

# OKkio alla SALUTE

## Risultati dell'indagine 2019

### ASL CN1



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

### A cura di:

Pietro Luigi Devalle, Sara Mattalia, Maria Elena Sacchi, Silvia Cardetti

### Hanno contribuito alla realizzazione della raccolta dati 2019

#### - il gruppo di coordinamento nazionale:

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

#### - il comitato tecnico della sorveglianza:

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

#### - a livello regionale:

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

#### - a livello provinciale:

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

#### - a livello aziendale:

#### Referenti e operatori

ASL AL: Tocci Simonetta (referente), Santolli Stefania, Iseppi Regina  
ASL AT: Renza Berruti (referente), Cristian Valle, Maria Petralia, Biagia Di quattro, Fiorenzo Lorenzi.  
ASL BI: Michelangelo Valenti (referente), Bovannrith Nguon, Andrea Rosazza, Maurizio Zublena, Chiara Torelli, Valentina Savini, Simona Andreoni  
ASL CN1: Pietro Luigi Devalle (referente), Mariangela Barale, Mario Bonanno, Alessandra Russo, Maria Elena Sacchi, Paola Rapalino.  
ASL CN2: Giulia Picciotto (referente), Mauro Zarri, Pietro Maimone, Marcella Beraudi  
ASL NO: Flavia Milan (referente), Patrizia Grossi, Maria Albini, Monica Gioria, Giovanna Magistro  
ASL CITTA' DI TORINO: Filippo De Naro Papa (referente), Daniela Agagliati, Marina Spanu.  
ASL TO3: Fiorella Vietti (referente), Debora Lo Bartolo.  
ASL TO4: Giuseppe Barone (referente), Manuela Sciancalepore, Simone Depau, Sara Richeda.  
ASL TO5: Margherita Gulino (referente), Carmela Di Mari, Angela Dimartino, Monica Minutolo, Alice Schialva, Anna Aldrighetti, Ilaria De Luca, Marina Mortara  
ASL VC: Gianfranco Abelli (referente), Maria Luisa Berti, Luisa Novella.  
ASL VCO: Sara Licciardello (referente), Daniela Baldassarri, Irma Soncini, Paolo Ferrari, Giuseppe Cinardo, Katia Fasolo, Barbara Spadacini.

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

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

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

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

**Copia del volume è reperibile alle pagine:**

<http://www.aslcn1.it/prevenzione/piano-locale-della-prevenzione/sorveglianza-epidemiologica/>

<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/prevenzione/report-okkio-alla-salute>

# Indice

---

<b>Indice</b> .....	4
<b>Introduzione</b> .....	7
<b>Metodologia</b> .....	9
<b>Descrizione della popolazione</b> .....	11
<b>Lo stato ponderale</b> .....	14
<b>Le abitudini alimentari</b> .....	21
<b>L'attività fisica</b> .....	27
<b>Le attività sedentarie</b> .....	33
<b>La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini</b> .....	36
<b>L'ambiente scolastico e il suo ruolo nella promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica</b> .....	40
<b>Conclusioni generali</b> .....	51
<b>Bibliografia essenziale</b> .....	54



## Introduzione

---

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

Per comprendere la dimensione del fenomeno nei bambini e i comportamenti associati, a partire dal 2007, il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato lo sviluppo del sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE, coordinato dal Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità e condotto in collaborazione con le Regioni e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

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

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

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

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

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

Inoltre, grazie alla partecipazione dei dirigenti scolastici e degli insegnanti, è stato possibile raccogliere informazioni sulla struttura degli impianti, sui programmi didattici e sulle iniziative

di promozione della sana nutrizione e dell'attività fisica degli alunni in 2.477 plessi di scuole primarie italiane. I principali risultati evidenziano che il 75% delle scuole possiede una mensa; il 43% prevede la distribuzione per la merenda di metà mattina di alimenti salutari (frutta, yogurt, ecc.). Inoltre, 1 scuola su 3 ha coinvolto i genitori in iniziative favorevoli a una sana alimentazione e in quelle riguardanti l'attività motoria.

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



## Metodologia

---

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

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

### *Popolazione in studio*

---

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

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

### *Modalità di campionamento*

---

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

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

### *Strumenti e procedure di raccolta dati*

---

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

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

Inoltre i bambini sono stati misurati (peso e statura) da operatori locali addestrati utilizzando bilancia e stadiometri standardizzati e di elevata precisione. In caso di esplicito rifiuto dei genitori, il questionario non è stato somministrato e i bambini non sono stati misurati. Non è stata prevista alcuna forma di recupero dei dati riguardanti i bambini assenti, né di sostituzione dei bambini con rifiuto.

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

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

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

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

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

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

### *Analisi dei dati*

---

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

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

## Descrizione della popolazione

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

Nel 2019 nella Asl CN1 hanno partecipato all'indagine il 100% delle scuole e il 100% delle classi sui 22 plessi scolastici e sulle 24 classi rispettivamente campionate.

### Distribuzione delle classi per tipologia di comune di appartenenza (N=24 classi)

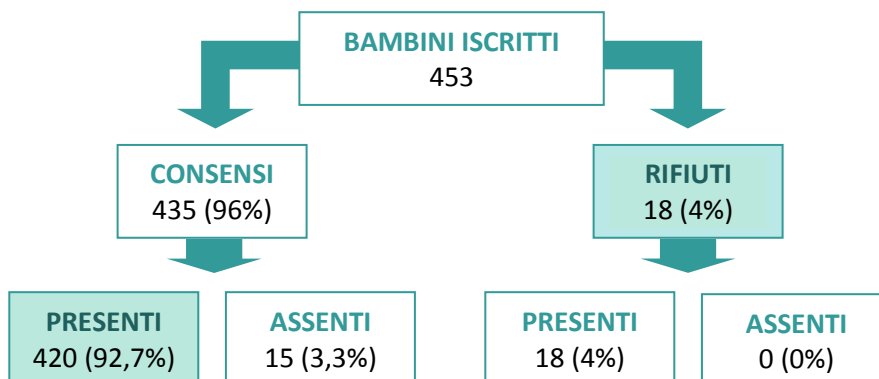
ZONA ABITATIVA	N	%
≤ 10.000 abitanti	19	79,2
Da 10.000 a più di 50.000 abitanti	4	16,7
> 50.000 abitanti (non metropolitana)	1	4,2
Comuni di area metropolitana (centro e periferia)	0	0

- Le scuole e le classi partecipanti si trovano in comuni con diversa densità di popolazione.
- Per la classificazione della tipologia dei comuni si è seguito il sistema adottato dall'Istat.

*Partecipazione dei bambini e delle famiglie allo studio*

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

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



- Solo il 2,9% dei genitori ha rifiutato la misurazione dei propri figli. Questo valore è risultato inferiore a quello nazionale (circa 5%). Questo dato sottolinea una buona gestione della comunicazione tra ASL, scuola e genitori.
- Nella giornata della misurazione erano assenti 15 bambini pari al 3,3% del totale di quelli iscritti. La bassa percentuale di assenti tra i consensi rassicura, al pari del favorevole dato sui rifiuti, sull'attiva partecipazione dei bambini e dei genitori.
- I bambini ai quali è stato possibile somministrare il questionario e di cui sono stati rilevati peso e statura sono stati quindi 420 ovvero il 92,7% degli iscritti negli elenchi delle classi. L'alta percentuale di partecipazione assicura una rappresentatività del campione soddisfacente.
- Hanno risposto al questionario dei genitori 440 delle famiglie dei 453 bambini iscritti (97,1%).

*Bambini partecipanti: quali le loro caratteristiche?* \_\_\_\_\_

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

**Età e sesso dei bambini**

ETÀ	N	%
<7 anni	0	0
8 anni	240	57,3
9 anni	175	41,8
≥ 10	4	0,9

SESSO	N	%
Maschi	209	50,1
Femmine	208	49,1

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

*Genitori partecipanti: chi sono e cosa fanno?* \_\_\_\_\_

La scolarità dei genitori, usata come indicatore socioeconomico della famiglia, è associata in molti studi allo stato di salute del bambino. Il questionario è stato compilato più spesso dalla madre del bambino (87,5%), meno frequentemente dal padre (11,8%) o da altra persona (0,7%). Di seguito vengono riportate le caratteristiche di entrambi i genitori dei bambini coinvolti; i capitoli successivi nella maggior parte dei casi presenteranno analisi che tengono conto del livello di istruzione solo della madre che di fatto è la persona che ha risposto più frequentemente al questionario rivolto ai genitori.

- La maggior parte delle madri ha un titolo di scuola superiore (49,3%) o laurea (20%).
- I padri che hanno un titolo di scuola superiore sono il 39% e la laurea il 14.6%.
- Il 17,3% delle madri e il 19.8% dei padri sono di nazionalità straniera.
- Il 45% delle madri lavora a tempo pieno.

Con il reddito a disposizione della famiglia, il 30,5% dei rispondenti dichiara di arrivare a fine mese con qualche difficoltà e il 5,6% dichiara di arrivarci con molte difficoltà.

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

CARATTERISTICHE	MADRE		PADRE	
	N	%	N	%
<b>Grado di istruzione</b>				
Nessuna, elementare, media	129	30,7	188	46,4
Diploma superiore	207	49,3	158	39
Laurea	84	20	59	14,6
<b>Nazionalità</b>				
Italiana	345	82,7	337	80,2
Straniera	72	17,3	83	19,8
<b>Lavoro*</b>				
Tempo pieno	165	45	-	-
Part time	124	33,8	-	-
Nessuno	78	21,3	-	-

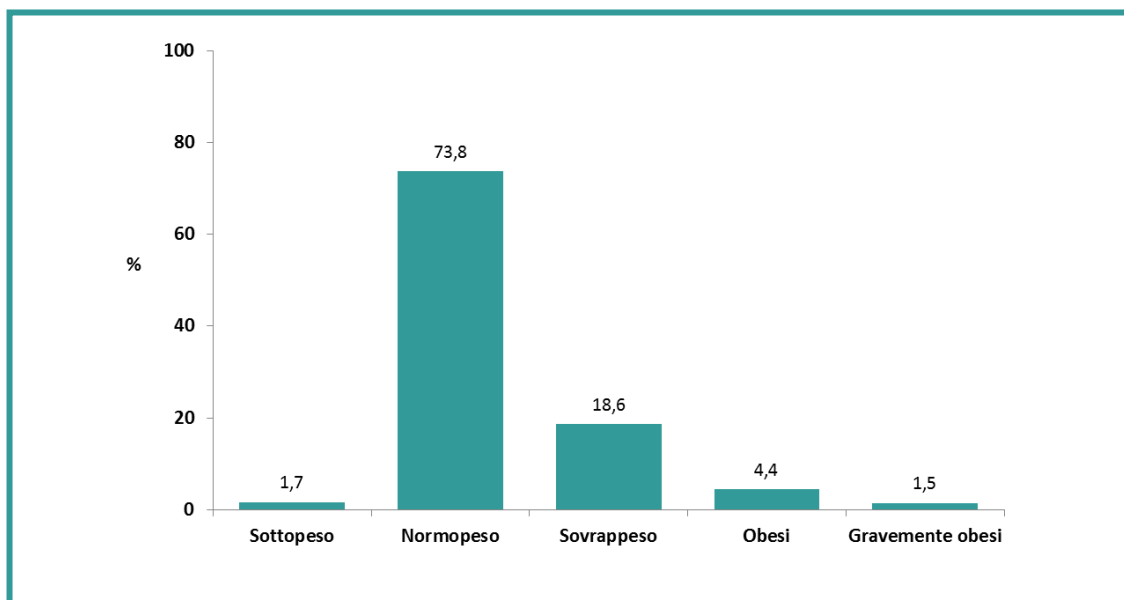
\* Informazione raccolta solo sulla persona che compila il questionario; essendo la madre colei che lo compila nella grande maggioranza dei casi, il dato non è calcolabile per il padre.

## Lo stato ponderale

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

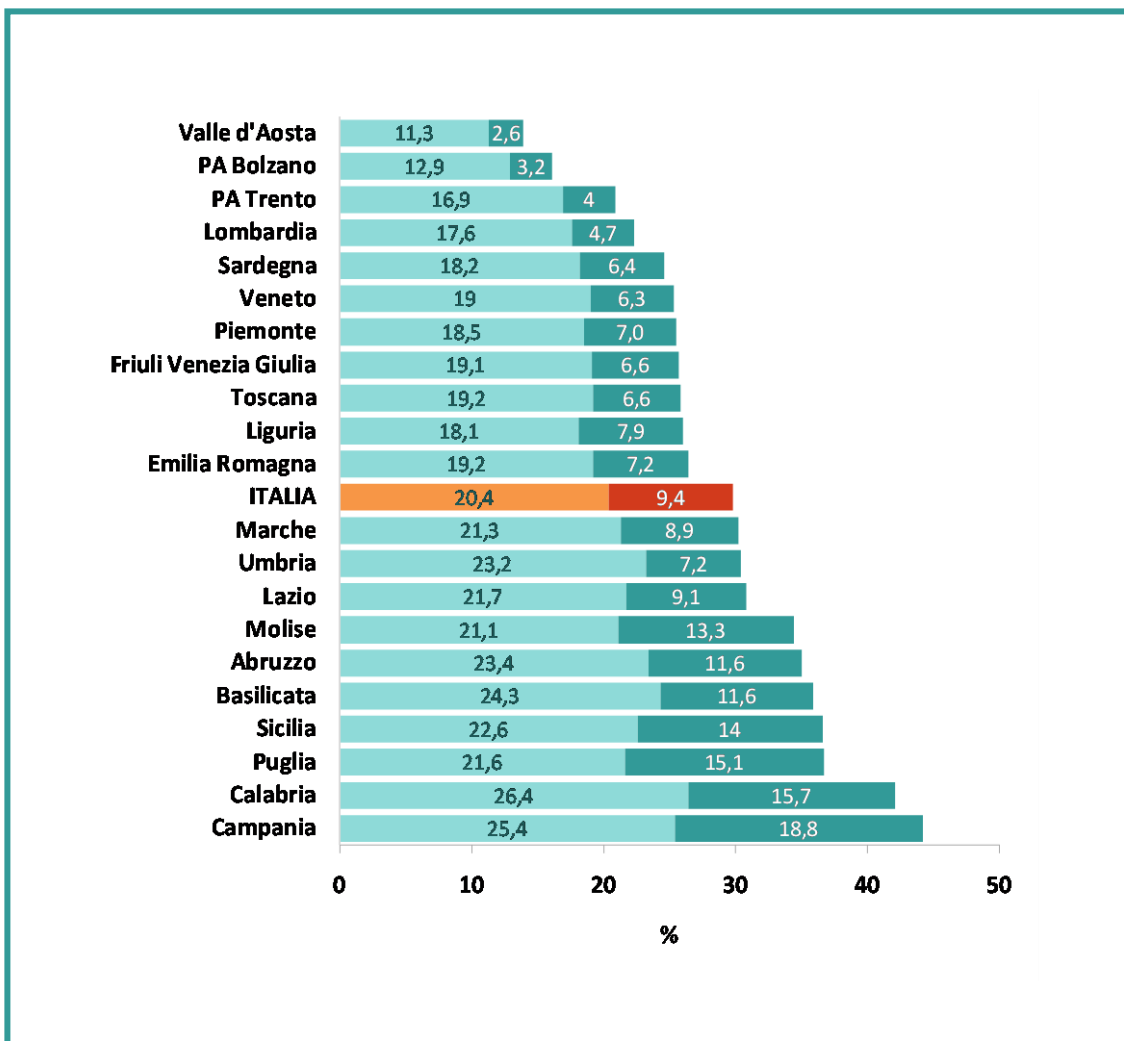
### Quanti sono i bambini in sovrappeso o obesi?

