>merenda non adeguata</i>	56,9
<i>merenda adeguata</i>	36,6
Consumo frutta e/o verdura	
<i>mai</i>	1,1
<i>meno di una volta al di</i>	19,4
<i>1-4 volte al di</i>	67,9
<i>5 o + volte al di</i>	10,4
Consumo di bevande zuccherate e/o gassate	
<i>mai</i>	5,5
<i>meno di una volta al di</i>	49,0
<i>una volta al di</i>	27,1
<i>più volte al di</i>	18,4

Percezione della madre	Stato ponderale reale del bambino	
	% sovrappeso	% obesi
Il bambino mangia		
<i>poco</i>	1,0	1,71
<i>il giusto</i>	76,0	52,6
<i>troppo</i>	23,1	45,7
Il bambino sembra		
<i>sottopeso</i>	0,0	0,3
<i>normopeso</i>	45,6	7,7
<i>un po' sovrappeso</i>	53,0	82,6
<i>molto sovrappeso</i>	1,4	9,4
Il bambino fa attività fisica		
<i>poca</i>	29,5	49,0
<i>sufficiente</i>	62,8	45,2
<i>tanta</i>	7,7	5,8

SCUOLA (202 Plessi)	%
Presenza mensa	95,4
Distribuzione alimenti per merenda	54,1
Svolgimento 2 ore attività motoria	70,1
Educazione nutrizionale	79,8
Miglioramento qualità attività motoria	95,1
Iniziative sane abitudini alimentari	66,0
Coinvolgimento genitori:	
alimentazione	25,1
attività fisica	27,7

Provincia autonoma BOLZANO, campionamento provinciale, 60 classi (972 bambini iscritti)

Partecipazione OKkio	N	%
Rifiuti	63	6,5
Bambini assenti	36	3,7
Bambini partecipanti	873	89,8
Famiglie partecipanti	889	91,5

Età alunni	%
8	46,4
9	52,5
altra età	1,0
Distribuzione per sesso	
maschi	51,7
Area abitativa	
≤10.000 ab	66,7
>10.000≤50.000 ab	13,3
> 50.000 ab	20,0
metropolitana/perimetropolitana	---

Caratteristiche dei genitori	madre %	padre %
Titolo studio		
≤ media inferiore	42,8	55,7
media superiore	42,1	30,6
laurea	15,1	13,7
Cittadinanza		
italiana	88,8	91,4
straniera	11,2	8,6
Stato ponderale		
sottopeso/normopeso	83,7	52,7
sovrappeso	13,9	40,6
obeso	2,4	6,6

IMC bambini	%
sottopeso	1,6
normopeso	82,5
sovrappeso	13,3
obeso	2,2
severamente obeso	0,3

Bambini non attivi fisicamente	%
il giorno precedente l'indagine	4,8
Attività fisica settimanale	
mai	2,0
un giorno	7,4
due giorni	16,2
tre giorni	16,6
quattro giorni	13,2
cinque/sette giorni	44,7
Ore trascorse guardando la TV e/o giocando con i videogiochi	
0-2	86,3
3-4	11,9
≥5	1,8
Presenza TV in camera	10,3

Tipi di colazione	
no colazione	3,8
colazione non adeguata	30,7
colazione adeguata	65,5
Tipo di merenda	
no merenda	4,4
merenda non adeguata	61,4
merenda adeguata	34,3
Consumo frutta e/o verdura	
mai	0,2
meno di una volta al di	24,1
1-4 volte al di	67,5
5 o + volte al di	7,9
Consumo di bevande zuccherate e/o gassate	
mai	6,5
meno di una volta al di	49,9
una volta al di	16,6
più volte al di	27,0

Percezione della madre	Stato ponderale reale del bambino	
	% sovrappeso	% obesi
Il bambino mangia		
poco	0,9	0,0
il giusto	74,8	63,2
troppo	24,3	36,8
Il bambino sembra		
sottopeso	0,0	0,0
normopeso	45,8	10,5
un po' sovrappeso	53,3	84,2
molto sovrappeso	0,9	5,3
Il bambino fa attività fisica		
poca	20,8	26,3
sufficiente	50,0	57,9
tanta	29,3	15,8

SCUOLA (57 Plessi)	%
Presenza mensa	84,2
Distribuzione alimenti per merenda	47,3
Svolgimento 2 ore attività motoria	38,6
Educazione nutrizionale	94,7
Miglioramento qualità attività motoria	87,5
Iniziative sane abitudini alimentari	84,9
Coinvolgimento genitori:	
alimentazione	40,4
attività fisica	28,1

Provincia autonoma TRENTO, campionamento provinciale, 46 classi (838 bambini iscritti)

Partecipazione OKkio	N	%
Rifiuti	22	2,6
Bambini assenti	33	3,9
Bambini partecipanti	783	93,4
Famiglie partecipanti	799	95,3

Età alunni	%
8	50,3
9	48,1
altra età	1,6
Distribuzione per sesso	
maschi	51,5
Area abitativa	
≤10.000 ab	56,5
>10.000≤50.000 ab	21,7
> 50.000 ab	21,7
metropolitana/perimetropolitana	---

Caratteristiche dei genitori	madre %	padre %
Titolo studio		
≤ media inferiore	23,2	35,5
media superiore	58,3	48,2
laurea	18,5	16,3
Cittadinanza		
italiana	84,0	87,9
straniera	16,0	12,1
Stato ponderale		
sottopeso/normopeso	80,5	50,3
sovrappeso	15,6	42,3
obeso	3,9	7,3

IMC bambini	%
sottopeso	1,4
normopeso	77,7
sovrappeso	16,0
obeso	4,2
severamente obeso	0,7

Bambini non attivi fisicamente	%
il giorno precedente l'indagine	7,8
Attività fisica settimanale	
mai	3,1
un giorno	8,4
due giorni	24,2
tre giorni	24,7
quattro giorni	13,4
cinque/sette giorni	26,1
Ore trascorse guardando la TV e/o giocando con i videogiochi	
0-2	83,1
3-4	14,6
≥5	2,3
Presenza TV in camera	17,6

Tipi di colazione	
no colazione	3,1
colazione non adeguata	28,1
colazione adeguata	68,8
Tipo di merenda	
no merenda	11,2
merenda non adeguata	35,4
merenda adeguata	53,4
Consumo frutta e/o verdura	
mai	0,6
meno di una volta al di	9,2
1-4 volte al di	75,4
5 o + volte al di	14,2
Consumo di bevande zuccherate e/o gassate	
mai	5,6
meno di una volta al di	60,6
una volta al di	21,2
più volte al di	12,6

Percezione della madre	Stato ponderale reale del bambino	
	% sovrappeso	% obesi
Il bambino mangia		
poco	0,0	0,0
il giusto	71,7	54,5
troppo	28,3	45,5
Il bambino sembra		
sottopeso	0,0	0,0
normopeso	41,4	6,1
un po' sovrappeso	56,6	84,8
molto sovrappeso	2,0	9,1
Il bambino fa attività fisica		
poca	32,3	39,4
sufficiente	50,5	51,5
tanta	17,2	9,1

SCUOLA (45 Plessi)	%
Presenza mensa	95,6
Distribuzione alimenti per merenda	51,1
Svolgimento 2 ore attività motoria	68,9
Educazione nutrizionale	77,8
Miglioramento qualità attività motoria	97,6
Iniziative sane abitudini alimentari	60,0
Coinvolgimento genitori:	
alimentazione	36,4
attività fisica	14,0

Regione VENETO, campionamento regionale, 72 classi (1493 bambini iscritti)

Partecipazione OKkio	N	%
Rifiuti	23	1,5
Bambini assenti	58	3,9
Bambini partecipanti	1412	94,6
Famiglie partecipanti	1456	97,5

Età alunni	%
8	56,0
9	43,0
altra età	1,0
Distribuzione per sesso	
maschi	51,2
Area abitativa	
≤10.000 ab	27,8
>10.000≤50.000 ab	41,7
> 50.000 ab	19,4
metropolitana/perimetropolitana	11,1

Caratteristiche dei genitori	madre %	padre %
Titolo studio		
≤ media inferiore	33,6	37,8
media superiore	46,9	44,8
laurea	19,5	17,4
Cittadinanza		
italiana	81,4	85,3
straniera	18,6	14,7
Stato ponderale		
sottopeso/normopeso	78,4	47,7
sovrappeso	17,1	42,4
obeso	4,5	9,9

IMC bambini	%
sottopeso	1,2
normopeso	71,7
sovrappeso	20,5
obeso	4,9
severamente obeso	1,7

Bambini non attivi fisicamente il giorno precedente l'indagine	%
	12,6
Attività fisica settimanale	
mai	5,3
un giorno	8,3
due giorni	29,7
tre giorni	22,2
quattro giorni	11,9
cinque/sette giorni	22,5
Ore trascorse guardando la TV e/o giocando con i videogiochi	
0-2	73,3
3-4	22,7
≥5	3,9
Presenza TV in camera	18,6

Tipi di colazione	%
no colazione	5,8
colazione non adeguata	32,1
colazione adeguata	62,0
Tipo di merenda	
no merenda	5,4
merenda non adeguata	58,9
merenda adeguata	35,8
Consumo frutta e/o verdura	
mai	1,3
meno di una volta al di	19,7
1-4 volte al di	70,6
5 o + volte al di	7,2
Consumo di bevande zuccherate e/o gassate	
mai	5,9
meno di una volta al di	46,7
una volta al di	26,5
più volte al di	21,0

Percezione della madre	Stato ponderale reale del bambino	
	% sovrappeso	% obesi
Il bambino mangia		
poco	0,9	0,0
il giusto	75,3	46,4
troppo	23,8	53,6
Il bambino sembra		
sottopeso	0,9	0,0
normopeso	40,2	2,9
un po' sovrappeso	58,1	82,6
molto sovrappeso	0,9	14,5
Il bambino fa attività fisica		
poca	27,4	50,7
sufficiente	66,2	43,5
tanta	6,4	5,8

SCUOLA (70 Plessi)	%
Presenza mensa	90,0
Distribuzione alimenti per merenda	55,2
Svolgimento 2 ore attività motoria	66,7
Educazione nutrizionale	73,9
Miglioramento qualità attività motoria	95,7
Iniziative sane abitudini alimentari	72,1
Coinvolgimento genitori:	
alimentazione	34,8
attività fisica	34,8

Regione FRIULI-VENEZIA GIULIA, campionamento misto, 80 classi (1468 bambini iscritti)

Partecipazione OKkio	N	%
Rifiuti	34	2,3
Bambini assenti	58	4,0
Bambini partecipanti	1376	93,7
Famiglie partecipanti	1425	97,1

Età alunni	%
8	56,6
9	42,0
altra età	1,4
Distribuzione per sesso	
maschi	50,4
Area abitativa	
≤10.000 ab	37,5
>10.000≤50.000 ab	28,8
> 50.000 ab	33,8
metropolitana/perimetropolitana	---

Caratteristiche dei genitori	madre %	padre %
Titolo studio		
≤ media inferiore	28,6	34,6
media superiore	49,2	46,4
laurea	22,2	19,0
Cittadinanza		
italiana	87,2	89,7
straniera	12,8	10,3
Stato ponderale		
sottopeso/normopeso	76,6	45,9
sovrappeso	19,8	46,1
obeso	3,6	8,0

IMC bambini	%
sottopeso	0,5
normopeso	72,8
sovrappeso	19,7
obeso	6,3
severamente obeso	0,7

Bambini non attivi fisicamente il giorno precedente l'indagine	%
	12,4
Attività fisica settimanale	
mai	4,8
un giorno	5,8
due giorni	30,3
tre giorni	27,3
quattro giorni	11,2
cinque/sette giorni	20,7
Ore trascorse guardando la TV e/o giocando con i videogiochi	
0-2	77,9
3-4	19,1
≥5	3,0
Presenza TV in camera	18,7

