



# OKkio alla SALUTE

## Risultati dell'indagine 2010

### ASL BRINDISI



OKkio alla SALUTE è stato realizzato grazie al finanziamento del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali/Centro per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (capitolo 4393/2005-CCM)



**A cura di:**

Margherita Caroli (Referente), Adelaide Sturdà UO di Igiene della Nutrizione ASL Brindisi

**Hanno contribuito alla realizzazione della raccolta dati 2010****- a livello nazionale:**

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)

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 (Comitato Tecnico OKkio alla SALUTE)

**-a livello regionale:**

Savino Anelli, Fulvio Longo, Maria Giovanna Rosa, Elisabetta Vieste, Enrica Bucci, Anna Cammalleri, Maria Pia Veronico

**-a livello provinciale: Referenti dell'ufficio scolastico provinciale di Brindisi:**

Antonio Recchia e Silvia Madaro Metrangolo

**- a livello aziendale:****Referenti e operatori**

ASL Brindisi                      Margherita Caroli (referente), Adelaide Sturdà, Maria Anna Tomaselli, Cosima Penna, Elisa Di Bello, Maria Cardone.

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

**Un ringraziamento alle famiglie e agli alunni che hanno preso parte all'iniziativa, permettendo così di comprendere meglio la situazione dei bambini della nostra regione, in vista dell'avvio di azioni di promozione della salute.**

**Copia del volume può essere richiesta a:**

Dr. Margherita Caroli

UO Igiene della Nutrizione via per Ceglie 72021 Francavilla Fontana (BR)

[uonutrizioneaslbr@libero.it](mailto:uonutrizioneaslbr@libero.it)

**Siti internet di riferimento per lo studio:**

[www.okkioallasalute.it](http://www.okkioallasalute.it)

[www.epicentro.iss.it/okkioallasalute](http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute)

## INTRODUZIONE

Il problema dell'obesità e del sovrappeso nei bambini ha acquisito negli ultimi anni un'importanza crescente, sia per le implicazioni dirette sulla salute del bambino sia perché tali stati rappresentano un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie cronico-degenerative in età adulta. Inoltre, l'obesità infantile rappresenta un fattore predittivo di obesità nell'età adulta.

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS o WHO) parla oramai di epidemia di obesità. Fino a pochi anni orsono, in Italia, sono stati condotti vari studi regionali o di ASL basati su misurazioni dirette dei bambini per lo più tra 6 e 9 anni, ma differenti per tempi, modalità, età campionate e altri aspetti che ne limitano la confrontabilità. Le uniche fonti informative nazionali sono state rappresentate, fino al 2007, dalle indagini multiscopo dell'ISTAT (Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999/2000, in cui però peso e altezza dei minori sono stati comunicati dai genitori e non misurati direttamente) che evidenziano come nel nostro paese il 24% dei ragazzi tra i 6 e i 17 anni presenti un eccesso ponderale, fenomeno che sembra interessare le fasce di età più basse ed è più frequente nelle regioni del sud Italia.

Al fine di definire e implementare un sistema di raccolta dati nazionale sullo stato ponderale e sui comportamenti associati allo sviluppo di malattie cronico-degenerative nei giovani, il Ministero della Salute/CCM e le Regioni nel 2007 hanno affidato al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il coordinamento del progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni" che ha sviluppato, tra le diverse attività, l'iniziativa "OKkio alla SALUTE – Promozione della salute e della crescita sana dei bambini della scuola primaria".

Il progetto è collegato al programma europeo "Guadagnare salute – rendere facili le scelte salutari" (recepito in Italia con DPCM del 4 maggio 2007) e al "Piano Nazionale della Prevenzione".

Nell'ottica di una evoluzione verso un sistema di sorveglianza, in stretta collaborazione con le Regioni, si è cercato di sviluppare un sistema che permetta la raccolta dei dati nelle scuole, che sia sostenibile nel tempo per il sistema sanitario e per la scuola, ed efficace nel guidare gli interventi di sanità pubblica.

Scopo di OKkio alla SALUTE è definire un sistema di monitoraggio dello stato ponderale, delle abitudini alimentari e dell'attività fisica nei bambini delle scuole primarie (6-10 anni) in grado di fornire dati epidemiologici accurati e confrontabili tra le diverse realtà regionali e locali.

Nel 2008 sono state coinvolte nella prima raccolta dati di OKkio alla SALUTE 18 regioni, e nel 2009 si sono aggiunte le Province Autonome di Trento e di Bolzano e la ASL Città di Milano, per la regione Lombardia. Complessivamente, a livello nazionale, hanno partecipato 2.758 classi. Hanno compilato il questionario e sono stati pesati e misurati 48.176 alunni, mentre 49.083 genitori hanno risposto al questionario, fornendo informazioni sugli stili di vita dei propri figli. I dati raccolti mostrano un quadro preoccupante: il 23,2% dei bambini è risultato in sovrappeso e il 12,0% in condizioni di obesità, con percentuali più alte nelle regioni del centro e del sud. Per quel che concerne gli stili di vita dei bambini, l'11% salta la prima colazione e il 28% fa una colazione non adeguata (sbilanciata in termini di carboidrati e proteine); l'82% mangia una merenda di metà mattina troppo abbondante e 1 bambino su 4 pratica sport per non più di un'ora a settimana; inoltre, il 49% dei bambini ha la TV in camera e la guarda per 3 ore o più al giorno. Oltre a ciò, è emerso che i genitori non sempre hanno un quadro corretto dello stato ponderale del proprio figlio. Infatti, tra le madri di bambini in sovrappeso o obesi, il 35% non ritiene che il proprio figlio presenti un eccesso di peso. Infine, sono stati raccolti 2.588 questionari sulla scuola da cui emerge una variabilità regionale tra le diverse scuole, in relazione all'utilizzo della mensa, alla distribuzione della merenda da parte della scuola e al numero di ore di attività motoria svolta dai bambini durante la settimana.

OKkio alla SALUTE ha fornito, con la prima raccolta dati, importanti informazioni sui comportamenti dei bambini e sul loro stato ponderale, con procedure e strumenti standardizzati in tutte le regioni, e si è rilevato un valido strumento per monitorare l'evolversi dei fenomeni indagati nel tempo.

Attualmente la metodologia prevede che le rilevazioni vengano effettuate ogni due anni.

Nel report vengono presentati i risultati di OKkio alla SALUTE relativi alla nostra Asl conclusa nel mese di giugno 2010. La nostra Asl non aveva partecipato alla prima raccolta dati con un

campione rappresentativo a livello aziendale e pertanto in questo report non saranno riportati dati comparativi fra la rilevazione del 2008 e quella del 2010. Per i risultati nazionali e regionali della prima e seconda raccolta di Okkio alla SALUTE consultare i siti internet:

[www.epicentro.iss.it/okkioallasalute](http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute)

[www.okkioallasalute.it](http://www.okkioallasalute.it)

## **METODOLOGIA DELL'INDAGINE**

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

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

### ***Popolazione in studio***

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

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

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

### ***Modalità di campionamento***

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

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

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

### ***Strumenti e procedure di raccolta dati***

Nel 2008 è stata sviluppata la prima versione dei 4 questionari di OKkio alla SALUTE.

Dopo la conclusione della prima raccolta dati e dello studio di approfondimento condotto dall'INRAN "ZOOM8", che ha evidenziato la necessità di apportare alcune integrazioni ai testi, è stata elaborata l'ultima versione dei questionari di OKkio alla SALUTE utilizzata nel 2010.

Sono stati quindi predisposti quattro questionari: uno da somministrare ai bambini in aula, uno per i genitori da compilare a casa e due destinati rispettivamente agli insegnanti e ai dirigenti scolastici. Il questionario per i bambini comprende 15 semplici domande riferite a un periodo di tempo limitato (dal pomeriggio della giornata precedente alla mattina della rilevazione). I bambini hanno risposto al questionario in aula, individualmente e per iscritto, e gli operatori si sono resi disponibili per chiarire eventuali dubbi.

Per stimare la prevalenza delle condizioni di sovrappeso e obesità è stato utilizzato l'Indice di Massa Corporea (IMC), ottenuto come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi al netto della tara dei vestiti e il quadrato dell'altezza espressa in metri, misura che ben si presta ai fini della sorveglianza per l'analisi dei trend temporali e della variabilità geografica e ampiamente utilizzata a livello internazionale. Per la definizione del sottopeso, normopeso, sovrappeso e dell'obesità si è scelto di utilizzare i valori soglia per l'IMC desunti da Cole et al., come consigliato dalla International Obesity Task Force (IOTF). In particolare, nell'analisi dei dati sono stati considerati come sottopeso i bambini con un valore di IMC uguale o inferiore a 17 in età adulta (Cole et al.)

Le misurazioni di peso e altezza sono state effettuate da operatori locali addestrati, mediante bilancia Seca872™ con precisione di 50 grammi e stadiometro Seca214™ con precisione di 1 millimetro.

In caso di esplicito rifiuto dei genitori, il questionario non è stato somministrato e i bambini non sono stati misurati. Non è stata prevista alcuna forma di recupero dei dati riguardanti i bambini assenti, né di sostituzione dei rifiuti. Il ruolo degli insegnanti nel comunicare ai genitori le finalità e le modalità della raccolta dati, e nel preparare i bambini in classe è stato fondamentale e determinante per la buona riuscita dell'indagine.

Le domande rivolte ai genitori hanno indagato alcune abitudini dei propri figli quali: l'attività motoria, i comportamenti sedentari (videogiochi e televisione) e gli alimenti consumati. Inoltre, sono state rilevate informazioni sulla loro percezione dello stato nutrizionale e del livello di attività motoria dei propri figli. In questa ultima versione dei questionari è stata infine realizzata una piccola sezione, non obbligatoria, in cui i genitori del bambino potevano autoriferire il proprio peso e la propria altezza al fine di calcolare il loro IMC.

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

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

La collaborazione intensa e positiva tra operatori sanitari e istituzioni scolastiche ha permesso un ampio coinvolgimento dei bambini e dei loro genitori contribuendo alla buona riuscita dell'iniziativa. In particolare, la disponibilità e l'efficienza degli insegnanti ha consentito di raggiungere un livello di adesione delle famiglie molto alto.

La raccolta dei dati è avvenuta in tutte le regioni tra aprile e maggio 2010.

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

### ***Analisi dei dati***

Trattandosi di uno studio trasversale che si prefigge di misurare delle prevalenze puntuali, l'analisi dei dati è consistita principalmente nella misura di percentuali (prevalenze) delle più importanti variabili selezionate. Per alcune di queste, in particolare per quelle che saranno soggette a confronti temporali successivi o con altre realtà territoriali (Regioni o ASL), si sono calcolati anche gli intervalli di confidenza al 95%. In qualche caso, al fine di identificare alcuni gruppi a rischio, si sono calcolati dei rapporti di prevalenza e realizzati dei test statistici (Test esatto di Fisher o del Chi quadrato). Nel presente rapporto, dove opportuno, viene indicato quando le differenze osservate sono o non sono statisticamente significative.

Le analisi sono state effettuate usando il software Stata vers. 9.0, seguendo un piano d'analisi predisposto nel protocollo dell'indagine.

## Descrizione della popolazione

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

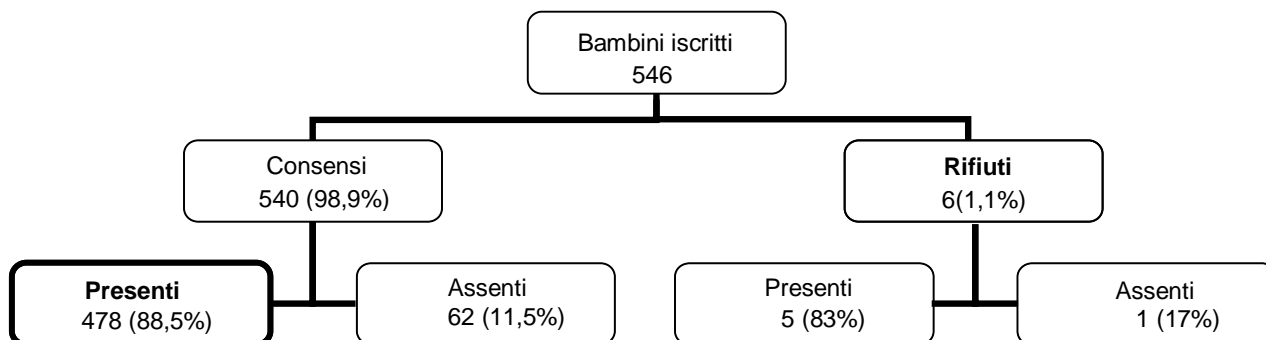
### **Quante scuole e quante classi sono state coinvolte nell'indagine?**

Nella ASL Brindisi hanno partecipato all'indagine il 100% delle scuole ed 100% delle classi sulle 22 scuole e sulle 26 classi rispettivamente campionate. Da precisare che due istituti scolastici hanno rifiutato di partecipare e sono stati sostituiti con altre due scuole campionate come riserva che hanno accettato senza problemi.

## Partecipazione dei bambini e delle famiglie allo studio

La misura della "risposta" delle famiglie, ovvero la percentuale di bambini/famiglie che ha partecipato all'indagine, è un importante indicatore di processo. Una percentuale molto alta, oltre a garantire la rappresentatività del campione, dimostra l'efficacia delle fasi preparatorie dell'indagine. Una risposta bassa a causa non solo di un alto numero di rifiuti ma anche di assenti, maggiore di quanto ci si attenderebbe in una normale giornata di scuola, potrebbe far sospettare una scelta delle famiglie dettata per esempio dalla necessità di "proteggere" i bambini sovrappeso/obesi. In questo caso, il campione di bambini delle classi selezionate potrebbe non essere sufficientemente rappresentativo dell'insieme di tutte le classi della ASL, in quanto la prevalenza di obesità riscontrata nei bambini del campione potrebbe essere significativamente diversa da quella degli assenti.

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



- Solo l'uno % dei genitori ha inviato il rifiuto per la misurazione dei propri figli. Questo valore è risultato inferiore a quello nazionale (3%). Questo dato sottolinea una buona gestione della comunicazione tra ASL, scuola e genitori.
- Nella giornata della misurazione erano assenti 63 bambini pari al 11,5% del totale di quelli iscritti; generalmente la percentuale di assenti è del 5-10%. Questa percentuale di assenti tra i consensi si pone appena al di sopra della media nazionale, ma non sembra indicare un "rifiuto non dichiarato apertamente". In effetti il numero maggiore di assenti è stato riscontrato solo in un giorno particolare della rilevazione, durante il quale si è verificato un temporale di notevole intensità con riduzione della percorribilità delle strade e quindi dell'accesso a scuola.
- I bambini ai quali è stato possibile somministrare il questionario e di cui sono stati rilevati peso e altezza sono stati quindi 478 ovvero l'88% degli iscritti negli elenchi delle classi. L'alta percentuale di partecipazione (> 85%) assicura una rappresentatività del campione molto soddisfacente.

- Hanno risposto al questionario dei genitori 532 delle famiglie dei 546 bambini iscritti (97%). Il numero di bambini misurati è più basso perché alcuni erano assenti il giorno dell'indagine o perché i genitori hanno riempito il questionario ma hanno negato la partecipazione del figlio.

### ***Bambini partecipanti: quali le loro caratteristiche?***

Le soglie utilizzate per classificare lo stato ponderale variano in rapporto al sesso e all'età dei bambini considerati.

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

| <b>età e sesso dei bambini</b>  |          |          |
|---------------------------------|----------|----------|
| <b>ASL Brindisi – (N = 546)</b> |          |          |
| <b>Caratteristiche</b>          | <b>n</b> | <b>%</b> |
| <b>Età in anni</b>              |          |          |
| ≤ 7                             | 0        | 0,0      |
| 8                               | 335      | 70,4     |
| 9                               | 140      | 29,4     |
| ≥ 10                            | 1        | 0,2      |
| <b>Sesso</b>                    |          |          |
| Maschi                          | 240      | 50,4     |
| Femmine                         | 236      | 49,6     |

### ***Genitori partecipanti: chi sono e cosa fanno?***

La scolarità dei genitori, usata come indicatore socioeconomico della famiglia, è associata in molti studi allo stato di salute del bambino.

Il questionario è stato compilato più spesso dalla madre del bambino (89,5%), meno frequentemente dal padre (9,9%) o da altra persona (0,6%). Per motivi di semplicità abbiamo limitato l'analisi alle madri, che nel nostro studio costituiscono il genitore che ha risposto più frequentemente al questionario rivolto ai genitori.