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



- Tra i bambini della nostra Asl l'1,5% (IC95% 0,6%-3,4%) risulta in condizioni di obesità grave, il 4,4% risulta obeso (IC95% 2,6%-7,3%), il 18,6% sovrappeso (IC95% 15,5%-22,1%), il 73,8% normopeso (IC95% 71,1%-76,4%) e lo 1,7% sottopeso (IC95% 0,9%-3,2%).
- Complessivamente il 24,5% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità.

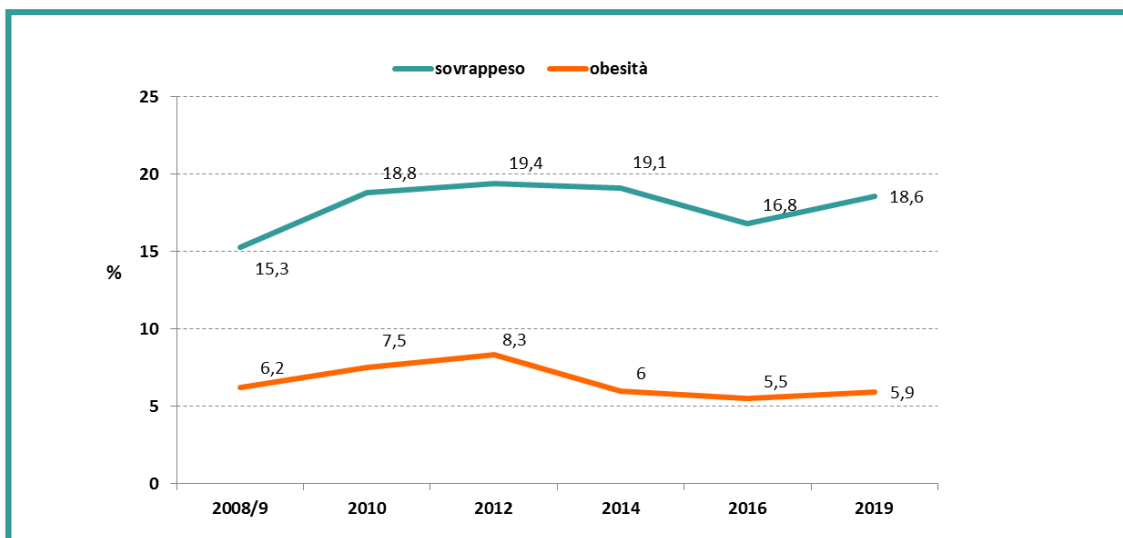
**Sovrappeso e obesità per Regione (%) nei bambini di 8-9 anni che frequentano la 3<sup>a</sup> primaria.**



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

Rispetto alle precedenti rilevazioni nella nostra Asl si assiste ad un progressivo aumento della prevalenza di bambini in sovrappeso e obesi.

### Trend sovrappeso e obesità ASL CN1



*Qual è il rapporto tra stato ponderale e caratteristiche del bambino e dei genitori?* \_\_\_\_\_

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

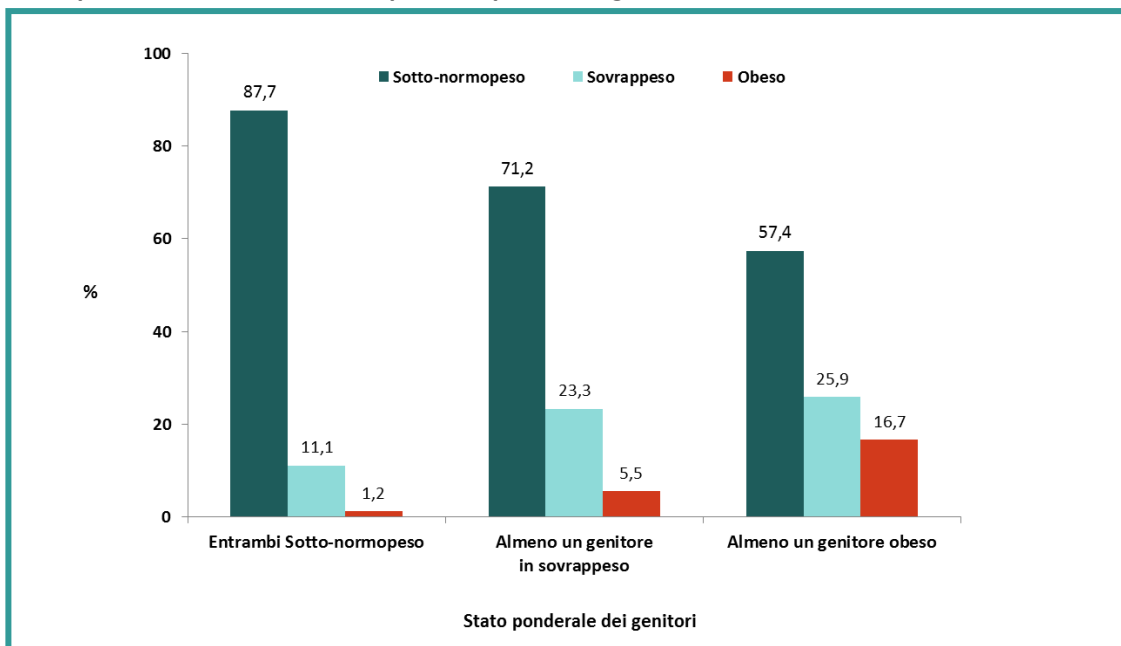
#### Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni per caratteristiche demografiche del bambino e della madre (%)

CARATTERISTICHE	NORMO/ SOTTOPESO (%)	SOVRAPPESO (%)	OBESI (%)
<b>Età</b>			
8 anni	72.9	19,5	7,6
9 anni	79.2	17,3	3,5
<b>Sesso</b>			
Maschi	75.1	19	5,9
Femmine	76	18,1	5,9
<b>Zona abitativa</b>			
<10.000 abitanti	74.6	19	6,4
10.000-50.000	76.8	20,7	2,5
>50.000	87.5	/	12,5
metropolitana/perimetropolitana	/	/	/
<b>Istruzione della madre</b>			
Nessuna, elementare, media	72.6	18,8	8,6
Superiore	76.7	19,7	3,6
Laurea	77.8	17,3	4,9



- Nella nostra Asl, le prevalenze di obesità e di sovrappeso sono simili tra i bambini di 8 e 9 anni e tra maschi e femmine.
- Il rischio di sovrappeso/obesità diminuisce al crescere della scolarità della madre, da 27,4% per titolo di scuola elementare o media, a 23,3% per diploma di scuola superiore, a 22,2% per la laurea (dato non significativo).

#### Stato ponderale dei bambini rispetto a quello dei genitori.



- Dai dati autoriferiti dai genitori emerge che, nella nostra Asl, il 19.5% delle madri è in sovrappeso e il 6.3% è obeso; i padri, invece, sono nel 38% sovrappeso e 8.9% obesi.
- Quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso il 23.3% dei bambini risulta in sovrappeso e il 5.5% obeso. Quando almeno un genitore è obeso il 25.9% dei bambini è in sovrappeso e il 16.7% obeso.

*Nei giorni di scuola quante ore dormono i bambini?* \_\_\_\_\_

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

### Ore di sonno dei bambini

ORE E MINUTI	Sotto-normopeso	Sovrappeso-obeso
	%	%
< 9 ORE	80	20
9 ore – 9 ore e 29 minuti	72.2	27.8
9 ore e 30 minuti – 9 ore e 59 minuti	73.7	26.3
≥10 ore	79.2	20.8

Il 6% dei bambini dorme meno di 9 ore. A livello nazionale questo dato è stato pari al 13%.

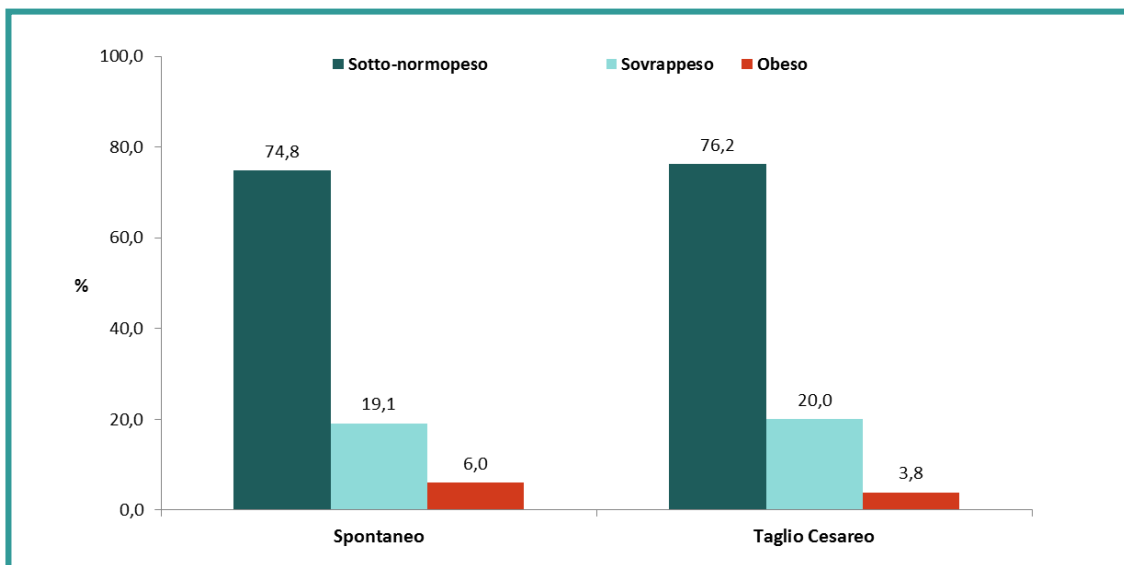
### *Le caratteristiche del parto e nei primi mesi di vita possono influenzare lo stato ponderale?*

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

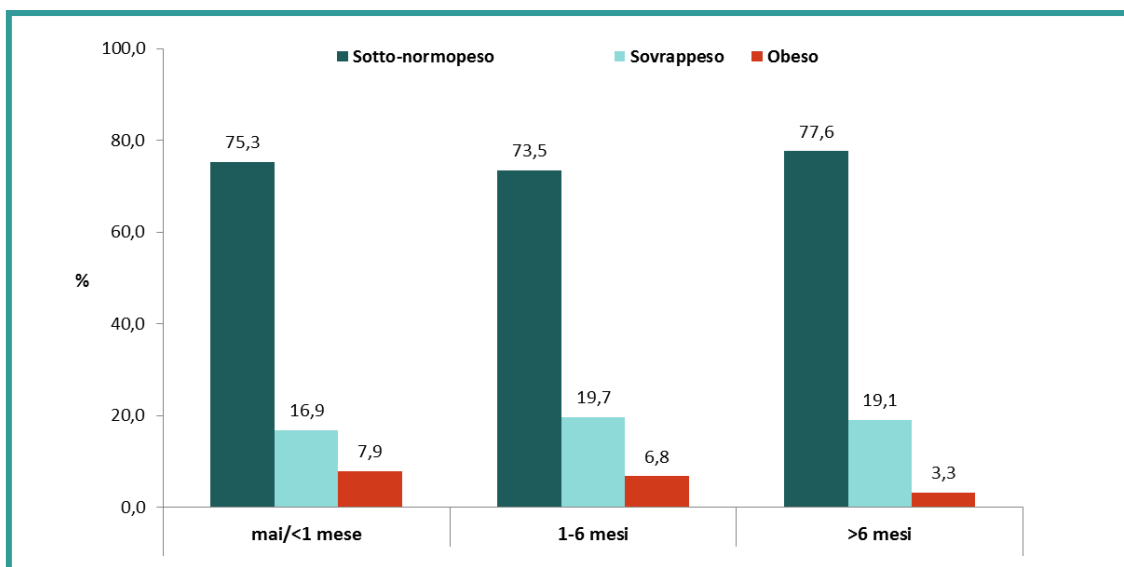
CARATTERISTICA ALLA NASCITA	MODALITÀ	VALORE AZIENDALE 2019	VALORE NAZIONALE 2019
Tipo di parto	Taglio Cesareo	26.8%	40,1%
Settimana gestazionale	<37	9.8%	14,5%
Peso alla nascita (in grammi)	< 2500	10.4%	7,6%
	2500-3300	48.2%	48,1%
	3300-4000	33.2%	37,4%
	≥4000	8.1%	6,9%
Allattamento al seno	Mai/<1 mese	22.9%	24,1%
	1-6 mesi	30.5%	33,8%
	>6 mesi	46.6%	42,2%

Nei grafici seguenti si riporta lo stato ponderale dei bambini per tipo di parto e per durata dell'allattamento al seno. Nella nostra ASL il tipo di parto e l'allattamento al seno non appaiono associati con lo stato ponderale del bambino, mentre sembra che i bambini nati pre o post termine siano maggiormente soggetti ad eccessi ponderali rispetto a quelli nati entro il termine.