Tipi di colazione	%
no colazione	5,6
colazione non adeguata	26,0
colazione adeguata	68,4
Tipo di merenda	
no merenda	4,2
merenda non adeguata	50,9
merenda adeguata	44,9
Consumo frutta e/o verdura	
mai	0,8
meno di una volta al dì	16,1
1-4 volte al dì	71,1
5 o + volte al dì	11,2
Consumo di bevande zuccherate e/o gassate	
mai	5,3
meno di una volta al dì	56,2
una volta al dì	21,3
più volte al dì	17,2

Percezione della madre	Stato ponderale reale del bambino	
	% sovrappeso	% obesi
Il bambino mangia		
poco	1,1	2,4
il giusto	69,2	30,7
troppo	29,7	67,0
Il bambino sembra		
sottopeso	0,2	0,0
normopeso	30,6	8,0
un po' sovrappeso	67,6	77,7
molto sovrappeso	1,6	14,3
Il bambino fa attività fisica		
poca	31,7	44,8
sufficiente	60,5	51,9
tanta	7,8	3,2

SCUOLA (74 Plessi)	%
Presenza mensa	91,0
Distribuzione alimenti per merenda	54,9
Svolgimento 2 ore attività motoria	74,9
Educazione nutrizionale	65,6
Miglioramento qualità attività motoria	97,6
Iniziative sane abitudini alimentari	67,5
Coinvolgimento genitori:	
alimentazione	40,0
attività fisica	28,1

Regione LIGURIA, campionamento misto, 80 classi (1578 bambini iscritti)

Partecipazione OKkio	N	%
Rifiuti	61	3,9
Bambini assenti	78	4,9
Bambini partecipanti	1439	91,2
Famiglie partecipanti	1523	96,5

Età alunni	%
8	58,9
9	40,0
altra età	1,1
Distribuzione per sesso	
maschi	50,6
Area abitativa	
≤10.000 ab	20,0
>10.000≤50.000 ab	23,8
> 50.000 ab	23,8
metropolitana/perimetropolitana	32,5

Caratteristiche dei genitori	madre %	padre %
Titolo studio		
≤ media inferiore	26,5	33,9
media superiore	47,9	45,9
laurea	25,6	20,2
Cittadinanza		
italiana	84,3	90,0
straniera	15,7	10,0
Stato ponderale		
sottopeso/normopeso	78,5	47,9
sovrappeso	17,6	41,7
obeso	3,9	10,4

IMC bambini	%
sottopeso	1,1
normopeso	69,5
sovrappeso	22,5
obeso	5,7
severamente obeso	1,2

Bambini non attivi fisicamente il giorno precedente l'indagine	%
	10,9
Attività fisica settimanale	
mai	4,3
un giorno	6,6
due giorni	29,2
tre giorni	26,4
quattro giorni	13,3
cinque/sette giorni	20,3
Ore trascorse guardando la TV e/o giocando con i videogiochi	
0-2	74,0
3-4	21,4
≥5	4,6
Presenza TV in camera	41,6

Tipi di colazione	%
no colazione	7,8
colazione non adeguata	31,3
colazione adeguata	60,9
Tipo di merenda	
no merenda	4,2
merenda non adeguata	68,5
merenda adeguata	27,3
Consumo frutta e/o verdura	
mai	0,5
meno di una volta al dì	18,4
1-4 volte al dì	72,2
5 o + volte al dì	8,4
Consumo di bevande zuccherate e/o gassate	
mai	5,8
meno di una volta al dì	54,7
una volta al dì	23,9
più volte al dì	15,6

Percezione della madre	Stato ponderale reale del bambino	
	% sovrappeso	% obesi
Il bambino mangia		
poco	3,0	2,0
il giusto	68,4	48,3
troppo	28,7	49,8
Il bambino sembra		
sottopeso	1,5	0,0
normopeso	42,7	9,2
un po' sovrappeso	55,8	84,0
molto sovrappeso	0,0	6,8
Il bambino fa attività fisica		
poca	24,9	36,2
sufficiente	62,8	54,1
tanta	12,3	9,7

SCUOLA (78 Plessi)	%
Presenza mensa	98,0
Distribuzione alimenti per merenda	43,2
Svolgimento 2 ore attività motoria	68,7
Educazione nutrizionale	72,3
Miglioramento qualità attività motoria	87,0
Iniziative sane abitudini alimentari	72,1
Coinvolgimento genitori:	
alimentazione	41,7
attività fisica	37,4

Regione EMILIA-ROMAGNA, campionamento aziendale, 218 classi (4699 bambini iscritti)

Partecipazione OKkio	N	%
<i>Rifiuti</i>	79	1,7
<i>Bambini assenti</i>	307	6,5
<i>Bambini partecipanti</i>	4315	91,8
<i>Famiglie partecipanti</i>	4512	96,0

Età alunni	%
8	57,8
9	41,2
altra età	1,0
Distribuzione per sesso	
maschi	51,4
Area abitativa	
≤10.000 ab	29,4
>10.000≤50.000 ab	24,8
> 50.000 ab	36,7
metropolitana/perimetropolitana	9,2

Caratteristiche dei genitori	madre %	padre %
Titolo studio		
≤ media inferiore	28,2	37,4
media superiore	50,6	45,1
laurea	21,1	17,6
Cittadinanza		
italiana	83,0	86,7
straniera	17,0	13,3
Stato ponderale		
sottopeso/normopeso	75,4	45,2
sovrappeso	18,1	44,6
obeso	6,4	10,2

IMC bambini	%
sottopeso	0,6
normopeso	70,1
sovrappeso	22,1
obeso	5,9
severamente obeso	1,3

Bambini non attivi fisicamente il giorno precedente l'indagine	%
	11,9
Attività fisica settimanale	
mai	6,0
un giorno	9,2
due giorni	35,2
tre giorni	22,7
quattro giorni	10,9
cinque/sette giorni	16,0
Ore trascorse guardando la TV e/o giocando con i videogiochi	
0-2	69,9
3-4	25,5
≥5	4,6
Presenza TV in camera	33,3

Tipi di colazione	
no colazione	5,4
colazione non adeguata	31,4
colazione adeguata	63,2
Tipo di merenda	
no merenda	5,5
merenda non adeguata	56,6
merenda adeguata	37,8
Consumo frutta e/o verdura	
mai	1,0
meno di una volta al dì	18,6
1-4 volte al dì	70,3
5 o + volte al dì	9,1
Consumo di bevande zuccherate e/o gassate	
mai	5,8
meno di una volta al dì	52,3
una volta al dì	23,8
più volte al dì	18,1

Percezione della madre	Stato ponderale reale del bambino	
	% sovrappeso	% obesi
Il bambino mangia		
poco	0,7	0,8
il giusto	74,7	45,2
troppo	24,7	54,0
Il bambino sembra		
sottopeso	0,3	0,3
normopeso	40,2	6,2
un po' sovrappeso	58,3	79,2
molto sovrappeso	1,2	14,3
Il bambino fa attività fisica		
poca	34,7	43,7
sufficiente	58,1	50,0
tanta	7,2	6,3

SCUOLA (195 Plessi)	%
Presenza mensa	87,1
Distribuzione alimenti per merenda	48,9
Svolgimento 2 ore attività motoria	69,7
Educazione nutrizionale	79,8
Miglioramento qualità attività motoria	99,6
Iniziative sane abitudini alimentari	73,3
Coinvolgimento genitori:	
alimentazione	29,8
attività fisica	27,0

Regione TOSCANA, campionamento misto, 123 classi (2442 bambini iscritti)

Partecipazione OKkio	N	%
<i>Rifiuti</i>	83	3,4
<i>Bambini assenti</i>	120	4,9
<i>Bambini partecipanti</i>	2239	91,7
<i>Famiglie partecipanti</i>	2292	93,9

Età alunni	%
8	57,4
9	41,5
altra età	1,1
Distribuzione per sesso	
<i>maschi</i>	50,0
Area abitativa	
≤10.000 ab	27,6
>10.000≤50.000 ab	22,8
> 50.000 ab	32,5
metropolitana/perimetropolitana	17,1

Caratteristiche dei genitori	madre	padre
	%	%
Titolo studio		
≤ media inferiore	31,1	43,5
media superiore	50,9	40,8
laurea	18,0	15,7
Cittadinanza		
italiana	86,1	89,4
straniera	13,9	10,6
Stato ponderale		
sottopeso/normopeso	78,3	47,3
sovrappeso	16,5	43,5
obeso	5,2	9,3

IMC bambini	%
sottopeso	1,2
normopeso	72,2
sovrappeso	19,6
obeso	6,1
severamente obeso	0,9

Bambini non attivi fisicamente	%
<i>il giorno precedente l'indagine</i>	12,0
Attività fisica settimanale	
<i>mai</i>	4,8
<i>un giorno</i>	6,4
<i>due giorni</i>	38,0
<i>tre giorni</i>	25,2
<i>quattro giorni</i>	10,7
<i>cinque/sette giorni</i>	14,9
Ore trascorse guardando la TV e/o giocando con i videogiochi	
0-2	67,0
3-4	27,3
≥5	5,7
Presenza TV in camera	45,4

Tipi di colazione	
<i>no colazione</i>	6,9
<i>colazione non adeguata</i>	28,7
<i>colazione adeguata</i>	64,5
Tipo di merenda	
<i>no merenda</i>	3,4
<i>merenda non adeguata</i>	68,9
<i>merenda adeguata</i>	27,7
Consumo frutta e/o verdura	
<i>mai</i>	1,5
<i>meno di una volta al di</i>	19,4
<i>1-4 volte al di</i>	69,5
<i>5 o + volte al di</i>	8,0
Consumo di bevande zuccherate e/o gassate	
<i>mai</i>	6,3
<i>meno di una volta al di</i>	57,4
<i>una volta al di</i>	22,1
<i>più volte al di</i>	14,1

Percezione della madre	Stato ponderale reale del bambino	
	% sovrappeso	% obesi
Il bambino mangia		
<i>poco</i>	2,8	0,0
<i>il giusto</i>	75,7	55,0
<i>troppo</i>	21,5	45,0
Il bambino sembra		
<i>sottopeso</i>	1,2	0,0
<i>normopeso</i>	37,2	10,9
<i>un po' sovrappeso</i>	60,7	79,6
<i>molto sovrappeso</i>	1,0	15,5
Il bambino fa attività fisica		
<i>poca</i>	29,0	41,1
<i>sufficiente</i>	63,9	52,9
<i>tanta</i>	7,1	6,0

SCUOLA (117 Plessi)	%
Presenza mensa	93,5
Distribuzione alimenti per merenda	45,6
Svolgimento 2 ore attività motoria	69,8
Educazione nutrizionale	66,2
Miglioramento qualità attività motoria	90,1
Iniziative sane abitudini alimentari	67,0
Coinvolgimento genitori:	
alimentazione	28,5
attività fisica	20,9

Regione UMBRIA, campionamento regionale, 63 classi (1211 bambini iscritti)

Partecipazione OKkio	N	%
Rifiuti	25	2,1
Bambini assenti	60	5,0
Bambini partecipanti	1126	93,0
Famiglie partecipanti	1168	96,4

Età alunni	%
8	61,0
9	37,7
altra età	1,3
Distribuzione per sesso	
maschi	51,9
Area abitativa	
≤10.000 ab	22,2
>10.000≤50.000 ab	39,7
> 50.000 ab	38,1
metropolitana/perimetropolitana	---

Caratteristiche dei genitori	madre %	padre %
Titolo studio		
≤ media inferiore	26,6	35,7
media superiore	54,2	49,9
laurea	19,3	14,4
Cittadinanza		
italiana	81,9	86,6
straniera	18,1	13,4
Stato ponderale		
sottopeso/normopeso	74,7	41,3
sovrappeso	19,4	46,2
obeso	5,9	12,5

