



OKkio alla SALUTE

Risultati dell'indagine 2019

REGIONE LAZIO



REGIONE
LAZIO

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:

Giulia Cairella – U.O.S.D. Promozione della Salute, Piani di Prevenzione e Medicina dello Sport, ASL Roma 2

Maria Teresa Pancallo – U.O.C. Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione – SIAN, ASL Roma 1

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:

Giulia Cairella, Maria Teresa Pancallo, Laura Bosca (Referenti Regionali)
Cinzia Grieco (Ufficio Scolastico Regionale)

- a livello provinciale:

Ufficio scolastico provinciale di Roma
Cinzia Grieco
Ufficio scolastico provinciale di Latina
Graziella Cannella
Ufficio scolastico provinciale di Rieti
Stefania Sacconi
Ufficio scolastico provinciale di Viterbo
Patrizia Lombardi
Ufficio scolastico provinciale di Frosinone
Patrizia Campagna

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

ASL ROMA 1 - Maria Teresa Pancallo (referente) Giovanna Liberati, Isabella Settele, Carlo Spigone, Cinzia Bianchi, Rosa Luciano, Luciana Margherita Pasquali, Maria Filomena Spano, Bruna Garbuio, Valter Giancotta, Sandra Scarsciotti, Carolina Guerra

ASL ROMA 2 – Giulia Cairella (referente) Barbara Baccari, Francesca Dastoli, Angela Marchetti, Maria Nocchi, Luciana Olivieri, Tamara Saraceni, Luciana Sonni, Giuseppe Ugolini, Saba Minnielli

ASL ROMA 3 – Maria Novella Giorgi (referente) Rita Massimino, Giuseppe Puglisi, Alessandro Vaccaro

ASL ROMA 4 – Valeria Covacci (Referente) Massimo Vincenzo Magnano di San Lio, Guglielmina Mariani, Rossella Campana

ASL ROMA 5 – Marco Pascali (referente), Fiorella Fantini, Del Bove, Giuseppina Orlandi, Antonio Di Felice, Anna Maria Longo, Laura Petrone, Vito Ruscio

ASL ROMA 6 –Angela De Carolis (referente), Mara Montalto

ASL FROSINONE – Enrico Straccamore (referente) G. Del Monte, B. Rainaldi, F. Tosti

ASL LATINA – Vincenza Galante (referente e operatore)

ASL VITERBO –Maria Elena Cianchi (referente); Luca Bonelli.

ASL RIETI – Tania Severi e Felicetta Camilli

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

Indice

Indice	5
Prefazione	6
Introduzione	7
Metodologia	9
Descrizione della popolazione	11
Lo stato ponderale	14
Le abitudini alimentari	21
L'attività fisica	28
Le attività sedentarie	35
La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini	38
L'ambiente scolastico e il suo ruolo nella promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica	43
Conclusioni generali	54
Bibliografia essenziale	56

Prefazione

Nel 2020, l'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19 ha evidenziato che la salute è un bene pubblico da preservare e tutelare attraverso scelte e azioni di prevenzione sia individuali che volte alla collettività; tra i determinanti di salute fondamentale è il ruolo dell'alimentazione e dell'attività fisica, specie nell'età evolutiva.

La partecipazione della Regione Lazio alla sesta indagine OKkio alla Salute 2019 fornisce informazioni su importanti determinanti di salute quali lo stato ponderale, le abitudini alimentari, l'attività fisica quotidiana di un campione, rappresentativo a livello regionale, di oltre 3.500 bambini di 8/9 anni. Inoltre, sono raccolte informazioni su aspetti rilevanti quali il ruolo della scuola nella promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica.

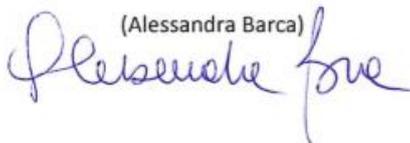
Come ormai di consueto, l'indagine ha richiesto una forte collaborazione tra scuola e sanità, rivelandosi un'importante iniziativa di aggregazione multidisciplinare ed intersettoriale che ha contribuito a rafforzare la rete di alleanze già avviata nelle precedenti rilevazioni. Anche in questa rilevazione 2019, è stato fondamentale il contributo dei Dipartimenti di Prevenzione - in particolare i Servizi di Igiene degli Alimenti e Nutrizione delle ASL Regione Lazio - degli Uffici Scolastici Provinciali e delle scuole che hanno aderito all'indagine.

In sintesi, la prevalenza di sovrappeso/obesità si mantiene alta e si rileva una notevole diffusione di abitudini alimentari non corrette; è necessario anche che i bambini dedichino più tempo all'attività fisica e riducano la sedentarietà. Rispetto ai dati della prima indagine 2008 si è verificata, però, una significativa flessione dei valori di sovrappeso/obesità: dal 38,8% al 30,8% in questa rilevazione 2019; la diminuzione del consumo quotidiano di bevande gassate e zuccherate: dal 38% al 23,6% in questa rilevazione 2019; diminuzione dei bambini fisicamente non attivi: dal 28% al 19,6% in questa rilevazione 2019.

I dati OKkio alla Salute 2019 saranno utilizzati per la definizione degli interventi di promozione della salute sui temi nutrizionali nel prossimo Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 oltre che per descrivere il Profilo di salute ed equità della regione Lazio, strumento importante per contrastare le disuguaglianze di salute che purtroppo rischiano di essere amplificate dall'emergenza sanitaria ancora in corso.

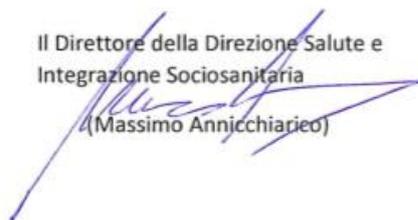
Il Dirigente dell'Area Promozione della
Salute e Prevenzione

(Alessandra Barca)



Il Direttore della Direzione Salute e
Integrazione Sociosanitaria

(Massimo Annicchiarico)



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 Regione LAZIO hanno partecipato all'indagine il 100% delle scuole e il 100% delle classi sui 161 plessi scolastici e sulle 177 classi rispettivamente campionate.

Distribuzione delle classi per tipologia di comune di appartenenza
Regione Lazio – OKkio 2019 (N=177 classi)

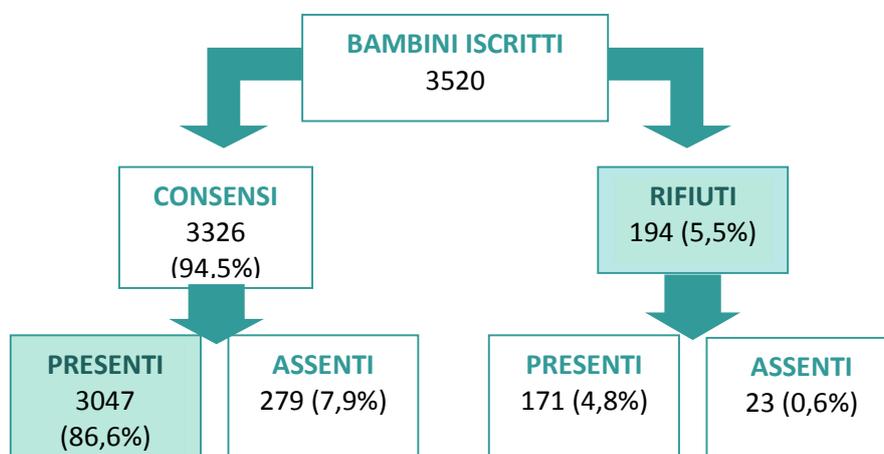
ZONA ABITATIVA	N	%
≤ 10.000 abitanti	12	6,8
Da 10.000 a più di 50.000 abitanti	13	7,3
> 50.000 abitanti (non metropolitana)	8	4,5
Comuni di area metropolitana (centro e periferia)	144	81,4

- 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 5,5% dei genitori ha rifiutato la misurazione dei propri figli. Questo valore è risultato in linea con quello nazionale (circa 5%). Il dato sottolinea una buona gestione della comunicazione tra ASL, scuola e genitori.
- Nella giornata della misurazione erano assenti 279 bambini pari al 7,9% del totale di quelli iscritti e che hanno espresso il consenso. 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 3047 ovvero l'86,6% degli iscritti negli elenchi delle classi. L'alta percentuale di partecipazione assicura una rappresentatività del campione soddisfacente.
- Hanno risposto al questionario dei genitori 3355 delle famiglie dei 3520 bambini iscritti (95,3%).