- Oltre la metà delle madri che ha risposto al questionario ha appena un diploma di scuola obbligatoria, mentre il 39,4% delle madri ha un titolo di scuola superiore e solo il 7,7% è laureato.
- Quasi il 23% delle madri lavora a tempo pieno e il 25% part-time.
- Il 2,5% delle madri è di nazionalità straniera
- Si nota quindi che oltre la metà delle madri ha solo il titolo scolastico della scuola dell'obbligo e risulta casalinga o disoccupata. Il basso livello materno di scolarizzazione, fattore di rischio per lo sviluppo di obesità nella prole, potrebbe essere uno dei fattori dell'alta prevalenza riscontrata nella nostra area.

| <b>livello di istruzione, occupazione e nazionalità della madre</b> |          |          |
|---|----------|----------|
| <b>ASL Brindisi– (N = 522)</b>                                      |          |          |
| <b>Caratteristiche</b>  | <b>n</b> | <b>%</b> |
| <b>Grado di istruzione</b>  |          |          |
| Nessuna, elementare, media  | 246      | 52,9     |
| Diploma superiore   | 183      | 39,4     |
| Laurea  | 36       | 7,7      |
| <b>Lavoro</b>   |          |          |
| Tempo pieno   | 107      | 22,9     |
| Part time   | 118      | 25,2     |
| Nessuno   | 243      | 51,9     |
| <b>Nazionalità</b>  |          |          |
| Italiana  | 509      | 97,5     |
| Straniera   | 13       | 2,5      |

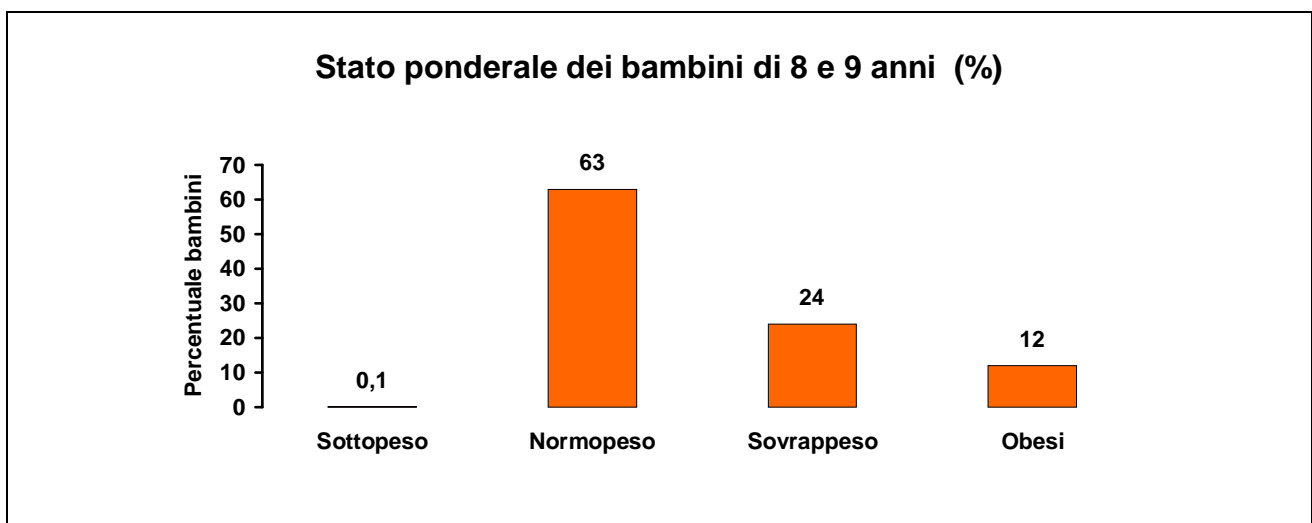
# La situazione nutrizionale dei bambini

L'obesità ed il sovrappeso in età evolutiva tendono a persistere in età adulta e a favorire lo sviluppo di gravi patologie quali le malattie cardio-cerebro-vascolari, il diabete tipo 2 ed alcuni tumori. Negli ultimi 25 anni la prevalenza dell'obesità nei bambini è triplicata e la linea di tendenza è in continuo aumento. Accurate analisi dei costi della patologia e delle sue onerose conseguenze, sia considerando il danno sulla salute che l'investimento di risorse, hanno indotto l'OMS e anche il nostro Paese a definire la prevenzione dell'obesità come un obiettivo prioritario di salute pubblica.

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

## Quanti sono i bambini in sovrappeso o obesi?

L'indice di massa corporea (IMC) è un indicatore indiretto dello stato di adiposità, semplice da misurare e comunemente utilizzato negli studi epidemiologici per valutare l'eccedenza ponderale (il rischio di sovrappeso e obesità) di popolazioni o gruppi di individui. Si ottiene dal rapporto tra il peso del soggetto espresso in chilogrammi diviso il quadrato della sua altezza espressa in metri. Per la determinazione di sottopeso, normopeso, sovrappeso e obeso sono stati utilizzati i valori soglia proposti da Cole et al. Aggregando i dati di un campione rappresentativo di bambini di una particolare area geografica, la misura periodica dell'IMC permette di monitorare nel tempo l'andamento del sovrappeso/obesità e dell'efficacia degli interventi di promozione della salute nonché di effettuare confronti tra popolazioni e aree diverse.



- Tra i bambini della nostra ASL il 12,1% risulta obeso (IC95% 9,58%-15,2%), il 24,2% sovrappeso (IC95% 20,4%-28,5%), il 63,1% normopeso (IC95% 58%-67,8%) e lo 0,6% sottopeso IC95% (0,1%-2,5%).
- Complessivamente il 36,3% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità. Il valore è 2 punti percentuali inferiore a quello regionale, ma 2 punti superiore al dato nazionale.

Questi dati non sono confrontabili con i dati di OKkio alla Salute del 2008 perché la nostra ASL all'epoca non ha partecipato con un campione rappresentativo, ma possono essere confrontabili con i dati raccolti nel 2001 nella nostra stessa ASL nell'ambito del progetto "Progetto pilota di sorveglianza nutrizionale basato su dati regionali" e finanziato dal Ministero della Salute. Il



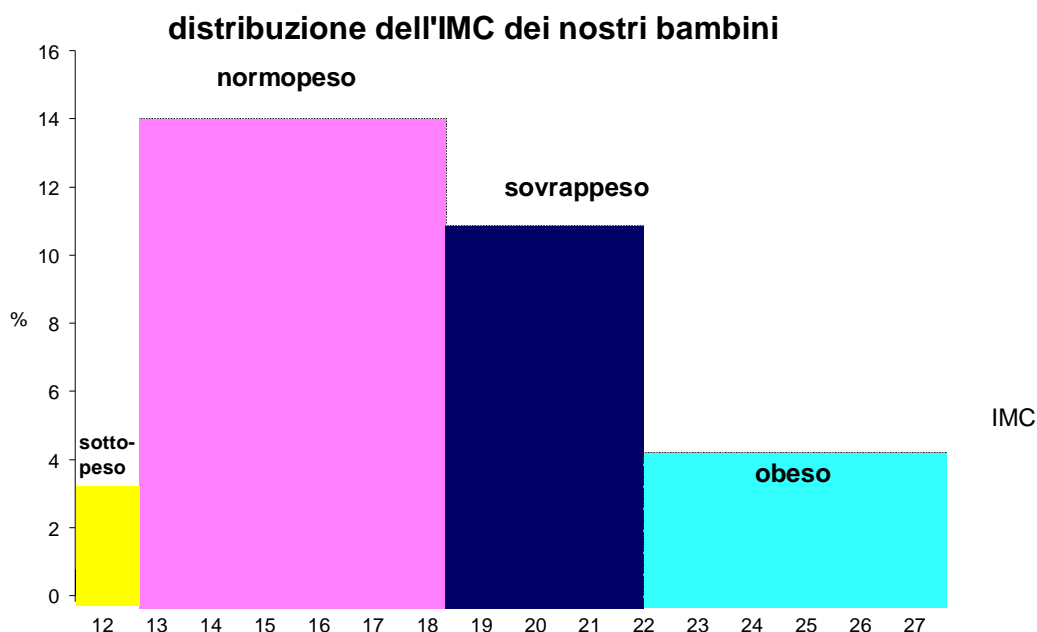
campionamento nel 2001 è stato a cluster, limitando il cluster alla scuola e non alla classe. Nel 2001 il tasso di prevalenza di sovrappeso, includendo l'obesità, per la provincia di Brindisi era del 37.8% (sovrappeso 24.4%, obesità 13.4%). La prevalenza quindi mostra una lieve riduzione soprattutto a carico dell'obesità. Seppur certamente non significativo dal punto di vista statistico il dato è estremamente interessante se inserito in un contesto regionale di alta prevalenza sia di sovrappeso che di obesità e concorda con dati di altri Paesi ed aree che mostrano un leveling off del sovrappeso, in aree dove siano state intraprese azioni preventive di sanità pubblica.

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

La mediana (valore centrale) della distribuzione dell'IMC della nostra ASL è pari a 17,4 ed è spostata verso destra rispetto a quella della popolazione internazionale di riferimento della stessa età (15,8).

A parità di età della rilevazione, le curve che mostrano valori di mediana più alti di quelle di riferimento e un'asimmetria con una coda più pronunciata sulla destra sono da riferire a una popolazione sostanzialmente affetta da sovrappeso e obesità.

- Nella figura 1 è riportata la curva di distribuzione dell'IMC per il **2010**



**Fig. 1**

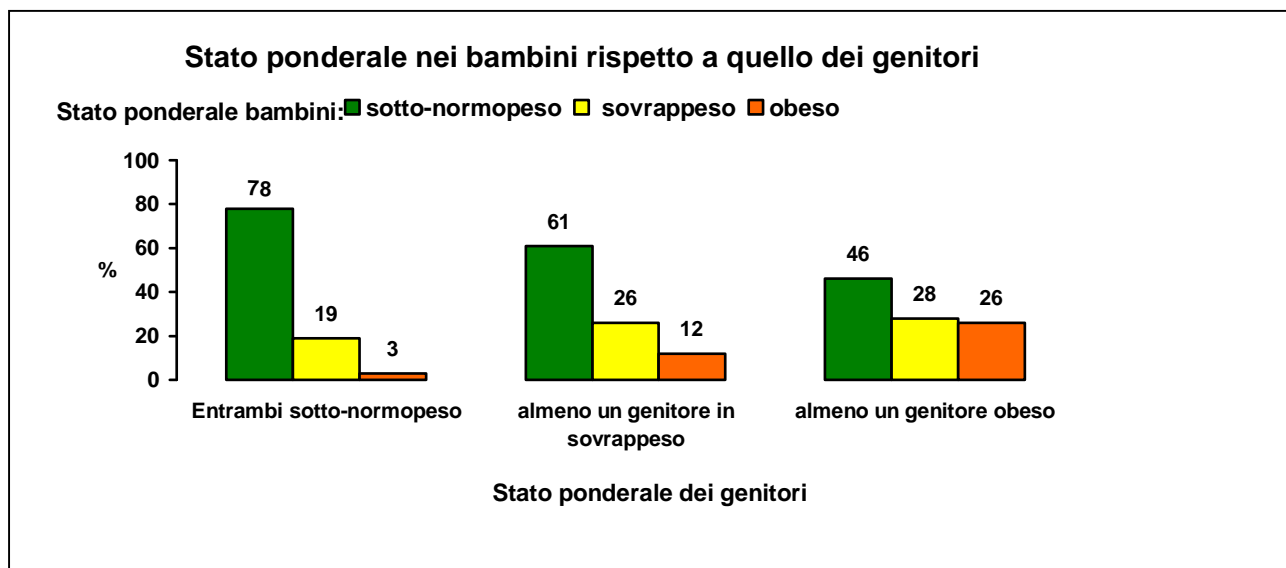
L'istogramma rappresenta la distribuzione dei bambini in rapporto allo stato nutrizionale del 2010: sottopeso, normopeso, sovrappeso, obesi (analisi limitata ai bambini dell'età mediana della popolazione in studio a livello nazionale +/- 6 mesi: da otto anni e quattro mesi a nove anni e quattro mesi); n =476

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

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

- Nella ASL Brindisi, le prevalenze di obesità e di sovrappeso sono simili tra i bambini di 8 e quelli di 9 anni e tra maschi e femmine.
- Il rischio di obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre, da 14,7% per titolo di scuola elementare o media, a 9,3% per diploma di scuola superiore, a 8,8% per la laurea, ma la differenza non è statisticamente significativa.

| Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni per caratteristiche demografiche del bambino e della madre (%) |                     |            |       |
|--|---------------------|------------|-------|
| ASL Brindisi (n=476)   |                     |            |       |
| Caratteristiche  | Normo/<br>sottopeso | Sovrappeso | Obeso |
| <b>Età</b>   |                     |            |       |
| 8 anni   | 61,7                | 26,4       | 13,9  |
| 9 anni   | 65,3                | 23,7       | 11    |
| <b>Sesso</b>   |                     |            |       |
| maschi   | 66,7                | 23,6       | 9,7   |
| femmine  | 60,7                | 24,8       | 14,5  |
| <b>Istruzione della madre</b>  |                     |            |       |
| Nessuna, elementare,<br>media  | 63                  | 22,3       | 14,7  |
| Superiore  | 64,5                | 26,2       | 9,3   |
| Laurea   | 64,7                | 26,5       | 8,8   |



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

- Dai dati autoriferiti dai genitori emerge che, nella nostra ASL, il 24,6% delle madri è in sovrappeso e il 7,6% è obeso; i padri, invece, sono nel 49,6% sovrappeso e 15% obesi, dati appena superiori a quelli regionali, senza che vi sia una differenza significativa.
- Nel 2001 i dati, sempre autoriferiti, dai genitori erano per le madri 23,4% di sovrappeso e 7,4% di obesità, mentre i padri erano sovrappeso per il 51,5% ed obesi per l'11,6%. La prevalenza di sovrappeso/obesità quindi sembra essere stabile fra i genitori.
- Quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso il 26,4% dei bambini risulta in sovrappeso e il 12,3% obeso.

- Quando almeno un genitore è obeso il 28% dei bambini è in sovrappeso e il 25,6% obeso.

### Per un confronto.....

|   | Valore assunto<br>usando mediana di<br>riferimento* | Valore ASL<br>2010 | Valore<br>regionale<br>2010 | Valore<br>nazionale<br>2010 |
|---|---|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Prevalenza di bambini<br>sotto-normopeso      | 84%   | 63,7%              | 61%                         | 66%                         |
| Prevalenza di bambini<br>sovrappeso           | 11%   | 24,2%              | 26%                         | 23%                         |
| Prevalenza di bambini<br>obesi                | 5%  | 12,1%              | 14%                         | 11%                         |
| Mediana di IMC nella<br>popolazione in studio | 15,8  | 17,4%              | 17,8%                       | 17,4                        |

\* Per ottenere un valore di riferimento con cui confrontare la prevalenza di sovrappeso e obesità della popolazione in studio, sono stati calcolati i valori che la popolazione nazionale avrebbe se la mediana dell'IMC fosse pari a quella della popolazione di riferimento utilizzata dalla IOTF per calcolare le soglie di sovrappeso e obesità.

## Conclusioni

Nei fatti, i risultati del presente rapporto accrescono ulteriormente la reale e giustificata preoccupazione sul futuro stato di salute della nostra popolazione. Un'ampia letteratura scientifica conferma inconfutabilmente il rischio che il sovrappeso, e in misura sensibilmente maggiore l'obesità, già presenti in età pediatrica ed adolescenziale persistano in età adulta. Seppur in proporzione ridotta anche una parte dei bambini oggi normopeso diventerà sovrappeso/obeso in età adulta contribuendo ad aumentare in tal maniera la prevalenza complessiva del sovrappeso/obesità. Di conseguenza, in presenza di una così alta prevalenza di sovrappeso-obesità ed in assenza di interventi efficaci e tempestivi, anche la prevalenza di malattia cardiovascolare aumenterà sensibilmente nei prossimi anni, interessando sempre più frequentemente la fascia di età dei giovani adulti, con ovvi e prevedibili effetti sia sullo stato di salute dei cittadini che sulle risorse necessarie per affrontare tali complicità.