IMC bambini	%
sottopeso	0,5
normopeso	65,1
sovrappeso	25,6
obeso	6,5
severamente obeso	2,4

Bambini non attivi fisicamente il giorno precedente l'indagine	%
	12,7
Attività fisica settimanale	
mai	5,9
un giorno	5,4
due giorni	36,9
tre giorni	23,8
quattro giorni	10,0
cinque/sette giorni	18,0
Ore trascorse guardando la TV e/o giocando con i videogiochi	
0-2	62,2
3-4	31,9
≥5	5,9
Presenza TV in camera	47,4

Tipi di colazione	%
no colazione	7,9
colazione non adeguata	27,3
colazione adeguata	64,8
Tipo di merenda	
no merenda	1,6
merenda non adeguata	78,8
merenda adeguata	19,6
Consumo frutta e/o verdura	
mai	1,1
meno di una volta al di	21,3
1-4 volte al di	68,7
5 o + volte al di	7,7
Consumo di bevande zuccherate e/o gassate	
mai	5,0
meno di una volta al di	51,0
una volta al di	27,7
più volte al di	16,3

Percezione della madre	Stato ponderale reale del bambino	
	% sovrappeso	% obesi
Il bambino mangia		
poco	4,0	1,4
il giusto	75,8	45,1
troppo	20,3	53,5
Il bambino sembra		
sottopeso	0,9	0,0
normopeso	52,4	19,7
un po' sovrappeso	46,3	67,6
molto sovrappeso	0,4	12,7
Il bambino fa attività fisica		
poca	28,2	50,7
sufficiente	62,1	39,4
tanta	9,7	9,9

SCUOLA (61 Plessi)	%
Presenza mensa	49,2
Distribuzione alimenti per merenda	50,9
Svolgimento 2 ore attività motoria	59,0
Educazione nutrizionale	72,1
Miglioramento qualità attività motoria	96,7
Iniziative sane abitudini alimentari	69,5
Coinvolgimento genitori:	
alimentazione	35,0
attività fisica	34,4

Regione MARCHE, campionamento misto, 133 classi (2628 bambini iscritti)

Partecipazione OKkio	N	%
<i>Rifiuti</i>	67	2,5
<i>Bambini assenti</i>	125	4,8
<i>Bambini partecipanti</i>	2436	92,7
<i>Famiglie partecipanti</i>	2523	96,0

Età alunni	%
8	56,9
9	41,6
altra età	1,5
Distribuzione per sesso	
<i>maschi</i>	50,6
Area abitativa	
≤10.000 ab	38,4
>10.000≤50.000 ab	39,1
> 50.000 ab	21,1
<i>metropolitana/perimetropolitana</i>	1,5

Caratteristiche dei genitori	madre %	padre %
Titolo studio		
≤ media inferiore	30,8	38,1
media superiore	48,8	48,0
laurea	20,4	13,9
Cittadinanza		
<i>italiana</i>	83,6	87,4
<i>straniera</i>	16,4	12,6
Stato ponderale		
<i>sottopeso/normopeso</i>	74,8	46,1
<i>sovrappeso</i>	19,8	44,0
<i>obeso</i>	5,4	10,0

IMC bambini	%
<i>sottopeso</i>	1,3
<i>normopeso</i>	66,6
<i>sovrappeso</i>	22,8
<i>obeso</i>	7,6
<i>severamente obeso</i>	1,8

Bambini non attivi fisicamente il giorno precedente l'indagine	%
	18,8
Attività fisica settimanale	
<i>mai</i>	5,7
<i>un giorno</i>	5,5
<i>due giorni</i>	40,6
<i>tre giorni</i>	22,6
<i>quattro giorni</i>	10,0
<i>cinque/sette giorni</i>	15,6
Ore trascorse guardando la TV e/o giocando con i videogiochi	
0-2	62,1
3-4	30,5
≥5	7,3
Presenza TV in camera	37,6

Tipi di colazione	%
<i>no colazione</i>	7,5
<i>colazione non adeguata</i>	28,4
<i>colazione adeguata</i>	64,2
Tipo di merenda	
<i>no merenda</i>	2,8
<i>merenda non adeguata</i>	76,2
<i>merenda adeguata</i>	21,0
Consumo frutta e/o verdura	
<i>mai</i>	1,6
<i>meno di una volta al di</i>	20,8
<i>1-4 volte al di</i>	69,1
<i>5 o + volte al di</i>	6,9
Consumo di bevande zuccherate e/o gassate	
<i>mai</i>	7,3
<i>meno di una volta al di</i>	53,1
<i>una volta al di</i>	23,2
<i>più volte al di</i>	16,4

Percezione della madre	Stato ponderale reale del bambino	
	% sovrappeso	% obesi
Il bambino mangia		
<i>poco</i>	1,6	1,9
<i>il giusto</i>	73,3	50,6
<i>troppo</i>	25,1	47,5
Il bambino sembra		
<i>sottopeso</i>	0,7	0,0
<i>normopeso</i>	46,6	10,2
<i>un po' sovrappeso</i>	51,5	82,1
<i>molto sovrappeso</i>	1,3	7,7
Il bambino fa attività fisica		
<i>poca</i>	33,9	44,9
<i>sufficiente</i>	56,9	45,2
<i>tanta</i>	9,2	9,9

SCUOLA (119 Plessi)	%
Presenza mensa	63,5
Distribuzione alimenti per merenda	52,5
Svolgimento 2 ore attività motoria	60,8
Educazione nutrizionale	69,7
Miglioramento qualità attività motoria	91,1
Iniziative sane abitudini alimentari	67,4
Coinvolgimento genitori:	
alimentazione	35,4
attività fisica	21,7

Regione LAZIO, campionamento misto, 140 classi (2958 bambini iscritti)

Partecipazione OKkio	N	%
<i>Rifiuti</i>	121	4,1
<i>Bambini assenti</i>	239	8,1
<i>Bambini partecipanti</i>	2598	87,8
<i>Famiglie partecipanti</i>	2804	94,8

Età alunni	%
8	60,1
9	39,1
altra età	0,7
Distribuzione per sesso	
maschi	50,7
Area abitativa	
≤10.000 ab	7,9
>10.000≤50.000 ab	12,9
> 50.000 ab	4,3
metropolitana/perimetropolitana	75,0

Caratteristiche dei genitori	madre %	padre %
Titolo studio		
≤ media inferiore	27,0	32,8
media superiore	49,4	46,3
laurea	23,6	20,9
Cittadinanza		
italiana	88,4	91,6
straniera	11,6	8,4
Stato ponderale		
sottopeso/normopeso	76,2	45,1
sovrappeso	18,3	44,0
obeso	5,5	10,9

IMC bambini	%
sottopeso	1,0
normopeso	65,8
sovrappeso	23,2
obeso	7,7
severamente obeso	2,3

Bambini non attivi fisicamente il giorno precedente l'indagine	%
	18,1
Attività fisica settimanale	
mai	6,3
un giorno	7,0
due giorni	34,9
tre giorni	25,3
quattro giorni	11,2
cinque/sette giorni	15,3
Ore trascorse guardando la TV e/o giocando con i videogiochi	
0-2	66,0
3-4	29,0
≥5	4,9
Presenza TV in camera	55,7

Tipi di colazione	%
no colazione	9,0
colazione non adeguata	26,1
colazione adeguata	64,9
Tipo di merenda	
no merenda	4,5
merenda non adeguata	58,1
merenda adeguata	37,4
Consumo frutta e/o verdura	
mai	1,2
meno di una volta al di	19,6
1-4 volte al di	70,2
5 o + volte al di	7,7
Consumo di bevande zuccherate e/o gassate	
mai	5,6
meno di una volta al di	52,4
una volta al di	25,7
più volte al di	16,3

Percezione della madre	Stato ponderale reale del bambino	
	% sovrappeso	% obesi
Il bambino mangia		
poco	1,2	2,7
il giusto	76,9	47,8
troppo	22,0	49,5
Il bambino sembra		
sottopeso	0,5	1,7
normopeso	44,7	7,4
un po' sovrappeso	54,7	80,5
molto sovrappeso	0,0	10,5
Il bambino fa attività fisica		
poca	33,4	46,7
sufficiente	56,5	42,6
tanta	10,2	10,7

SCUOLA (128 Plessi)	%
Presenza mensa	83,9
Distribuzione alimenti per merenda	38,2
Svolgimento 2 ore attività motoria	70,1
Educazione nutrizionale	75,7
Miglioramento qualità attività motoria	89,8
Iniziative sane abitudini alimentari	65,9
Coinvolgimento genitori:	
alimentazione	33,2
attività fisica	31,0

Regione ABRUZZO, campionamento regionale, 75 classi (1442 bambini iscritti)

Partecipazione OKkio	N	%
<i>Rifiuti</i>	60	4,2
<i>Bambini assenti</i>	94	6,5
<i>Bambini partecipanti</i>	1288	89,3
<i>Famiglie partecipanti</i>	1355	94,0

Età alunni	%
8	59,6
9	39,1
altra età	1,2
Distribuzione per sesso	
<i>maschi</i>	49,9
Area abitativa	
≤10.000 ab	36,0
>10.000≤50.000 ab	44,0
> 50.000 ab	20,0
<i>metropolitana/perimetropolitana</i>	---

Caratteristiche dei genitori	madre %	padre %
Titolo studio		
≤ media inferiore	28,0	35,9
media superiore	51,6	47,4
laurea	20,5	16,6
Cittadinanza		
<i>italiana</i>	90,0	93,7
<i>straniera</i>	10,0	6,33
Stato ponderale		
<i>sottopeso/normopeso</i>	72,4	41,2
<i>sovrappeso</i>	21,3	47,1
<i>obeso</i>	6,3	11,7

IMC bambini	%
<i>sottopeso</i>	0,7
<i>normopeso</i>	58,9
<i>sovrappeso</i>	25,8
<i>obeso</i>	10,9
<i>severamente obeso</i>	3,7

Bambini non attivi fisicamente il giorno precedente l'indagine	%
	21,5
Attività fisica settimanale	
<i>mai</i>	6,0
<i>un giorno</i>	8,1
<i>due giorni</i>	40,0
<i>tre giorni</i>	20,2
<i>quattro giorni</i>	11,7
<i>cinque/sette giorni</i>	14,1
Ore trascorse guardando la TV e/o giocando con i videogiochi	
0-2	56,0
3-4	35,2
≥5	8,8
Presenza TV in camera	46,3

Tipi di colazione	%
<i>no colazione</i>	7,1
<i>colazione non adeguata</i>	26,9
<i>colazione adeguata</i>	66,0
Tipi di merenda	
<i>no merenda</i>	2,6
<i>merenda non adeguata</i>	79,1
<i>merenda adeguata</i>	18,3
Consumo frutta e/o verdura	
<i>mai</i>	2,3
<i>meno di una volta al di</i>	18,6
<i>1-4 volte al di</i>	71,8
<i>5 o + volte al di</i>	5,1
Consumo di bevande zuccherate e/o gassate	
<i>mai</i>	4,5
<i>meno di una volta al di</i>	52,2
<i>una volta al di</i>	23,4
<i>più volte al di</i>	19,9

Percezione della madre	Stato ponderale reale del bambino	
	% sovrappeso	% obesi
Il bambino mangia		
<i>poco</i>	2,1	0,6
<i>il giusto</i>	80,4	41,4
<i>troppo</i>	17,5	58,0
Il bambino sembra		
<i>sottopeso</i>	0,4	0,0
<i>normopeso</i>	50,2	9,0
<i>un po' sovrappeso</i>	48,7	76,3
<i>molto sovrappeso</i>	0,7	14,7
Il bambino fa attività fisica		
<i>poca</i>	37,1	47,1
<i>sufficiente</i>	51,1	44,0
<i>tanta</i>	11,8	8,9