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 - Regione Lazio- OKkio 2019

ETÀ	N	%	SESSO	N	%
<7 anni	10	0,2	Maschi	1555	52,1
8 anni	2061	70,5	Femmine	1449	47,9
9 anni	920	28,7			
≥ 10	22	0,6			

- La proporzione di maschi e di femmine nel nostro campione è lievemente a favore dei maschi (52,1% versus 47,9%)
- 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 8 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 (85,5%), meno frequentemente dal padre (13,7%) o da altra persona (0,8%). Di seguito vengono riportate le caratteristiche di entrambi i genitori dei bambini coinvolti; i capitoli successivi nella maggior parte dei casi presenteranno analisi che tengono conto del livello di istruzione solo della madre che di fatto è la persona che ha risposto più frequentemente al questionario rivolto ai genitori.

Livello di istruzione, occupazione e nazionalità della madre e del padre
Regione Lazio – OKkio 2019

CARATTERISTICHE	MADRE		PADRE	
	N	%	N	%
Grado di istruzione				
Nessuna, elementare, media	550	18,1	722	25,5
Diploma superiore	1517	47,6	1456	48,2
Laurea	1031	34,3	753	26,3
Nazionalità				
Italiana	2690	87,5	2669	84,6
Straniera	408	12,5	519	15,4
Lavoro*				
Tempo pieno	1103	40,6	-	-
Part time	894	32,6	-	-
Nessuno	709	26,8	-	-

* 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.

- La maggior parte dei genitori ha un titolo di scuola superiore.
- Le madri che hanno un titolo di scuola superiore sono il 47,6% e la laurea il 34,3%.
- I padri che hanno un titolo di scuola superiore sono il 48,2% e la laurea il 26,3%.
- Il 12,5% delle madri e il 15,4% dei padri sono di nazionalità straniera.
- Il 40,6% delle madri lavora a tempo pieno.

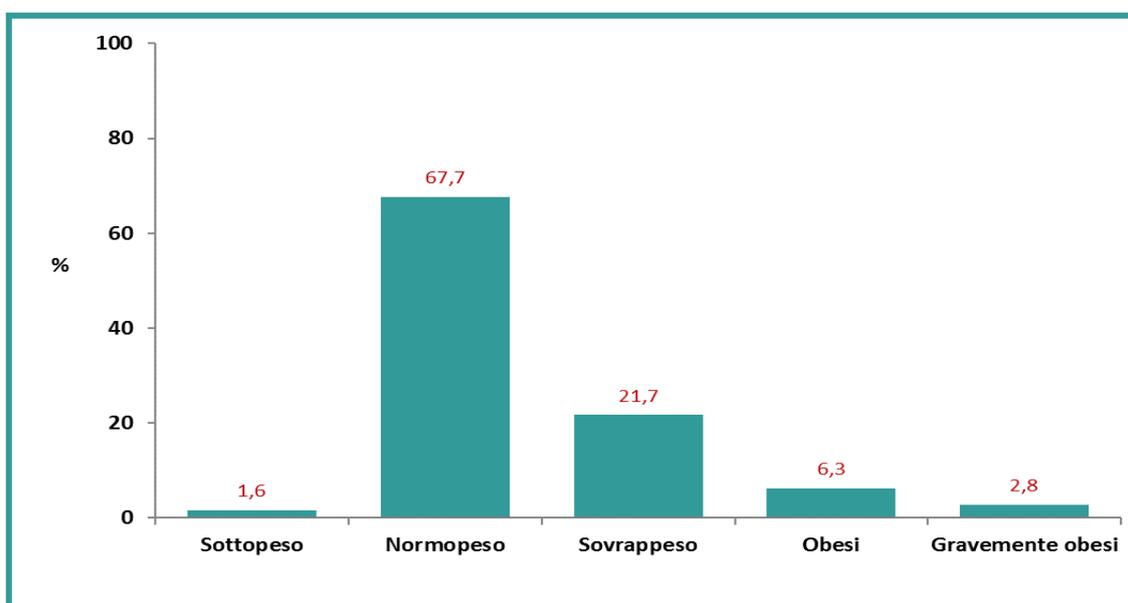
Con il reddito a disposizione della famiglia, il 36,2% dei rispondenti dichiara di arrivare a fine mese con qualche difficoltà e il 6,3% dichiara di arrivarci con molte difficoltà.

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.

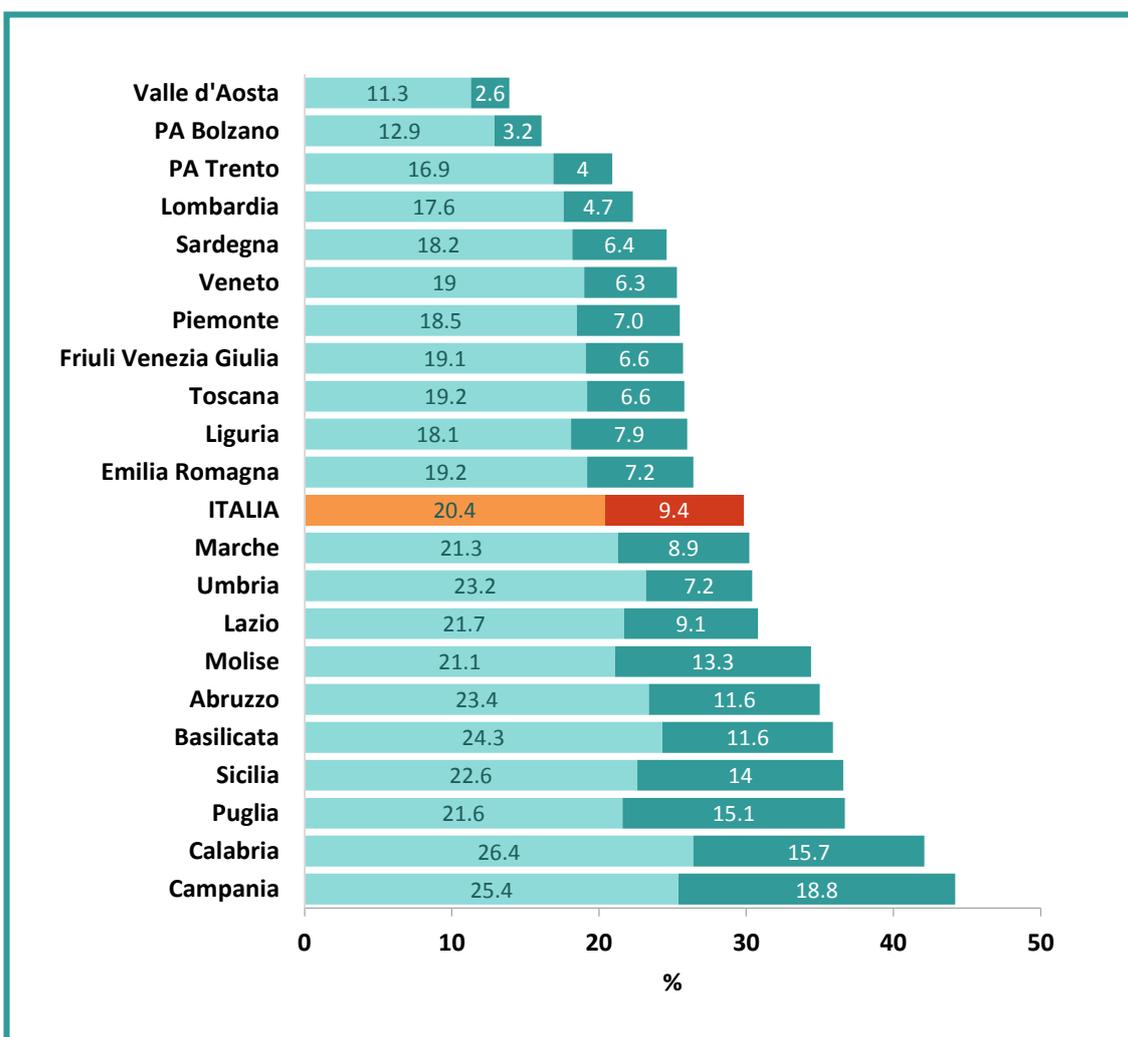
Quanti sono i bambini in sovrappeso o obesi? _____

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 Regione il 2,8% (IC95% 2,1%-3,6%) risulta in condizioni di obesità grave, il 6,3% risulta obeso (IC95% 5,4%-7,4%), il 21,7% sovrappeso (IC95% 20,0%-23,4%), il 67,7% normopeso (IC95% 65,7%-69,6%) e lo 1,6% sottopeso (IC95% 1,2%-2,1%).
- Complessivamente il 30,8% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità.
- Se riportiamo la prevalenza di sovrappeso e obesità riscontrata in questa indagine a tutto il gruppo di bambini di età 6-11 anni, il numero di bambini sovrappeso e obesi nella Regione sarebbe pari a 102.878, di cui obesi 30.349.