### Stato ponderale dei bambini per tipologia del parto



### Stato ponderale dei bambini per durata allattamento al seno



Inoltre, tra i bambini con peso alla nascita inferiore ai 2500 gr il 7.7% è risultato sovrappeso e il 7.7% obeso mentre tra i bambini con peso alla nascita maggiore o uguale a 4000 gr, i valori sono risultati 28.1% sovrappeso e 6.3% obesi. Tra i bambini nati non a termine (meno di 37 settimane o più di 42 settimane) la percentuale di sovrappeso e obesi è significativamente maggiore che nei nati a termine.

### Per un confronto

	Valori aziendali (%)						VALORE REGIONALE	VALORE NAZIONALE
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2019 (%)	2019 (%)
Prevalenza di bambini sotto-normopeso	78.5	73.7	72.3	74.8	77.7	75.5	74.5	70,2%
Prevalenza di bambini sovrappeso	15.3	18.8	19.4	19.1	16.8	18.6	18.5	20,4%
§Prevalenza di bambini obesi	6.2	7.5	8.3	6	5.5	5.9	7	9,4%
§Prevalenza di bambini sovrappeso e obesi	21.5	26.3	27.7	25.2	22.3	24.5	25.5	29,8%

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

### Conclusioni

In questa sesta rilevazione non si sono riscontrati particolari cambiamenti. Permane, in ogni caso, il problema dell'eccesso di peso nella popolazione infantile.

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

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

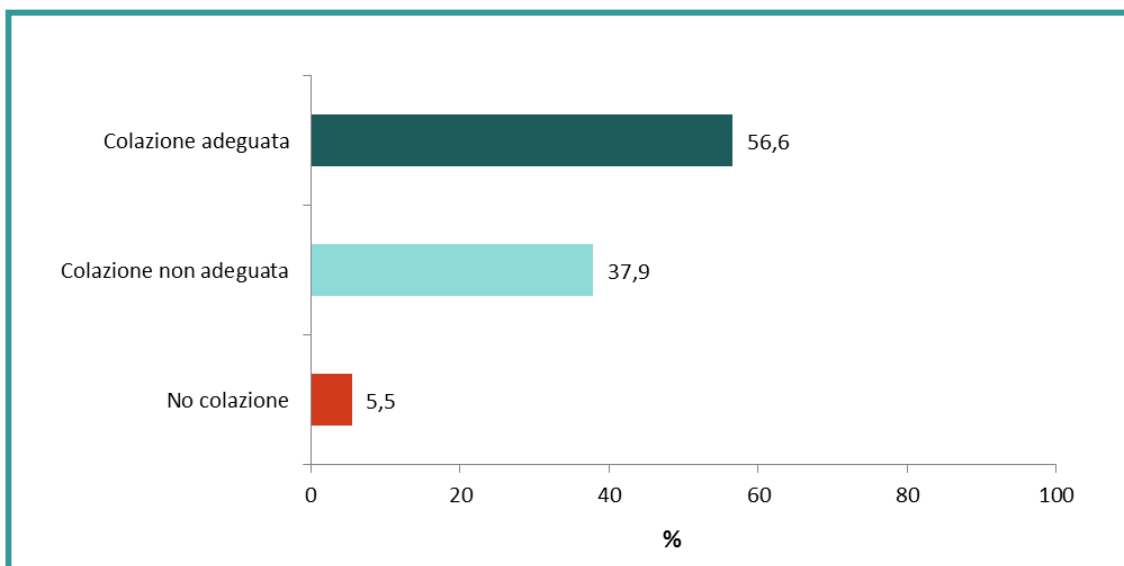
## Le abitudini alimentari

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

### *1 bambini consumano la prima colazione? (le risposte dei bambini)*

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

#### **Adeguatezza della colazione consumata dai bambini (%)**



- Da quanto riportato dai bambini sulla colazione effettuata il giorno della rilevazione, nella nostra Asl solo il 56.6% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata.
- Il 5.5% non fa colazione e il 37.9% non la fa qualitativamente adeguata.
- La prevalenza del non fare colazione non varia significativamente al variare del titolo di studio della madre.

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

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

### Frequenza della colazione in una settimana tipica (%)

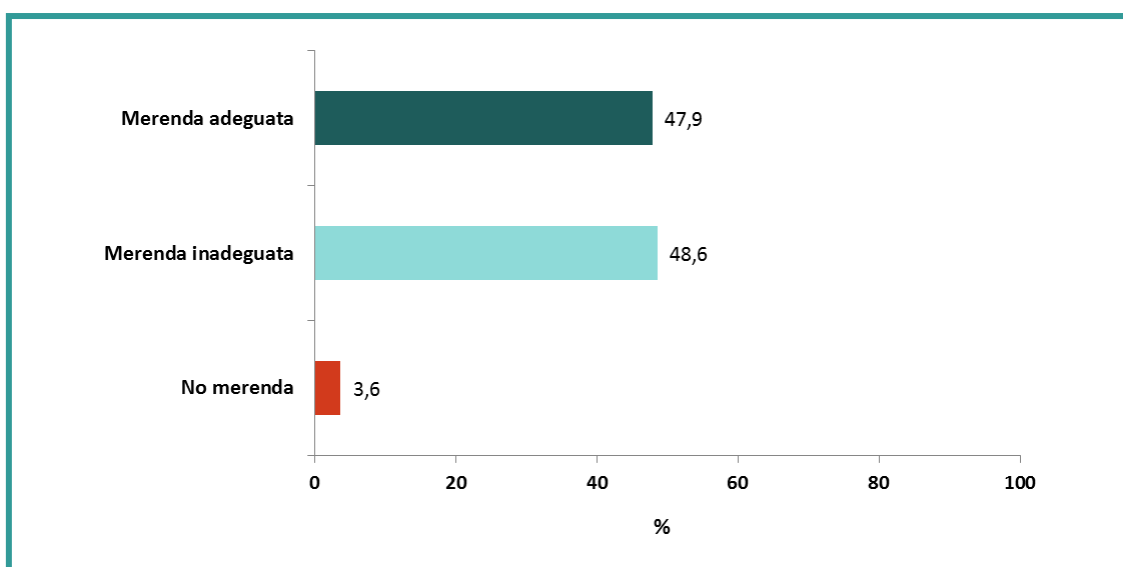
FREQUENZA	%
Ogni giorno	71.9
Quasi tutti i giorni della settimana (4-6 giorni)	10.6
Qualche giorno a settimana (1-3 giorni)	13
Mai	4.5

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

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

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

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

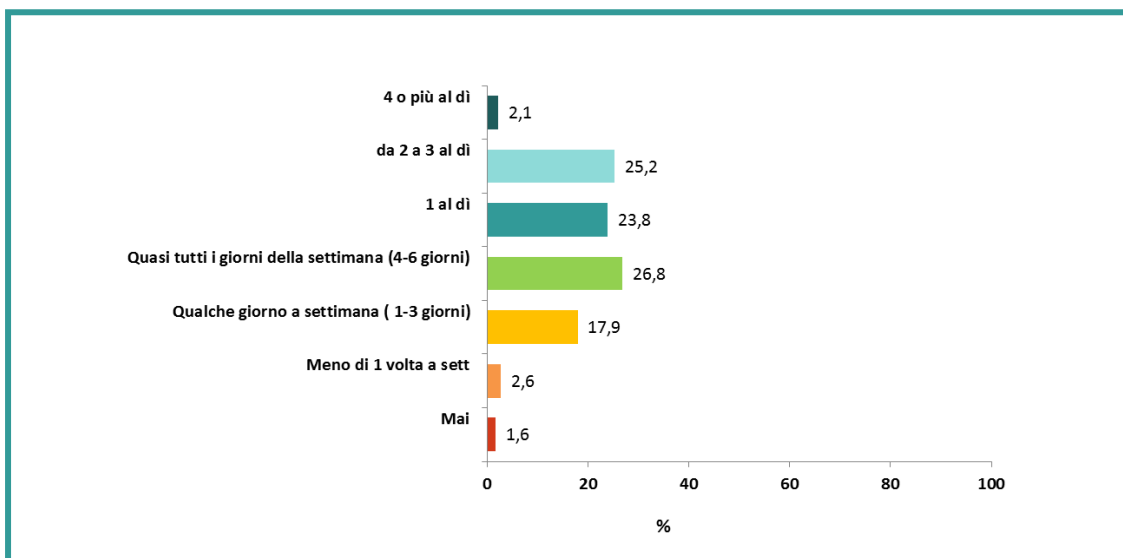


- Nel 41.7% delle classi è stata distribuita una merenda di metà mattina
- Quasi la metà dei bambini (47.9%) consuma una merenda adeguata di metà mattina
- La maggior parte dei bambini (48.6%) la fa inadeguata e il 3.6% non la fa per niente.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino e per livello di istruzione della madre.

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

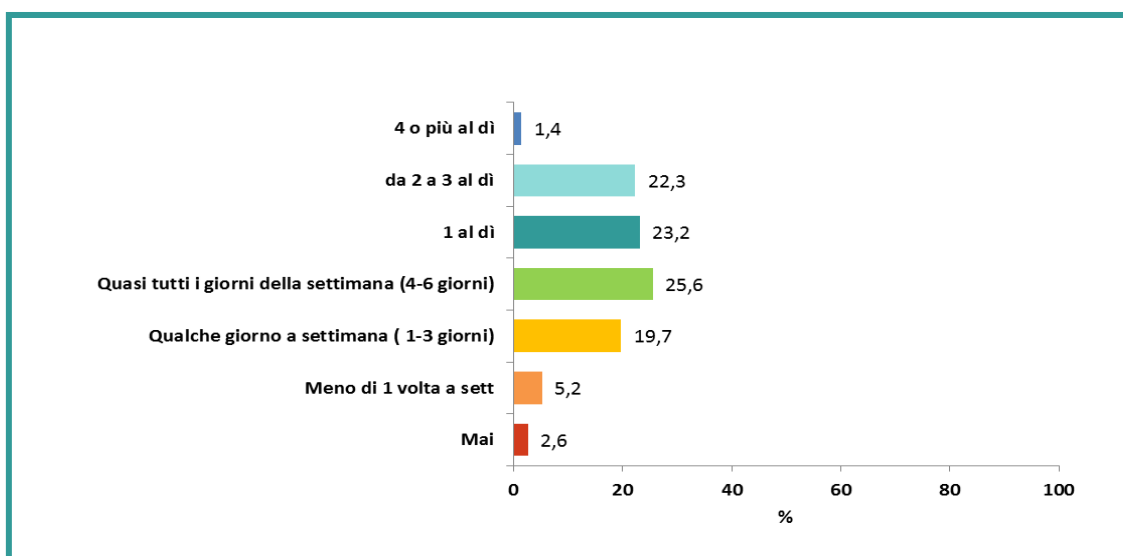
Le linee guida sulla sana alimentazione prevedono l'assunzione di almeno cinque porzioni al giorno di frutta o verdura. Il consumo di frutta e verdura nell'arco della giornata garantisce un adeguato apporto di fibre e sali minerali e consente di limitare la quantità di calorie introdotte.

#### Consumo di frutta nell'arco della settimana (%)



- Nella nostra Asl, i genitori riferiscono che solo il 25.2% dei bambini consuma la **frutta** 2-3 volte al giorno e il 23.8% una sola volta al giorno.
- Il 4.2% dei bambini mangia frutta meno di una volta a settimana o mai.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino, mentre la percentuale di bambini che mangiano frutta almeno una volta al giorno aumenta in modo significativo all'aumentare del livello di istruzione della madre.

#### Consumo di verdura nell'arco della settimana (%)



- Nella nostra Asl, i genitori riferiscono che il 22.3% dei bambini consuma **verdura** 2-3 volte al giorno; il 23.2% una sola volta al giorno.
- Il 7.8% dei bambini consuma verdura meno di una volta a settimana o mai.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino, mentre un maggiore consumo di verdura è associato all'aumento del livello di istruzione della madre (40,5% per titolo di studio della madre fino alla scuola media, 44% per titolo di scuola superiore; 67% per laurea).
- Il 55.6% dei bambini consuma almeno due volte al giorno frutta e/o verdura.

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

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

FREQUENZA DI CONSUMO	SUCCHI DI FRUTTA 100% FRUTTA	BIBITE CONF. CONTENENTI ZUCCHERO (tè, arancata, cola, succhi di frutta, ecc.)	BIBITE CONF. A RIDOTTO CONTENUTO DI ZUCCHERO (cola light/zero, ecc.)	LEGUMI	SNACK SALATI (patatine, pop corn, noccioline, ecc.)	SNACK DOLCI (merendine, biscotti, caramelle, torte, ecc.)
Mai	19.5%	16%	60.2%	18.9%	11.5%	1.9%
meno di una volta a settimana	23.7%	42.5%	28.8%	27.5%	52.4%	13.9%
qualche giorno (1-3 giorni)	35.2%	29.5%	8.6%	45.9%	30.4%	34.7%
quasi tutti i giorni (4-6 giorni)	12.9%	7%	1.2%	4.7%	3.6%	30.4%
una volta al giorno tutti i giorni	7%	4%	1%	2.5%	1.4%	15.3%
più volte al giorno tutti i giorni	1.6%	0.9%	0.2%	0.5%	0.7%	3.8%

- Nella nostra Asl il 12% dei bambini assume bevande zuccherate confezionate contenenti zucchero quasi tutti i giorni o tutti i giorni.
- Il 46.4% dei bambini non consuma mai legumi o meno di una volta a settimana
- Il consumo di snack salati e dolci "più volte al giorno, tutti i giorni" è rispettivamente del 0.7% e del 3.8%



- Mentre non vi è differenza fra maschi e femmine per le diverse categorie di alimenti, la prevalenza di consumo di bibite confezionate contenenti zucchero una volta al giorno tutti i giorni diminuisce con il crescere della scolarità della madre.