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

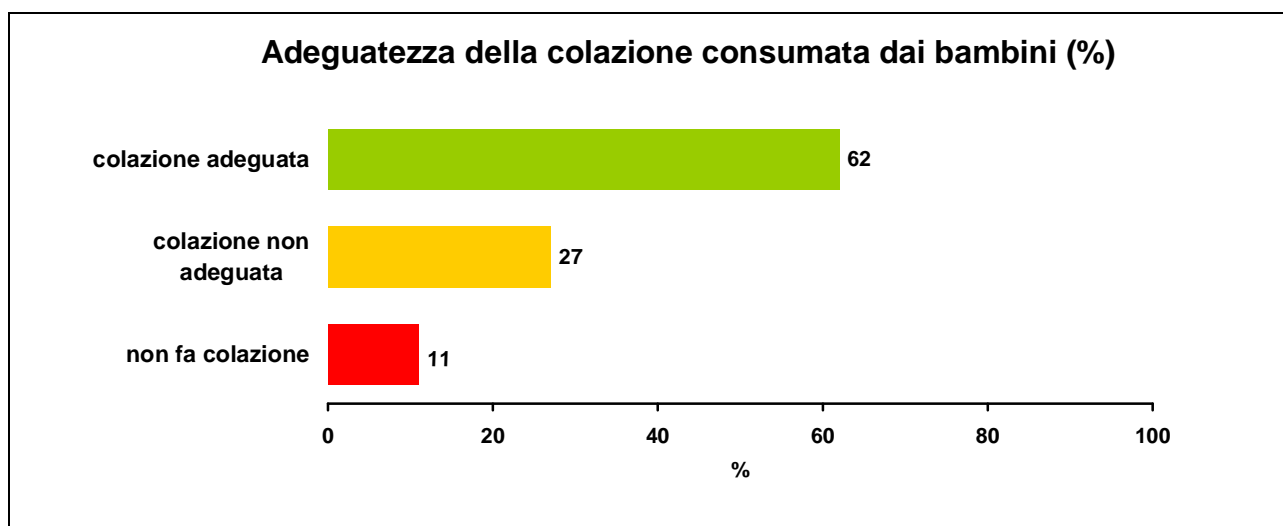
Per la nostra ASL il riscontro di valori appena inferiori o comunque stabili rispetto al 2001, se da un lato consente di valutare positivamente tutti gli interventi preventivi già attuati nel tempo, dall'altro conferma la necessità di non abbassare la guardia e di continuare ad intervenire in maniera efficace, monitorando i programmi preventivi in modo da correggere le attività in base ai risultati ottenuti. Sarà molto interessante verificare se la minore prevalenza di sovrappeso nella popolazione scolastica di questa età dalla rilevazione del 2001 a quella del 2010 viene spalmata su tutte le fasce socio-economiche o se la riduzione è soprattutto nella fascia delle famiglie più abbienti come già accaduto in altri Paesi.

## Le abitudini alimentari dei bambini

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

### ***I nostri bambini fanno una prima colazione adeguata?***

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

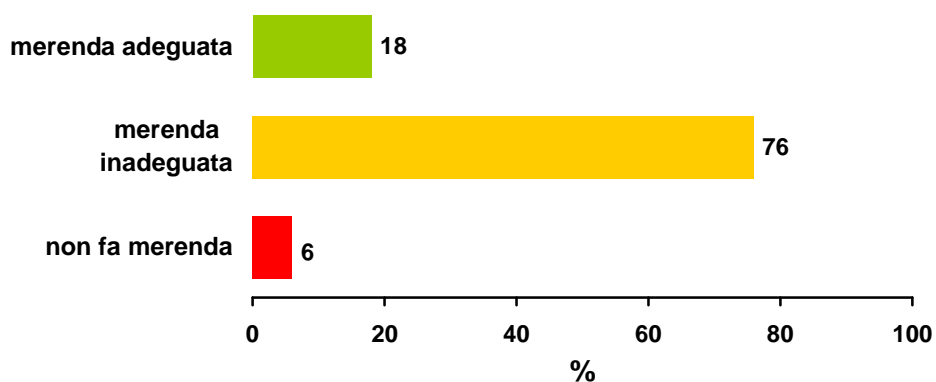


- Nella nostra ASL ben il 62% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata.
- L'11% non fa colazione (valori praticamente simili fra i due sessi: bambine 11% versus bambini, 12%)\* e il 27% non la fa qualitativamente adeguata.
- La prevalenza del non fare colazione è più alta nei bambini di mamme con titolo di studio più basso (elementare o media).

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

Oggigiorno viene raccomandato che, se è stata assunta una prima colazione adeguata, venga consumata a metà mattina una merenda contenente circa 100 calorie, che corrispondono in pratica a uno yogurt, o a un frutto, o a un succo di frutta senza zuccheri aggiunti. Alcune scuole prevedono la distribuzione della merenda agli alunni; in tal caso, nell'analisi dei dati, la merenda è stata classificata come adeguata.

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

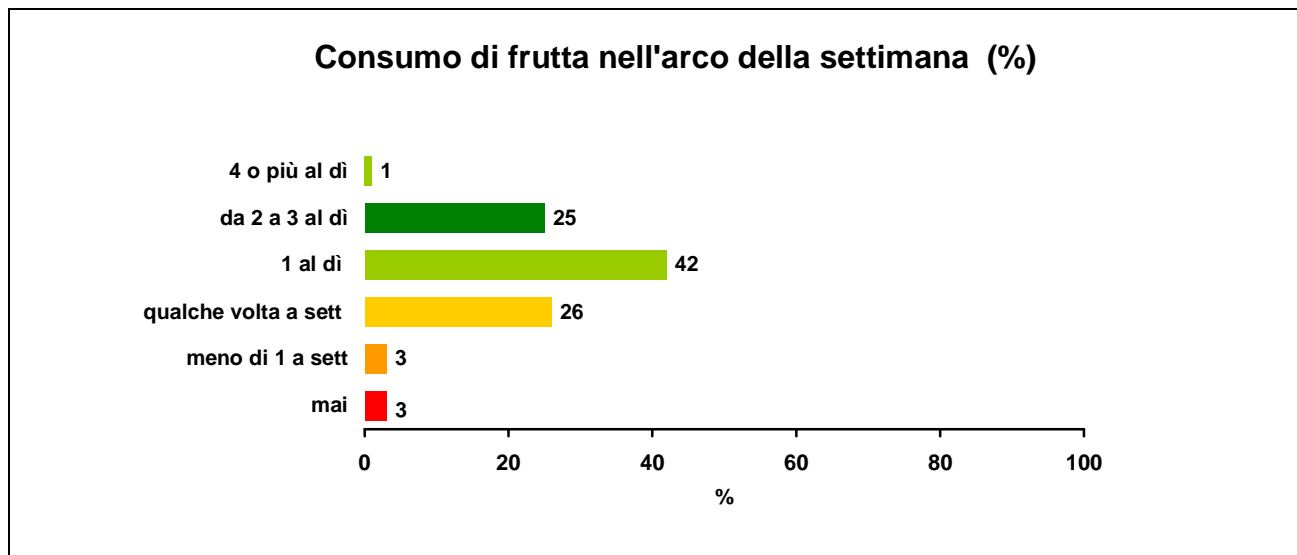


- Nel 15% delle classi è stata distribuita una merenda di metà mattina.
- Quasi un quinto dei bambini (18%) consuma una merenda adeguata di metà mattina.
- La maggior parte dei bambini (76%) la fa inadeguata e il 6% non la fa per niente.
- Non sono emerse differenze per livello di istruzione della madre, mentre la percentuale di bambine che fanno una adeguata merenda è il doppio di quella dei bambini ( 8% vs 4%).

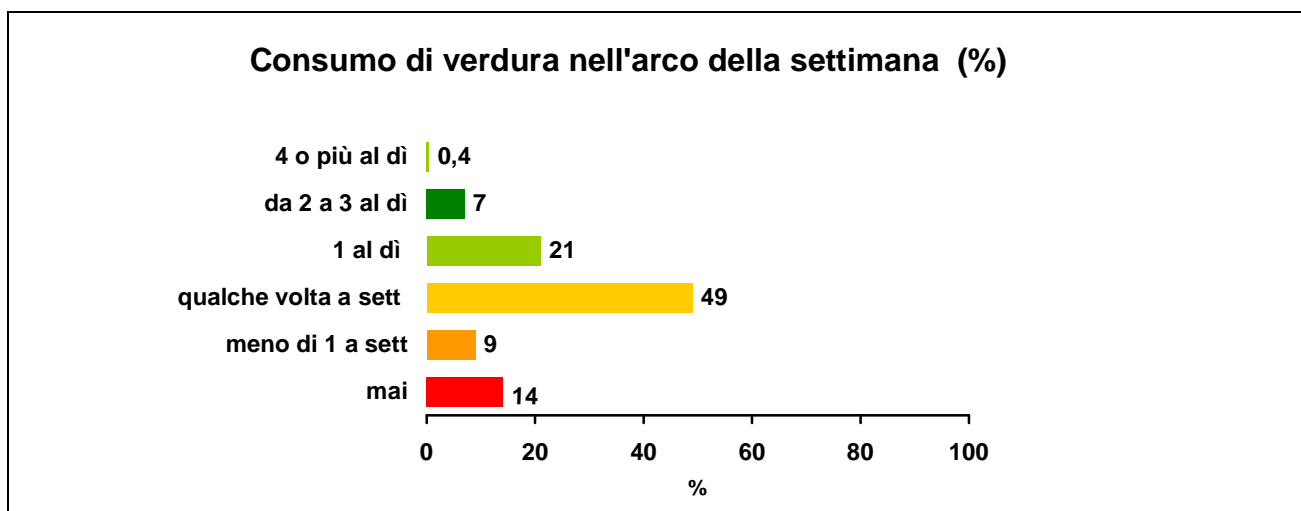
La diversa modalità di domanda non permette di poter fare un confronto con i dati del 2001.

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

Le linee guida sulla sana alimentazione prevedono l'assunzione di almeno cinque porzioni al giorno di frutta o verdura. Il consumo di frutta e verdura nell'arco della giornata garantisce un adeguato apporto di fibre e sali minerali e consente di limitare la quantità di calorie introdotte. A differenza della prima raccolta dati, il consumo di frutta e verdura è stato richiesto con 2 domande distinte, 1 per la frutta e 1 per la verdura.



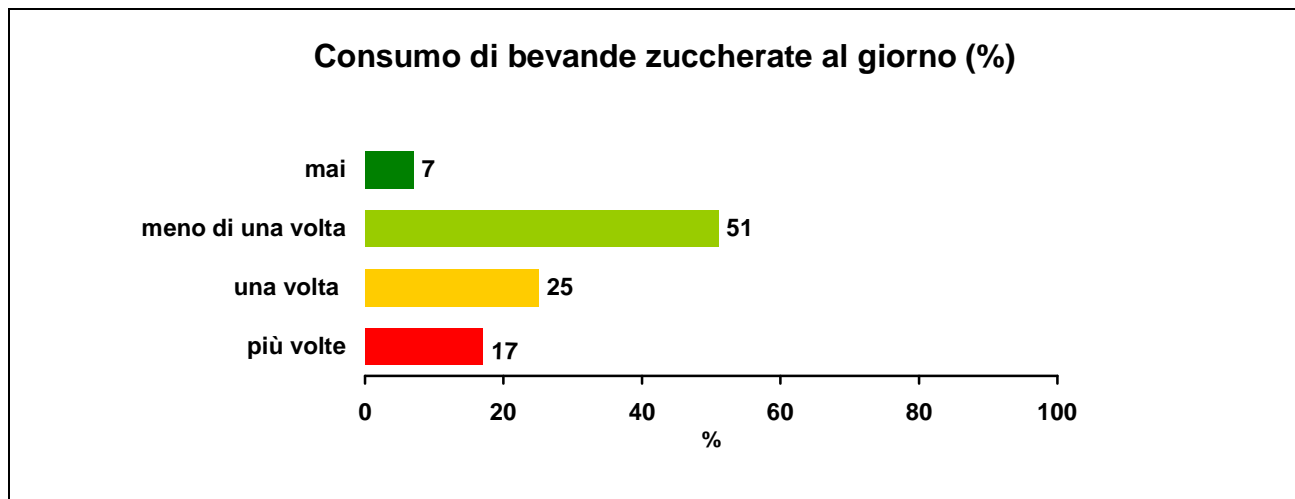
- Nella nostra ASL, i genitori riferiscono che il 25% dei bambini consuma la **frutta** 2-3 al giorno; il 42% una sola porzione al giorno.
- Il 32% dei bambini mangia frutta meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino, mentre per livello di istruzione della madre la prevalenza di consumo di frutta 2-3 volte al giorno cresce con il crescere della scolarità della madre: 20% scuola obbligatoria, 26% diploma scuola superiore, 53% laurea.



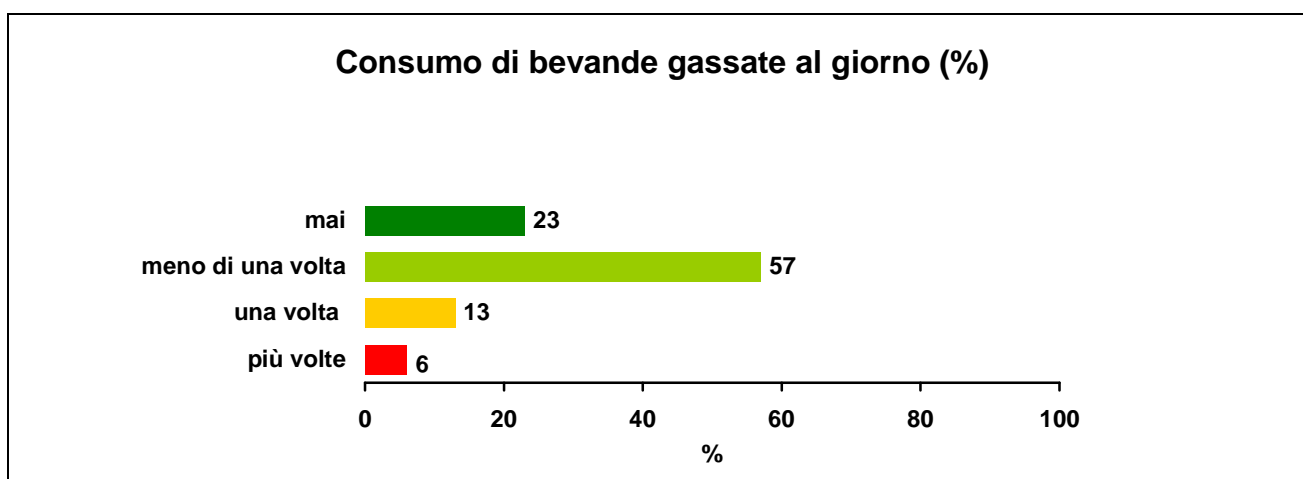
- Nella nostra ASL, i genitori riferiscono che solo il 7% dei bambini consuma **verdura** 2-3 al giorno; il 21% una sola porzione al giorno.
- Il 72% dei bambini consuma verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino e per livello di istruzione della madre.

## Quante bibite zuccherate al giorno consumano i nostri bambini?

Mediamente in una lattina di bevanda zuccherata (33 cc) è contenuta una quantità di zuccheri aggiunti pari a 40-50 grammi, fra 5 e 8 cucchiaini, con l'apporto calorico che ne consegue. Esiste una forte associazione tra il consumo di bevande zuccherate e l'obesità. A differenza della prima raccolta dati, il consumo di bevande zuccherate e bevande gassate è stato indagato con 2 domande distinte, 1 per le bevande zuccherate e 1 per le bevande gassate.



- Nella nostra ASL il 58% dei bambini consuma meno di una volta al giorno o mai delle **bevande zuccherate**.
- Il 25% dei bambini assume bevande zuccherate una volta e il 17% più volte al giorno.
- Mentre non vi è differenza fra maschi e femmine, la prevalenza di consumo di bibite zuccherate almeno una volta al giorno diminuisce significativamente con il crescere della scolarità della madre, da 49% per titolo di scuola elementare o media, a 38% per diploma di scuola superiore, a 31% per la laurea (p 0.007).



- Nella nostra ASL ben l'80% dei bambini consuma meno di una volta al giorno o mai delle **bevande gassate**.
- Il 13% dei bambini assume bevande gassate una volta e il 6% più volte al giorno.
- Mentre non vi è differenza fra maschi e femmine, la prevalenza di consumo di bibite gassate almeno una volta al giorno diminuisce significativamente con il crescere della scolarità della madre, da 24% per titolo di scuola elementare o media, a 15% per diploma di scuola superiore, a 3% per la laurea (p 0.02).



Per un confronto.....

| <b>Prevalenza di bambini che...</b>                               | <b>Valore desiderabile per i bambini</b> | <b>Valore ASL 2010</b> | <b>Valore regionale 2010</b> | <b>Valore nazionale 2010</b> |
|---|--|------------------------|------------------------------|------------------------------|
| hanno assunto la colazione al mattino dell'indagine               | 100%                                     | 89%                    | 90%                          | 91%                          |
| hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine     | 100%                                     | 62%                    | 62%                          | 61%                          |
| hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina                 | 100%                                     | 18%                    | 26%                          | 28%                          |
| assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere             | 100%                                     | 3%                     | 3%                           | 7%                           |
| assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno | 0%                                       | 48%                    | 42%                          | 48%                          |

## **Conclusioni**

E' dimostrata l'associazione tra sovrappeso ed obesità e stili alimentari errati. Questo rischio per i bambini può essere limitato da un cambiamento di abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie. Alcune iniziative come quella di eliminare i distributori automatici di alimenti e bevande dalla scuola o di informare genitori e bambini del carico calorico presente nelle bevande zuccherate possono essere di ausilio nel modificare le abitudini alimentari errate dei nostri bambini.