Sovrappeso e obesità per Regione (%) nei bambini di 8-9 anni che frequentano la 3^a primaria. OKkio alla SALUTE 2019

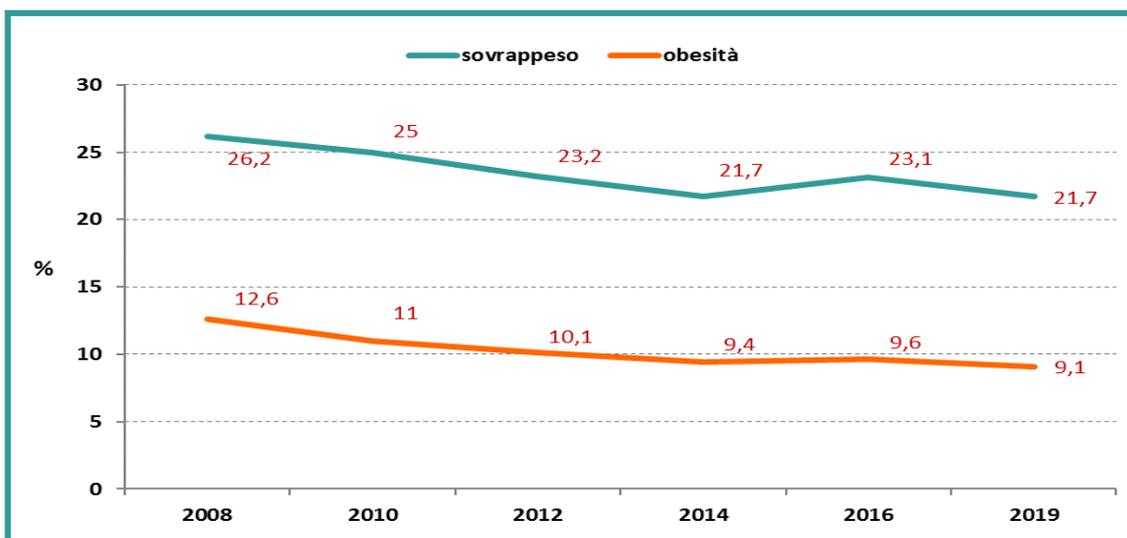


- Confrontando i dati regionali delle prevalenze di sovrappeso e obesità, si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali.
- La nostra Regione si colloca a livello intermedio, con valori di sovrappeso leggermente maggiori di quelli nazionali e valori di obesità simili.

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

Come mostrato nella figura di seguito, nella nostra regione si assiste ad una lieve riduzione rispetto al 2008 della prevalenza di bambini in sovrappeso e obesi.

Trend regionale sovrappeso e obesità, Regione Lazio, OKkio alla SALUTE



Qual è il rapporto tra stato ponderale e caratteristiche del bambino e dei genitori? _____

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

Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni per caratteristiche demografiche del bambino e della madre (%) – Regione Lazio – OKkio 2019

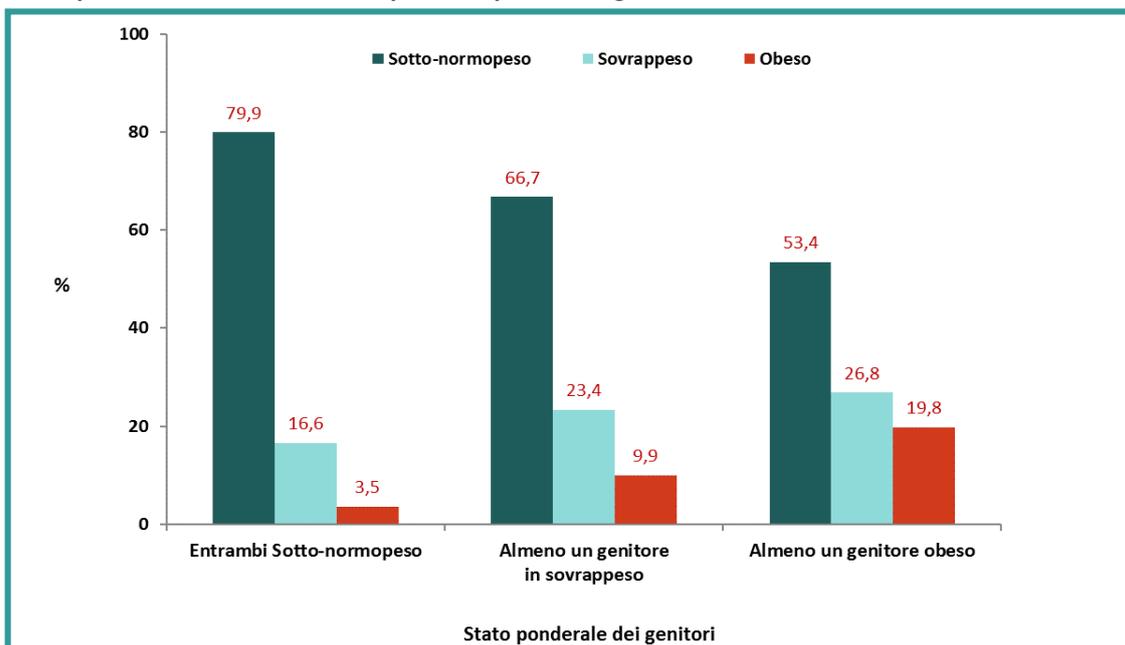
CARATTERISTICHE	NORMO/SOTTOPESO	SOVRAPPESO/OBESO
Età		
8 anni	69,2	30,8
9 anni	69,5	30,5
Sesso		
Maschi	68,5	31,5
Femmine	70,1	29,9
Zona abitativa*		
<10.000 abitanti	61	39,1
10.000-50.000	60,1	39,8
>50.000	66,2	33,8
metropolitana/perimetropolitana	71,7	28,3
Istruzione della madre*		
Nessuna, elementare, media	59,8	40,3
Superiore	68,9	31,1
Laurea	75,1	24,9

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

- Nella Regione, le prevalenze di obesità e di sovrappeso sono simili tra i bambini di 8 e 9 anni.
- Tra maschi e femmine non vi è differenza nei casi di sovrappeso (21,4% versus 21,9%), mentre vi è una lieve differenza a favore dei maschi nei casi di obesità (10,1% versus 8%)
- I bambini che frequentano la scuola in centri con numero di abitanti < 50.000 sono in genere più in sovrappeso/obesi*
- Il rischio di sovrappeso/obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre, da 40,3% per titolo di scuola elementare o media, a 31,1% per diploma di scuola superiore, a 24,9% per la laurea*

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

Stato ponderale dei bambini rispetto a quello dei genitori.



- Dai dati autoriferiti dai genitori emerge che, nella nostra Regione, il 20,8% delle madri è in sovrappeso e il 6% è obeso; i padri, invece, sono nel 46,3% sovrappeso e 10,4% obesi.
- Quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso, il 23,4% dei bambini risulta in sovrappeso e il 9,9% obeso. Quando almeno un genitore è obeso, il 26,8% dei bambini è in sovrappeso e il 19,8% obeso*

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

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 sovrappeso/obesi, Regione Lazio, OKkio alla SALUTE

ORE E MINUTI	%
< 9 ORE	34
9 ore – 9 ore e 29 minuti	33
9 ore e 30 minuti – 9 ore e 59 minuti	28,6
≥10 ore	28,3

- Tra i bambini sovrappeso/obesi dormono meno di 9 ore il 34%. A livello nazionale questo dato è stato pari al 13%.
- Nella nostra Regione la percentuale di bambini sovrappeso-obesi aumenta al diminuire delle ore di sonno. Dormono ≥ 10 ore di sonno solo il 28,3% dei sovrappeso/obesi rispetto al 71,7% dei normopeso.