### *L'igiene orale dei bambini: quanti bambini si lavano i denti dopo cena? \_\_\_\_\_*

L'abitudine di lavarsi i denti è essenziale per la prevenzione della carie dentale e dell'igiene del cavo orale. Il 89.4% dei bambini della nostra Asl ha dichiarato di essersi lavato i denti la sera precedente l'indagine. A livello nazionale questo dato è risultato pari all'83%. Nella nostra Asl i genitori hanno riportato che il 26.8% dei bambini lava i denti non più di una volta al giorno; dato nazionale 31%

### *I cambiamenti salutari adottati in famiglia \_\_\_\_\_*

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

Nella nostra Asl i comportamenti salutari più frequentemente adottati sono risultati:

- Aumentare il consumo di verdura e ortaggi (70.2%)
- Ridurre il consumo di alimenti già pronti o in scatola (60%)
- Inserire la frutta come spuntino (56.3%)
- Limitare il consumo di snack salati (52.7%)
- Ridurre il sale durante la preparazione dei pasti (52.5%)
- Non aggiungere sale a tavola (38.1%)
- Leggere con maggiore attenzione le etichette nutrizionali (28.6%)
- Acquistare pane poco salato (11.1%)

## Per un confronto

	Valori aziendali (%)						VALORE REGIONALE	VALORE NAZIONALE
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2019 (%)	2019 (%)
<sup>§</sup> hanno assunto la colazione al mattino dell'indagine	93	95	93	92	95.5	94.5	93.2	91,3
<sup>§</sup> hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine	63	62	65	64	59.9	56.6	57.7	55,7
hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	7	27	24	38	22.9	47.9	52.4	41,2
assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere	2	11	11	12	16	9.9	9,3	5,7%
assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno	42	46	40.4	38	32.5	24.5	23.9	25,4

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

### Conclusioni

---

Nella nostra Asl con la sesta raccolta dei dati, si conferma la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso. Questo rischio per i bambini può essere limitato grazie alla modifica delle abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie.

I comportamenti su cui c'è possibilità di un ampio margine di miglioramento sono il consumo di frutta e verdura (meno di 1 bambino su 10 ne consuma la quantità raccomandata), la colazione e la merenda di metà mattina, che risultano adeguate soltanto per la metà dei bambini. Il consumo di bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno è ancora troppo alto (1 bambino su 4), ma si osserva una diminuzione rispetto alle precedenti rilevazioni.

## L'attività fisica

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

### Quanti bambini sono fisicamente non attivi?

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

#### Bambini fisicamente non attivi<sup>#</sup> (%)

CARATTERISTICHE	NON ATTIVI %
<b>Sesso</b>	
Maschi	12.1
Femmine	14.7
<b>Zona abitativa*</b>	
<10.000 abitanti	14.8
10.000-50.000	4.9
>50.000	25
metropolitana/perimetropolitana	/

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

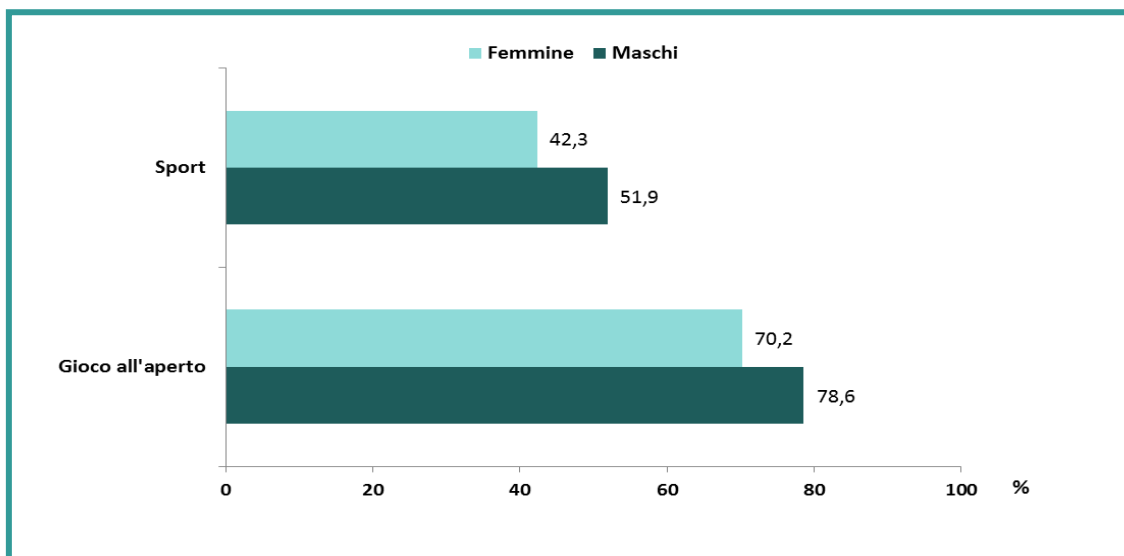
\* Differenza statisticamente significativa (p< 0,05)

- Nel nostro studio il 13.4% dei bambini risulta non attivo il giorno antecedente all'indagine.
- Solo il 16.8% ha partecipato ad un'attività motoria curricolare a scuola nel giorno precedente (questo può dipendere dal fatto che il giorno precedente poteva non essere quello in cui era prevista l'ora curricolare).
- Le femmine non attive (14.7%) sono in percentuale maggiore dei maschi (12.1%).
- La percentuale maggiore di bambini non attivi vive in aree geografiche con >50.000 abitanti (25%).

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

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

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



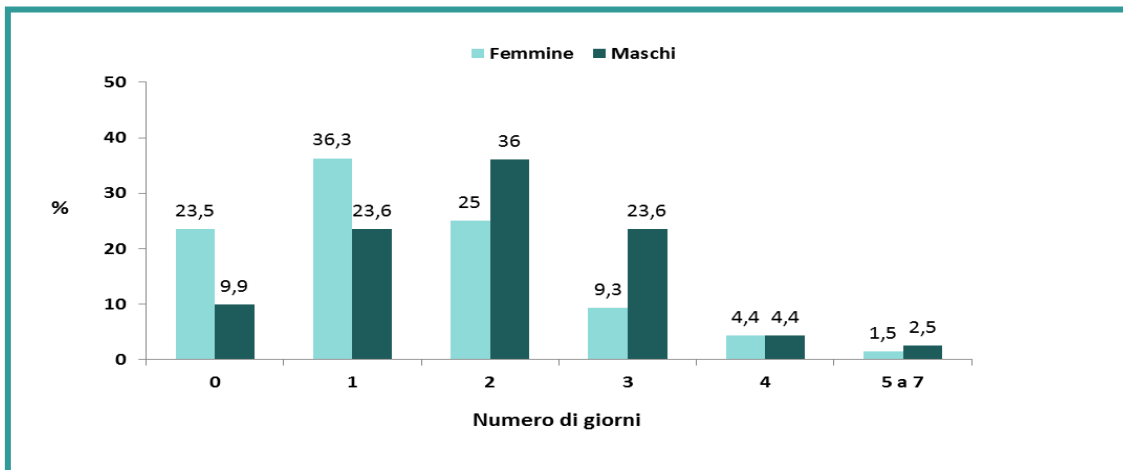
- Il 74.6% del totale dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi giocano all'aperto più delle femmine\*.
- Il 47.1% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi fanno sport più delle femmine\*.

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

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

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

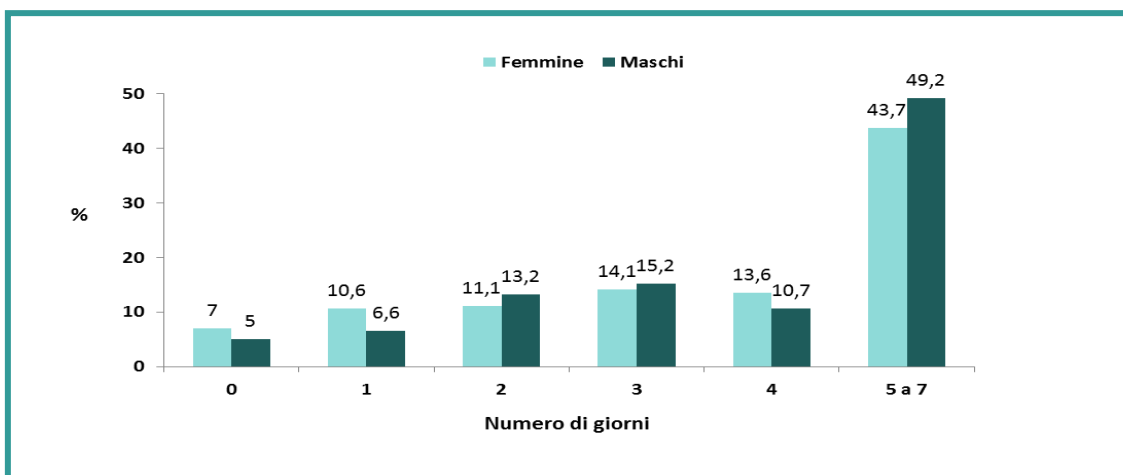
### Giorni di attività sportiva strutturata per almeno un'ora durante la settimana (%)



- Secondo i genitori, nella nostra Asl, circa 3 bambini su 10 (29.9%) fanno almeno un'ora di attività sportiva strutturata per 2 giorni la settimana, il 17.1% neanche un giorno e il 2.1% da 5 a 7 giorni.
- I maschi fanno attività sportiva strutturata più giorni delle femmine\*.
- La zona di abitazione non è associata a una diversa frequenza di attività sportiva strutturata da parte dei bambini.

\* p < 0,05

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



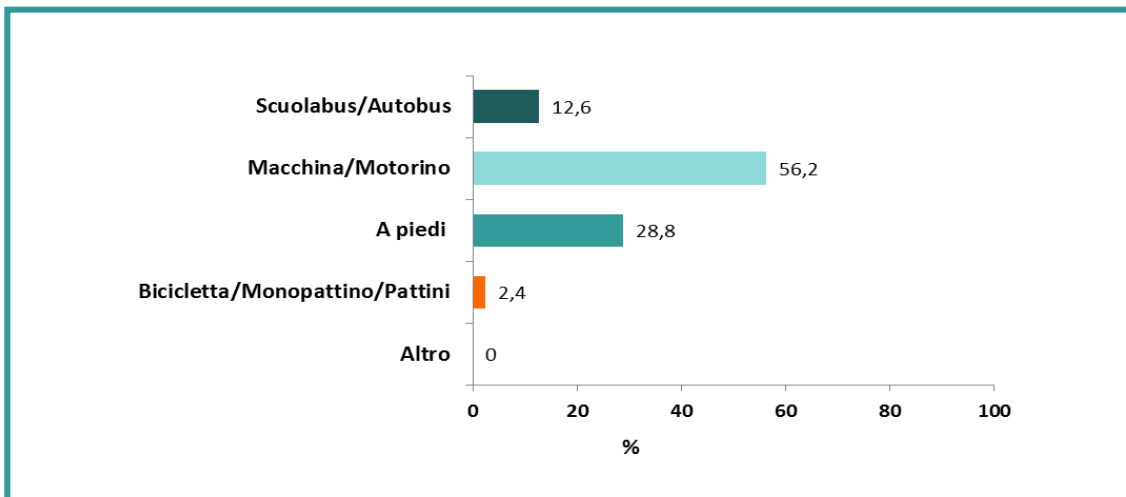
- Per quanto riguarda il tempo dedicato ai giochi di movimento, nella nostra Asl, circa 1 bambino su 10 (12.5%) fa almeno un'ora di attività per 2 giorni la settimana, il 46.4% da 5 a 7 giorni e il 6.3% neanche un giorno.
- I maschi fanno giochi di movimento in maniera paragonabile alle femmine.
- La zona di abitazione è associata\* a una diversa frequenza di giochi di movimento da parte dei bambini.

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

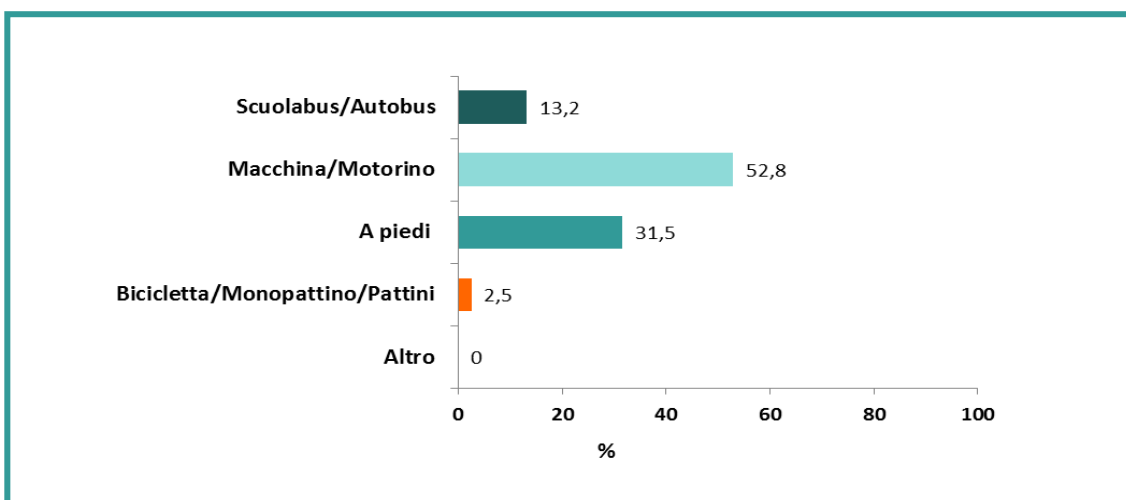
Un altro modo per rendere fisicamente attivi i bambini è far loro percorrere il tragitto casa-scuola a piedi o in bicicletta, compatibilmente con la distanza del loro domicilio dalla scuola. Nel 2019 i bambini hanno risposto a questa domanda riferendosi al giorno in cui si è svolta la rilevazione; a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

- Il 29.3% dei bambini, nella mattina dell'indagine, ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini (indicatore del PNP); invece, il 69.5% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato.
- Non si rilevano differenze degne di nota per sesso e fra le diverse tipologie di zona abitativa.

**Percorso casa-scuola (%) riferito dai genitori**



**Percorso scuola-casa (%) riferito dai genitori**



Secondo i genitori, nel tragitto casa-scuola il 31.2% dei bambini si è recato a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini; invece, il 68.8% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o

privato. Per il ritorno il 66% dei bambini ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato e il 34% è tornato a piedi/bicicletta/monopattino.