# L'uso del tempo dei bambini: l'attività fisica

L'attività fisica è un fattore determinante per mantenere o migliorare la salute dell'individuo essendo in grado di ridurre il rischio di molte malattie cronic-degenerative. È universalmente accettato in ambito medico che un'adeguata attività fisica associata ad una corretta alimentazione possa prevenire il rischio di sovrappeso nei bambini. Si consiglia che i bambini facciano attività fisica moderata o intensa ogni giorno per almeno 1 ora. Questa attività non deve essere necessariamente continua ed include tutte le attività motorie quotidiane. La promozione dell'attività fisica è uno degli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione e la sistematizzazione dell'attività motoria nelle scuole un obiettivo del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

## **Quanti bambini sono fisicamente attivi?**

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

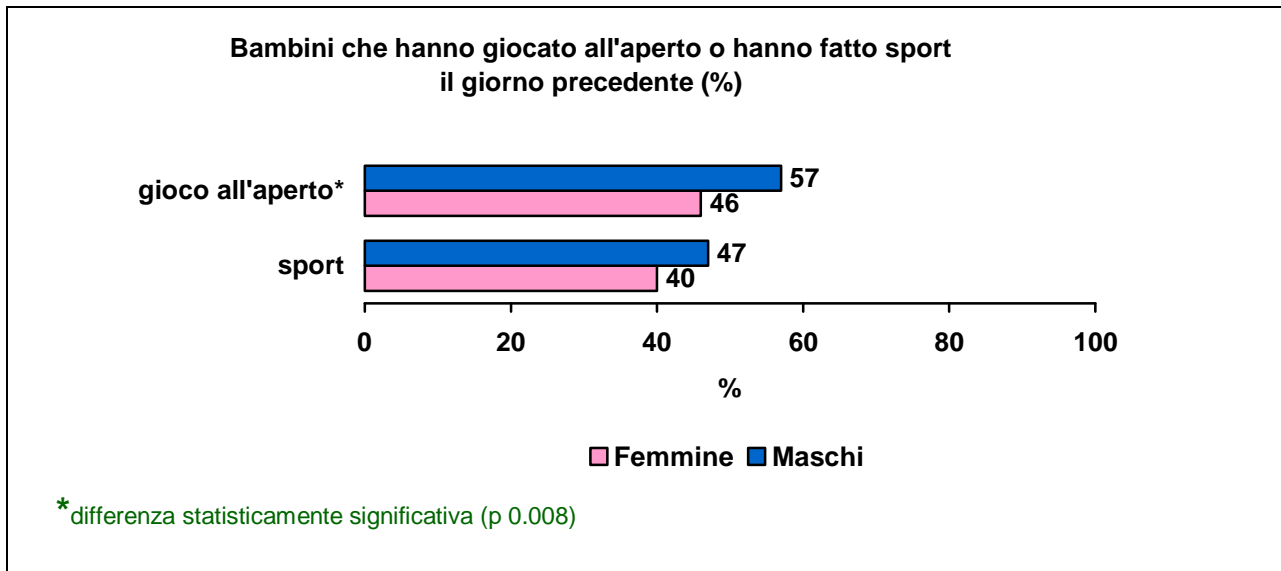
- Nel nostro studio il 71% dei bambini risulta attivo il giorno antecedente all'indagine.
- Solo il 20% tuttavia ha partecipato ad un'attività motoria curricolare a scuola nel giorno precedente (questo può dipendere dal fatto che il giorno precedente poteva non essere quello in cui era prevista l'ora curricolare). Tuttavia è da notare che non tutte le scuole sono in grado di offrire la pratica di attività fisica curricolare ed anche questo può essere alla base della bassa percentuale.

| <b>Attività fisica il giorno precedente l'indagine (%)</b> |                           |
|--|---------------------------|
| <b>ASL Brindisi n=471</b>                                  |                           |
| <b>Caratteristiche</b>                                     | <b>Attivi<sup>#</sup></b> |
| <b>Sesso*</b>  |                           |
| maschi   | 71                        |
| femmine  | 71                        |

<sup>#</sup> Il giorno precedente hanno svolto attività motoria a scuola e/o attività sportiva strutturata e/o hanno giocato all'aperto nel pomeriggio

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

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



- Il 52% dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi giocano all'aperto più delle femmine (p0.008).
- Il 43% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi fanno sport più delle femmine anche se non in maniera statisticamente significativa.

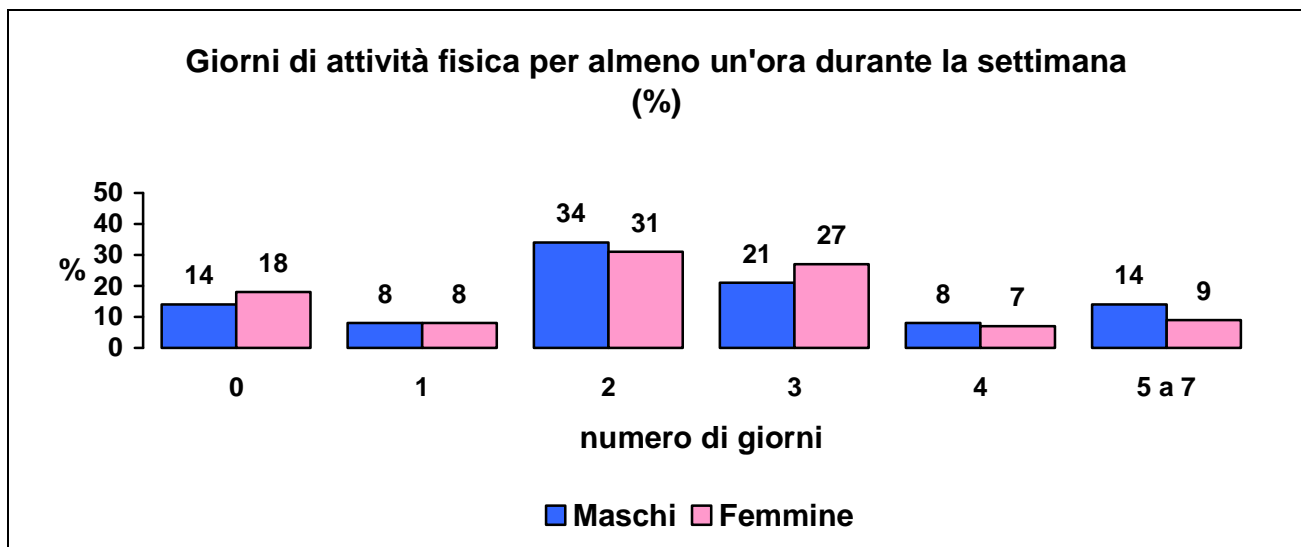
Il dato che solo la metà dei bambini ha potuto giocare all'aria aperta è coerente con i risultati del progetto PERISCOPE, attuato in provincia di Brindisi ed in provincia di Bari nel 2008 e dedicato a bambini di età fra 3 e 6 anni in due campioni di convenienza.

Anche considerando tutti i problemi derivanti dal confronto di due campioni estratti con differente modalità è interessante confrontare i risultati dei due studi.

Anche in questo progetto i risultati mostrano che solo la metà dei bambini campionati in provincia di Brindisi può utilizzare l'ambiente esterno, una percentuale decisamente inferiore a quella riportata in Danimarca (98.4%) ed in Polonia (96%). È chiaro che se fin dall'inizio della vita sociale il bambino non prende confidenza con l'ambiente esterno e non impara ad amare il gioco all'aria aperta, in età scolare, quando si stabilizzano le abitudini già acquisite, sarà molto difficile andare a modificare un comportamento sociale circolare in cui le paure ed i ritmi lavorativi dei genitori, come pure le relazioni amicali fra pari si interfacciano e giocano un notevole ruolo.

## **Secondo i genitori, quanti giorni i bambini fanno attività fisica per almeno un'ora al giorno durante l'intera settimana?**

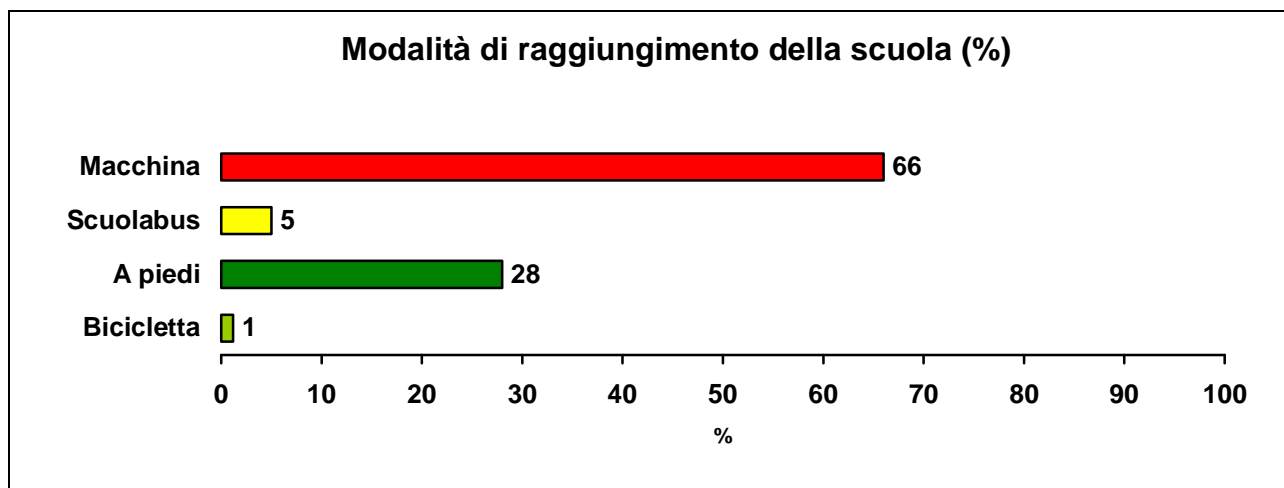
Per stimare l'attività fisica dei bambini si può ricorrere all'informazione fornita dai genitori, ai quali si è chiesto quanti giorni, in una settimana normale, i bambini giocano all'aperto o fanno sport strutturato per almeno un'ora



- Secondo i loro genitori, nella nostra ASL circa 3 bambini su 10 (33%) fanno un'ora di attività fisica per 2 giorni la settimana, il 16% neanche un giorno e solo l'11% da 5 a 7 giorni.
- Non c'è differenza fra maschi e femmine nella percentuale di bambini che fa sport 3 o più giorni a settimana.
- La zona di abitazione non è associata a una diversa frequenza di attività fisica da parte dei bambini, ma occorre precisare che la numerosità di abitanti per i paesi della provincia di Brindisi è abbastanza omogenea e solo il comune di Brindisi presenta una popolazione di circa 100.000 abitanti, per cui mancano le basi per poter valutare con precisione l'impatto di questo fattore.

## Come si recano a scuola i bambini?

Un altro modo per rendere fisicamente attivi i bambini è fargli percorrere il tragitto casa-scuola a piedi o in bicicletta, compatibilmente con la distanza del loro domicilio dalla scuola.



- Il 29% dei bambini, nella mattina dell'indagine, ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bici; invece, l'71% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato.
- Non si rilevano differenze degne di nota per sesso e fra le diverse tipologie di luogo d'abitazione.
- Si nota invece una notevole differenza nelle modalità di trasporto se questi dati si confrontano con i risultati del progetto PERISCOPE. I bambini di età di scuola dell'infanzia infatti sembrano utilizzare mezzi più attivi per raggiungere la scuola (quando questa dista meno di 1Km dalla propria casa) visto che il 55% va a scuola a piedi ed il 45% torna a casa a piedi. Ovviamente se la distanza è superiore ad 1Km la percentuale scende drammaticamente al 4.5% sia all'andata che al ritorno. La diversa modalità può essere parzialmente legata ai diversi orari di inizio dell'orario, ma anche al fatto che i bambini della scuola primaria sono, secondo i genitori, oppressi da zaini troppo pieni di libri e pertanto, va evitato un carico eccessivo. Va tuttavia evidenziato che la percentuale di bambini che si reca a scuola a piedi non arriva al 50%, anche in un ambiente positivo sia per meteorologia che per distanze urbane.

### Per un confronto.....

|  | Valore desiderato per i bambini | Valore ASL 2010 | Valore regionale 2010 | Valore nazionale 2010 |
|--|---------------------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|
| Bambini definiti fisicamente attivi  | 100%                            | 71%             | 73%                   | 82%                   |
| Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine                   | 100%                            | 52%             | 52%                   | 65%                   |
| Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine | 100%                            | 43%             | 44%                   | 46%                   |

Bambini che svolgono attività fisica almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni alla settimana

100%

**11%**

12%

16%

---

## **Conclusioni**

I dati raccolti hanno evidenziato che i bambini della nostra ASL fanno poca attività fisica. Si stima che 1 bambino su 3 risulta fisicamente inattivo, in percentuale uguale fra femmine e maschi. Le modalità per raggiungere la scuola Appena poco più di 1 bambino su 10 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età, anche per ragioni legate al recarsi a scuola con mezzi motorizzati, giocare poco all'aperto e non fare sufficienti attività sportive strutturate.

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

Ad ulteriore conferma dello stile sedentario dei bambini della ASL Brindisi, ma anche di quelli pugliesi ed italiani, va sottolineato che il questionario è stato proposto nel mese di maggio e pertanto da un punto di vista meteorologico il momento ideale per poter giocare o camminare all'aperto. Vanno assolutamente evidenziate le cause che ostacolano l'attività fisica in termini di ostacoli fisici e barriere di tipo comportamentale soprattutto a carico dei genitori che hanno a questa età dei figli ancora un significativo impatto e favoriti tutti quegli interventi che migliorando la vivibilità urbana hanno una ricaduta positiva sulla pratica di attività fisica quotidiana.

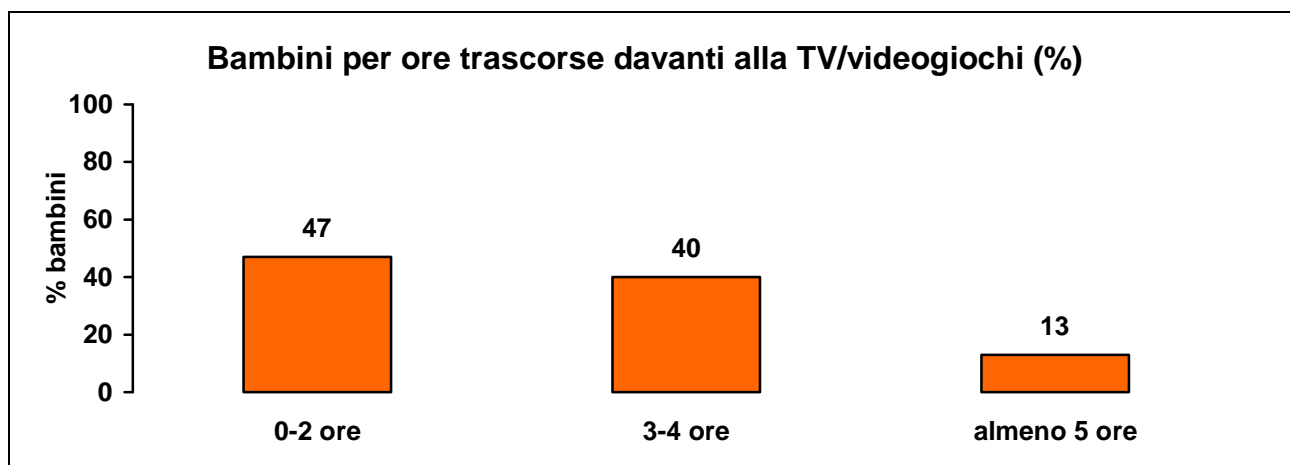
# L'uso del tempo dei bambini: le attività sedentarie

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

## **Quante ore al giorno i bambini guardano la televisione o usano i videogiochi?**

Diverse fonti autorevoli raccomandano un limite di esposizione complessivo alla televisione/videogiochi per i bambini di età maggiore ai 2 anni di non oltre le 2 ore quotidiane, mentre è decisamente sconsigliata la televisione nella camera da letto dei bambini.