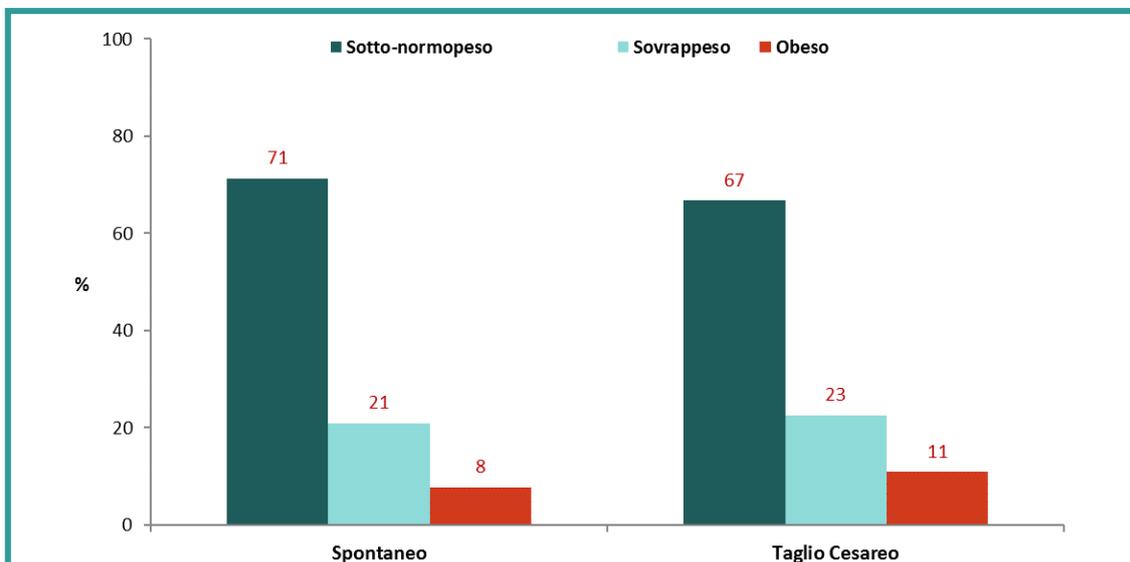
Le caratteristiche del parto e nei primi mesi di vita possono influenzare lo stato ponderale? _____

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 regione per le caratteristiche sopra indicate in confronto con quelli rilevati a livello nazionale.

CARATTERISTICA ALLA NASCITA	MODALITÀ	VALORE REGIONALE 2019	VALORE NAZIONALE 2019
Tipo di parto	Taglio Cesareo	43%	40,1%
Settimana gestazionale	<37	9%	14,5%
Peso alla nascita (in grammi)	< 2500	8,4%	7,6%
	2500-3300	48%	48,1%
	3300-4000	37%	37,4%
	≥4000	6,6%	6,9%
Allattamento al seno	Mai/<1 mese	31,1%	24,1%
	1-6 mesi	30,8%	33,8%
	>6 mesi	38,1%	42,2%

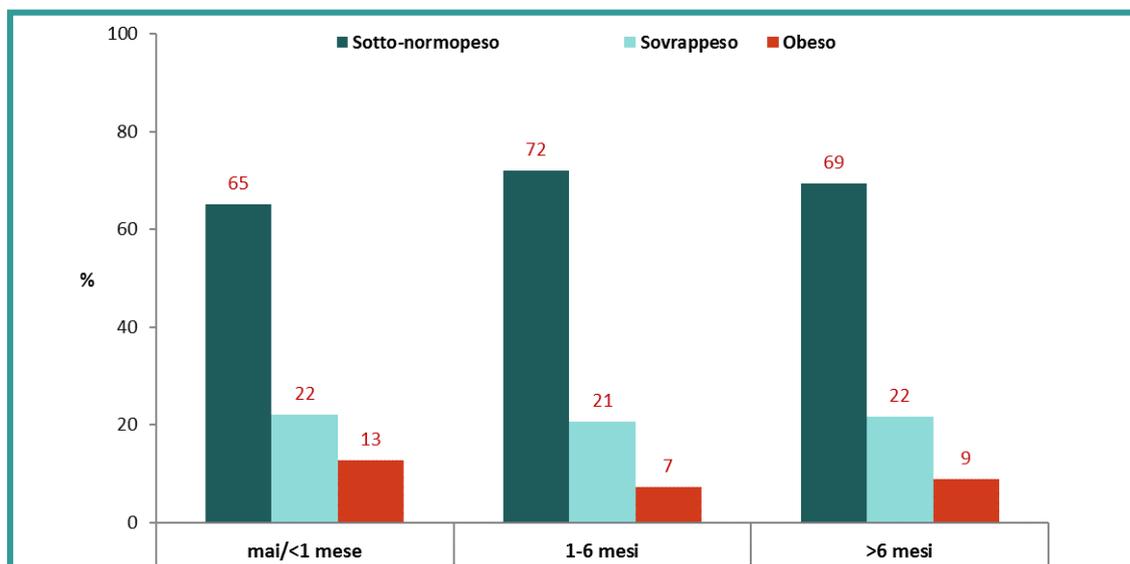
Nei grafici seguenti si riporta lo stato ponderale dei bambini per tipo di parto e per durata dell'allattamento al seno. Sia il tipo di parto che l'allattamento al seno appaiono associati con lo stato ponderale del bambino.

Stato ponderale dei bambini per tipologia del parto



* Differenza statisticamente significativa (p < 0,05)

Stato ponderale dei bambini per durata allattamento al seno



* Differenza statisticamente significativa (p < 0,05)

Inoltre, tra i bambini con peso alla nascita < 2500 gr il 22,1% è risultato sovrappeso e il 6,5% obeso, mentre tra i bambini con peso alla nascita ≥4000 gr, i valori sono risultati rispettivamente 31,4% e 11,2%*. Tra i bambini nati prematuri (meno di 37 settimane) le percentuali di sovrappeso e obesità sono simili rispetto ai bambini nati dopo il termine (42+ settimane).

Per un confronto

	Valori regionali (%)						VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	
Prevalenza di bambini sotto-normopeso	61,3%	65%	68,8%	68%	67,3%	69,3%	70,2%
Prevalenza di bambini sovrappeso	26,2%	25%	23,2%	21,7%	23,1%	21,7%	20,4%
§Prevalenza di bambini obesi	12,6%	11%	10,1%	9,4%	9,6%	9,1%**	9,4%
§Prevalenza di bambini sovrappeso e obesi	38,8%	36%	33,3%	31,1%	32,7%	30,7%**	29,8%

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

Conclusioni

In questa sesta rilevazione i valori di sovrappeso e obesità sono tra i più bassi riscontrati dall'inizio delle rilevazioni (2008) e lievemente superiori alla media nazionale italiana per il valore del sovrappeso; i significativi risultati raggiunti confermano l'importanza degli interventi di prevenzione che richiedono un impegno programmatico forte da parte del Sistema Sanitario Regionale e del Piano di Prevenzione Regionale ed il coinvolgimento dei numerosi attori in gioco, dal mondo della scuola, dell'organizzazione urbana a quello familiare.

Complessivamente però risulta ancora rilevante l'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.

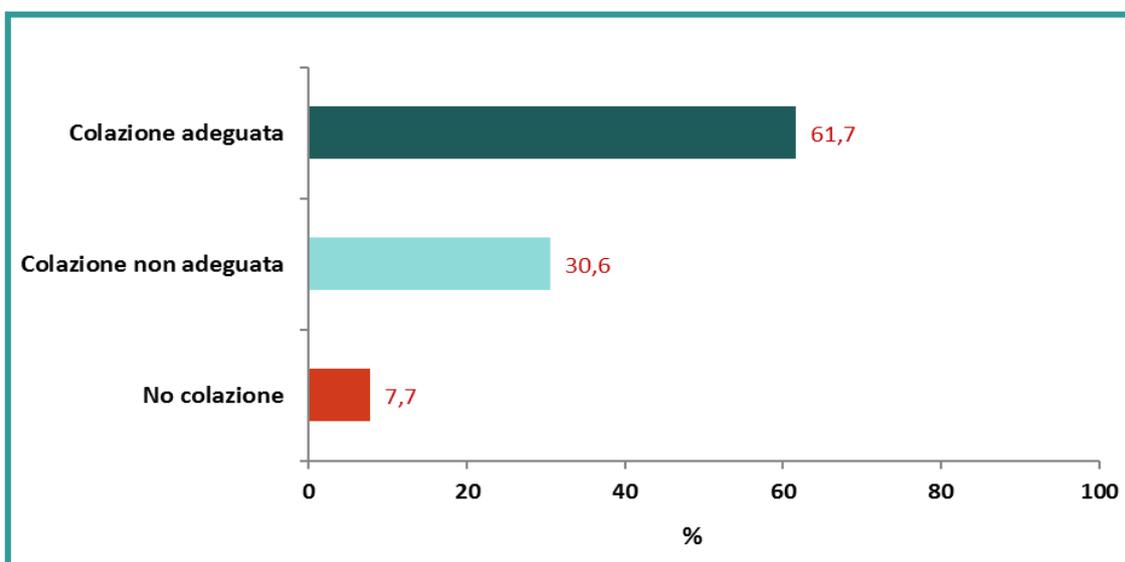
Le abitudini alimentari

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.