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

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

**Motivi che impediscono di recarsi a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini (%)**

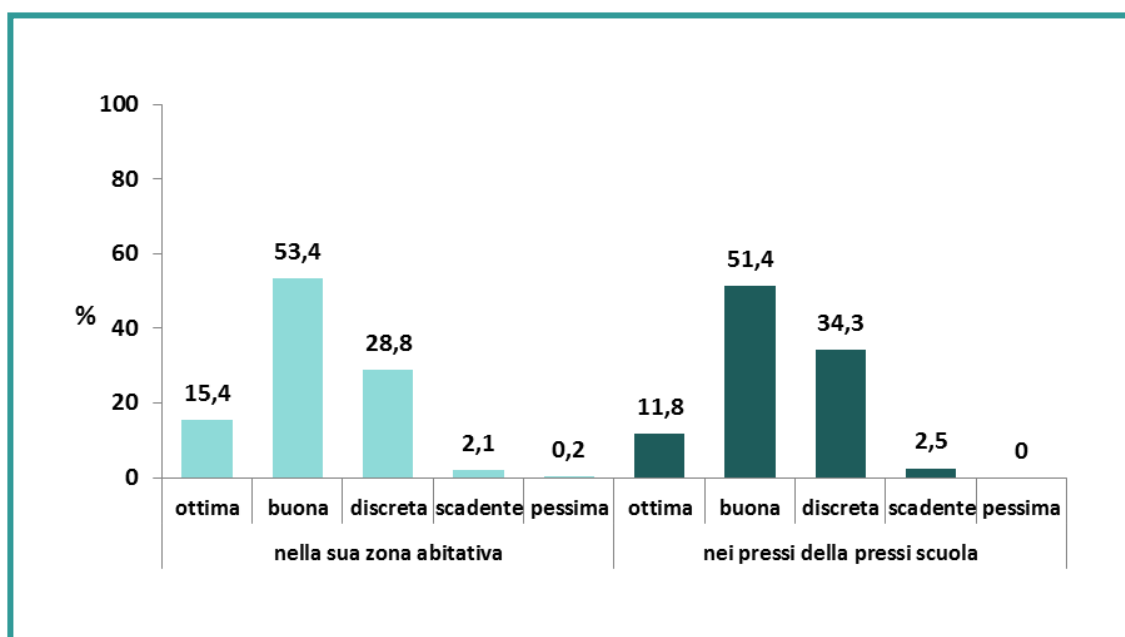
MOTIVI	%
Strada non sicura	13.7
Distanza eccessiva	52.2
Il bambino si muove già abbastanza durante la giornata	0.5
Mancanza di tempo	36.9

Nella nostra Asl, la maggior parte dei genitori (52.2%) indica come motivo principale la distanza eccessiva.

*Come viene percepita la qualità dell'aria dai genitori?*

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

**Percezione della qualità dell'aria (%)**



## Per un confronto

	Valori aziendali (%)						VALORE REGIONALE	VALORE NAZIONALE
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2019 (%)	2019 (%)
<sup>§</sup> Bambini definiti fisicamente non attivi** (indicatore del PNP)	25	16	14	12	10.8	13.4	14.2	20,3%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	55	72	79	78	75	74.6	70.8	61,4%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	39	48	53	51.5	49	47.1	46	43,7%
Bambini che si recano a scuola a piedi e/o bicicletta	27	31	28	26	31	29.3	31	26,4%

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

### Conclusioni

Si stima che, nella nostra ASL, poco più di 1 bambino su 10 risulti fisicamente inattivo, maggiormente le femmine rispetto ai maschi. Circa la metà dei bambini 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.

I dati rilevati sono simili a quelli delle precedenti rilevazioni; complessivamente, nella nostra ASL i bambini risultano meno inattivi rispetto alla media nazionale.

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



## Le attività sedentarie

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

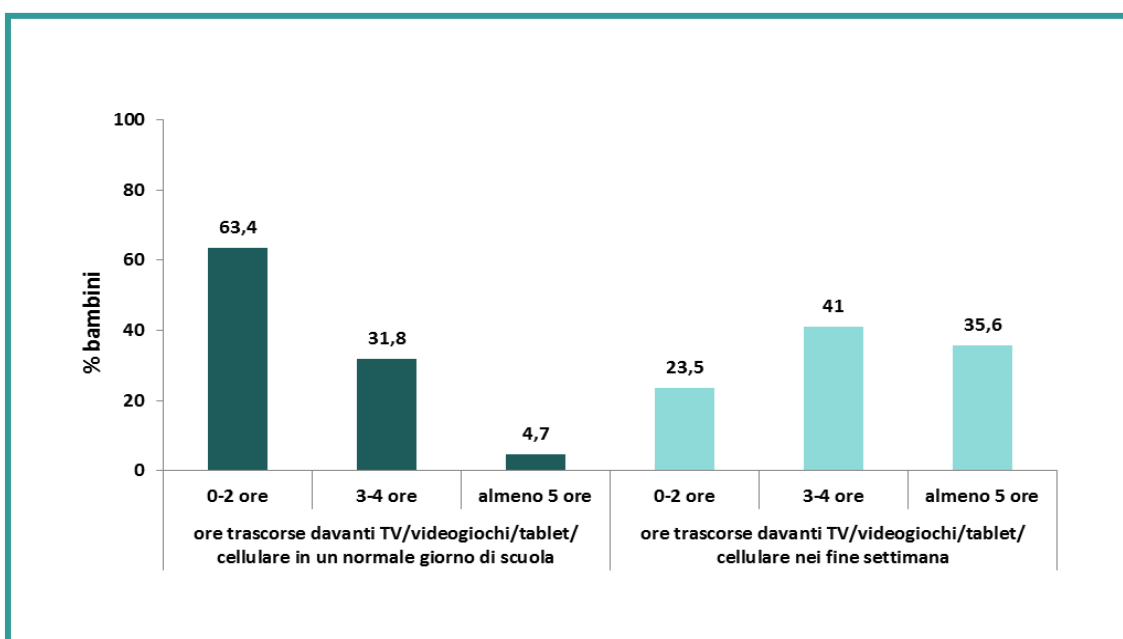
*Quante ore al giorno i bambini guardano la televisione o usano i videogiochi/tablet/cellulare?*

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

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

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

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



- Nella nostra Asl, in particolare nei giorni di scuola i genitori riferiscono che il 63.4% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi/tablet/cellulare da 0 a due 2 ore al giorno, mentre il 31.8% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi/tablet/cellulare per 3 a 4 ore e il 4.7% per almeno 5 ore. Valori molto più alti si riscontrano nel fine settimana, quando l'esposizione agli schermi da 0 a 2 ore riguarda il 23.5% dei bambini, mentre il 41% li utilizza per 3-4 ore e il 35.6% più di 5 ore.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV o videogiochi/tablet/cellulare è più frequente tra i maschi (42.9% versus 30.6%)\* e diminuisce all'aumentare del livello di istruzione della madre\*.
- Considerando separatamente il tempo dedicato alle due attività, si rileva che la percentuale di bambini che trascorre più di 2 ore davanti alla TV è pari al 12.4%, mentre quella relativa l'utilizzo di videogiochi/tablet/cellulare è 4.2%.
- Complessivamente il 28.1% 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 (15.3% versus 10.2%).

\*p < 0,05

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

Nella nostra Asl il 29.6% dei bambini ha guardato la TV o ha utilizzato videogiochi/tablet/cellulare la mattina prima di andare a scuola, il 70.6% il pomeriggio del giorno precedente e il 72.8% la sera.

Solo il 11.5% dei bambini non ha guardato la TV o utilizzato i videogiochi/tablet/cellulare nelle 24 ore antecedenti l'indagine, mentre il 25% lo ha fatto in un periodo della giornata, il 42.4% in due periodi e il 21.1% ne ha fatto uso durante la mattina, il pomeriggio e la sera.

L'utilizzo di TV e/o videogiochi/tablet/cellulare in tre momenti della giornata è più frequente tra i maschi (25.4% versus 16.7%)\*e diminuisce all'aumentare del livello di istruzione della madre.

\*p < 0,05

### Per un confronto

	Valori aziendali (%)						VALORE REGIONALE	VALORE NAZIONALE
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2019 (%)	2019 (%)
Bambini che trascorrono al televisore o ai videogiochi/tablet/ cellulare più di 2 ore al giorno (durante un normale giorno di scuola)	33	29	28	30	35	36.5	36.3	44,5%
Bambini con televisore in camera	29	33	28	24	30.5	28.1	38	43,5%

### Conclusioni

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

Queste attività sedentarie sono sicuramente favorite dal fatto che 1 bambino su 3 dispone di un televisore in camera propria. Questi fattori fanno sì che solo 6 bambini su 10 di fatto ottemperino alle raccomandazioni sul tempo da dedicare alla televisione o ai videogiochi/tablet/cellulare (meno di 2 ore al giorno); la situazione non migliora se consideriamo il fine settimana, dove rispettano le indicazioni poco più di 2 bambini su 10.

Rispetto alle precedenti rilevazioni notiamo un graduale aumento delle ore trascorse davanti agli schermi, anche durante un normale giorno di scuola.

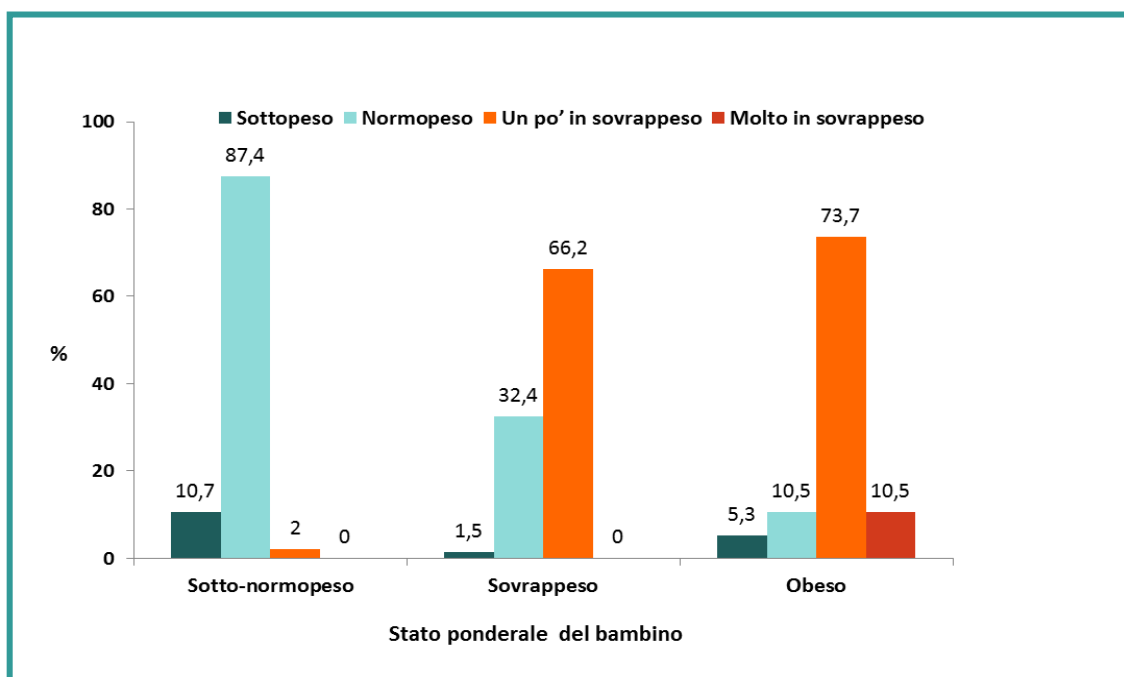
## La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini

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

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

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

### La percezione materna dello stato ponderale dei figli (%)



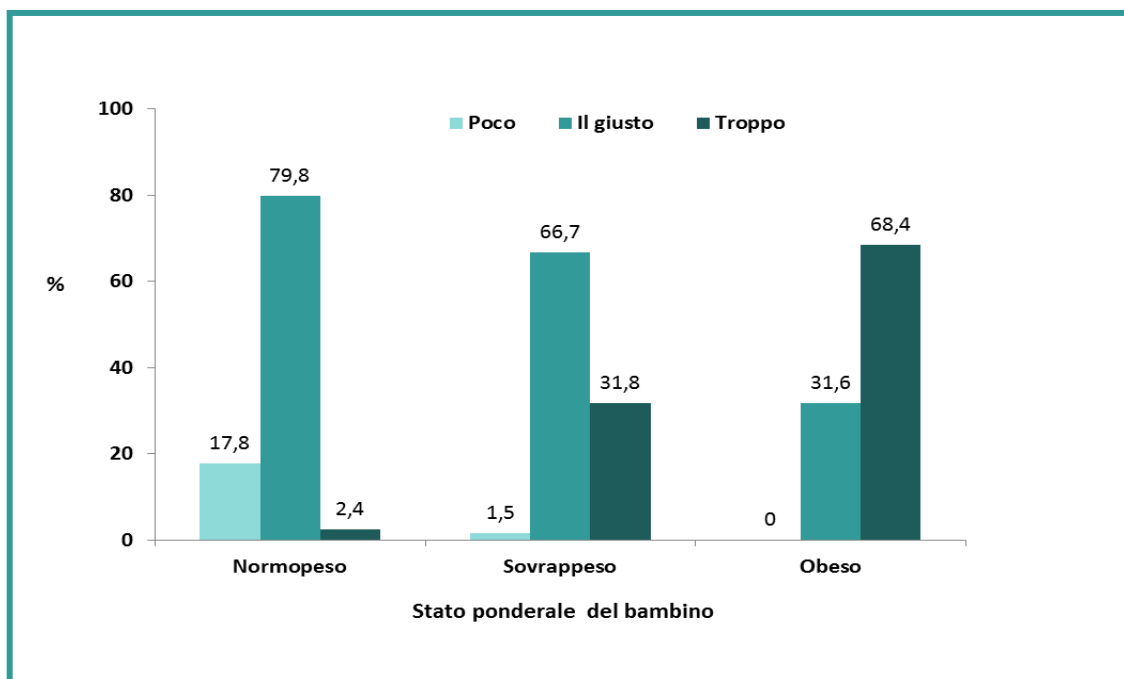
- Nella nostra Asl il 33.9% delle madri di bambini sovrappeso e il 15.8% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso o sottopeso.
- Nelle famiglie con bambini in sovrappeso, la percezione non cambia in rapporto al sesso del bambino. Analoga situazione si presenta nelle famiglie di bambini obesi.
- Nelle famiglie con bambini in sovrappeso, l'accuratezza della percezione non cambia in rapporto al titolo di studio della madre. Analoga situazione si presenta nelle famiglie di bambini obesi.