I seguenti dati mostrano la somma del numero di ore che i bambini trascorrono a guardare la TV e/o a giocare con i videogiochi-computer in un normale giorno di scuola, secondo quanto dichiarato dai genitori. Questi dati possono essere sottostimati nella misura in cui la discontinua presenza parentale non permetta di verificare la durata effettiva del tempo passato dai bambini nelle diverse attività.



- Nella nostra ASL, i genitori riferiscono che il 47% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi da 0 a due 2 ore al giorno, mentre il 40% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi per 3 a 4 ore e il 13% per almeno 5 ore.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV o videogiochi è significativamente più frequente tra i maschi (60% versus 45%)\* e non è correlata con l'aumento del livello di istruzione della madre.
- Complessivamente il 59% dei bambini ha un televisore nella propria camera.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV al giorno è più alta tra i bambini che hanno una TV in camera (27% versus 22%), ma non in maniera significativa.
- Considerando separatamente il tempo eccedente le 2 ore trascorso guardando la TV e quello superiore alle 2 ore impiegato giocando con i videogiochi le prevalenze riscontrate sono: > 2 ore TV (25%); > 2 ore Videogiochi (4%).

\*p 0,005



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

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

- Nella nostra ASL il 56% dei bambini ha guardato la TV prima di andare a scuola, mentre il 73% dei bambini ha guardato la televisione o ha utilizzato videogiochi al pomeriggio e l'80% alla sera.
- Solo il 5% dei bambini non ha guardato la TV o utilizzato i videogiochi nelle 24 ore antecedenti l'indagine mentre il 14% in un periodo della giornata, il 36% in due periodi e il 44% ne ha fatto uso durante la mattina il pomeriggio e la sera.
- L'esposizione a tre momenti di utilizzo di TV e/o videogiochi è più frequente tra i maschi che fra le femmine (49% versus 39%) con valori che si avvicinano alla significatività ( $p$  0.052) e diminuisce significativamente con l'aumento del livello di istruzione della madre ( $p$  0.009).

### **Per un confronto.....**

|   | <b>Valore desiderabile per i bambini</b> | <b>Valore ASL 2010</b> | <b>Valore regionale 2010</b> | <b>Valore nazionale 2010</b> |
|---|--|------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Bambini che trascorrono al televisore o ai videogiochi più di 2 ore al giorno | 0%                                       | 53%                    | 50%                          | 38%                          |
| Bambini con televisore in camera  | 0%                                       | 59%                    | 54%                          | 46%                          |

## **Conclusioni**

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

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

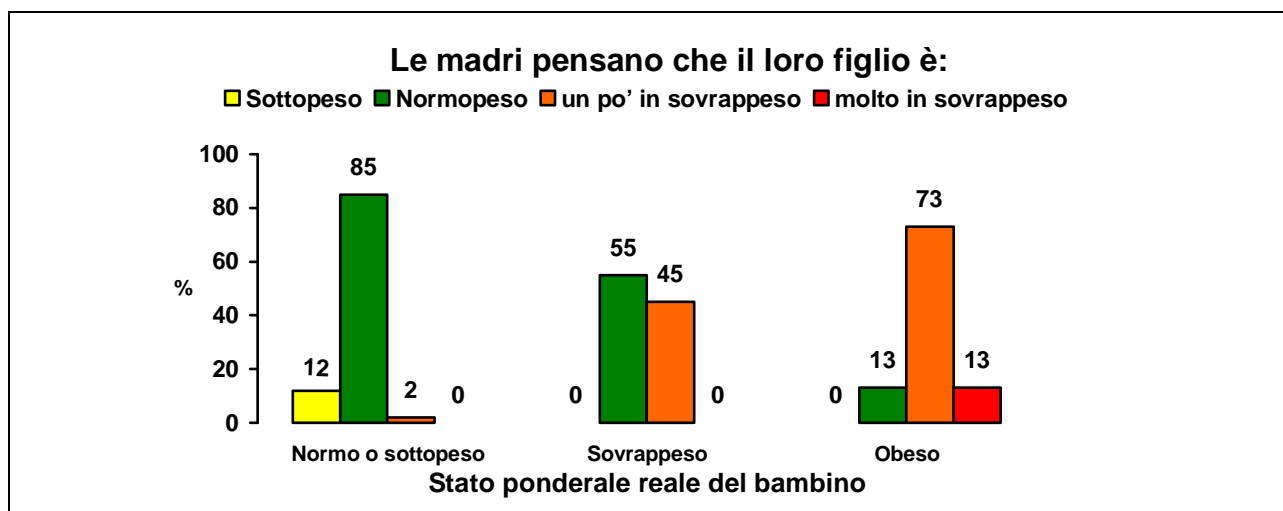
Queste attività sedentarie sono sicuramente favorite dal fatto che più della metà dei bambini dispone di un televisore in camera propria. La percentuale fra i 3 ed i 6 anni, sempre dallo studio PERISCOPE, è del 53% evidenziando come già in età prescolare questa pessima abitudine sia presente. Tutti questi fattori fanno sì che meno della metà dei bambini su cento di fatto ottemperi alle raccomandazioni sul tempo da dedicare alla televisione o ai videogiochi (meno di 2 ore al giorno di TV o videogiochi).

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

Un primo passo verso il cambiamento è costituito dall'acquisizione della coscienza di un problema. In realtà, la cognizione che comportamenti alimentari inadeguati e stili di vita sedentari siano causa del sovrappeso/obesità tarda a diffondersi nella collettività. A questo fenomeno si aggiunge la mancanza di consapevolezza da parte delle madri dello stato di sovrappeso/obesità del proprio figlio e del fatto che il bambino mangi troppo o si muova poco. Di fronte a tale situazione, la probabilità di riuscita di misure preventive e correttive risulta limitata.

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

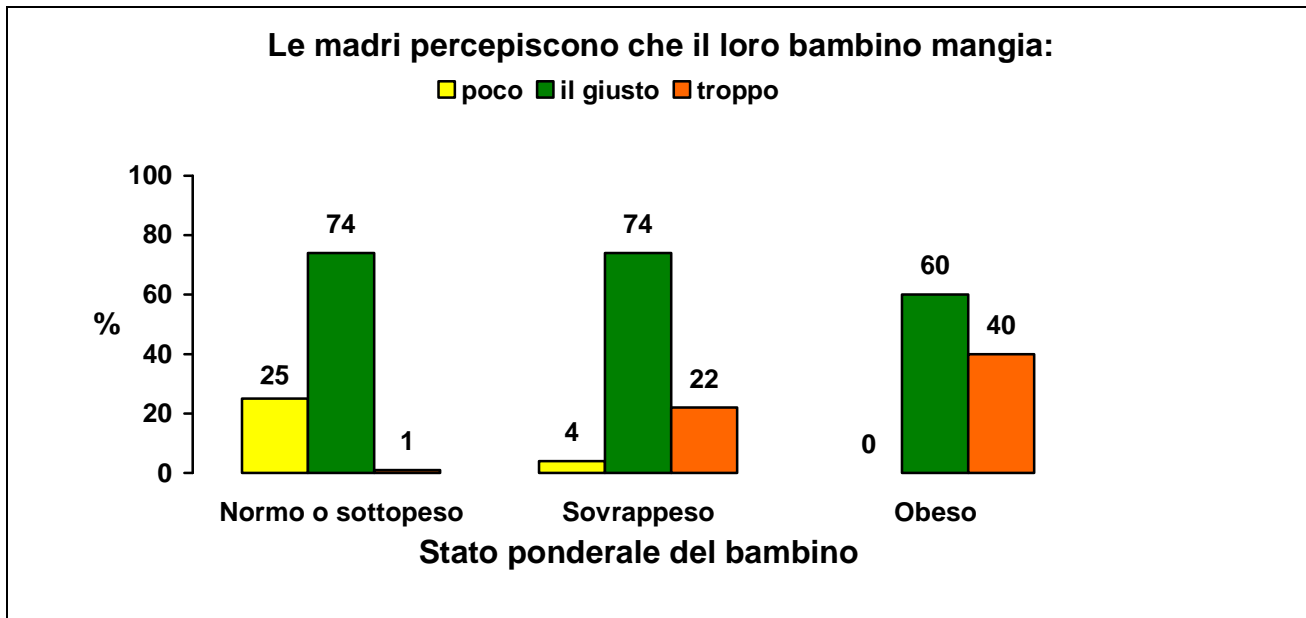
Alcuni studi hanno dimostrato che i genitori possono non avere un quadro corretto dello stato ponderale del proprio figlio. Questo fenomeno è particolarmente importante nei bambini sovrappeso/obesi che vengono al contrario percepiti come normopeso.



- Nella nostra ASL ben il 55% delle madri di bambini sovrappeso e il 13% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso o sottopeso.
- Nelle famiglie con bambini in sovrappeso, la percezione non cambia in rapporto al sesso del bambino.
- La percezione, non è tanto più accurata quanto maggiore è la scolarità della madre.

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

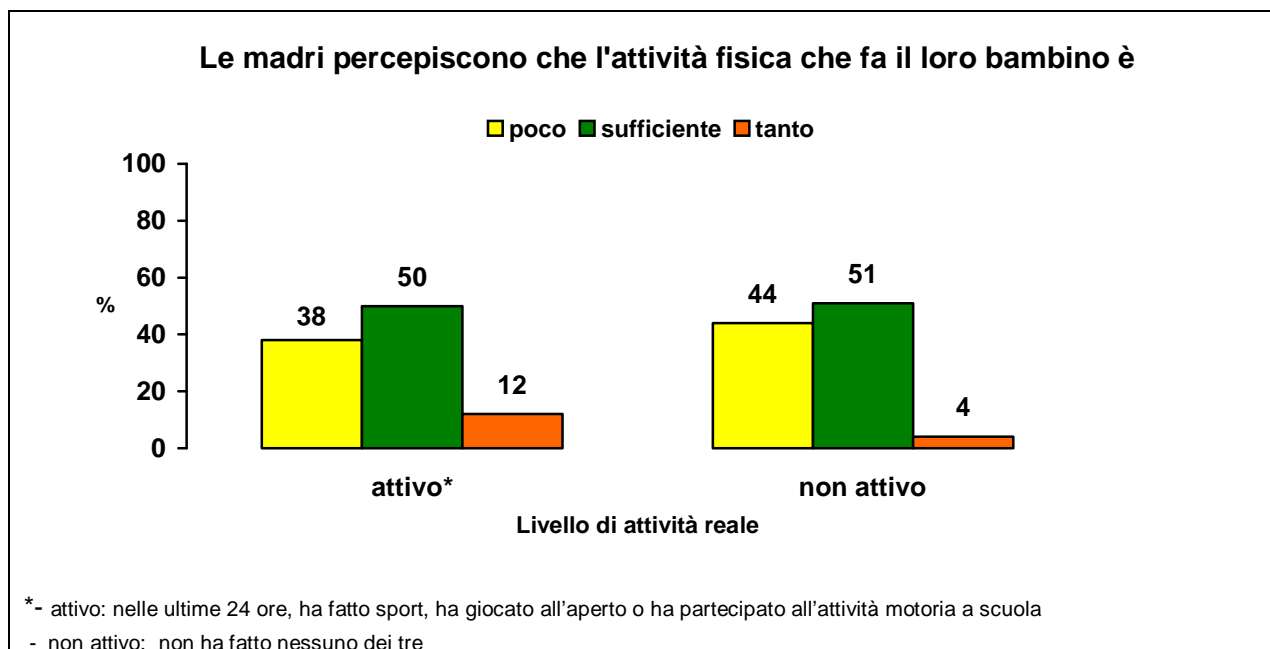
La percezione della quantità di cibo assunto dai propri figli può anche influenzare la probabilità di operare cambiamenti positivi. Anche se vi sono molti altri fattori determinanti di sovrappeso e obesità, l'eccessiva assunzione di cibo può contribuire al problema.



- Solo il 22% delle madri di bambini sovrappeso e il 40% di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo.
- Considerando i bambini in sovrappeso e obesi insieme, non è stata constatata nessuna differenza per sesso dei bambini o per livello scolastico della madre.

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

Sebbene molti genitori incoraggino i loro figli ad impegnarsi in attività fisica e nello sport organizzato, alcuni possono non essere a conoscenza delle raccomandazioni che i bambini facciano almeno un'ora di attività fisica ogni giorno. Anche se l'attività fisica è difficile da misurare, un genitore che ritenga che il proprio bambino sia attivo, mentre in realtà non si impegna in nessuno sport o gioco all'aperto e non ha partecipato a un'attività motoria scolastica nel giorno precedente, ha quasi certamente una percezione sbagliata del livello di attività fisica del proprio figlio.



- All'interno del gruppo di bambini non attivi, il 51% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e il 4% molta attività fisica.
- Limitatamente ai non attivi non è stata constatata nessuna differenza per sesso dei bambini o livello scolastico della madre.

### Per un confronto.....

| Madri che percepiscono...  | Valore desiderabile | Valore ASL 2010 | Valore regionale 2010 | Valore nazionale 2010 |
|--|---------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|
| in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio quando questo è sovrappeso               | 100%                | 45%             | 42%                   | 52%                   |
| in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio quando questo è obeso                    | 100%                | 86%             | 89%                   | 89%                   |
| l'assunzione di cibo del proprio figlio come "poco o giusto", quando questo è sovrappeso o obeso | da ridurre          | 72%             | 75%                   | 70%                   |
| l'attività fisica del proprio figlio come scarsa, quando questo risulta inattivo                 | da aumentare        | 44%             | 49%                   | 43%                   |

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

## **Conclusioni**

Nella nostra ASL è molto diffusa (circa un genitore su tre) nelle madri di bambini con sovrappeso/obesità una sottostima dello stato ponderale del proprio figlio che non coincide con la misura rilevata.

La sottostima è meno accentuata quando il bambino è in sovrappeso poiché il 45% delle madri riesce a percepire il proprio figlio realmente in sovrappeso come tale. Solo il 13% delle madri di figli obesi riconoscono la gravità della situazione, mentre il 74% lo vede solo sovrappeso ed addirittura il 13% lo riconosce come un bambino normopeso.

Inoltre molti genitori, in particolare il 72% di bambini sovrappeso/obesi, sembrano non valutare correttamente la quantità di cibo assunta dai propri figli, dimostrando sia la scarsa percezione della adeguatezza delle porzioni, che la scarsa comprensione della ricchezza calorica degli alimenti. La percezione delle madri del livello di attività fisica dei propri figli è appena più adeguata poiché 1 genitore su 2 ha una percezione che sembra coincidere con la situazione reale.

Resta quindi prioritaria la necessità di informare e soprattutto di modificare i credi dei genitori sui livelli adeguati di attività fisica e una corretta alimentazione per i propri figli.

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

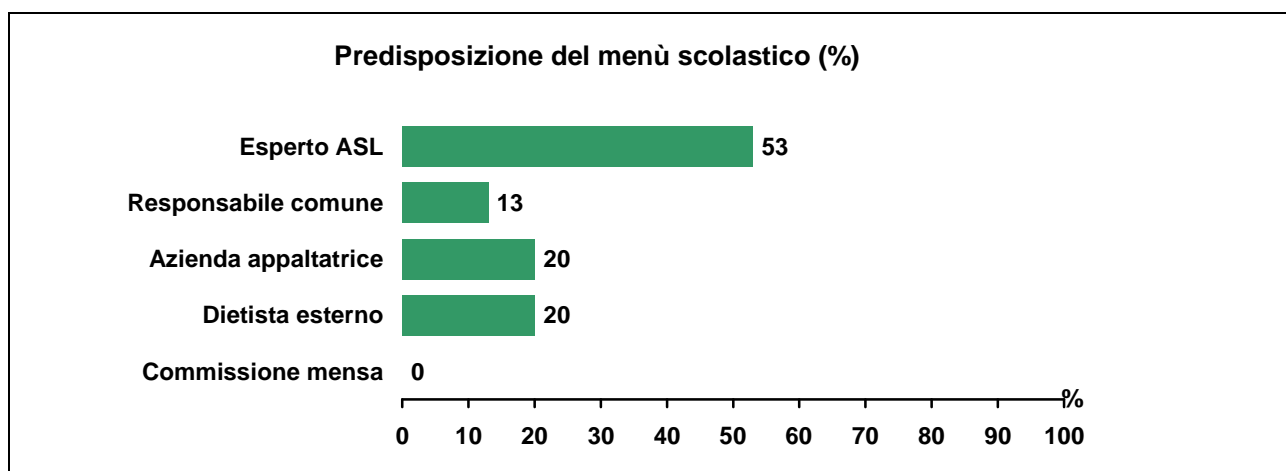
E' dimostrato che la scuola può giocare un ruolo fondamentale nel migliorare lo stato ponderale dei bambini sia creando condizioni favorevoli per una corretta alimentazione e per lo svolgimento dell'attività motoria strutturata che promuovendo, attraverso l'educazione, abitudini alimentari adeguate.