I bambini consumano la prima colazione? (le risposte dei bambini)

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

Adeguatezza della colazione consumata dai bambini (%)



- Da quanto riportato dai bambini sulla colazione effettuata il giorno della rilevazione, nella nostra Regione solo il 61,7% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata.
- Il 7,7% dei bambini non fa colazione, i maschi (8,5%) in maggior prevalenza rispetto alle femmine (6,8%)*.
- La prevalenza del "non fare colazione" è più alta nei bambini con madri aventi titolo di studio elementare/media (9,7%) e di diploma superiore (9,7%), rispetto a quelli con madri in possesso di laurea (3,9%) *.

* 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".

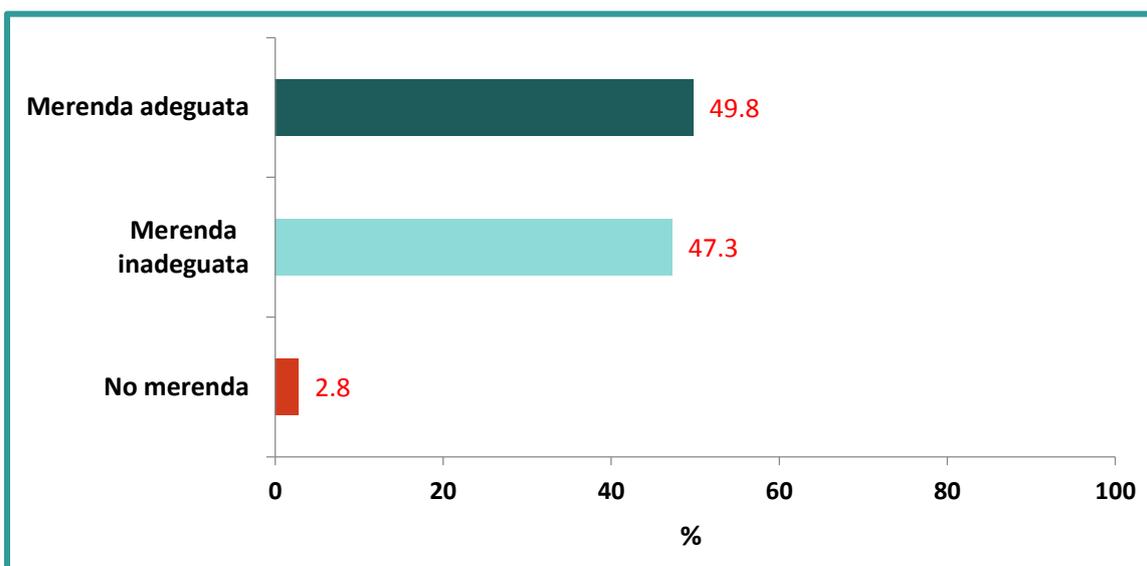
Frequenza della colazione in una settimana tipica (%)

FREQUENZA	%
Ogni giorno	70,8
Quasi tutti i giorni della settimana (4-6 giorni)	12,1
Qualche giorno a settimana (1-3 giorni)	12
Mai	5,1

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.

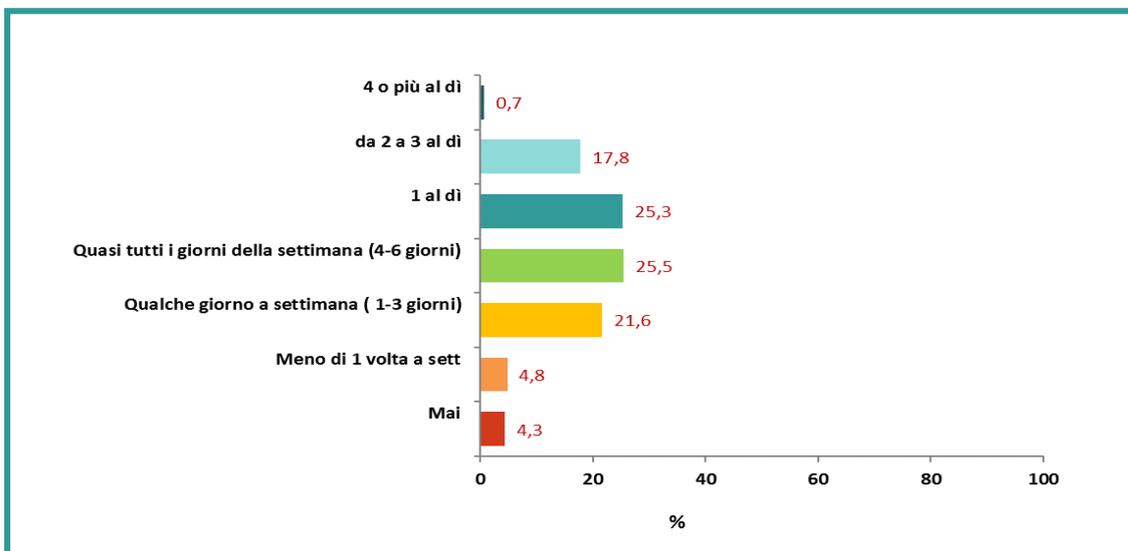
Adeguatezza della merenda di metà mattina consumata dai bambini (%)

- Nel 60,2% delle classi è stata distribuita una merenda di metà mattina.
- Solo la metà dei bambini fa una merenda adeguata (49,8%) mentre la restante metà la fa inadeguata (47,3%) o non la fa per niente (2,8%).
- Le differenze per sesso indicano che il consumo di una merenda adeguata a metà mattina è a favore delle femmine (50,6%) rispetto ai maschi (48,9 %).
- I bambini con madri in possesso di laurea consumano maggiormente una merenda adeguata (52,3%) rispetto a quelli con madri aventi diploma superiore (49,2%) o elementare /media (49,5%).

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.

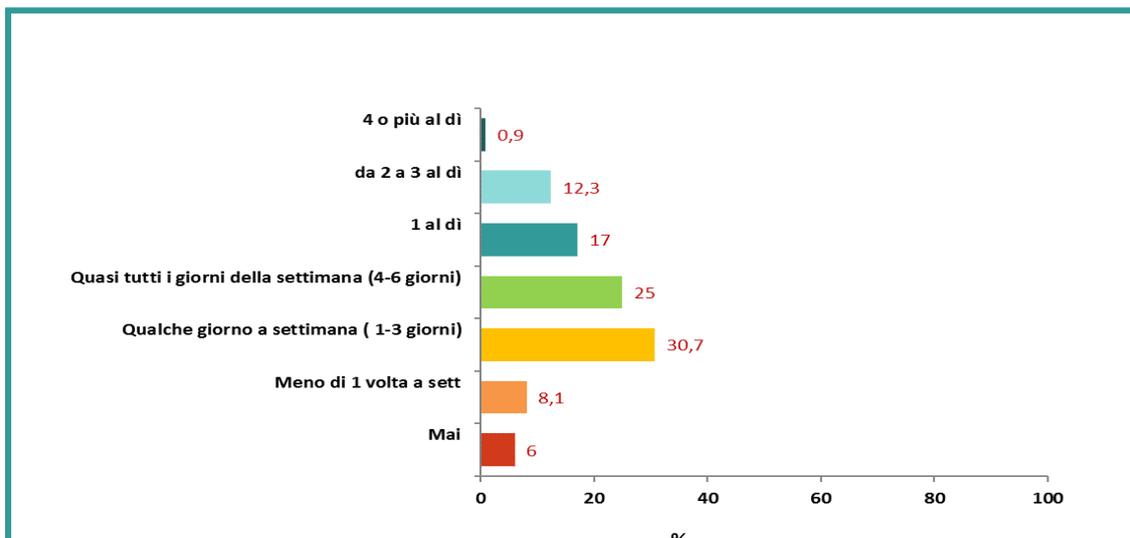
Consumo di frutta nell'arco della settimana (%)



- Nella nostra Regione, i genitori riferiscono che solo il 17,8% dei bambini consuma la **frutta** 2-3 volte al giorno e il 25,3% una sola volta al giorno.
- Il 4,8% dei bambini mangia frutta meno di una volta a settimana ed il 4,3% mai.
- Le femmine consumano più frequentemente la frutta 2-3 volte al giorno rispetto ai maschi (16,6 versus 18,3%)*.
- I bambini di madri con titolo di studio più elevato hanno un consumo di frutta meno frequente rispetto a quelli con madri con titolo di studio più basso.
- Non mangiano "mai" frutta i bambini con madri aventi basso titolo di studio, elementare/media (6,4%) rispetto a quelli con madri con diploma superiore (4,4%) e con laurea (3%)*. Consumano frutta "meno di 1 volta al dì" quelli con madri con laurea (48%), rispetto a quelli con madri con diploma superiore (58,4%) e con elementare o media (64,4%)*.