\* p < 0,05

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

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

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

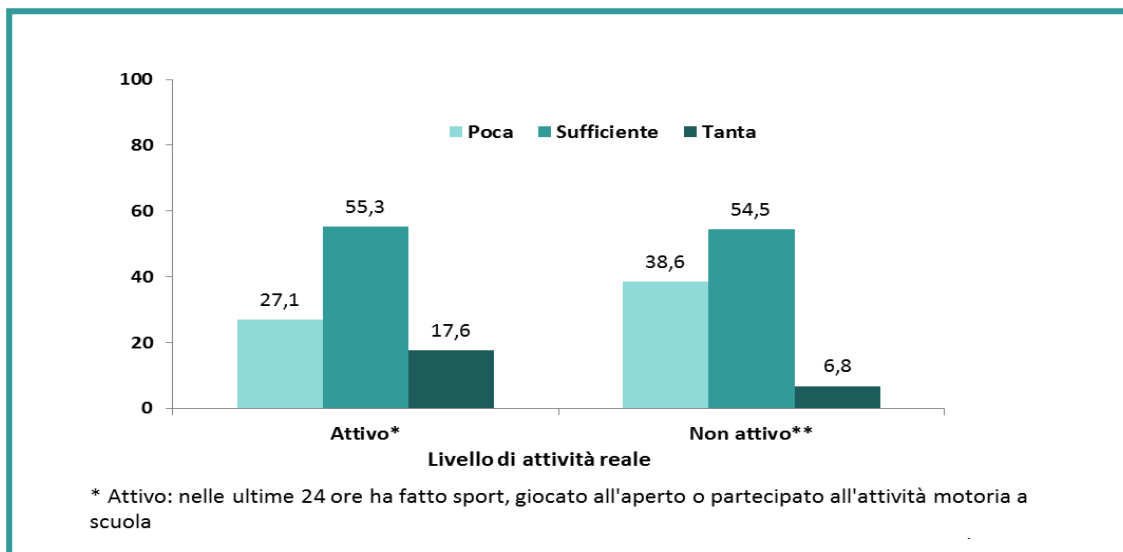


- Il 31,8% delle madri di bambini sovrappeso e il 68,4% di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo.
- Considerando i bambini in sovrappeso e obesi insieme, non è stata constatata nessuna differenza per sesso dei bambini o per livello scolastico della madre.

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

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

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



- All'interno del gruppo di bambini non attivi, il 54.5% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e il 6.8% 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	Valori aziendali (%)						VALORE REGIONALE 2019 (%)	VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019		
§ in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è sovrappeso	63	57	51	56	50	66.2	52.4	46,9%
in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è obeso	100	100	93	96	87	84.2	91.5	86,0%
l'assunzione di cibo del proprio figlio come "poco o giusto", quando questo è sovrappeso o obeso	75	68	56	70	67	60	66.4	69,9%
l'attività fisica del proprio figlio come scarsa, quando questo risulta inattivo	56	41	40	26	41	38.6	35.7	46,9%

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

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

### *Gli incidenti domestici*

---

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

È stato chiesto ai genitori se avessero mai ricevuto informazioni da parte delle istituzioni sanitarie sulla prevenzione degli incidenti domestici. A livello nazionale, l'85% dei rispondenti ha dichiarato di non aver mai ricevuto alcuna informazione; nella nostra Asl tale valore è risultato pari a 76.5%.

Alla domanda se si fossero mai rivolti al personale sanitario a causa di incidenti domestici di cui è stato vittima il bambino, a livello nazionale si sono registrate le seguenti risposte: 9% sì, al pediatra/altro medico; 20% sì, al pronto soccorso; 8% sì, ad entrambi. Nella nostra Asl le percentuali di risposta sono state: 7.4% sì, al pediatra/altro medico, 22.6% sì, al pronto soccorso, 9.7% sì, ad entrambi.

### *Conclusioni*

---

Nella nostra Asl è molto diffusa (oltre 1 genitore su 2) nelle madri di bambini con sovrappeso/obesità una sottostima dello stato ponderale del proprio figlio. Inoltre molti genitori, in particolare di bambini sovrappeso/obesi, non valutano correttamente la quantità di cibo assunta dai propri figli. La situazione è simile per la percezione del livello di attività fisica dei propri figli: solo 1 genitore su 2 ha una percezione che sembra coincidere con la situazione reale.

Rispetto alle precedenti rilevazioni, sembra sensibilmente migliorata la capacità delle madri di percepire come eccessivo il peso del proprio figlio quando questi presenti una situazione di sovrappeso; cala invece la percentuale delle madri di bambini obesi che riconoscano l'eccesso ponderale del figlio.

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

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

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

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

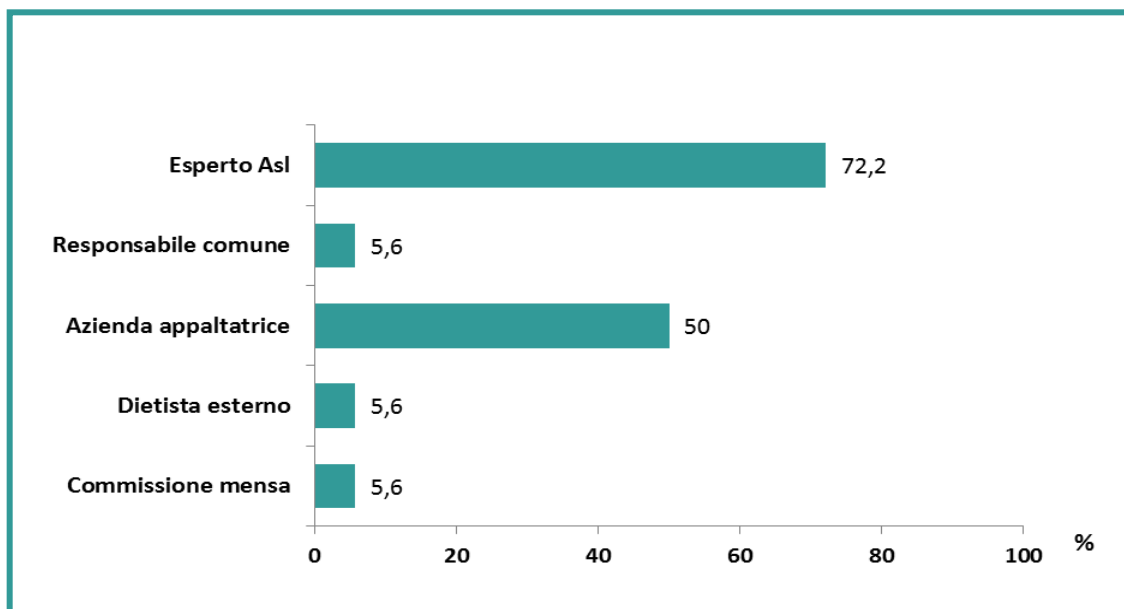
*Quante scuole sono dotate di mensa e quali sono le loro modalità di funzionamento?*

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

Nella nostra Asl l'81.8% delle scuole campionate ha una mensa scolastica funzionante.

Nelle scuole dotate di una mensa, il 27.8% di esse sono aperte almeno 5 giorni la settimana.

#### Predisposizione del menù scolastico (%)



- La definizione del menù scolastico è più frequentemente stabilita da un esperto dell'ASL, seguito da un'azienda appaltatrice.
- Secondo il giudizio dei dirigenti scolastici il 77.8% delle mense risulta essere adeguato per i bisogni dei bambini.

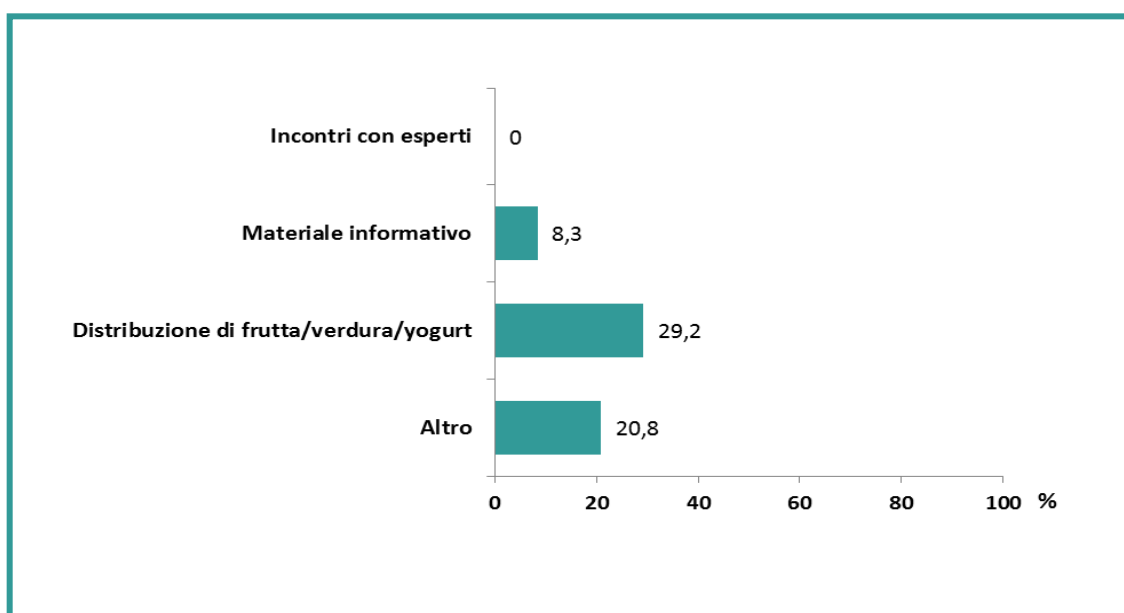


### È prevista la distribuzione di alimenti all'interno della scuola? \_\_\_\_\_

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

- Nella nostra Asl, le **scuole** che distribuiscono ai bambini frutta o latte o yogurt, nel corso della giornata, sono il 31.8%.
- In tali **scuole**, la distribuzione si effettua esclusivamente a metà mattina (100%).
- Durante l'anno scolastico il 29.2% delle **classi** ha partecipato ad attività di promozione del consumo di alimenti sani all'interno della scuola con Enti e/o associazioni.

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



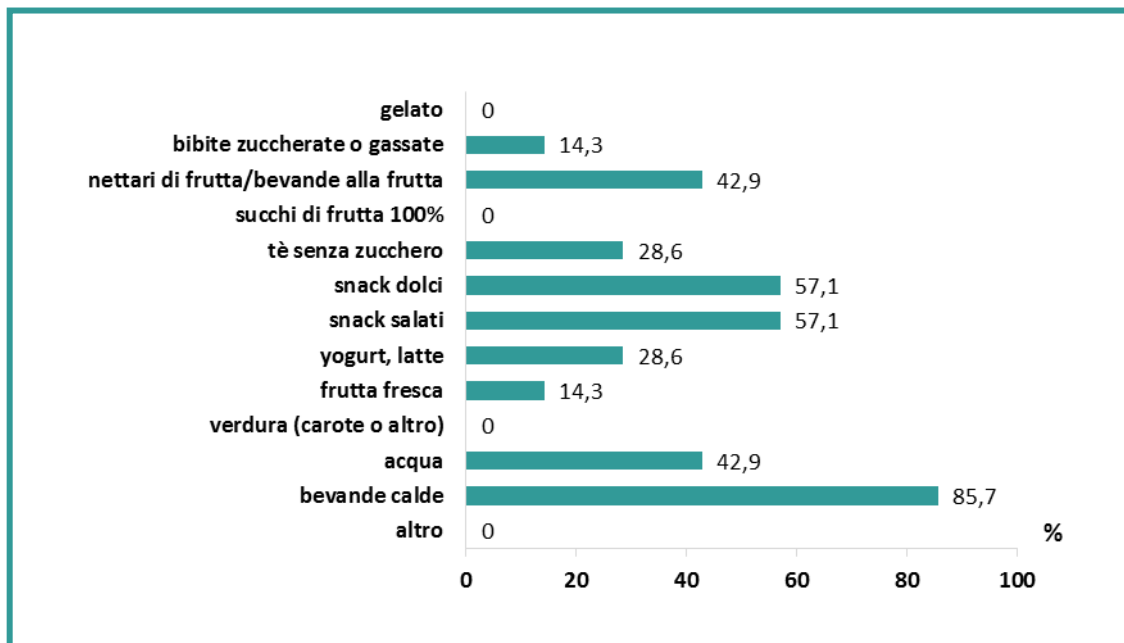
- In questo anno scolastico il 29.2% delle **classi** ha partecipato alla distribuzione di frutta, verdura o yogurt come spuntino.
- L'8.3% delle **classi** ha ricevuto materiale informativo.
- Nell'ambito di iniziative di promozione del consumo di alimenti sani, nessuna **classe** ha organizzato incontri con esperti esterni alla scuola.

### Sono segnalati dei distributori automatici?

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

- I distributori automatici di alimenti sono presenti nel 33.4% delle scuole; il 4.8% è accessibile sia agli adulti che ai bambini.
- All'interno del gruppo di scuole con distributori automatici, il 57.1% mette a disposizione succhi di frutta 100% frutta, nettari/bevande alla frutta, frutta fresca, yogurt o latte.

### Alimenti presenti nei distributori automatici (%)



Nella nostra Asl gli alimenti maggiormente frequenti nei distributori automatici sono bevande calde, snack dolci e salati, acqua, nettari di frutta/bevande alla frutta, tè senza zucchero, yogurt, latte...