SCUOLA (67 Plessi)	%
Presenza mensa	44,8
Distribuzione alimenti per merenda	39,7
Svolgimento 2 ore attività motoria	69,1
Educazione nutrizionale	75,0
Miglioramento qualità attività motoria	83,1
Iniziative sane abitudini alimentari	70,6
Coinvolgimento genitori:	
alimentazione	31,8
attività fisica	25,0

Regione MOLISE, campionamento regionale, 58 classi (1030 bambini iscritti)

Partecipazione OKkio	N	%
<i>Rifiuti</i>	24	2,3
<i>Bambini assenti</i>	52	5,0
<i>Bambini partecipanti</i>	954	92,6
<i>Famiglie partecipanti</i>	1004	97,5

Età alunni	%
8	61,5
9	36,8
altra età	1,7
Distribuzione per sesso	
<i>maschi</i>	51,6
Area abitativa	
≤10.000 ab	56,9
>10.000≤50.000 ab	19,0
> 50.000 ab	24,1
<i>metropolitana/perimetropolitana</i>	---

Caratteristiche dei genitori	madre %	padre %
Titolo studio		
≤ media inferiore	30,7	43,4
media superiore	50,3	42,5
laurea	19,0	14,1
Cittadinanza		
<i>italiana</i>	92,1	96,1
<i>straniera</i>	7,9	3,9
Stato ponderale		
<i>sottopeso/normopeso</i>	72,8	37,0
<i>sovrappeso</i>	20,2	49,9
<i>obeso</i>	7,1	13,1

IMC bambini	%
<i>sottopeso</i>	1,0
<i>normopeso</i>	57,7
<i>sovrappeso</i>	27,0
<i>obeso</i>	11,2
<i>severamente obeso</i>	3,1

Bambini non attivi fisicamente il giorno precedente l'indagine	%
	25,0
Attività fisica settimanale	
<i>mai</i>	7,4
<i>un giorno</i>	7,5
<i>due giorni</i>	42,6
<i>tre giorni</i>	17,1
<i>quattro giorni</i>	10,5
<i>cinque/sette giorni</i>	14,9
Ore trascorse guardando la TV e/o giocando con i videogiochi	
0-2	58,1
3-4	33,7
≥5	8,2
Presenza TV in camera	45,8

Tipi di colazione	%
<i>no colazione</i>	10,4
<i>colazione non adeguata</i>	31,6
<i>colazione adeguata</i>	58,0
Tipi di merenda	
<i>no merenda</i>	2,1
<i>merenda non adeguata</i>	91,0
<i>merenda adeguata</i>	6,9
Consumo frutta e/o verdura	
<i>mai</i>	2,3
<i>meno di una volta al di</i>	22,1
<i>1-4 volte al di</i>	71,1
<i>5 o + volte al di</i>	2,2
Consumo di bevande zuccherate e/o gassate	
<i>mai</i>	4,4
<i>meno di una volta al di</i>	48,3
<i>una volta al di</i>	26,7
<i>più volte al di</i>	20,6

Percezione della madre	Stato ponderale reale del bambino	
	% sovrappeso	% obesi
Il bambino mangia		
<i>poco</i>	2,8	2,5
<i>il giusto</i>	82,6	51,3
<i>troppo</i>	14,6	46,2
Il bambino sembra		
<i>sottopeso</i>	0,5	0,0
<i>normopeso</i>	55,3	12,7
<i>un po' sovrappeso</i>	44,2	74,6
<i>molto sovrappeso</i>	0,0	12,7
Il bambino fa attività fisica		
<i>poca</i>	37,7	44,1
<i>sufficiente</i>	53,0	46,6
<i>tanta</i>	9,3	9,3

SCUOLA (37 Plessi)	%
Presenza mensa	27,0
Distribuzione alimenti per merenda	38,9
Svolgimento 2 ore attività motoria	77,8
Educazione nutrizionale	70,3
Miglioramento qualità attività motoria	83,8
Iniziative sane abitudini alimentari	41,2
Coinvolgimento genitori:	
alimentazione	8,3
attività fisica	16,7

Regione CAMPANIA, campionamento aziendale, 215 classi (4158 bambini iscritti)

Partecipazione OKkio	N	%
<i>Rifiuti</i>	213	5,1
<i>Bambini assenti</i>	415	10,0
<i>Bambini partecipanti</i>	3530	84,9
<i>Famiglie partecipanti</i>	3828	92,1

Età alunni	%
8	71,6
9	26,8
altra età	1,6
Distribuzione per sesso	
maschi	50,5
Area abitativa	
≤10.000 ab	35,4
>10.000≤50.000 ab	19,5
> 50.000 ab	10,2
metropolitana/perimetropolitana	34,9

Caratteristiche dei genitori	madre %	padre %
Titolo studio		
≤ media inferiore	45,7	50,1
media superiore	41,0	38,3
laurea	13,3	11,6
Cittadinanza		
italiana	96,5	97,9
straniera	3,5	2,1
Stato ponderale		
sottopeso/normopeso	63,9	33,4
sovrappeso	27,0	51,9
obeso	9,0	14,7

IMC bambini	%
sottopeso	0,6
normopeso	50,6
sovrappeso	27,2
obeso	15,5
severamente obeso	6,0

Bambini non attivi fisicamente il giorno precedente l'indagine	%
	22,7
Attività fisica settimanale	
mai	15,6
un giorno	8,7
due giorni	32,2
tre giorni	23,1
quattro giorni	6,7
cinque/sette giorni	13,7
Ore trascorse guardando la TV e/o giocando con i videogiochi	
0-2	49,4
3-4	36,4
≥5	14,2
Presenza TV in camera	71,4

Tipi di colazione	%
no colazione	12,9
colazione non adeguata	32,9
colazione adeguata	54,2
Tipo di merenda	
no merenda	4,9
merenda non adeguata	66,4
merenda adeguata	28,6
Consumo frutta e/o verdura	
mai	2,2
meno di una volta al di	23,0
1-4 volte al di	68,4
5 o + volte al di	4,1
Consumo di bevande zuccherate e/o gassate	
mai	2,7
meno di una volta al di	46,3
una volta al di	24,9
più volte al di	26,1

Percezione della madre	Stato ponderale reale del bambino	
	% sovrappeso	% obesi
Il bambino mangia		
poco	4,4	1,9
il giusto	74,1	55,6
troppo	21,5	42,5
Il bambino sembra		
sottopeso	0,5	0,9
normopeso	57,6	16,6
un po' sovrappeso	40,9	75,2
molto sovrappeso	1,0	7,3
Il bambino fa attività fisica		
poca	41,0	51,3
sufficiente	50,9	42,0
tanta	8,1	6,6

SCUOLA (199 Plessi)	%
Presenza mensa	42,4
Distribuzione alimenti per merenda	52,9
Svolgimento 2 ore attività motoria	64,0
Educazione nutrizionale	86,4
Miglioramento qualità attività motoria	77,8
Iniziative sane abitudini alimentari	79,4
Coinvolgimento genitori:	
alimentazione	48,5
attività fisica	32,5

Regione PUGLIA, campionamento aziendale, 177 classi (3816 bambini iscritti)

Partecipazione OKkio	N	%
<i>Rifiuti</i>	191	5,0
<i>Bambini assenti</i>	183	4,8
<i>Bambini partecipanti</i>	3442	90,2
<i>Famiglie partecipanti</i>	3588	94,0

Età alunni	%
8	69,2
9	30,3
altra età	0,5
Distribuzione per sesso	
<i>maschi</i>	51,0
Area abitativa	
≤10.000 ab	16,4
>10.000≤50.000 ab	35,0
> 50.000 ab	29,9
metropolitana/perimetropolitana	18,6

Caratteristiche dei genitori	madre %	padre %
Titolo studio		
≤ media inferiore	48,7	54,6
media superiore	37,7	34,4
laurea	13,6	11,0
Cittadinanza		
italiana	96,4	97,0
straniera	3,7	3,0
Stato ponderale		
sottopeso/normopeso	68,1	37,3
sovrappeso	24,1	50,0
obeso	7,7	12,8

IMC bambini	%
sottopeso	0,9
normopeso	57,5
sovrappeso	24,8
obeso	12,4
severamente obeso	4,4

Bambini non attivi fisicamente il giorno precedente l'indagine	%
	26,8
Attività fisica settimanale	
<i>mai</i>	16,4
<i>un giorno</i>	9,6
<i>due giorni</i>	36,9
<i>tre giorni</i>	20,0
<i>quattro giorni</i>	6,2
<i>cinque/sette giorni</i>	10,9
Ore trascorse guardando la TV e/o giocando con i videogiochi	
0-2	53,5
3-4	36,2
≥5	10,3
Presenza TV in camera	56,2

Tipi di colazione	%
<i>no colazione</i>	10,5
<i>colazione non adeguata</i>	28,6
<i>colazione adeguata</i>	60,9
Tipo di merenda	
<i>no merenda</i>	4,8
<i>merenda non adeguata</i>	70,5
<i>merenda adeguata</i>	24,7
Consumo frutta e/o verdura	
<i>mai</i>	1,8
<i>meno di una volta al di</i>	23,0
<i>1-4 volte al di</i>	69,6
<i>5 o + volte al di</i>	3,9
Consumo di bevande zuccherate e/o gassate	
<i>mai</i>	6,0
<i>meno di una volta al di</i>	54,5
<i>una volta al di</i>	20,4
<i>più volte al di</i>	19,1

Percezione della madre	Stato ponderale reale del bambino	
	% sovrappeso	% obesi
Il bambino mangia		
<i>poco</i>	3,7	1,6
<i>il giusto</i>	80,1	56,4
<i>troppo</i>	16,2	42,0
Il bambino sembra		
<i>sottopeso</i>	0,4	0,4
<i>normopeso</i>	61,2	14,4
<i>un po' sovrappeso</i>	38,0	75,4
<i>molto sovrappeso</i>	0,4	9,8
Il bambino fa attività fisica		
<i>poca</i>	42,1	52,5
<i>sufficiente</i>	50,1	42,1
<i>tanta</i>	7,7	5,5

SCUOLA (163 Plessi)	%
Presenza mensa	51,1
Distribuzione alimenti per merenda	53,7
Svolgimento 2 ore attività motoria	59,4
Educazione nutrizionale	76,4
Miglioramento qualità attività motoria	85,8
Iniziative sane abitudini alimentari	72,8
Coinvolgimento genitori:	
alimentazione	51,7
attività fisica	36,4

Regione BASILICATA, campionamento regionale, 69 classi (1328 bambini iscritti)

Partecipazione OKkio	N	%
Rifiuti	32	2,4
Bambini assenti	84	6,3
Bambini partecipanti	1212	91,3
Famiglie partecipanti	1215	91,5

Età alunni	%
8	63,6
9	33,4
altra età	3,0
Distribuzione per sesso	
maschi	52,2
Area abitativa	
≤10.000 ab	46,4
>10.000≤50.000 ab	33,3
> 50.000 ab	20,3
metropolitana/perimetropolitana	---

Caratteristiche dei genitori	madre %	padre %
Titolo studio		
≤ media inferiore	35,2	41,9
media superiore	47,9	44,4
laurea	16,9	13,8
Cittadinanza		
italiana	94,4	95,6
straniera	5,6	4,4
Stato ponderale		
sottopeso/normopeso	65,7	37,3
sovrappeso	24,7	50,5
obeso	9,6	12,2

IMC bambini	%
sottopeso	1,0
normopeso	58,7
sovrappeso	27,3
obeso	9,6
severamente obeso	3,4

Bambini non attivi fisicamente il giorno precedente l'indagine	%
	22,7
Attività fisica settimanale	
mai	11,3
un giorno	10,4
due giorni	40,9
tre giorni	16,3
quattro giorni	6,9
cinque/sette giorni	14,1
Ore trascorse guardando la TV e/o giocando con i videogiochi	
0-2	56,8
3-4	35,8
≥5	7,4
Presenza TV in camera	43,4