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

Consumo di verdura nell'arco della settimana (%)



- Nella nostra Regione, i genitori riferiscono che solo il 12,3% dei bambini consuma **verdura** 2-3 volte al giorno; il 17% una sola volta al giorno.
- L' 8,1 % dei bambini consuma verdura meno di una volta a settimana e il 6% mai.
- Le differenze per sesso indicano che il consumo di verdura, con frequenza di 2-3 volte al giorno come raccomandato, è a favore delle femmine (13,8%) rispetto ai maschi (10,6%)*. Consumano verdura meno di una volta al giorno prevalentemente i maschi (72,3%) rispetto alle femmine (68%)*.
- Le differenze per titolo di studio della madre indicano che i bambini con madri in possesso di laurea consumano correttamente verdura con "frequenza 2-3 volte al giorno" (16,8%) rispetto a quelli con madri aventi diploma superiore (11,2%) o elementare/media (6,17%).
- Non la consumano "mai", più frequentemente quelli con madre avente titolo di studio più basso, elementare/media 9,5% rispetto a madri con diploma superiore 5,2% e laurea solo 5%* Analogamente la consumano "meno di una volta al giorno" maggiormente quelli con titolo di studio più basso, elementare/media 78%, diploma superiore 72,2%, laurea solo 62%*.
- Il 40,4% dei bambini consuma "almeno due volte al giorno" frutta e/o verdura.

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

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.

Regione Lazio, OKkio alla SALUTE 2019

FREQUENZA DI CONSUMO	SUCCHI DI FRUTTA 100% FRUTTA	BIBITE CONF. CONTENENTI ZUCCHERO (tè, aranciata, cola, succhi di frutta, ecc.)	BIBITE CONF. A RIDOTTO CONTENUTO DI ZUCCHERO (cola light/zero, ecc.)	LEGUMI	SNACK SALATI (patatine, popcorn, noccioline, ecc.)	SNACK DOLCI (merendine, biscotti, caramelle, torte, ecc.)
Mai	22,4%	25,6%	67,5%	14,3%	14,4%	4%
Meno di una Volta a settimana	21,5%	38,4%	22,1%	22,6%	48,2%	13,5%
qualche giorno (1-3 giorni)	32,2%	23,5%	8,1%	56,6%	29,9%	34,7%
quasi tutti i giorni (4-6 giorni)	13%	7%	1,1%	5,6%	5,5%	29,9%
una volta al giorno tutti i giorni	8,6%	4%	0,6%	0,5%	1,6%	13,1%
Più volte al giorno tutti i giorni	2,4%	1,5%	0,4%	0,4%	0,5%	4,7%

- Nella nostra Regione il 7% dei bambini assume bevande zuccherate confezionate contenenti zucchero quasi tutti i giorni.
- Il 14,3% dei bambini non consuma “mai” legumi ed il 22,6% meno di una volta a settimana.
- Il consumo di snack salati e dolci più volte al giorno, tutti i giorni è rispettivamente del 0,5% e del 4,7%.
- Le differenze per sesso indicano che il consumo prevalente di bevande zuccherate quasi tutti i giorni è a favore dei maschi (7,1%) rispetto alle femmine (6,5%)*.
- Le differenze per titolo di studio della madre indicano in particolare che:
 - consumano tante bevande zuccherate, quasi tutti i giorni, più frequentemente quelli con madre aventi titolo di studio più basso, elementare/media (11%) rispetto a madri con diploma superiore (8,2%) e laurea (3,4%)*.
 - consumano pochi legumi, “meno di 1 volta a settimana”, più frequentemente i bambini con madri in possesso di titolo di studio basso elementare/media (23,7%), diploma superiore (22,6%) o laurea (21,6%); analogamente non ne consumano “mai” i bambini con madri in possesso di titolo di studio basso elementare/media (18%), diploma superiore (13%) e laurea (14,8%)*.
 - consumano snack salati meno di una volta a settimana o mai soprattutto i bambini con madri in possesso di titolo di studio alto, laurea/master/dottorato (53,7% e 19,2%) rispetto a quelli con madri avente titolo di diploma superiore (48,6% e 13,3%) ed elementare/media (37% e 9,4%)*.

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

L'igiene orale dei bambini: quanti bambini si lavano i denti dopo cena? _____

L'abitudine di lavarsi i denti è essenziale per la prevenzione della carie dentale e dell'igiene del cavo orale. L' 82,4% dei bambini della nostra regione ha dichiarato di essersi lavato i denti la sera precedente l'indagine. A livello nazionale questo dato è risultato pari all'83%. Nella nostra Regione i genitori hanno riportato che il 28,5% dei bambini lava i denti non più di una volta al giorno, mentre il dato nazionale è del 31%.

I cambiamenti salutarì 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 salutarì adottati in famiglia legati all'alimentazione e all'igiene orale.

Nella nostra regione i comportamenti salutarì più frequentemente adottati sono risultati: aumentare il consumo di verdura ed ortaggi (65,1%), ridurre il consumo di alimenti già pronti o in scatola (58,3%), limitare il consumo di snack salati (53,8%), inserire la frutta come spuntino (48,6%), ridurre il sale durante la preparazione dei pasti (44,2%), non aggiungere sale a tavola (36,3%), leggere con maggiore attenzione le etichette nutrizionali (35%), acquistare pane poco salato (15,2%). Riducono il sale durante la preparazione dei pasti solo il 44,2%, mentre il dato nazionale si attesta al 56%. Non aggiungono sale a tavola il 63,7% versus il 36,3% degli intervistati.

Per un confronto

	Valori regionali (%)						VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	
§ hanno assunto la colazione al mattino dell'indagine	90%	92%	91%	93%	91,6%	92,3	91,3%
§ hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine**	66%	64%	65%	67%	62,4%	61,7	55,7%
hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	36%	45%	37,4%	53%	51,7%	49,8%	41,2%
assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere	2%	7%	7,7%	7,7%	8%	5%	5,7%
assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno	38%	46%	42,2%	38,3%	36,5%	23,6%	25,4%

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

Conclusioni

Nella nostra Regione 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 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.

In particolare, la situazione rimane stabile rispetto alle precedenti raccolte per il basso consumo di frutta e verdura e soli 1 bambino su 2 consuma una merenda adeguata; viceversa, rispetto al 2008, nella Regione prosegue la tendenza alla diminuzione del consumo giornaliero di bevande gassate e zuccherate.

Le abitudini alimentari vanno assolutamente migliorate nella popolazione e proposte strategie per aumentare il consumo di frutta e verdura anche tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie.