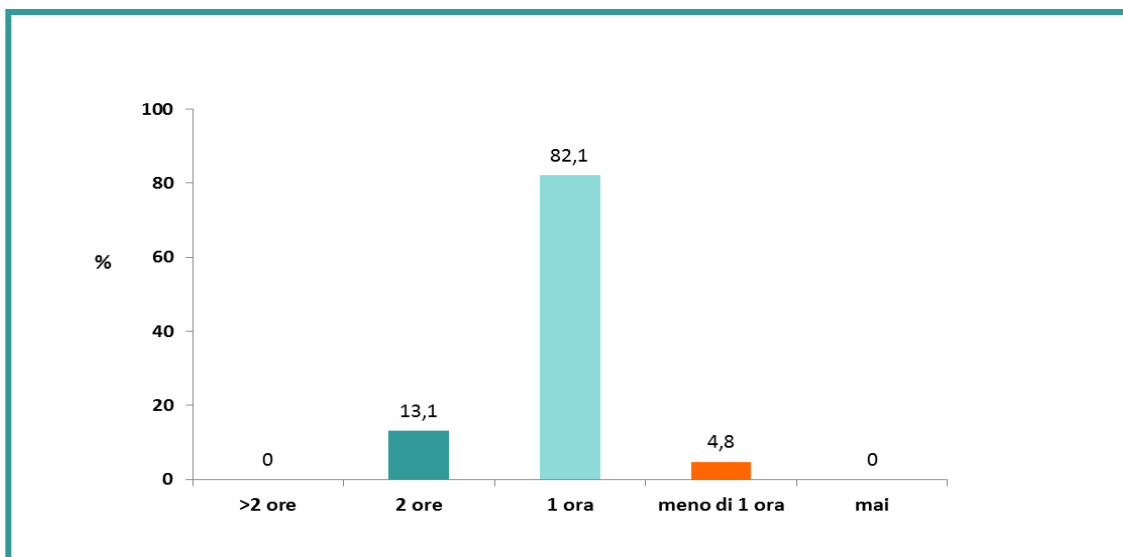
### La partecipazione della scuola all'educazione fisica dei bambini

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

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

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

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



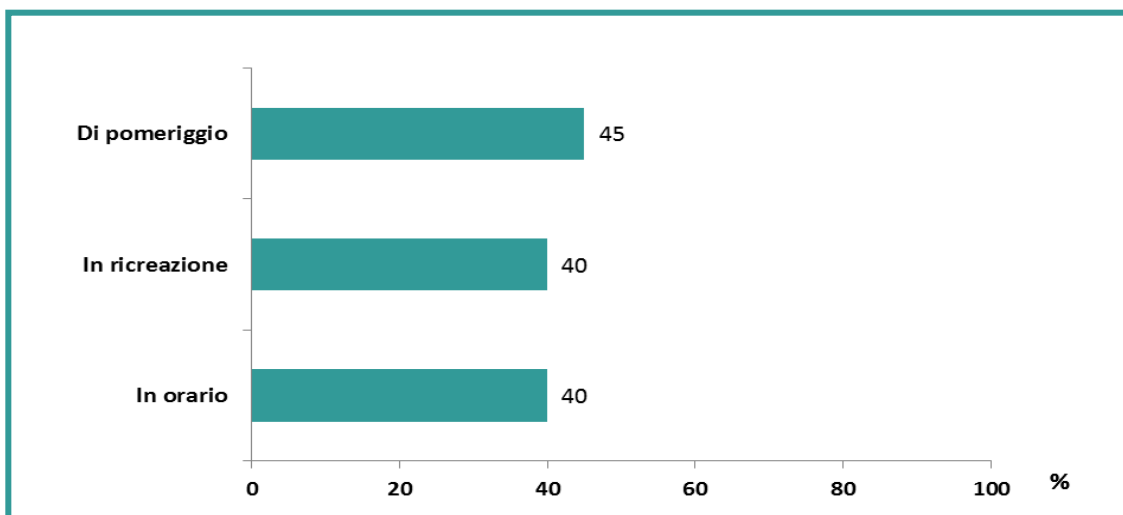
- Complessivamente, solo nel 13.1% delle classi delle nostre scuole si svolgono normalmente almeno 2 ore di educazione fisica a settimana e sono poche le classi in cui si fa meno di un'ora a settimana (4.8%).

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

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

- Le scuole che offrono agli alunni la possibilità di effettuare all'interno dell'edificio scolastico occasioni di attività fisica sono il 95.2%.

### Momento dell'offerta di attività motoria extracurricolare (%)



- Laddove offerta, l'attività fisica viene svolta più frequentemente nel pomeriggio e con una minor frequenza durante l'orario scolastico e in ricreazione.
- Queste attività si svolgono più frequentemente in palestra (57.9%), nel giardino (47.4%), in piscina (21.1%), in altra struttura sportiva (26.3%), nel corridoio (10.5%).

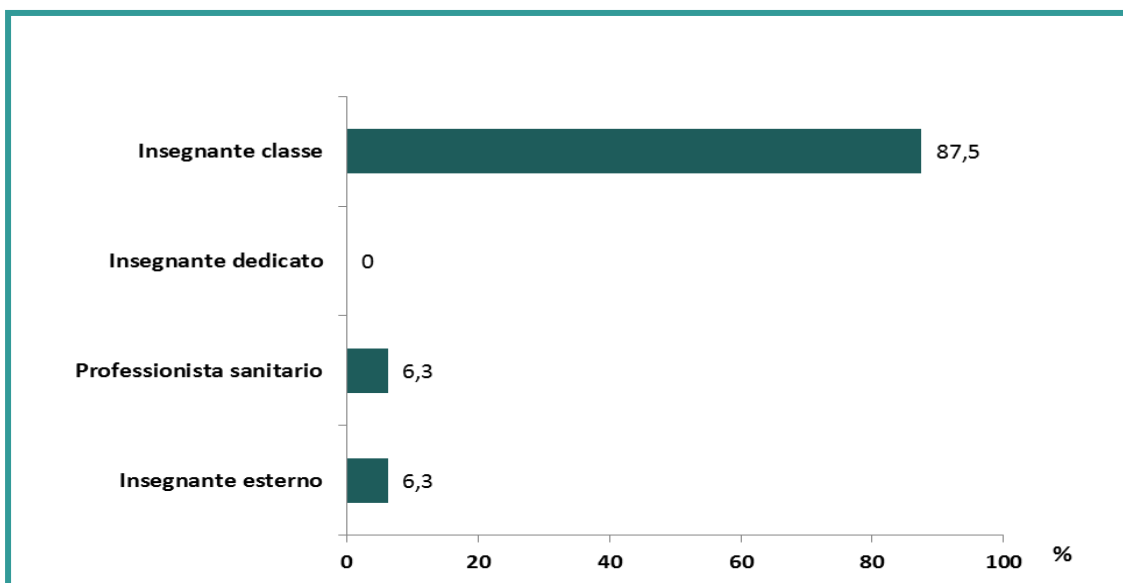
## Il miglioramento delle attività curricolari a favore dell'alimentazione e dell'attività motoria dei bambini

*Quante scuole prevedono nel loro curriculum l'educazione alimentare? \_\_\_\_\_*

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

- L'educazione alimentare è prevista nell'attività curricolare del 72.7% delle scuole campionate nella nostra Asl.

### Figure professionali coinvolte nell'attività curriculare nutrizionale (%)



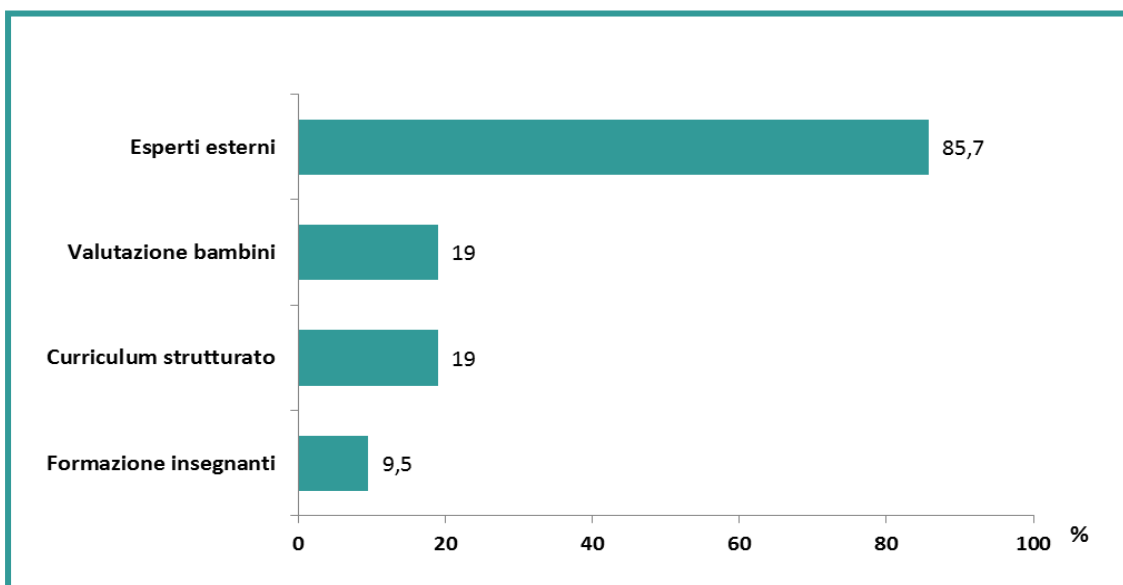
- In tali scuole, la figura più frequentemente coinvolta è l'insegnante di classe. Molto meno comune è il coinvolgimento di altri insegnanti o della ASL.

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

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

- Nel nostro campione, il 95.5% delle scuole ha cominciato a realizzare almeno un'attività.

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



- In tali attività, viene frequentemente coinvolto un esperto esterno; nel 19% dei casi è stata effettuata la valutazione delle abilità motorie dei bambini, nel 19% lo sviluppo di un curriculum strutturato e nel 9.5% la formazione degli insegnanti.

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

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

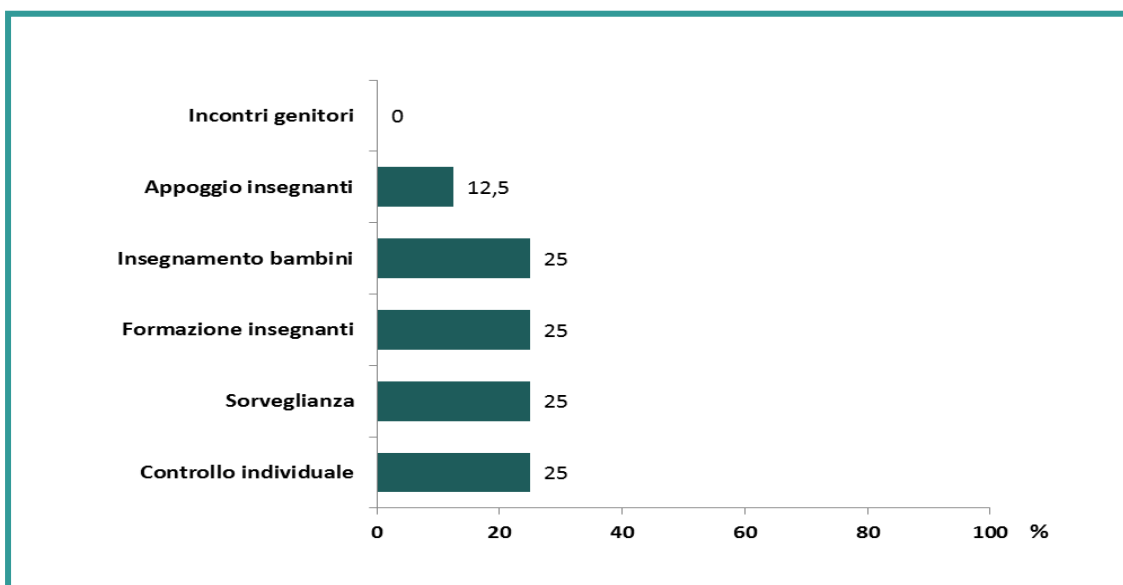
## Le attività di promozione dell'alimentazione e dell'attività fisica dei bambini

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

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

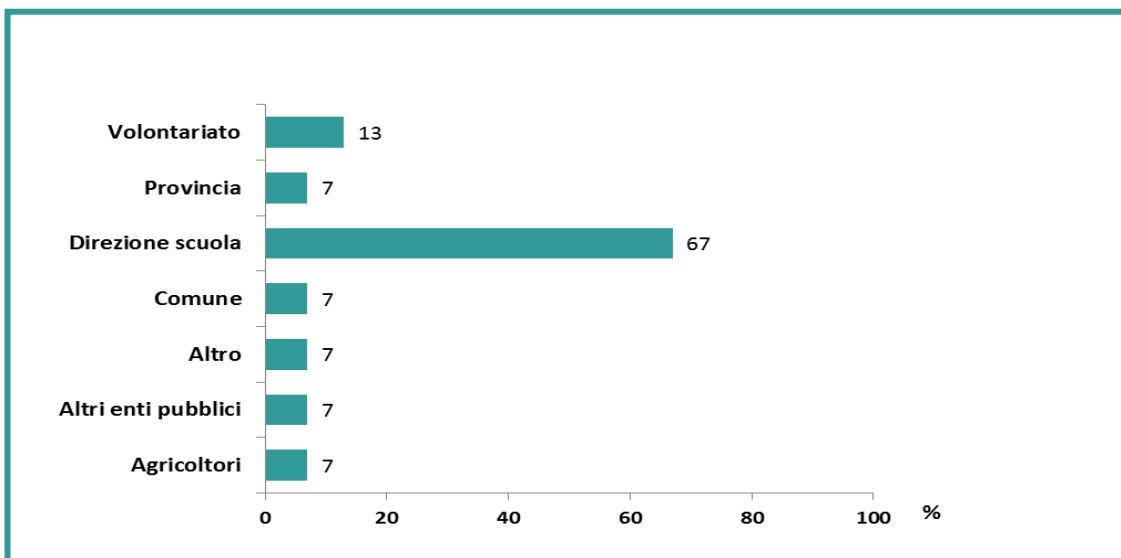
- I Servizi Sanitari della ASL costituiscono un partner privilegiato e sono coinvolti nella realizzazione di programmi di educazione alimentare nel 36.4% delle scuole. In nessuna delle scuole campionate sono coinvolti nella promozione dell'attività fisica.

### Iniziative con le ASL (%)



- Tale collaborazione si realizza più frequentemente attraverso la formazione degli insegnanti, l'insegnamento ai bambini, le sorveglianze o i controlli individuali.