Tipi di colazione	
no colazione	8,6
colazione non adeguata	31,4
colazione adeguata	60,0
Tipo di merenda	
no merenda	4,7
merenda non adeguata	69,0
merenda adeguata	26,3
Consumo frutta e/o verdura	
mai	1,7
meno di una volta al di	22,9
1-4 volte al di	69,9
5 o + volte al di	3,8
Consumo di bevande zuccherate e/o gassate	
mai	5,1
meno di una volta al di	58,3
una volta al di	19,5
più volte al di	17,1

Percezione della madre	Stato ponderale reale del bambino	
	% sovrappeso	% obesi
Il bambino mangia		
poco	2,6	3,2
il giusto	76,3	52,0
troppo	21,1	44,8
Il bambino sembra		
sottopeso	0,0	0,0
normopeso	52,8	11,5
un po' sovrappeso	46,5	76,2
molto sovrappeso	0,7	12,3
Il bambino fa attività fisica		
poca	43,1	54,1
sufficiente	52,1	40,2
tanta	4,9	5,7

SCUOLA (49 Plessi)	%
Presenza mensa	85,7
Distribuzione alimenti per merenda	44,9
Svolgimento 2 ore attività motoria	52,1
Educazione nutrizionale	75,5
Miglioramento qualità attività motoria	67,3
Iniziative sane abitudini alimentari	60,4
Coinvolgimento genitori:	
alimentazione	25,0
attività fisica	18,4

Regione CALABRIA, campionamento regionale, 101 classi (1836 bambini iscritti)

Partecipazione OKkio	N	%
<i>Rifiuti</i>	58	3,2
<i>Bambini assenti</i>	143	7,8
<i>Bambini partecipanti</i>	1635	89,1
<i>Famiglie partecipanti</i>	1742	94,9

Età alunni	%
8	69,2
9	28,1
altra età	2,7
Distribuzione per sesso	
<i>maschi</i>	51,4
Area abitativa	
≤10.000 ab	48,5
>10.000≤50.000 ab	21,8
> 50.000 ab	29,7
<i>metropolitana/perimetropolitana</i>	---

Caratteristiche dei genitori	madre %	padre %
Titolo studio		
≤ media inferiore	36,7	42,8
media superiore	45,4	43,7
laurea	17,9	13,5
Cittadinanza		
<i>italiana</i>	94,6	96,1
<i>straniera</i>	5,4	3,9
Stato ponderale		
<i>sottopeso/normopeso</i>	67,9	35,2
<i>sovrappeso</i>	24,2	49,3
<i>obeso</i>	7,8	15,5

IMC bambini	%
<i>sottopeso</i>	1,5
<i>normopeso</i>	59,4
<i>sovrappeso</i>	24,7
<i>obeso</i>	10,9
<i>severamente obeso</i>	3,5

Bambini non attivi fisicamente il giorno precedente l'indagine	%
	19,1
Attività fisica settimanale	
<i>mai</i>	10,2
<i>un giorno</i>	7,1
<i>due giorni</i>	34,1
<i>tre giorni</i>	21,9
<i>quattro giorni</i>	8,4
<i>cinque/sette giorni</i>	18,5
Ore trascorse guardando la TV e/o giocando con i videogiochi	
0-2	51,8
3-4	38,6
≥5	9,6
Presenza TV in camera	55,6

Tipi di colazione	%
<i>no colazione</i>	10,0
<i>colazione non adeguata</i>	34,4
<i>colazione adeguata</i>	55,5
Tipo di merenda	
<i>no merenda</i>	1,8
<i>merenda non adeguata</i>	83,8
<i>merenda adeguata</i>	14,3
Consumo frutta e/o verdura	
<i>mai</i>	2,2
<i>meno di una volta al di</i>	25,2
<i>1-4 volte al di</i>	67,1
<i>5 o + volte al di</i>	3,2
Consumo di bevande zuccherate e/o gassate	
<i>mai</i>	4,6
<i>meno di una volta al di</i>	43,8
<i>una volta al di</i>	25,0
<i>più volte al di</i>	26,6

Percezione della madre	Stato ponderale reale del bambino	
	% sovrappeso	% obesi
Il bambino mangia		
<i>poco</i>	6,0	2,1
<i>il giusto</i>	78,9	59,4
<i>troppo</i>	15,1	38,5
Il bambino sembra		
<i>sottopeso</i>	0,9	0,0
<i>normopeso</i>	51,5	13,2
<i>un po' sovrappeso</i>	47,0	76,3
<i>molto sovrappeso</i>	0,6	10,5
Il bambino fa attività fisica		
<i>poca</i>	38,5	50,3
<i>sufficiente</i>	53,6	40,8
<i>tanta</i>	7,9	8,9

SCUOLA (90 Plessi)	%
Presenza mensa	44,4
Distribuzione alimenti per merenda	50,6
Svolgimento 2 ore attività motoria	61,1
Educazione nutrizionale	76,3
Miglioramento qualità attività motoria	84,0
Iniziative sane abitudini alimentari	70,3
Coinvolgimento genitori:	
alimentazione	33,7
attività fisica	31,3

Regione SICILIA, campionamento aziendale, 272 classi (5434 bambini iscritti)

Partecipazione OKkio	N	%
Rifiuti	172	3,2
Bambini assenti	471	8,7
Bambini partecipanti	4791	88,2
Famiglie partecipanti	5069	93,3

Età alunni	%
8	68,8
9	28,5
altra età	2,8
Distribuzione per sesso	
maschi	51,7
Area abitativa	
≤10.000 ab	16,5
>10.000≤50.000 ab	41,5
> 50.000 ab	26,1
metropolitana/perimetropolitana	15,8

Caratteristiche dei genitori	madre %	padre %
Titolo studio		
≤ media inferiore	46,2	52,8
media superiore	41,6	38,3
laurea	12,2	8,9
Cittadinanza		
italiana	96,4	97,5
straniera	3,6	2,5
Stato ponderale		
sottopeso/normopeso	70,3	37,7
sovrappeso	22,8	49,3
obeso	6,9	13,1

IMC bambini	%
sottopeso	2,6
normopeso	60,0
sovrappeso	24,1
obeso	9,9
severamente obeso	3,4

Bambini non attivi fisicamente il giorno precedente l'indagine	%
	21,2
Attività fisica settimanale	
mai	14,6
un giorno	8,9
due giorni	32,9
tre giorni	21,2
quattro giorni	7,3
cinque/sette giorni	15,1
Ore trascorse guardando la TV e/o giocando con i videogiochi	
0-2	53,6
3-4	36,8
≥5	9,6
Presenza TV in camera	57,3

Tipi di colazione	%
no colazione	16,7
colazione non adeguata	35,0
colazione adeguata	48,3
Tipo di merenda	
no merenda	2,5
merenda non adeguata	82,5
merenda adeguata	15,0
Consumo frutta e/o verdura	
mai	2,5
meno di una volta al di	24,9
1-4 volte al di	66,2
5 o + volte al di	3,9
Consumo di bevande zuccherate e/o gassate	
mai	4,7
meno di una volta al di	46,8
una volta al di	21,3
più volte al di	27,2

Percezione della madre	Stato ponderale reale del bambino	
	% sovrappeso	% obesi
Il bambino mangia		
poco	2,3	0,8
il giusto	81,3	62,4
troppo	16,4	36,7
Il bambino sembra		
sottopeso	0,4	0,4
normopeso	55,1	13,6
un po' sovrappeso	43,9	77,7
molto sovrappeso	0,6	8,4
Il bambino fa attività fisica		
poca	42,9	54,1
sufficiente	50,9	39,1
tanta	6,2	6,8

SCUOLA (228 Plessi)	%
Presenza mensa	31,4
Distribuzione alimenti per merenda	49,2
Svolgimento 2 ore attività motoria	63,5
Educazione nutrizionale	78,2
Miglioramento qualità attività motoria	79,4
Iniziative sane abitudini alimentari	70,7
Coinvolgimento genitori:	
alimentazione	36,3
attività fisica	19,8

Regione SARDEGNA, campionamento misto, 81 classi (1585 bambini iscritti)

Partecipazione OKkio	N	%
Rifiuti	40	2,5
Bambini assenti	82	5,2
Bambini partecipanti	1463	92,3
Famiglie partecipanti	1531	96,6

Età alunni	%
8	64,0
9	34,8
altra età	1,2
Distribuzione per sesso	
maschi	50,3
Area abitativa	
≤10.000 ab	43,2
>10.000≤50.000 ab	19,8
> 50.000 ab	11,1
metropolitana/perimetropolitana	25,9

Caratteristiche dei genitori	madre %	padre %
Titolo studio		
≤ media inferiore	39,4	51,5
media superiore	40,9	33,1
laurea	19,6	15,5
Cittadinanza		
italiana	95,3	97,0
straniera	4,7	3,0
Stato ponderale		
sottopeso/normopeso	77,2	47,4
sovrappeso	17,8	42,4
obeso	4,9	10,2

IMC bambini	%
sottopeso	1,6
normopeso	73,0
sovrappeso	17,9
obeso	5,6
severamente obeso	1,9

Bambini non attivi fisicamente il giorno precedente l'indagine	%
	21,5
Attività fisica settimanale	
mai	6,1
un giorno	4,9
due giorni	35,5
tre giorni	25,5
quattro giorni	11,0
cinque/sette giorni	17,0
Ore trascorse guardando la TV e/o giocando con i videogiochi	
0-2	65,5
3-4	29,2
≥5	5,3
Presenza TV in camera	29,9

Tipi di colazione	%
no colazione	8,1
colazione non adeguata	33,4
colazione adeguata	58,5
Tipo di merenda	
no merenda	2,0
merenda non adeguata	79,6
merenda adeguata	18,4
Consumo frutta e/o verdura	
mai	1,4
meno di una volta al dì	17,2
1-4 volte al dì	69,4
5 o + volte al dì	10,7
Consumo di bevande zuccherate e/o gassate	
mai	5,1
meno di una volta al dì	55,3
una volta al dì	20,0
più volte al dì	19,5

Percezione della madre	Stato ponderale reale del bambino	
	% sovrappeso	% obesi
Il bambino mangia		
poco	3,4	3,2
il giusto	76,7	40,6
troppo	20,0	56,2
Il bambino sembra		
sottopeso	1,0	0,0
normopeso	44,6	11,7
un po' sovrappeso	53,9	68,2
molto sovrappeso	0,4	20,1
Il bambino fa attività fisica		
poca	37,7	54,1
sufficiente	55,2	41,8
tanta	7,1	4,2

SCUOLA (76 Plessi)	%
Presenza mensa	69,7
Distribuzione alimenti per merenda	44,9
Svolgimento 2 ore attività motoria	56,5
Educazione nutrizionale	81,6
Miglioramento qualità attività motoria	90,4
Iniziative sane abitudini alimentari	54,8
Coinvolgimento genitori:	
alimentazione	31,3
attività fisica	21,2

APPENDICE C
Operatori sanitari e della scuola che hanno partecipato
alla raccolta dati OKkio alla SALUTE 2012

PIEMONTE

Referenti Regionali: Marcello Caputo, Paolo Ferrari

Ufficio Scolastico Regionale: Maria Angela Donna, Stefano Suraniti

Operatori sanitari: **ASL TO1:** Sergio Miaglia (referente), Claudia Alonzi, Marcella Beraudi, Aurelie Giacometto Simona Ropolo, Manuela Sciancalepore. **ASL TO3:** Spagnoli Teresa Denise (referente), Stampigi Floriana, Lo Bartolo Debora, Ragazzi Mara. **ASL TO4:** Giuseppe Barone, Margherita Croce, Maria Franca Dupont, Patrizia Morella, Simone Depau, Annamaria Marzullo, Sara Richeda, Manuela Sciancalepore. **ASL TO5:** Margherita Meneghin (referente), Monica Minutolo. **ASL BI:** Michelangelo Valenti (referente), Andrea Rosazza, Chiara Torelli, Katia Bego. **ASL NO:** Flavia Milan (referente), Patrizia Grossi, Ivana Rigoni, Laura Frizzarin, Monica Gioria, Giovanna Magistro. **ASL VC:** Gianfranco Abelli (referente), Mirella Ubertalli, Maria Luisa Berti, Luisa Novella, Marcella Seriola, Luisa Michela Olmo. **ASL VCO:** Sara Licciardello (referente), Baldassarri Daniela, Katia Fasolo, Paolo Ferrari, Giovanni Malfa, Barbara Spadaccini. **ASL CN 1:** Gianluigi Bassetti (referente), Mariangela Barale, Marcella Beraudi, Elide Boglio, Mario Bonanno, Marina Cerrato, Pietro Luigi Devalle, Margherita Melino, Sergio Miaglia, Alessandra Russo, Elena Sacchi, Deborah Taddio. **ASL CN2:** Mauro Zarri (referente), Maimone Pietro, Chiarotto Alessia. **ASL AT:** Renza Berruti (referente), Fiorenzo Lorenzi, Cristian Valle, Maria Petralia, Patrizia Contardi, Rita Mazza, Vincenzo Soardo. **ASL AL:** Simonetta Tocci (referente), Giuseppina Beviglia, Marco Tabano, Stefania Santolli, Rosa Oleandro, Regina Iseppi.