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 cronicodegenerative. 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# (%) - Regione Lazio - OKkio 2019

CARATTERISTICHE	NON ATTIVI
Sesso	
Maschi	20,6
Femmine	18,2
Zona abitativa*	
<10.000 abitanti	35,9
10.000-50.000	26,1
>50.000	17,5
metropolitana/perimetropolitana	17,2

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

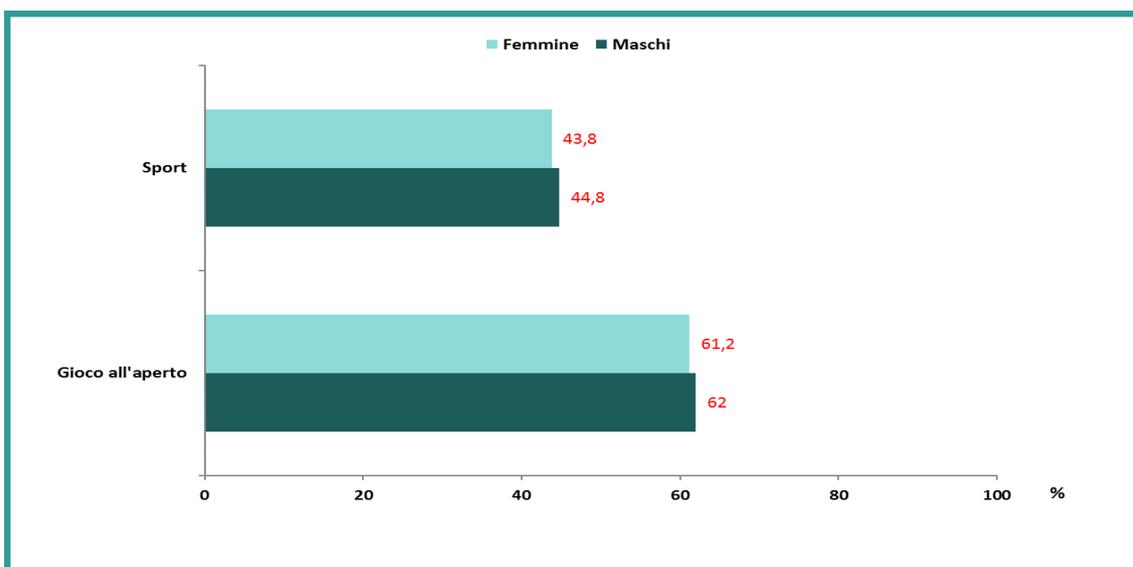
* Differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$)

- Nel nostro studio il 19,5 % dei bambini risulta non attivo il giorno antecedente all'indagine.
- Solo il 20,7% 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).
- I maschi non attivi (20,6%) sono in percentuale maggiore delle femmine (18,2%).
- La percentuale maggiore di bambini non attivi vive in aree geografiche con meno di 10.000 abitanti (35,9%).

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 (%)

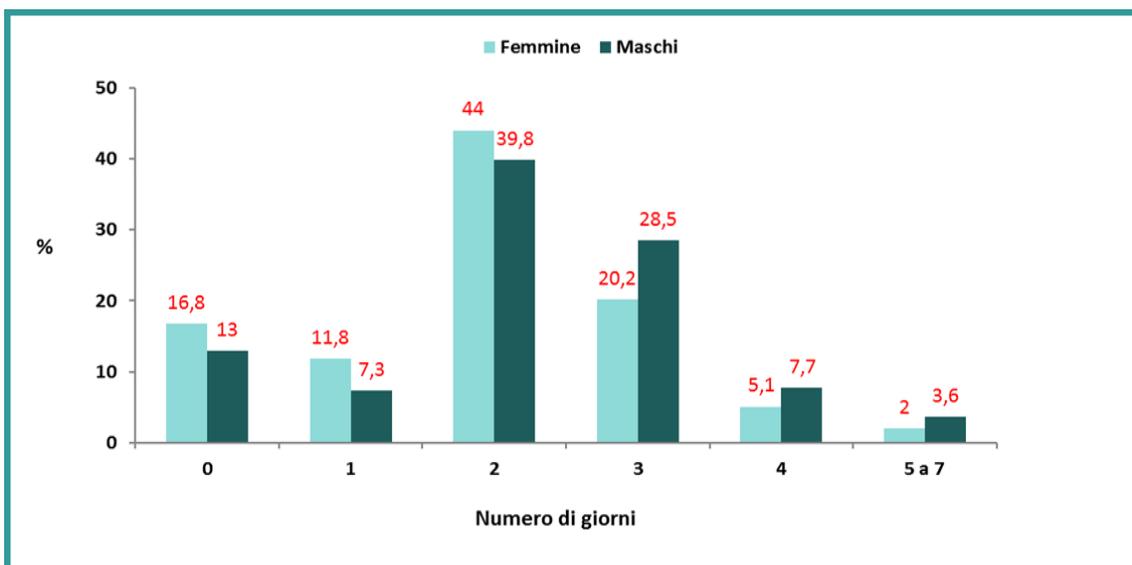


- Il 61,6% del totale dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi giocano all'aperto pressappoco quanto le femmine.
- Il 44,3% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine.
- Tra maschi e femmine che fanno sport non si rilevano differenze percentuali degne di nota.

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.

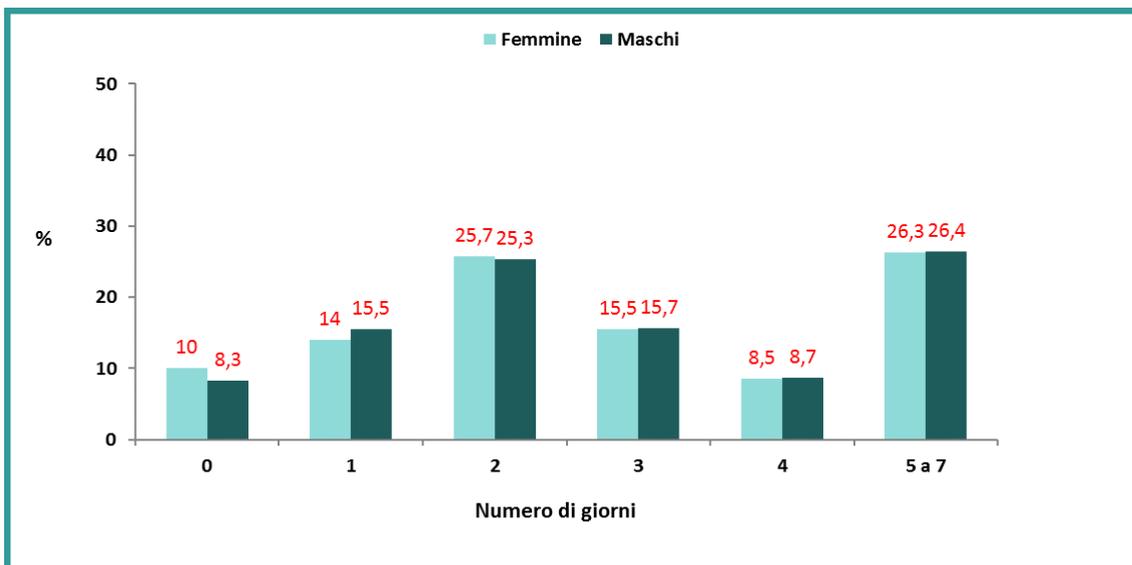
Giorni di attività sportiva strutturata per almeno un'ora durante la settimana (%)



- Secondo i genitori, nella nostra Regione, circa 4 bambini su 10 (42%) fanno almeno un'ora di attività sportiva strutturata per 2 giorni la settimana, il 15% neanche un giorno e solo il 3% da 5 a 7 giorni.
- I maschi fanno attività sportiva strutturata più giorni delle femmine*.
- La zona di abitazione non sembra associata a una diversa frequenza di attività sportiva strutturata da parte dei bambini.

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

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

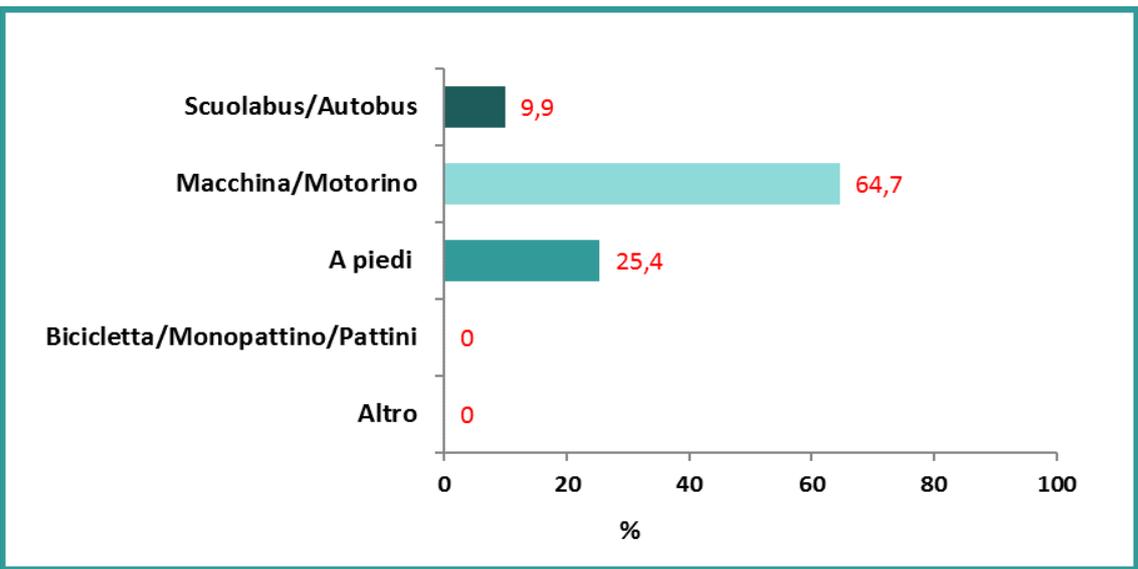


- Per quanto riguarda il tempo dedicato ai giochi di movimento, nella nostra Regione, circa 2 bambini su 10 (25,4%) fanno almeno un'ora di attività per 2 giorni la settimana, il 9,2% neanche un giorno e solo il 26,3% da 5 a 7 giorni.
- Tra maschi e femmine che fanno giochi di movimento non vi sono differenze degne di nota.
- La zona di abitazione è associata a una diversa frequenza di giochi di movimento da parte dei bambini, infatti nelle aree urbane con minore densità di popolazione aumenta la percentuale.
- Il 19,6% dei bambini non ha svolto attività fisica o giochi di movimento il giorno precedente l'indagine.