La scuola rappresenta inoltre l'ambiente ideale per seguire nel tempo l'evoluzione della situazione nutrizionale dei bambini e per creare occasioni di comunicazione con le famiglie che esitano in un loro maggior coinvolgimento nelle iniziative di promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica dei bambini.

## 1. La partecipazione della scuola all'alimentazione dei bambini

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

Quando gestite secondo criteri nutrizionali basati sulle evidenze scientifiche e se frequentate dalla maggior parte degli alunni, le mense possono avere una ricaduta diretta nell'offrire ai bambini dei pasti qualitativamente e quantitativamente equilibrati che favoriscono un'alimentazione adeguata e contribuiscono alla prevenzione del sovrappeso/obesità.



- Nella nostra ASL il 68% delle scuole, ha una mensa scolastica funzionante.
- Nelle scuole dotate di una mensa, il 93% di esse sono aperte almeno 5 giorni la settimana.
- La mensa viene utilizzata mediamente dal 29% dei bambini.
- La definizione del menù scolastico è più frequentemente stabilita dall'esperto dell'ASL, seguito dall'azienda appaltatrice a pari percentuale con il dietista esterno ed infine dal responsabile comunale.
- Secondo il giudizio dei dirigenti scolastici il 64% delle mense risulta essere adeguato per i bisogni dei bambini.

### **Commenti**

Purtroppo questa parte del questionario non ha fornito informazioni attendibili da parte dei dirigenti scolastici. Infatti da documentazione presente presso la UO di Igiene della Nutrizione si è verificato che le risposte riguardanti la mensa scolastica non sono corrispondenti a realtà. Infatti la ASL, con la UO di Igiene della Nutrizione, formula e controlla i menu scolastici di 12 delle 15 scuole che hanno a disposizione la mensa scolastica per la scuola primaria (80%). Nell'ambito di queste 12 scuole il dirigente scolastico di due plessi dello stesso paese ha sempre rifiutato di incontrare e collaborare con la UO ed è convinto che il menu sia preparato dall'azienda appaltatrice. In effetti la mensa scolastica è seguita da ben 11 anni dalla ASL, includendo le diete speciali per bambini con patologie alimentari, secondo il protocollo d'intesa redatto fra ASL e Municipalità nel 2000 e la presenza della commissione mensa da 7 anni.

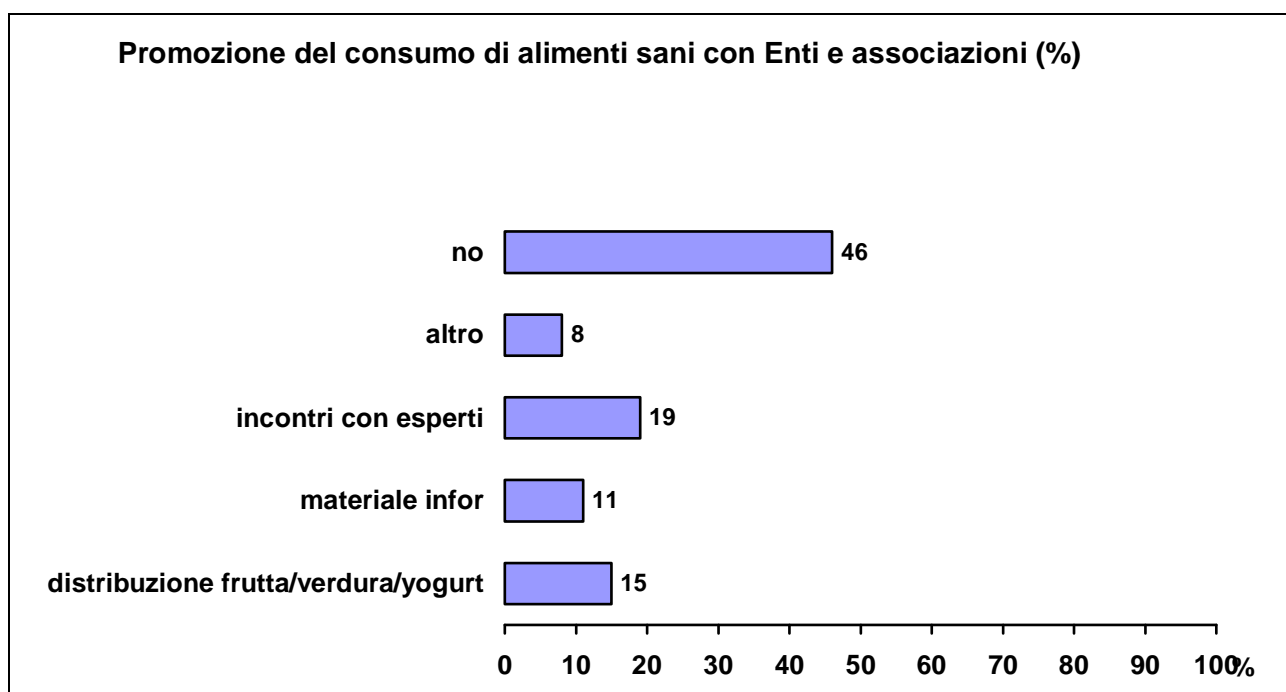
Al dirigente di altri due plessi in altro paese, invece, non è possibile far comprendere la differenza fra dietista e dietologo. Anche in questo caso fra la ASL e la Municipalità esiste una collaborazione attiva e fattiva sin dall'istituzione della UO di Igiene della Nutrizione che prevede fra l'altro la formulazione dei menù, la attuazione di programmi di educazione alimentare per i bambini, i genitori e gli insegnanti e la partecipazione della UO alla formulazione del bando di gara per l'appalto della mensa, oltre, ovviamente, alla preparazione delle diete speciali.

A partire dall'anno scolastico 2011-12 anche il comune di Brindisi, che era l'unico a aver affidato ad un consulente esterno l'incarico di preparare i menù della mensa scolastica, ha deciso di istituire un partenariato con la UO di Igiene della Nutrizione della ASL Brindisi, per cui tutte le scuole pubbliche della provincia di Brindisi ricevono il menù della mensa scolastica dalla ASL Brindisi.

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

Negli ultimi anni sempre più scuole hanno avviato distribuzioni di alimenti allo scopo di integrare e migliorare l'alimentazione dei propri alunni. In alcune di queste esperienze viene associato anche l'obiettivo dimostrativo ed educativo degli alunni.

- Nella nostra ASL, le **scuole** che distribuiscono ai bambini frutta o latte o yogurt, nel corso della giornata, sono il 29%.
- In tali **scuole**, la distribuzione si effettua prevalentemente a metà mattina (100%).
- In questo anno scolastico il 15% delle **classi** ha partecipato alla distribuzione di frutta o verdura, ma in nessuna è stato distribuito yogurt come spuntino.
- Il 11% delle **classi** ha ricevuto materiale informativo
- il 19% delle **classi** ha organizzato incontri con esperti esterni alla scuola



## ***Sono segnalati dei distributori automatici?***

Lo sviluppo di sovrappeso e obesità nei bimbi può essere favorito dalla presenza nelle scuole di distributori automatici di merendine o bevande zuccherate di libero accesso agli alunni.

- I distributori automatici di alimenti sono presenti nel 71% delle scuole; il 10% è accessibile sia agli adulti che ai bambini.
- All'interno del gruppo di scuole con distributori automatici, il 53% mette a disposizione succhi di frutta, il 60% acqua, il 53% merendine e snacks, 47% bibite zuccherate, 87% bevande calde, ma nessuno frutta fresca, o yogurt.

Dalla formulazione della domanda non è possibile trarre informazioni se questi dati si riferiscono solo ai distributori accessibili solo ad adulti o anche ai bambini.

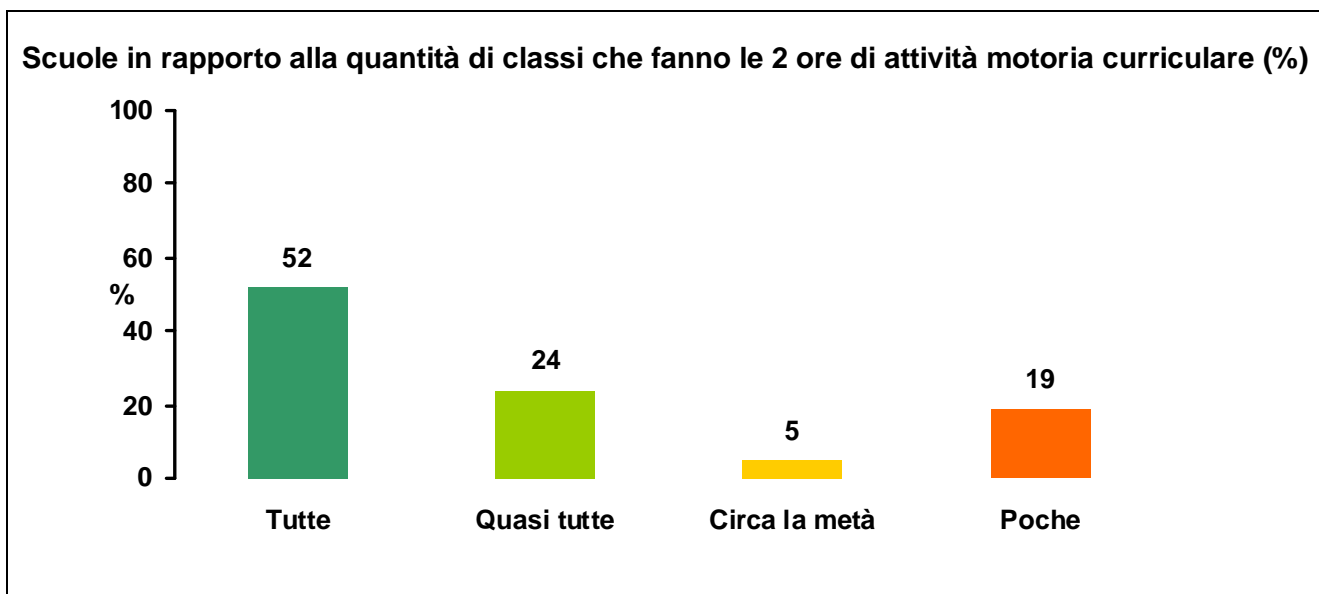


## 2. La partecipazione della scuola all'attività motoria dei bambini

### **Quante scuole riescono a far fare le 2 ore di attività motoria raccomandate ai propri alunni e quali sono gli ostacoli osservati?**

Tradizionalmente, il curriculum scolastico raccomanda 2 ore settimanali di attività motoria per i bambini delle scuole elementari. Attualmente è obbligatoria una sola ora a settimana.

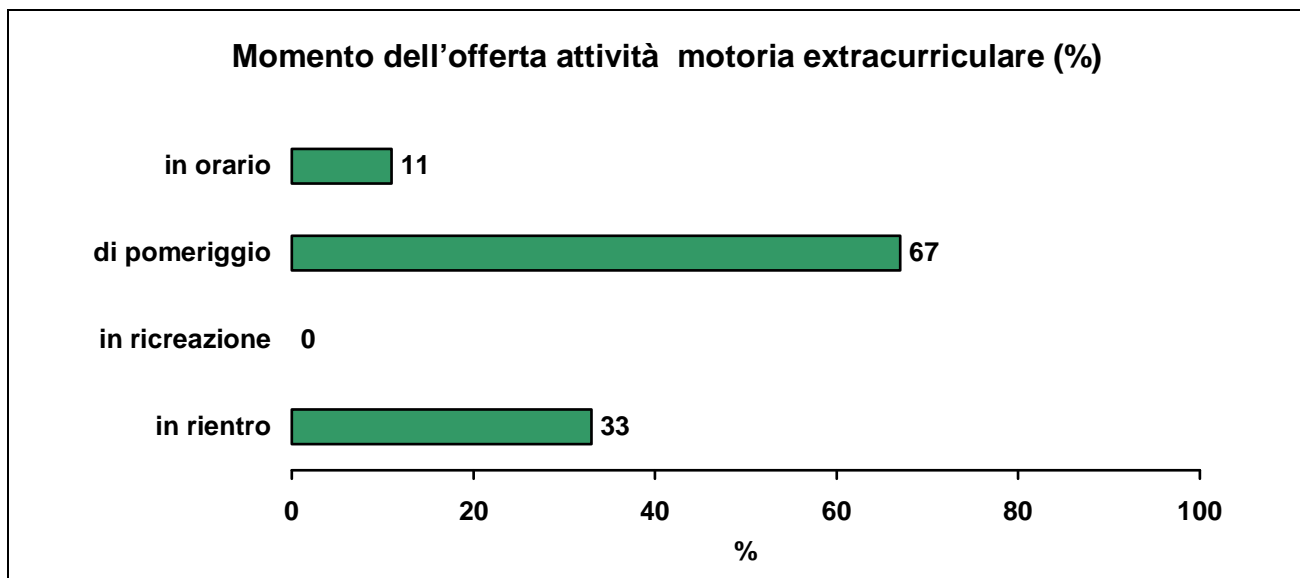
Non sempre l'attività è svolta quantitativamente e qualitativamente in accordo al curriculum.



- Il 52% delle scuole dichiara che tutte le classi svolgono normalmente le 2 ore di attività motoria, il 24% riferisce che quasi tutte le classi fanno la 2 ore raccomandate, il 3% dichiara che la metà delle classi riesce a praticare le 2 ore raccomandate, ed infine il 12% delle scuole dichiara che poche classi fanno le 2 ore raccomandate.
- Le ragioni principalmente addotte a spiegazione del mancato svolgimento dell'attività motoria curriculare includono struttura dell'orario scolastico (50%), mancanza di un insegnante (20%) insufficienza della palestra (20%), e scelta del docente (30%), mentre nessuna risposta adduce ragione alla mancanza di una palestra o alla mancanza o inagibilità di spazi esterni.

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

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

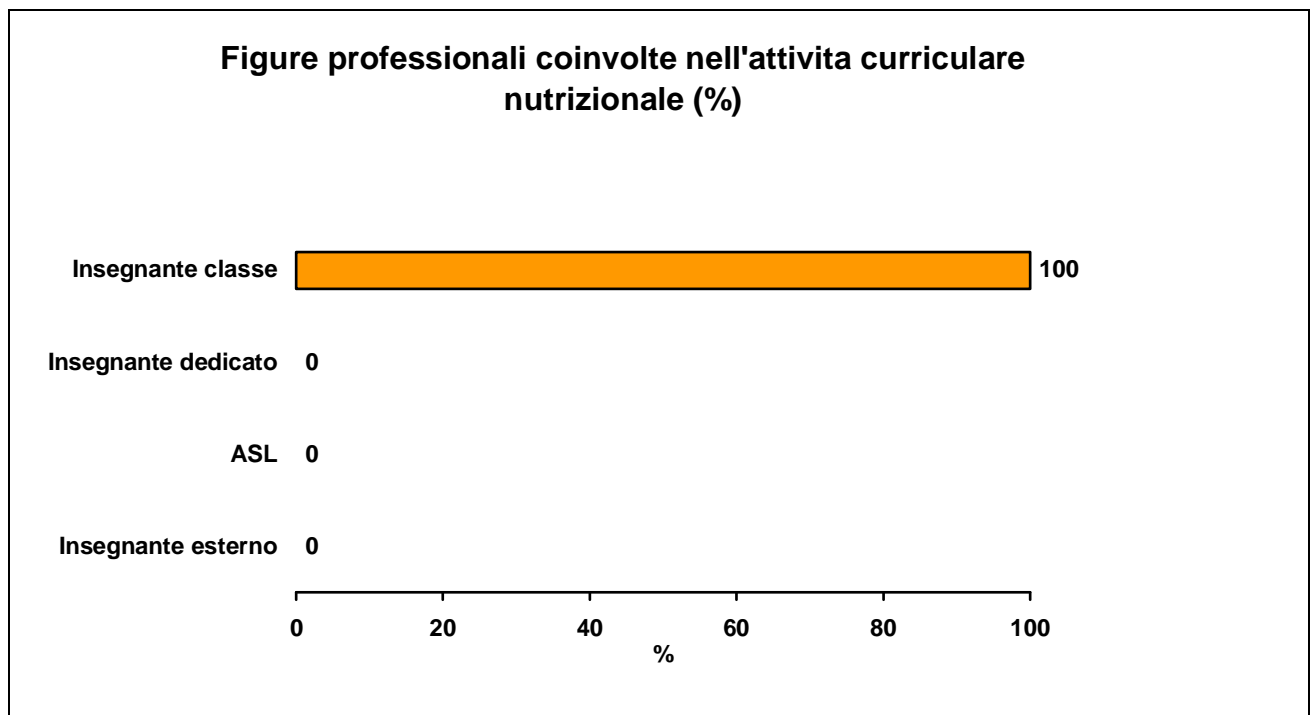


- Le scuole che offrono agli alunni la possibilità di effettuare all'interno della scuola occasioni di attività motoria oltre le 2 ore raccomandate sono il 41%.
- Laddove offerta, l'attività motoria viene svolta più frequentemente durante l'orario scolastico, nel pomeriggio se la classe applica il tempo pieno e durante i rientri pomeridiani per le altre.
- Queste attività si svolgono più frequentemente in palestra (100%), nel giardino (12.5%), e in altra struttura sportiva (12%); nessuna scuola pratica attività sportiva in piscina.