VALLE D'AOSTA

Referenti Regionali: Anna Maria Covarino, Giovanni D'Alessandro

Ufficio Scolastico Regionale: Rita Vacher

Operatori sanitari: Marisa Valente, Elisabetta Pellegrino, Laura Parello, Renata Cane.

LOMBARDIA

Referenti Regionali: Marina Bonfanti

Ufficio Scolastico Regionale: Bruna Baggio

Livello regionale

Liliana Coppola, Maria Gramegna, Claudia Lobascio, Alessandra Piatti, Lucia Pirrone

Livello provinciale

Referenti alla salute uffici scolastici territoriali

Antonella Giannellini (Bergamo), Nadia Zanacchi, Federica Di Cosimo (Brescia), Laura Peruzzo (Como), Massimiliano Capellini (Cremona), Jessica Sala (Lecco), Carla Torri (Lodi), Lucia Balboni (Mantova), Laura Stampini (Milano), Giulia Fontana (Monza-Brianza), Emanuela Farina (Pavia), Daniela Marchesi (Sondrio), Linda Casalini (Varese).

Livello aziendale

Referenti e operatori

ASL Bergamo: Lucia Antonioli (referente), Cristina Bianchi, Daniela Parodi, Enza Nigro, Margherita Schiavi. **ASL Brescia:** Laura Antonelli (referente), Giovanna Bonera, Paola Ghidini, Maria Villa. **ASL Como:** Biagio Santoro (referente), Lucia Biral, Sara Frigerio. **ASL Cremona:** Liana Boldori, Vincenzo Clasadonte (referenti), Jessica Merisio, Lorenza Parmesani, Caterina Rè, Laura Scalari. **ASL Lecco:** Emanuela Donghi (referente), Narciso Cazzato. **ASL Lodi:** Maurizio Credali (referente), Elena Armondi, Maria Luisa Dallavalle. **ASL Mantova:** Gabriele Giannella (referente), Maria Cristina Baratta, Elena Bianchera, Alice Bustaffa, Daniela Foglia, Letizia Marchetti, Fiorella Talassi, Marina Teopompi. **ASL Milano:** Anna Silvestri (referente), Cristina Cassatella, Danila Cecile, Manuela Volpi. **ASL Milano 1:** Luigi Magnoli (referente), Rossana Lamperti, Salvatore Novello. **ASL Milano 2:** Luigi Acerbi (referente), Patrizia Braga, Gisella Giovanetti, Graziella Valota. **ASL Monza Brianza:** Rosalia Liuzza (referente), Ida Bertini, Monica Bresciani, Claudia Chiarino, Erica Civitarese, Anna Izzo, Virginia Quattrone. **ASL Pavia:** Luigi Camana (referente), Cristina Baggio, Rossella Burroni, Daniela Capella, Evelina Cavalli, Daniela Gatto, Marilena Lunghi, Chiara Marizzoli, Marisa Mondani, Lorella Vicari. **ASL Sondrio:** Giuliana Del Nero (referente), Vanna Colturi, Giuseppina Feci. **ASL Vallecamonica:** Bonifacio Vangelisti, Stefania Bellesi (referenti), Sonia Pelamatti, Silvana Cretti, Sebino, Emilia

Mondinini. **ASL Varese:** Maria Antonietta Bianchi (referente), Valentina Romano, Laura Piotto, Giuseppe del Bene.

BOLZANO

Referenti Regionali: Lucio Lucchin, Antonio Fanolla, Sabine Weiss

Ufficio Scolastico Regionale: Sara Tanja Oberhofer, Annalisa Gallegati, Giuliana Fulici, Lois Kastlunger

Operatori sanitari: Patrizia Corazza, Nicoletta Facchin, Sara Balduzzi, Verena Baumgartner, Sabine Ciliberto, Claudia Dell' Edera, Marina Demetz, Anni Framba, Elisabeth Gruber, Sabine Hofer, Annamaria Kröss, Michela Maniero, Wilma Maringgele, Verena Obkircher, Marvi Pizzini, Anna-Elisabeth Putzer, Renate Schwembacher, Manuela Spath, Margit Spögler, Elfriede Tauferer, Julie Vanzetta, Ida Waldner, Lukas Waldner

TRENTO

Referenti Regionali: Maria Grazia Zuccali, Marino Migazzi

Ufficio Scolastico Regionale: Nicoletta Zanetti

Collaboratori dei Referenti: Marilena Moser, Giulio Gallazzini, Laura Battisti

Operatori sanitari: Nicoletta Anselmi, Tiziana Armani, Marilena Battisti, Paola Felis, Silvana Fellin, Marta Giuliani, Elena Marchiori, Sara Molinari, Roberta Moreschini, Pierina Moser, Anna Paternolli, Claudia Plaga, Simona Reato, Assunta Tramontano, Marta Trementini, Cinzia Vivori, Loredana Zamboni, Caterina Zanoni, Michele Zeni, Cristina Zortea, Roberta Zuccatti.

VENETO

Referenti Regionali: Riccardo Galesso

Ufficio Scolastico Regionale: Gianna Marisa Miola, Francesca Sabella, Michela Possamai

Uffici Scolastici Territoriali: Concetta Spadaro (Belluno), Sandrino Silvestri (Treviso), Andrea Bergamo (Padova), Marina Nostran (Venezia), Annalisa Tiberio (Verona), Maria A. Schiavotto (Vicenza), Teresa Capucci (Rovigo).

Operatori sanitari: AULSS 1: Oscar Cora (referente), Graziella Dell'Antone, Michela Da Rold;

AULSS 2: Vittore Canova (referente), Maria Luigia Troncon. AULSS 3: Antonio Stano (referente), Elena Favero, Marina Boldrin, Paola Dal Zotto. AULSS 4: Saverio Chiese (referente), Manuela Meneghello. AULSS 5: Franco Rebesan (referente), Lorella Fioraso. AULSS 6: Angiola Vanzo (referente), Stefania Meneghini, Silvia Scremin, Giulia Giaretta. AULSS 7: Daniela Sandri (referente), Rita De Noni, Rosanella Brunetta. AULSS 8: Renato Ranieri (referente), Antonello Ballestrin. AULSS 9: Anna Pupo (referente), Francesca Stocco, Simona Dalla Pria, Luciana De Rossi. AULSS 10: Lionella Bertoli (referente), Roberta Piccolo, Graziella Gobbato. AULSS 12: Rocco Sciarrone (referente), Marianna Elia. AULSS 13: Maria Tumino (referente), Elisa Michieli, Ivo Schiavon, Sibilla Levorato. AULSS 14: Maria Luisa Polo (referente). AULSS 15: Lucia Cortese (referente), Giovanna Iuliano. AULSS 16: Stefania Tessari (referente), Marina Casazza. AULSS 17: Ornella Pressendo (referente), Linda Albarello. AULSS 18: Fiorella Costa (referente), Rando Giliola, Sandra Bassini. AULSS 19: Monica Cibin (referente), Giuseppe Cortese, Laura Beltrame, Anna Maria Del Sole, Melissa Lazzaretti. AULSS 20: Linda Chioffi (referente), Valeria Fantini, Norma De Paoli. AULSS 21: Lorena Zambelli (referente), Roberta Orso. AULSS 22: Giovanni Sandri (referente), Luciana Accordini, Anonella Arduini.

FRIULI-VENEZIA GIULIA

Referenti Regionali: Adriano Cattaneo, Claudia Carletti, Loris Zanier

Collaboratori dei Referenti: Paola Pani

Ufficio Scolastico Regionale: Santa Pighin, Edda Colcergnan

Operatori sanitari: ASS 1: Emanuela Occoni (referente), Tiziana Longo, Marilena Geretto, Daniela Steinbock, Claudia Krajnik, Giulio Barocco, Francesca Coloni, Roberta Fedele. ASS 2: Marina Sessanta Santi (referente), Paola Bassi, Cinzia Braidà. ASS 3: Mariarita Forgiarini (referente), Denise Di Bernardo, Stefania Pilan. ASS 4: Donatella Belotti (referente), Cristina Schellenberger, Paola Corazza,

Tiziana Macoritto, Manuela Mauro, Adriana Rodaro. **ASS 5:** Alessandra Bonuso (referente), Rosella Malaroda. **ASS 6:** Rossana Rincorosi (referente), Patrizia Covre, Raffaella Pittana, Fabiola Stuto, Silvana Widmann, Rosi Roman, Lorenza Paribelli.

LIGURIA

Referenti Regionali: Federica Pascali, Sergio Schiaffino

Ufficio Scolastico Regionale: Milena De Filippi

Operatori sanitari: **ASL 1 Imperiese:** Maria Lina Montaldi (referente), Stefano Beschi, Lorenza Arieta, Paolo Buono, Stefania Demontis, Piera Grado, Vita Lamia. **ASL 2 Savonese:** Anna Magliano (referente), Maria Carlotta Fantino, Carla Fontana, Renato Lo Monaco, Isabella Malio, Francesco Noceto, Scarsi Mirco. **ASL 3 Genovese:** Luciano Dabove, Ines Bianchi (referenti), Franca Favareto, Rosamaria Cecconi, Claudio Culotta, Antonia Frascà, Patrizia Crisci, Maria Concetta Curti, Anna Canessa, Germana Longo, Daniela Ferlito, Maria Grazia Concaro, Valeria Napoli, Guglielmina Giorgi, Angela Torresani, Felicia Cirigliano, Franca De Linardis, Marina Angiolani, Alba Zolezzi, Mirella Benabbi, Laura Carli, Antonella Gatti, Luciana Frigerio, Giovanna Dato, Pierangela Iori, Patricia Fortini, Raffaella Castiglia, Alice Caielli, Daniela Elettore, Claudia Marchese, Gianluca Ferlito, Marina Marchisio, Agnese Mantero, Patrizia Fabiocchi, Maria Rosaria Di Donato, Gabriella Maggiali, Mariangela Raso, Caterina Manca, Sandra Manfredi, Luciana Musti, Rinaldo Tomasinelli, Silvia Viviano, Paola Caproni, Mohamad Saleh. **ASL 4 Chiavarese:** Antonella Carpi (referente), Annalisa Renzoni, Stefano Chiesa, Cinzia Piaggio, Andreina Costa. **ASL 5 Spezzino:** Paola Tosca, Roberta Baldi (referenti), Lorena Andreani, Elisabetta Antognetti, Antonella Baldassini, Ester Bazzali, Lorenza Bertamino, Ines Brugnoli, Maria Antonia Cristiano, Gisella Fregosi, Stefania Gianardi, Rita Granaiola, Emilia Masseroni, Tiziana Paolini, Gabriella Turi, Elisa Raggio.