### Iniziative promozione alimentare (%)



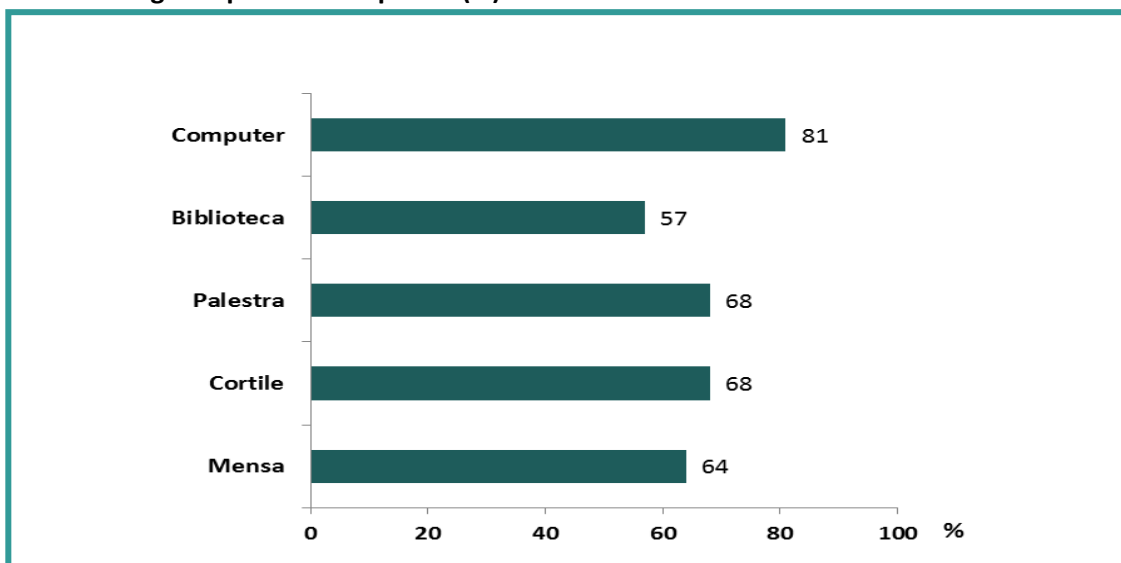
- Oltre la ASL, gli enti e le associazioni che hanno prevalentemente organizzato iniziative di promozione alimentare nelle scuole sono la direzione scolastica/insegnanti e le associazioni di volontariato.

### Risorse a disposizione della scuola

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

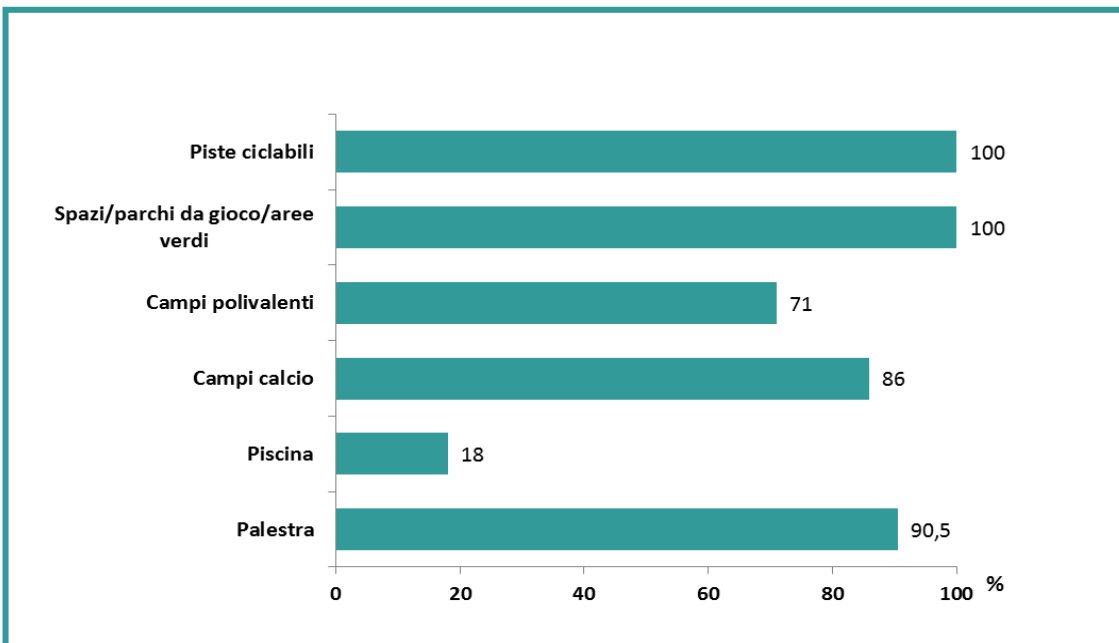
Per poter svolgere un ruolo nella promozione della salute dei bambini, la scuola necessita di risorse adeguate nel proprio plesso e nel territorio.

#### Risorse adeguate presenti nel plesso (%)



- Secondo i dirigenti scolastici, il 68.2% delle scuole possiede una palestra, il 63.6% una mensa e il 68.2% un cortile adeguati.
- Sono meno adeguate, o spesso non presenti, le biblioteche.

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



- Sono presenti nelle vicinanze dell'edificio scolastico spazi aperti/parchi da gioco/aree verdi (100%), piste ciclabili (100%) e campi da calcio (86.4%).
- Il 90.5% delle scuole ha la palestra nelle vicinanze o all'interno della propria struttura.
- Risultano meno presenti le piscine (18.2%).

### La scuola e il divieto di fumo negli spazi aperti

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

- Nella nostra Asl, il 81.8% dei dirigenti scolastici dichiara di non aver avuto "mai" difficoltà nell'applicare la legge sul divieto di fumo negli spazi aperti della scuola (rispetto al 76,1% a livello nazionale); nessuno dichiara di aver incontrato difficoltà "sempre".



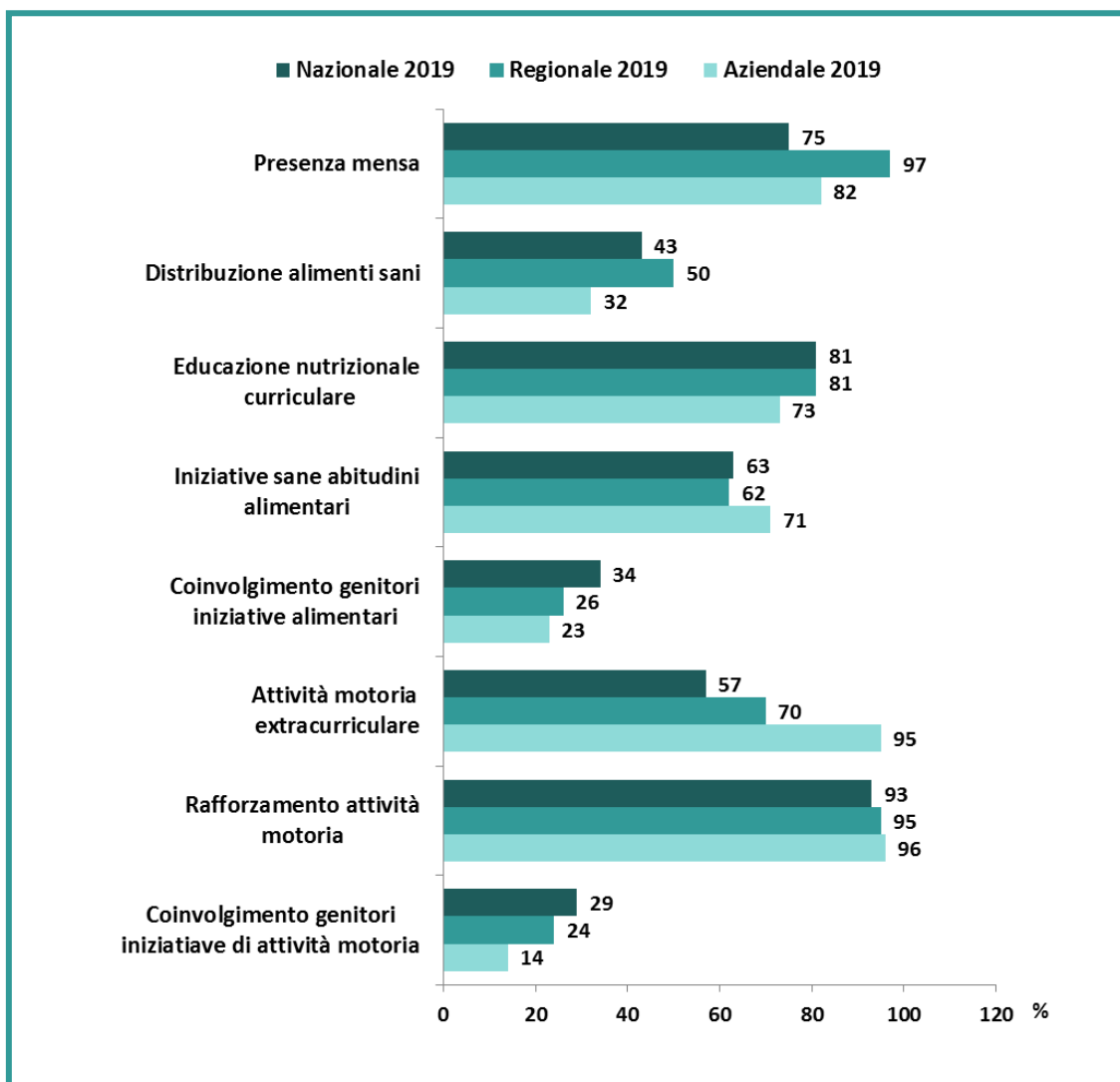
## Coinvolgimento delle famiglie

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

Le iniziative di promozione di sane abitudini alimentari e di attività motoria nei bambini coinvolgono attivamente la famiglia rispettivamente nel 22.7% e nel 13.6% delle scuole campionate.

### Per un confronto

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



## *Conclusioni*

---

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

## Conclusioni generali

---

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

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

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

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

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

I risultati della sesta raccolta dati di OKkio alla SALUTE, presentati in questo rapporto, mostrano che nella nostra Asl, nonostante i valori siano più bassi che a livello nazionale, continui ad essere alto il livello di sovrappeso/obesità e di cattive abitudini alimentari: sono ancora meno di 1 su 10 i bambini che consumano 5 porzioni giornaliere di frutta e/o verdura e poco meno di 1 su 4 consuma almeno una volta al giorno bibite zuccherate e/o gassate. Sembra in calo la proporzione di bambini fisicamente non attivi, tuttavia continuano ad essere diffusi stili di vita che non favoriscono l'attività fisica. Rispetto alle precedenti rilevazioni non è sensibilmente migliorata l'adeguatezza della percezione dei genitori sullo stato ponderale e sull'assunzione di cibo dei figli quando sono sovrappeso o obesi, così come sul livello di attività fisica quando i figli sono inattivi.

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

### *Operatori sanitari*

---

Le dimensioni dell'eccesso ponderale nei bambini giustificano da parte degli operatori sanitari un'attenzione costante e regolare che dovrà esprimersi nella raccolta dei dati, nell'interpretazione delle tendenze, nella comunicazione ampia ed efficace dei risultati a tutti i gruppi di interesse e nella proposta/attivazione di interventi integrati tra le figure professionali

appartenenti a istituzioni diverse allo scopo di stimolare o rafforzare la propria azione di prevenzione e di promozione della salute.

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

### *Operatori scolastici*

---

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

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

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

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

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

### *Genitori*

---

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

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

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

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

*Leaders, decisori locali e collettività* \_\_\_\_\_

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

## Bibliografia essenziale

---

### *Politica e strategia di salute*

- Ministero della Salute. Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione. 2019; disponibile all'indirizzo: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2828\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2828_allegato.pdf)
- World Health Organization. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. 2016; disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/en/>
- Knai C, Petticrew M, Mays N. The childhood obesity strategy. *BMJ*. 2016;354:i4613.
- Brennan LK, Brownson RC, Orleans CT. Childhood obesity policy research and practice: evidence for policy and environmental strategies. *Am J Prev Med*. 2014;46(1):e1-16.
- EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020; disponibile all'indirizzo: [http://ec.europa.eu/health/nutrition\\_physical\\_activity/docs/childhoodobesity\\_action\\_plan\\_2014\\_2020\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_action_plan_2014_2020_en.pdf) (ultima consultazione maggio 2017). Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Linee guida per l'educazione alimentare, 2015; disponibile all'indirizzo: [http://www.istruzione.it/allegati/2015/MIUR\\_Linee\\_Guida\\_per\\_l%27Educazione\\_Alimentare\\_2015.pdf](http://www.istruzione.it/allegati/2015/MIUR_Linee_Guida_per_l%27Educazione_Alimentare_2015.pdf)
- Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. La sfida dell'obesità nella Regione europea dell'OMS e le strategie di risposta. Compendio. Geneva: WHO; 2007. Traduzione italiana curata dal Ministero della Salute e dalla Società Italiana di Nutrizione Umana, stampata nel 2008. <http://www.sinu.it/documenti/OMS%20La%20sfida%20dell%27Obesit%C3%A0%20e%20le%20Strategie%20di%20Risposta%20CCM%20SINU.pdf>.
- Ministero della Salute, 2007 "Guadagnare salute": Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 4 maggio 2007. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22 maggio 2007. [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_605\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf).

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

- WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: overweight and obesity among 6–9-year-old children - Report of the third round of data collection 2012–2013. WHO 2018. Disponibile al seguente indirizzo: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/378865/COSI-3.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/378865/COSI-3.pdf).
- Childhood Obesity Surveillance Initiative HIGHLIGHTS 2015-17. Disponibile al seguente indirizzo: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/372426/WH14\\_COSI\\_factsheets\\_v2.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/372426/WH14_COSI_factsheets_v2.pdf).
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2017;390(10113):2627-2642.

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

#### *IMC: curve di riferimento e studi progressivi*

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

- de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization* 2007;85:660–667.
- Kuczmarski RJ, Ogden CL, Guo SS, et al. 2000 CDC growth charts for the United States: methods and development. *Vital Health Stat* 11 2002;246:1–190.
- Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000; 320:1240-1243.