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

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

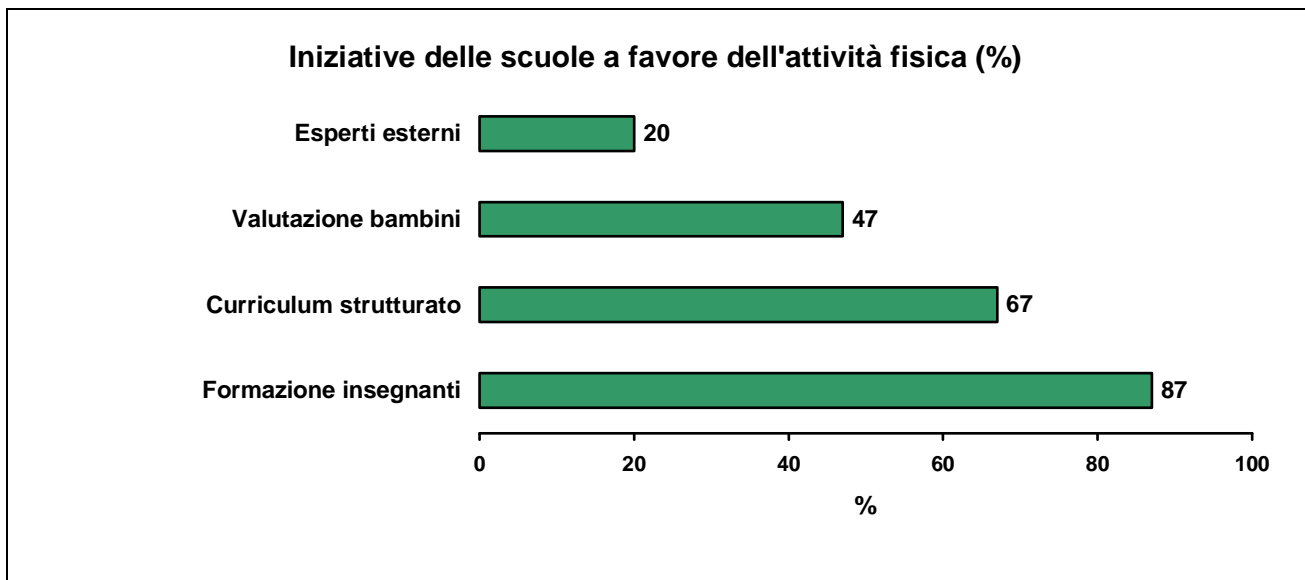
In molte scuole del Paese sono in atto iniziative di miglioramento del curriculum formativo scolastico a favore della sana alimentazione dei bambini



- L'attività curricolare nutrizionale è prevista dal 91% delle scuole campionate nella nostra regione.
- In tali scuole, la figura sempre coinvolta è l'insegnante di classe. Altri insegnanti o esperti della ASL non sono coinvolti nel rapporto diretto con i bambini, ma ciò non vuol dire assenza di collaborazione. La ASL infatti forma gli insegnanti nelle tecniche di educazione alimentare e nelle nozioni di base della corretta alimentazione e di composizione degli alimenti

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

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

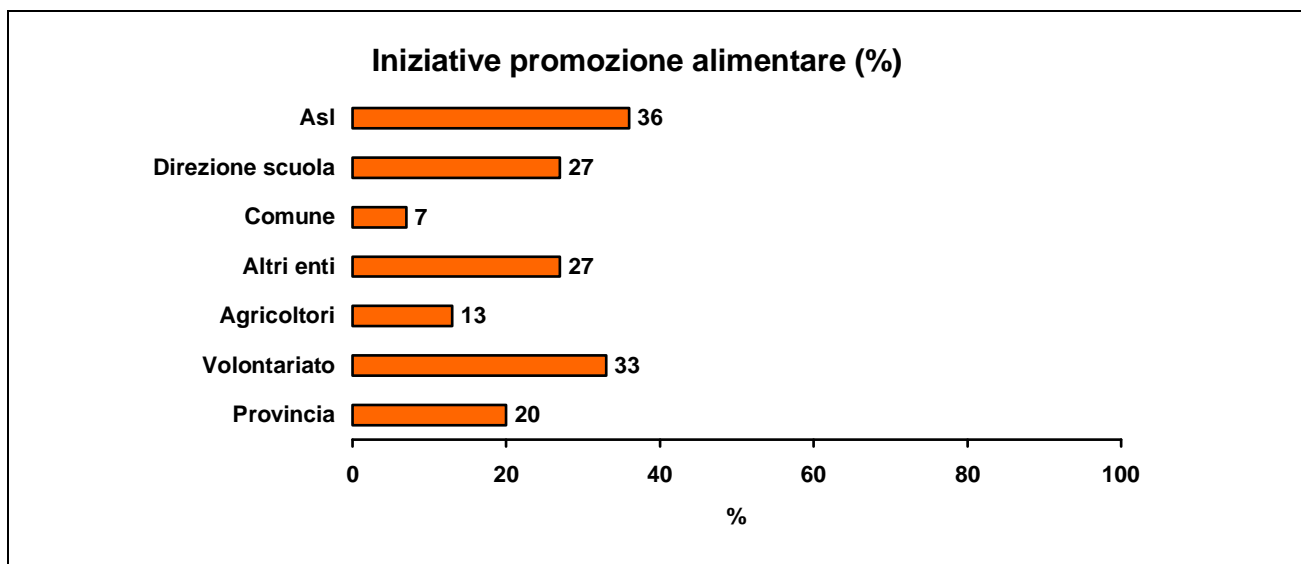


- Nel nostro campione, il 73% delle scuole ha cominciato a realizzare almeno un'attività.
- In tali attività, sono più frequenti la formazione degli insegnanti e lo sviluppo di un curriculum strutturato, mentre sono meno comuni il coinvolgimento di un esperto esterno e la valutazione delle abilità motorie dei bambini.

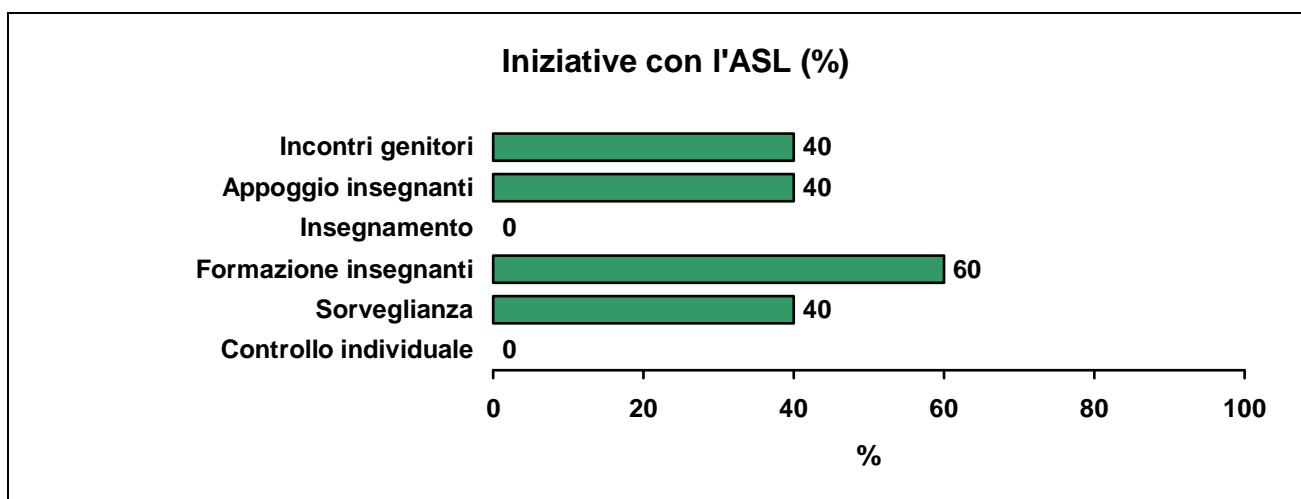
## 4. Le attività di promozione dell'alimentazione e dell'attività fisica dei bambini

### ***Nella scuola sono attive iniziative finalizzate alla promozione di sane abitudini alimentari realizzate da/con altri Enti o Associazioni?***

Nella scuola sono in atto numerose iniziative miranti a coinvolgere le famiglie dei bambini, anche grazie alla collaborazione con altri enti.



- Per l'anno scolastico 2009/10, il 79% delle scuole del nostro campione ha partecipato ad ulteriori iniziative di educazione nutrizionale rivolta ai bambini.
- In particolare gli enti e le associazioni che hanno collaborato sono prevalentemente la ASL, le associazioni di volontariato e la direzione scolastica.



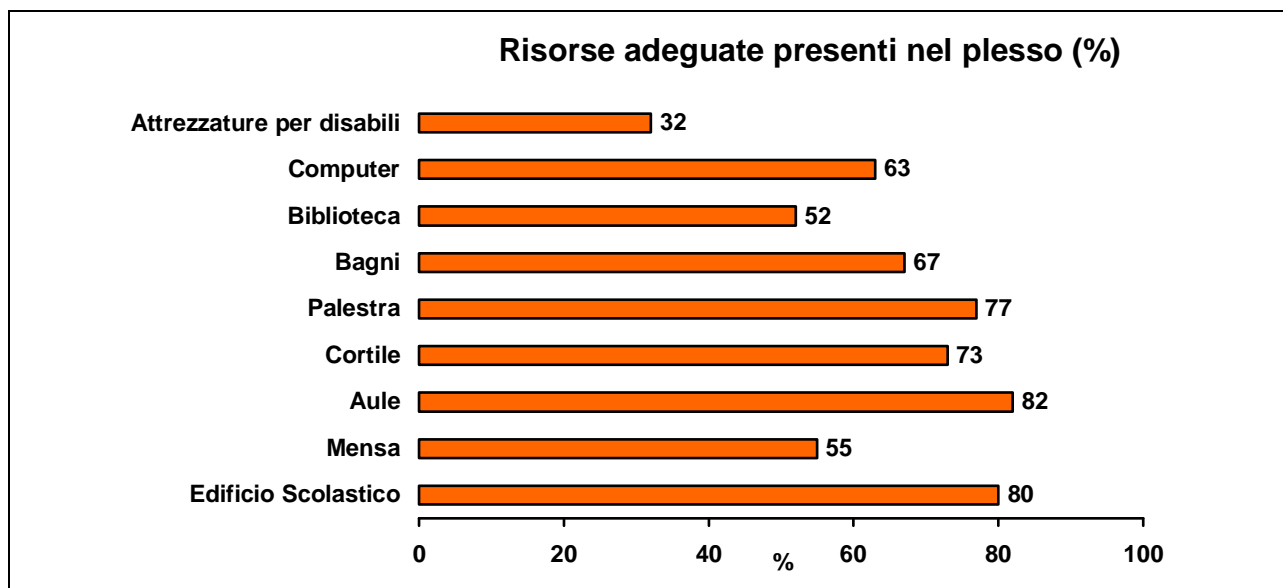
- I Servizi Sanitari della ASL costituiscono un partner privilegiato e sono coinvolti nella realizzazione di programmi di educazione nutrizionale nel 36% delle scuole ma mai nella promozione dell'attività fisica.
- Tale collaborazione si realizza più frequentemente attraverso la formazione degli insegnanti e l'appoggio tecnico loro fornito, nonché la sorveglianza nutrizionale e gli incontri con i genitori. Questa forma di collaborazione lascia gli insegnanti primi attori nel rapporto pedagogico con i

bambini, permette un risparmio di risorse umane ed economiche notevole ed infine permette un intervento non parcellare e puntuale, ma continuo nel tempo.

## 5. Risorse a disposizione della scuola

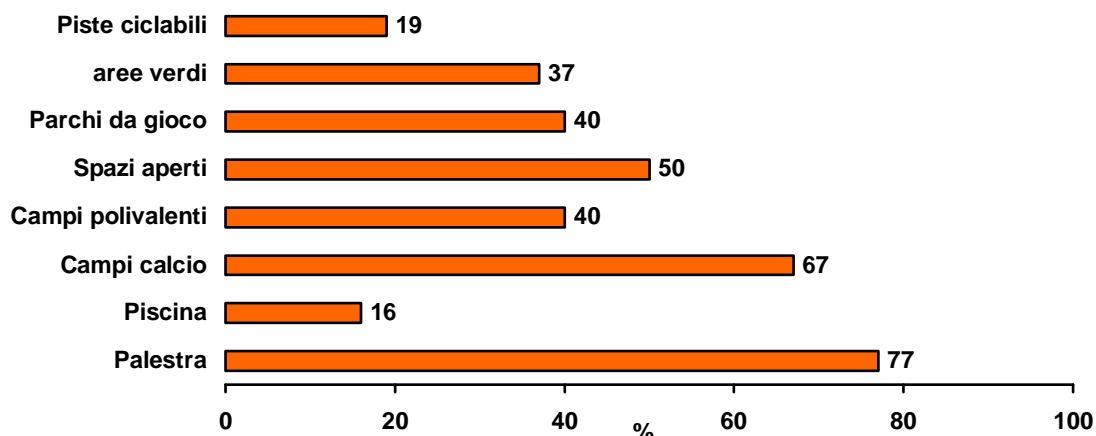
### ***Nella scuola o nelle sue vicinanze sono presenti strutture utilizzabili dagli alunni?***

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



- La maggior parte delle scuole possiede risorse adeguate nel plesso. Sono tuttavia presenti alcune situazioni molto gravi. Più di due terzi delle scuole non ha adeguate strutture per disabili; un terzo delle scuole non ha bagni adeguati, e quasi la metà delle scuole non ha mensa, né biblioteca adeguate; in ultimo circa un terzo non ha strutture informatiche adeguate. Poco si può commentare perché non si hanno informazioni più specifiche sulle ragioni della inadeguatezza che possono essere quindi di mero valore numerico o anche di specifiche caratteristiche qualitative. Infine il dato deriva dalla percezione del dirigente scolastico e quindi è un'informazione soggettiva che risente del livello di qualità preteso per la sua scuola dal dirigente stesso.

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



- Il 77% delle scuole ha la palestra nelle vicinanze o all'interno della propria struttura.
- Sono presenti nelle vicinanze dell'edificio scolastico campi da calcio (67%) e spazi aperti (50%).
- Risultano meno presenti le piscine (16%) e le piste ciclabili (19%).