EMILIA-ROMAGNA

Referenti Regionali: Paola Angelini, Marina Fridel

Ufficio Scolastico Regionale: Stefano Versari

Operatori sanitari: **Ausl Piacenza:** Elena Cammi, Cristina Sartori, Rita Prazzoli, Lorena Mori. **Ausl Parma:** Sandra Vattini, Nicola Bolsi, Giuseppe Patanè, Elena Felloni, Elena Cerati, Josee Barbuti, Maria Maddalena Babbini, Marisa Mutti. **Ausl Modena:** Simona Midili, Alberto Tripodi, Mariangela Cirillo. **Ausl Reggio Emilia:** Alessandra Fabbri, Paola Boni, Milva Spadoni, Susanna Mantovani, Palomba Alessandra. **Ausl Bologna:** Emilia Guberti, Simona Nascetti, Francesca Celenza, Paola Navacchia, Cristina Coppini, Chiara Rizzoli, Emanuela Di Martino, Maria Spano, Lauretta Bianco, Jessica Maestrini, Silvia Trombetti, Gabriella Ferranti, Daniela Rubbini, Paola Bernardi, Barbara Perticarà, Stefania Giovannini, Mariaeva Vivarelli, Elena Dalle Donne. **Ausl Imola:** Ivana Stefanelli, Antonietta Faraldi, Piana Quercia, Linda Zappi. **Ausl Ferrara:** Lucio Andreotti, Nelly Bigliardi, Mirella Brancaleoni, fabia Busi, Stefania Pacifico, Ambra Tonioli, Laura Vecchiadini. **Ausl Ravenna:** Gabriella Paganelli, Maria Sofia Argnani, Elena Biondi, Sonia Coveri, Gloria Pia Di Nocco, Mara Federici, Denise Regazzi. **Ausl Forlì:** Claudia Cortesi, Chiara Tomasini, Francesca Ferrigno. **Ausl Cesena:** Roberta Cecchetti, Antonella Burnazzi Anna Maria Civalleri, Francesco Domeniconi, Melissa Pasini, Chiara Reali, Vannia Ricci. **Ausl Rimini:** Carla Biavati, Anna Capolongo, Annamaria Rauti, Catia Silighini, Claudia D'Innocenzo

TOSCANA

Referenti Regionali: Giacomo Lazzeri, Mariano Vincenzo Giacchi, Rita Simi

Ufficio Scolastico: Angela Palamone, Francesca Balestri

Operatori sanitari: **ASL 1 Massa Carrara:** (Resp. Mauro Vannucci), Patrizia Carignani (referente aziendale), Danila Caccialupi, Maria Giuseppina Galli, Manuela Terreni, Patrizia Tonelli, **ASL 2 Lucca:** (Resp. Baldassarre Pluchino), Fausto Morgantini (referente aziendale), Lara Lucchesi, Bianca Maria Mulini, **ASL 3 Pistoia:** (Resp. Zona Pistoiese Paola Picciolli), (Resp. Zona Valdinievole Monica Tognarelli), Franca Moretti (referente aziendale zona Pistoiese), Stefania Vezzosi, Elena Tomassetto (referente aziendale zona Valdinievole), **ASL 4 Prato:** (Resp. Giuseppe Vannucchi), Riccardo Innocenti (referente aziendale), Marco Bracciotti, **ASL 5 Pisa:** (Resp. Luca Carneglia), Enrico Grandi (referente

aziendale), Elena Griesi, Valentina Bacci, Mariacristina Baldocchi, Scilla Boaretti, Rita Salvadorini, **ASL 6 Livorno:** (Resp. Claudio Tofanari), Marisa Gangemi (referente aziendale), Marinella Frasca, Flavia Menichetti, Vito Conti, Nicoletta Cioli, Valleverdina Pieretti, Adele Perna, **ASL 7 Siena:** (Resp. Bagnoli Alessandra), Katia Moretti (referente aziendale), Silvia Cappelli, Veronica Meoni, Cinzia Massini, Mariangela Trovato, Rosa Perna, Cambria Roberta, **ASL 8 Arezzo:** (Resp. Patrizia Baldaccini), Anna Lisa Filomena (referente aziendale), Renzo Paradisi, Renzo Paradisi, Nicola Vigiani, Carla Caracolli, Catalina Cristofor, Tommaso Condello, **ASL 9 Grosseto** – (Resp. Maurizio Spagnesi), Giovanna Liberati (referente aziendale), **ASL 10 Firenze:** (Resp. Gianna Ciampi), Barbara Niccoli (referente aziendale), Pierluigi De Angelis; Anita Franzin; Maria Grazia Santini; Unità Operativa Assistenza Sanitaria ambito Preventivo, Francesca Bardi; Barbara Barzanti; Rossana Borghi; Elena Brandi; Annalisa Matteoli; Daniela Rinaldi; Gigliola Villani, **ASL 11 Empoli:** (Resp. Maria Giannotti), Francesca Chiaverini (referente aziendale), Roberta Carli, Elena Corsinovi, **ASL 12 Viareggio:** (Resp. Giovanna Camarlinghi), Luigi Franchini (referente aziendale), Elisa Sassi.

UMBRIA

Referenti Regionali: Marco Cristofori, Carla Bietta, Maria Donata Giaimo,

Collaboratori dei Referenti: Stefania Prandini

Ufficio Scolastico Regionale: Gabriele Alfano

Operatori sanitari: **ASL 1:** Anna Rita Comodi, Caterina Maiocchetti, Giuseppe Cistaro, Roberta Mazzoni, Lucia Puletti, Catia Graziotti, Cinzia Procacci, Ornella Cecchini. **ASL 2:** Daniela Sorbelli, Carla Bietta, Marco Petrella, Andrea Arcangeli, Giampaolo Bargelli, Paola Bernacchia, Roberta Bura, Cinzia Contini, Gigliola Fiorucci, Antonella Luna, Cinzia Morini, Enrico Subicini, Maria Paola Rossi Maria Antonietta Ruggeri. **ASL 3:** Minni Bruno, Ubaldo Bicchielli, Damiani Letizia, Olivieri Anna, Paoloni Maria Claudia, Stella Pietro, Cittadoni Luca, Consolini Violeta Irina, Meschini Laura, Palmieri Maria Luisa, Petruccioli Anna Rita, Porrari Raffaella Marisa, Spitelli Silvia. **ASL 4:** Raffaella Pieramati, Marco Cristofori, Roberto Ruscica, Luisa Pazzaglia, Casaccia Vincenzo, Bacci Sonia, Claudio Cupello, Botondi Graziana, Manini Maria Cristina, Marchetti Jazmin, Cardarelli Lorella, Giovannetti Eleonora.

MARCHE

Referenti Regionali: Giordano Giostra

Collaboratori dei Referenti: Elisabetta Benedetti, Simona De Introna

Ufficio Scolastico Regionale: Rosanna Catozzo, Antonietta Fracchiolla

Operatori sanitari:

a livello provinciale:

Annalisa Ferrante (Pesaro-Urbino), Meri Cantori (Ancona), Maria Teresa Baglione (Macerata), Simona Flamini (Ascoli-Fermo)

Referenti e operatori

Zona territoriale 1: Elsa Ravaglia (referente), Marialuisa Lisi, Francesca Viti. **Zona territoriale 2:** Patrizia Mattei (referente), Jacqueline Van Will, Giada Pazzaglia. **Zona territoriale 3:** Alessandro Gregori (referente), Angelo Veschi. **Zona territoriale 4:** Grazia Tavoletti (referente), Beatrice Sartini. **Zona territoriale 5:** Luana Tantucci (referente), Gabriella Belegni, Renato Zenobi, Paola Costarelli. **Zona territoriale 6:** Maria Gabriella Colao (referente), Luca Belli, Isabella Romani. **Zona territoriale 7:** Rosella Sbarbati (referente), Eufemia Ciarallo, Patrizia Mosca, Annalisa Pagliarecci, Marisa Grifi. **Zona territoriale 8:** Stefano Colletta (referente), Valentina Rebella, Maria Cingolani, Paola Mozzanti, Carla Patrizietti. **Zona territoriale 9:** Maria Teresa Leoni (referente), Emanuela Mobili, Marco Accattoli, Simona De Introna. **Zona territoriale 10:** Massimiliano Biondi (referente), Carla Marchetti, Marcello Pannelli, Sonia Manasse. **Zona territoriale 11:** Maria Antonietta Sollini, (referente), Emma Acevedo Duarte. **Zona territoriale 12:** Romina Fani (referente), Massimo Mariani, Luigi Persiani. **Zona territoriale 13:** Vincenzo Calvaresi (referente), Paola Puliti, Susanna Specca.

LAZIO

Referenti Regionali: Giulia Cairella, Domenico Di Lallo ed Esmeralda Castronuovo

Ufficio Scolastico Regionale: Maria Teresa Silani (Referente), Graziella Cannella, Anna Corbi, Rachelina Maio, Siria Potenziani

Operatori sanitari: ASL Roma A: Maria Teresa Pancallo (Referente), Paolo Amadei, Loredana Amato, Rosamarina Barilaro, Lucia Barnato, Luigi Boschi, Cinzia Bianchi, Anna Del Re, Paolo Delli Colli, Carolina Guerra, Rosa Luciano, Luigia Maglione, Luciana Margherita Pasquali, Giuseppe Piselli, Sandra Scarsciotti, Maria Filomena Spano; **ASL Roma B:** Giulia Cairella (Referente), Luciana Olivieri, Massimo Albanesi, Barbara Baccari, Francesca M.Blancato, Maria Carrozzo, Lucia Iandolo, Angela Marchetti, Angelo Vitaterna, Francesca Volpe; **ASL Roma C:** Saba Minnielli (Referente), Laura Grasso, Carmela Prisco, Tamara Saraceni, Paola Tunesi, Giuseppe Ugolini, Giuseppe Vorrasi; **ASL Roma D:** Maria Novella Giorgi (Referente), Rita Massimino, Giuseppe Puglisi, Alessandra Tartaglia; **ASL Roma E:** Carlo Spigone (Referente), Valter Giacotta, Bruna Garbuio; **ASL Roma F:** Augusto Pizzabiocca (Referente), Emanuela Benni, Rossella Campana, Valeria Covacci, Giovanni Ronzani, Viviana Vico; **ASL Roma G:** Francesco Blasetti (Referente), Sandro Cicerchia, Giuseppina Del Bove Orlandi, Antonio Di Felice, Marcella Faina, Fantini Fiorella, Anna Maria Longo, Maria Pia Masciarelli, Marco Pascali, Laura Petrone, Vito Ruscio; **ASL Roma H:** Angela De Carolis (Referente), Mara Montalto; **ASL Frosinone:** Enrico Straccamore (Referente), Maria Gabriella Calenda, Maria Pia Mazzetti Barbara Pizzuti, Bruna Rainaldi, Angelo Vitaterna; **ASL Latina:** Vincenza Galante (Referente), Mariotti Daniela, Santilli Sara; **ASL Rieti:** Rosanna Guadagnoli (Referente), Tania Severi; **ASL Viterbo:** Danilo De Santis (Referente), Maria Elena Cianchi, Francesco Di Cesare.