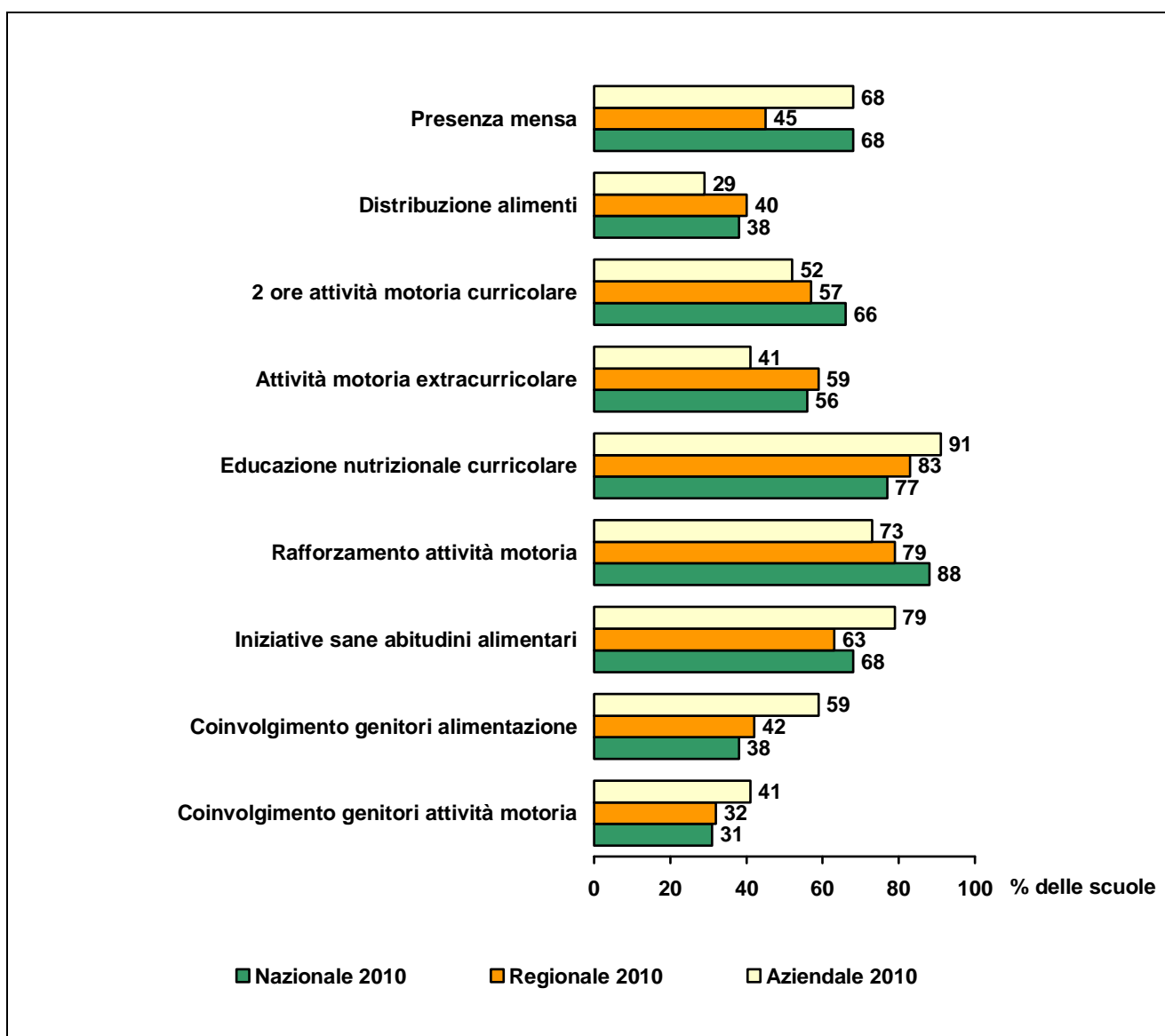
Va notato che la mera presenza in alcuni casi non vuol dire fruibilità gratuita per i bambini stessi, come ad esempio possibile nel caso delle piscine dei campi polivalenti spesso affidati nella gestione ad enti privati.

## 6. Coinvolgimento delle famiglie

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

Le iniziative rivolte alla promozione di una sana abitudine alimentare nei bambini, vedono il coinvolgimento attivo della famiglia nel 59% e quelle rivolte alla promozione dell'attività motoria nel 41% delle scuole campionate nello studio.

### ***Il "barometro": pochi indicatori per una sintesi a colpo d'occhio dei progressi nella scuola***





## ***Conclusioni***

La letteratura indica che gli interventi di prevenzione, per essere efficaci, devono prevedere il coinvolgimento della scuola e della famiglia attraverso programmi integrati, che coinvolgano cioè diversi settori e ambiti sociali, e multi-componenti, che mirino ad aspetti diversi della salute del bambino, quali alimentazione, attività fisica, prevenzione di fattori di rischio legati all'età, con l'obiettivo generale di promuovere l'adozione di stili di vita più sani. Le caratteristiche degli ambienti scolastici, soprattutto sotto il profilo delle condizioni favorevoli o meno alla sana alimentazione ed il movimento, sono poco conosciute. I dati raccolti con OKkio alla SALUTE hanno permesso di saperne di più colmando questa lacuna e di mettere le basi per un monitoraggio nel tempo del miglioramento di quelle condizioni che devono permettere alla scuola di svolgere il ruolo di promozione della salute dei bambini e delle loro famiglie.

## **Conclusioni generali**

OKkio alla SALUTE ha permesso di raccogliere informazioni rappresentative in tempi brevi e a costi limitati. Ha creato inoltre un'efficiente rete di collaborazione fra gli operatori del mondo della scuola e della salute (in particolare i Sian e i Dipartimenti di Prevenzione).

È importante che la cooperazione avviata tra salute e scuola perduri nel tempo così da assicurare la continuazione negli anni del sistema di sorveglianza e il monitoraggio del fenomeno in studio. Per gli sviluppi futuri, è anche essenziale la condivisione dei risultati di OKkio alla SALUTE con gli altri "attori" coinvolti nella prevenzione delle malattie croniche (pediatra di libera scelta, medico di medicina generale, "policy makers", ecc) per pianificare delle azioni mirate di promozione della salute.

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

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

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

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

I risultati dei dati di OKkio alla SALUTE del 2010, presentati in questo rapporto, mostrano nella nostra ASL la presenza di un alto livello di sovrappeso/obesità e di cattive abitudini alimentari e di stili di vita che non favoriscono l'attività fisica.

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

### **Operatori sanitari**

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

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

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

### **Operatori scolastici**

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

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

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

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

In maniera più diretta gli insegnanti possono incoraggiare i bambini ad assumere abitudini alimentari più adeguate, promuovendo la colazione del mattino che migliora la performance e diminuisce il rischio di fare merende eccessive a metà mattina. A tal proposito i materiali di comunicazione, realizzati attraverso la collaborazione tra mondo della scuola e della salute, possono offrire agli insegnanti spunti e indicazioni per coinvolgere attivamente i bambini (<http://www.salute.gov.it/dettaglio/phPrimoPianoNew.jsp?id=278>).

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

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

### **Genitori**

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

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

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

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

### **Leaders, decisori locali e collettività**

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

## Materiali bibliografici

### • Politica e strategia di salute

- ◇ Focusing on obesity through a health equity lens  
<http://www.equitychannel.net/uploads/REPORT%20-%20Focusing%20on%20Obesity%20through%20a%20Health%20Equity%20Lens%20-%20Edition%202.pdf>. Ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ Terry T.-K. Huang et al., Transforming research strategies for understanding and preventing obesity. JAMA 2008;300:1811-3.
- ◇ James WP. The epidemiology of obesity: the size of the problem. J Intern Med. 2008;263:336-52.
- ◇ Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. *La sfida dell'obesità nella Regione europea dell'OMS e le strategie di risposta. Compendio*. Geneva: WHO; 2007. Traduzione italiana curata dal Ministero della Salute e dalla Società Italiana di Nutrizione Umana, stampata nel 2008. <http://www.sinu.it/documenti/OMS%20La%20Sfida%20dell'Obesit%C3%A0%20e%20le%20Strategie%20di%20Risposta%20CCM%20SINU.pdf>. ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. WHO; Geneva 2007. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/74746/E90711.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf). ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ Caballero B. The global epidemic of obesity: an overview. Epidemiol Rev. 2007;29:1-5.
- ◇ Ministero della Salute, 2007 "Guadagnare salute": Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 4 maggio 2007. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. *Gazzetta Ufficiale* n. 117 del 22 maggio 2007. [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_605\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf). ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ World Health Organization. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. WHO Technical Report Series No. 894. Geneva: WHO; 2000.
- ◇ Sito internet: International Obesity Task Force: <http://www.iotf.org/> ultima consultazione 09/08/2010.

### • Epidemiologia della situazione nutrizionale e progressione sovrappeso/obesità

- ◇ Singh GK. et al. Changes in state-specific childhood obesity and overweight prevalence in the United States from 2003 to 2007. Arch Pediatr Adolesc Med 2010;164:598-607.
- ◇ Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del "Sistema di Sorveglianza PASSI". Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): risultati 2007. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/31). <http://www.iss.it/binary/publ/cont/0931.pdf>. ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ CNESPS, ISS <http://www.epicentro.iss.it/passi/passi05-06.asp> ultima consultazione 09/08/2010
- ◇ Cinthia L. Ogden et al. The Epidemiology of Obesity. Gastroenterology 2007;132:2087–2102.
- ◇ Maffei C. et al. Prevalence of overweight and obesity in 2- to 6-year-old Italian children. Obesity; 2006;14:765-9.

- ◇ Gargiulo L, Gianicolo S, Brescianini S. Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza. ISTAT. Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno "Informazione statistica e politiche per la promozione della salute", Roma, 10-11 settembre 2005. Roma, 2004. p. 25-44.
- ◇ Vignolo M. et al. Overweight and obesity in a group of Italian children and adolescents: prevalence estimates using different reference standards. Ital J Pediatr 2004; 30:53–57.
- ◇ ISTAT, [http://www.istat.it/dati/catalogo/20041201\\_01/](http://www.istat.it/dati/catalogo/20041201_01/) ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ Livingstone B. Epidemiology of childhood obesity in Europe. Eur J Pediatr 2000;159 Suppl 1:S14-34.
- ◇ Must A. et al. Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. Int J Obes Relat Metab Disord 1999; 23 Suppl 2:S2-11.
- ◇ Parsons TJ. et al. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. Int J Obes Relat Metab Disord 1999; 23 Suppl 8:S1-107.

- **Metodo di studio**

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

- **IMC: curve di riferimento e studi progressi**

- ◇ Cole TJ. Et al. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. BMJ 2007 28;335:194.
- ◇ Mercedes de Onis et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin of the World Health Organization 2007;85:660–667.
- ◇ Cacciari E. et al. Italian cross-sectional growth charts for height, weight and BMI (6-20y) European J Clin Nutr 2002;56:171-180.
- ◇ Cole TJ. et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. BMJ 2000;320:1240-1243.
- ◇ Dietz WH, Robinson TN. Use of the body mass index (BMI) as a measure of overweight in children and adolescents. J Pediatr 1998; 132: 191-193.

- **Fattori di rischio modificabili**

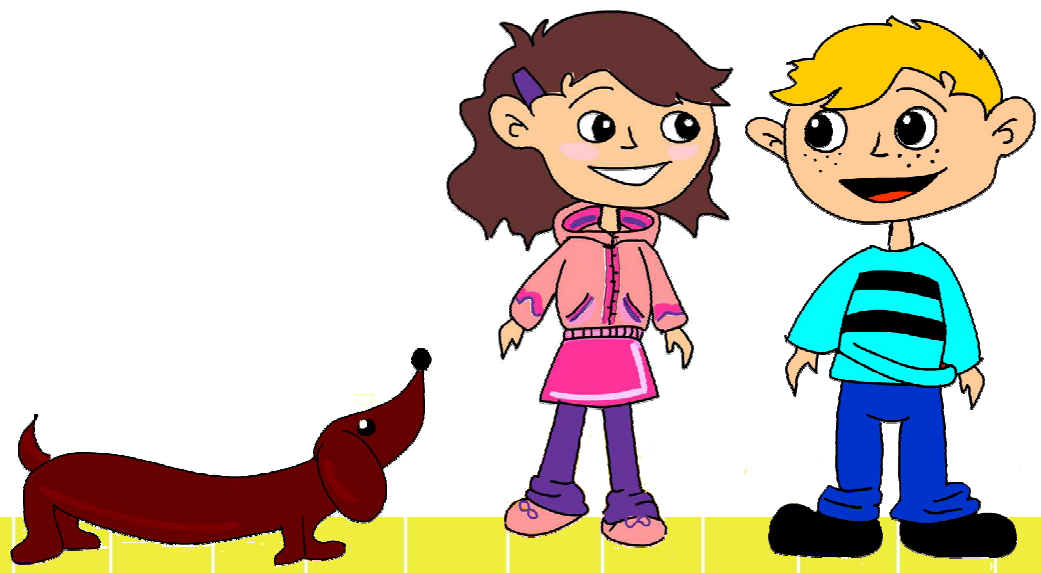
- ◇ Veerman JL. et al. By how much would limiting TV food advertising reduce childhood obesity? Eur J Public Health 2009;19: 365-9.
- ◇ Steffen LM. et al. Overweight in children and adolescents associated with TV viewing and parental weight: Project HeartBeat! Am J Prev Med 2009;37:S50-5.
- ◇ Day RS. et al. Nutrient intake, physical activity, and CVD risk factors in children: Project HeartBeat! Am J Prev Med 2009;37:25-33.

- ◇ Kipping RR. et al. Obesity in children. Part 1: Epidemiology, measurement, risk factors, and screening. *BMJ* 2008; 15:337:a1824.
- ◇ Roblin L. Childhood obesity: food, nutrient, and eating-habit trends and influences. *Appl Physiol Nutr Metab* 2007;32:635-45.
- ◇ Lumeng JC. et al. Shorter sleep duration is associated with increased risk for being overweight at ages 9 to 12 years. *Pediatrics* 2007; 120:1020-9.
- ◇ Johnson-Taylor WL, Everhart JE. Modifiable environmental and behavioural determinants of overweight among children and adolescents: report of a workshop. *Obesity* 2006;14:929-66.
- ◇ James J. et al. Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 22;328:1237.
- ◇ Phillips SM. Et al. Energy-dense snack food intake in adolescence: longitudinal relationship to weight and fatness. *Obes Res* 2004;12:461-72.
- ◇ Berkey CS. Et al. Longitudinal study of skipping breakfast and weight change in adolescents. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003;27:1258-66.
- ◇ Bradley RH., Corwyn RF. Socioeconomic status and child development. *Annu Rev Psychol* 2002;53:371–99.
- ◇ MaryHackie and Bowles CL. Maternal Perception of Their Overweight Children, *Public Health Nursing* 2007;24:538–546.

- **Interventi e linee guida per l'azione**

- ◇ Brown T, Summerbell C. Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Obes Rev* 2009;10:110-41.
- ◇ Dobbins M. et al. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18 (Review), *The Cochrane Library* 2009.
- ◇ Beets MW. et al. After-school program impact on physical activity and fitness: a meta-analysis. *Am J Prev Med* 2009;36:527-37.
- ◇ Condon EM. et al. School meals: types of foods offered to and consumed by children at lunch and breakfast. *J Am Diet Assoc* 2009;109:S67-78.
- ◇ Gonzalez W. et al. Restricting snacks in U.S. elementary schools is associated with higher frequency of fruit and vegetable consumption. *J Nutr* 2009;139:142-4.
- ◇ Summerbell CD. et al. Interventions for preventing obesity in children (Review), *The Cochrane Library* 2008, Issue 2.
- ◇ De Sa J, Lock K. Will European agricultural policy for school fruit and vegetables improve public health? A review of school fruit and vegetable programmes. *Eur J Public Health*. 2008;18:558-68.
- ◇ Kipping RR. et al. Obesity in children. Part 2: Prevention and management. *BMJ* 2008;337: 1848.
- ◇ Nutrition-Friendly Schools Initiative (NFSI), WHO, [http://www.who.int/nutrition/topics/nut\\_school\\_aged/en/index.html](http://www.who.int/nutrition/topics/nut_school_aged/en/index.html). Ultima consultazione 09/08/2010.

- ◇ Epstein LH. et al. A randomized trial of the effects of reducing television viewing and computer use on body mass index in young children. Arch Pediatr Adolesc Med 2008;162:239-45.
- ◇ Poobalan A. et al. Prevention of Childhood Obesity: A Review of Systematic Reviews. NHS Health Scotland 2008.
- ◇ DeMattia L. et al. Do interventions to limit sedentary behaviours change behaviour and reduce childhood obesity? A critical review of the literature. Obes Rev 2007;8:69-81.
- ◇ Brown T. et al. Prevention of obesity: a review of interventions. Obes Rev 2007; 8:127–130.
- ◇ Doak CM. et al. The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. Obes Rev 2006;7:111-36.
- ◇ Reilly JJ. Obesity in childhood and adolescence: evidence based clinical and public health perspectives. Postgrad Med J 2006;82:429-37.
- ◇ Reducing Children's TV Time to Reduce the Risk of Childhood Overweight: The Children's Media Use Study, 2007. [http://www.cdc.gov/obesity/downloads/TV\\_Time\\_Highligts.pdf](http://www.cdc.gov/obesity/downloads/TV_Time_Highligts.pdf). Ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ Position of the American Dietetic Association: Individual-, Family-, School-, and Community-Based Interventions for Pediatric Overweight. J Am Diet Assoc 2006;106:925-45. [http://adajournal.org/article/S0002-8223\(06\)00301-4/abstract](http://adajournal.org/article/S0002-8223(06)00301-4/abstract). Ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ Flynn MA. et al. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. Obes Rev 2006;7:7-66.
- ◇ The School Health Index (SHI): Training Manual: A Self-Assessment and Planning Guide <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/SHI/training/index.htm>. Ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ Creating an Environment for Emotional and Social Well-Being, Information Series on School Health Document 10, WHO <http://www.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=85&codch=3821>. Ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ CDC, Guidelines for School and Community Programs to Promote Lifelong Physical Activity Among Young People. 1997 / 46(RR-6);1-36. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00046823.htm>. Ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ WHO European Action plan for food and nutrition policy 2007-2012. <http://www.crrps.org/allegati/143/file/WHO%20-%20European%20Action%20plan%20on%20food%20and%20nutrition%20policy%202007-2012.pdf>. Ultima consultazione 09/08/2010.



5

10

15