ABRUZZO

Referenti Regionali: Ercole Ranalli, Tamara Agostini, Manuela Di Giacomo

Ufficio Scolastico Regionale: Roberto Battestini, Ivana Carraro

Ufficio Scolastico Provinciale: Ivana Carraro (L'Aquila), Daniela Massarotto (Chieti), Daniela Puglisi (Pescara), Daniela Magno (Teramo)

Operatori sanitari: ASL 01 L'Aquila - Avezzano - Sulmona: Dora Manetta, Ersilia Equizi, Enrico Giovannelli, Stefania Di Massa, Maria Di Luzio, Debora Cialfi, Stefano D'Alberto, Loredana Ercole, Maddalena Scipioni, Francesco D'Orazi, Remo Pulsori, Antonino Mancini. **ASL 02 Lanciano – Vasto – Chieti:** Francesco Concistrè, Ercole Ranalli, Claudia Colleluori, Flora Di Tommaso, Lucia Tano, Ornella Marinelli, Lorella Di Biase, Sergio Salvatore, Maria Rosaria Basti. **ASL 03 Pescara:** Maria Evangelista, Antonio Ciglia, Marina Calabrese, Franco Patanè. **ASL 04 Teramo:** Tiziana D'Onofrio, Maria Maddalena Marconi, Luigina Chiodi, Francesco Di Gialleonardo, Laura Di Matteo, Sonia Pompili

MOLISE

Referente Regionale: Teresa Maria Manfredi Selvaggi

Ufficio Scolastico Regionale: Anna Paoletta

Operatori sanitari: ASReM Ambito Territoriale di Agnone: Concetta Di Nucci (referente), Alessandrina Lalli. **ASReM Ambito Territoriale di Isernia:** Ornella Valentini (referente), Roberta Ottaviano. **ASReM Ambito Territoriale di Campobasso:** Teresa Maria Manfredi Selvaggi (referente), Ernesta Musenga, Giovanna Bozza, Andrea D'Alete, Fabiana Martino, Roberto Pizzuto, Roberto Tullo. **ASReM Ambito Territoriale di Termoli:** Andrea Di Siena (referente), Filomena Rita Canistro, Edoarda Cistullo, Lucia D'Amario, Elisa D'Astolfo, Carolina Giordano, Federica Ianieri, Pardo Mancini, Maria Grazia Mastromonaco, Iolanda Rosetta Mezzodi.

CAMPANIA

Referenti Regionali: Gianfranco Mazzarella, Renato Pizzuti.

Ufficio Scolastico Regionale: Prof. Bruno Galzerano, Prof.ssa Gennarina Panico.

Operatori sanitari: ASL AV: Elvira Bianco (Referente aziendale), Maria Antonietta Ferrara, Mafalda Adda, Vincenza Asala, Raffaele Caruso, Marcella D'Alessio, Vittoria Genoveffa, Francesco Natale, Maria Peluso, Franco Policicchio, Giovanni Salese. **ASL BN:** Annarita Citarella (Referente aziendale),

Elena Fossi, Antonella Fucci, Anatilde Iannace, Carmela Orlacchio, Ersilia Palombi, Giuseppe Rapuano, Ermelinda Zollo. **ASL CE:** Domenico Protano (Referente Aziendale), Flavia Bergamasco, Francesco De Vincenzo, Clementina Di Matteo, Maria Di Monaco, Claudio Mingione, Maria Rosaria Morrone, Concetta Petruolo **ASL NA 1 Centro:** Andrea Simonetti, Brunella Adamo (Referenti aziendali), Ugo Vairo, Orazio Ancona, Vittoria Apasciuto, Maria Teresa Ceccarelli, Lucia Tanucci Nannini, Alessia Pirone, Giuseppe Postiglione, Vincenza Rabbito, Paola Vairano. **ASL NA 2 Nord:** Filomena Peluso (Referente aziendale), Rosa Agliata, Gaetana Altobelli, Anna Bello, Grazia Camardella, Ciro Ciliberti, Teresa Coppola, Adriana De Rosa, Raffaella Di Donato, Michele Esposito, Raffaele Falco, Anna Farro, Emilia Lorigo, Angelina Monda, Francesco Montanino, Antonietta Musella, Assunta Palumbo, Lucio Sanniola, Angela Silvestre. **ASL NA 3 Sud:** Francesco Giugliano, Pierluigi Pecoraro (Referenti aziendali), Rosaria Afeltra, Roberto Amato, Annamaria Avino, Ciro Balzano, Angela Cassese, Clotilde La Stella, Manuela Sommantico, Serena Sensi, Raffaella Serrapica, Stefania Stellato. **ASL SA:** Mariagrazia Panico, Annaluisa Caiazzo, Giuseppe Della Greca (Referenti aziendali), Michele Adinolfi, Carlo Annarumma, Antonio Bello, Anna Bianco, Enea Silvio Calenda, Antonio Colavolpe, Rosa D'Amico, Adele D'Anna, Rita De Gaetano, Silvia De Risi Antonietta Esposito, Ida Maria Guida, Felicia Iannuzzi, Giuseppe Langella, Antonia Liguori, Aldina Mollo, Anna Maria Nobile, Pierangelo Perito, Eligio Poetini, Michelina Raimondo, Giuseppina Rubino, Valeria Tedesco, Anna Maria Trani.

PUGLIA

Referenti Regionali: Maria Giovanna Rosa, Savino Anelli, Maria Teresa Balducci.

Referente Regionale USR per la Puglia: Maria Veronico

Ufficio Scolastico Regionale per la Puglia: Franco Inglese, Anna Cammalleri.

Operatori sanitari: **ASL Bari:** Savino Anelli, Giuseppina D'Agostino, Alessandra Nench, Giuliana Tomasicchio. **ASL Brindisi:** Margherita Caroli, Rosa Maria Mele, Cosima Penna, Maria Anna Tomaselli. **ASL BT:** Pasquale Acquafredda, Pantaleo Magarelli, Carlo Sileo Pasquale, Giacomo Domenico Stingi. **ASL Foggia:** Antonietta Antoniciello, Enrica Bucci, Silvana Marinella Cristalli, Lorenzo De Michele, Gerardo Vincenzo Romagnuolo, Michele Tangi, Gabriella Torelli. **ASL Lecce:** Biagio Galante, Daniela Lezzi, Giuseppe Nuccio, Luciana Nuccio, Giuseppa Pacella. **ASL Taranto:** Simona Cardellicchio, Anna Rita Cavallo, Sabrina Liuzzi, Maria Domenica Simeone.

BASILICATA

Referenti Regionali: Giuseppina Ammirati, Gabriella Cauzillo, Mariangela Mininni, Gerardina Sorrentino

Ufficio Scolastico Regionale: Antonietta Moscato

Operatori sanitari ASP Ambito territoriale di Venosa: Luciana Santangelo, Maria Teresa Locoro. **Ambito territoriale di Potenza:** Antonio Romaniello, Giuseppe Sansone, Canio Cufino, Mario Negrone, Anna Maria Bianco, Giordano Nicola, Gabriella Vignola, Maria Coppola, Sabrina Rosa, Rita Viggiano, Anna Formato, Carmelina Zaccagnino. **Ambito territoriale di Lagonegro:** Angelo Caputo, Assunta Maria Di Biase, Anna Maria Schettino, Gaetano Tigli, Forastiero Vitina.

Operatori sanitari ASM Ambito territoriale di Matera: Carmela Bagnato, Rocco Eletto, Ippolita Santarcangelo. **Ambito territoriale di Montalbano Jonico:** Pasquale Calbi, Daniela Della Rosa

CALABRIA

Referenti Regionali: Caterina Azzarito e Marina La Rocca

Ufficio Scolastico Regionale: Rosario Mercurio, Miriam Scarpino, Maria Marino

Operatori sanitari: **ASP di Catanzaro:** Marina La Rocca, Francesco Faragò (referenti), Giuseppe Perri, Vittoria Rocchino, Marina B. Rosato, Daniela Vaglio, Maria Carmela Caligiuri, Pasqualino Caputo, Giuseppe Renda, Michelina Epifano, Valentino Scalise, Daniela Mamone, Franca Faillace, Giuseppe Bova, Lucrezia Elvira Adele Aquila, Lucia Lo Presti, Virginia Capisciolto, Giuseppe Aielli, Rosa Maria Madonna. **ASP di Cosenza:** Francesco Dignitoso, Rosellina Veltri, Pietro Leonardo Perri, Maria Teresa Pagliuso (referenti), Ivana Ines Gino, Raffaele Desina, Giuseppe Curcio, Lucia Caligiuri, Nellina Sesti, Teresa Scudiero, Francesco Masotti, Angelo Demetrio Guagliardi, Franco Giuseppe Manzo, Maria

Giovanna Cappelli, Carolina Caldeo, Amalia Lucia Leuci, Nilo Vergadoro, Francesca Citriniti, Maria Gabriella Vottari, Maria Stella Di Nardo, Rosa Chimenti, Armenia Bellusci, Teresa Ferraro, Angelo Scarcello, Anna Cavalcanti, Marylena Donato. **ASP di Crotone:** Elena Sposato (referente), Matilde Morello, Lucia Anna Iannone, Adalgisa Pugliese, Pietro De Luca, Maria Lucia Crugliano. **ASP di Reggio Calabria:** Isabella Macri, Alessio G.G. Suraci, Antonino Tedesco (referenti), Riccardo Ritorto, Paolo Iannopollo, Giuseppe Cartolano, Leonardo Martelli, Giovanni Novella, Francesco Pennisi, Angela Epifanio, Carmela Costa, Beatrice Batà, Giuseppe Pitasi, Maria Antonietta Suraci, Domenica Calabrese, Filomena Laganà, Gaetano Morgante, Giulia Naimo, Filomena Ambrogio. **ASP di Vibo Valentia:** Giuseppe Barbieri (referente), Giuseppe Paduano, Giuseppe Carnovale, Graziella Colaci, Cristina Sgarrella, Teresa De Fina, Domenico Dinatolo, Francesco Vecchio, Salvatore Pilienci, Domenico Pititto, Massimo Ferrise

SICILIA

Referenti Regionali: Achille Cernigliaro, Maria Paola Ferro, Salvatore Scondotto
Operatori sanitari: **ASP Agrigento:** Giuseppina Di Benedetto. **ASP Caltanissetta:** Teresa Baldacchino, Antonio Bonura. **ASP Catania:** Rosanna La Carrubba. **ASP Enna:** Giuseppe Stella. **ASP Messina:** Francesca Turiano. **ASP Palermo:** Francesca Mattina. **ASP Ragusa:** Vincenzo Trapani. **ASP Siracusa:** Anna Farinella, Corrado Spatola. **ASP Trapani:** Giorgio Saluto.

SARDEGNA

Referenti Regionali: Serena Meloni e Maria Letizia Senis
Ufficio Scolastico Regionale: Salvatore Ferraro
Operatori sanitari: **ASL SASSARI:** Luisa Demontis, Pina Arras, Maria Cappai, Marco Guido, M. Franca Mameli, Lucia Pini, Gavina Ruiu, Paola Angioi, Lucia Lai, M. Filomena Milia, Lisena Vargiu. **ASL Olbia:** Maria Rita Ara, Carboni Francesca, Carboni Patrizia, Guido Degiovanni, Cucciari Maddalena Antonuccia, Giuseppina Meloni, Ragaglia Rosalia. **ASL Nuoro:** Salva Fadda, M. Francesca Murineddu, Salvatore Fele, Gisella Loi, M. Ester Mereu, Anna Lisa Pacchiano, Lina Tolu. **ASL Cagliari:** Giuseppa Orunesu, Enrichetta Cocco, Giovanna Argiolas, Aurelia Floris, Liliana La Licata, Fioremma Landucci, Miriam Murgia, Giuseppe Pisano, Maria Dolores Salis, Amalia Usai. **ASL Lanusei:** Andrea Loddo. **ASL Oristano:** Anna Maria Marrocu, Roberto Puggioni, M.Laura Betzu, Velia Cauli, Daniela Murru, Giovanna Murtas, Giuseppina Caria, Giovannino Simula, M. Pinna. **ASL Sanluri:** Marina Donatini, Clara Meli, Rossella Chessa, Annapaola Mameli, Olga Concas. **ASL Carbonia:** Paola Corsini, Carlo Atzori, Cecilia Guaita, Gabriella Carta.

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di agosto 2014*

*Stampato in proprio
Settore Attività Editoriali – Istituto Superiore di Sanità
Roma, dicembre 2014*