Come si recano a scuola i bambini (percorso casa scuola e viceversa)? ____

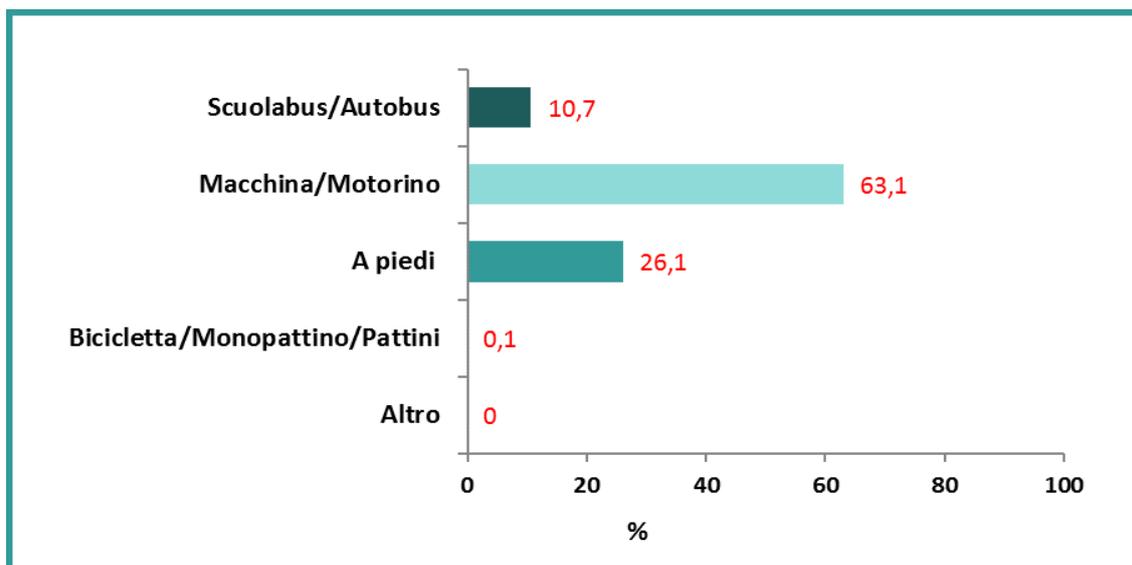
Un altro modo per rendere fisicamente attivi i bambini è far loro percorrere il tragitto casa-scuola a piedi o in bicicletta, compatibilmente con la distanza del loro domicilio dalla scuola. Nel 2019 i bambini hanno risposto a questa domanda riferendosi al giorno in cui si è svolta la rilevazione; a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

Percorso casa-scuola (%) riferito dai genitori



- Il 25,5% dei bambini, nella mattina dell'indagine, ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini (indicatore del PNP); invece, il 74,6% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato.
- Non si rilevano differenze degne di nota per sesso. Tuttavia fra le diverse tipologie di zona abitativa, i bambini vanno più frequentemente a scuola a piedi o in bicicletta nelle aree urbane con più di 50.000 abitanti e in quelle metropolitane/perimetropolitane *

* Differenza statisticamente significativa (p < 0,05)

Percorso scuola-casa (%) riferito dai genitori

Secondo i genitori, nel tragitto casa-scuola il 26% dei bambini si reca a scuola a piedi; invece il 75% utilizza un mezzo di trasporto pubblico o privato.

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 (%) Regione Lazio - OKkio 2019

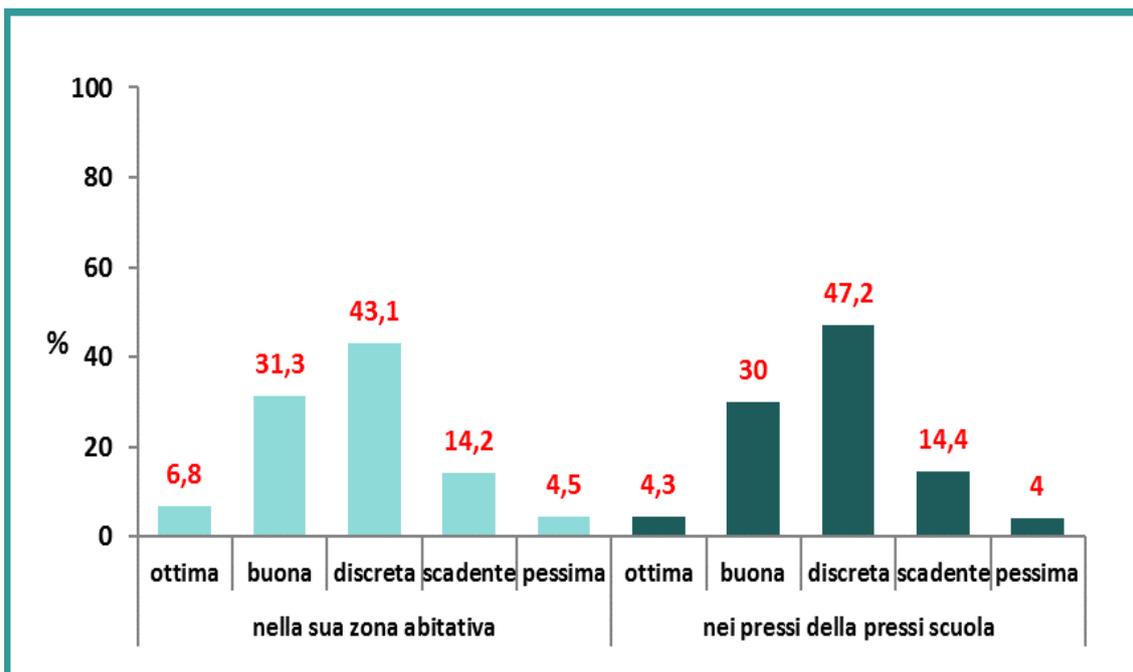
MOTIVI	%
Strada non sicura	21,4
Distanza eccessiva	58,2
Il bambino si muove già abbastanza durante la giornata	2
Mancanza di tempo	25,6

Nella nostra Regione, la maggior parte dei genitori (58,2%) 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 regionali (%)						VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	
[§] Bambini definiti fisicamente non attivi** (indicatore del PNP)	28%	17%	18,1%	16,3%	16,2%	19,6%	20,3%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	51%	67%	67,4%	65%	71,3%	61,6%	61,4%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	33%	45%	42,6%	47%	42,7%	44,2%	43,7%
Bambini che si recano a scuola a piedi e/o bicicletta	23%	25%	23%	22%	26%	24,5%	26,4%

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

Conclusioni

I dati raccolti hanno evidenziato che i bambini della nostra Regione fanno poca attività fisica. Si stima che 2 bambini su 10 risultano fisicamente inattivi, con una differenza di poco maggiore per i maschi. La percentuale maggiore di questi vive in aree geografiche con numero di abitanti > 50.000 e metro/perimetropolitane.

Rispetto ai precedenti dati del 2014 e del 2016 aumenta la percentuale di bambini inattivi.

Rispetto ai dati del 2016 si riduce la percentuale dei bambini che hanno giocato all'aperto il giorno prima dell'indagine, tuttavia si conferma una maggiore percentuale nelle zone non metropolitane (< 50.000 abitanti). Continua a prevalere l'utilizzo del mezzo di trasporto per lo più privato, tuttavia laddove è possibile raggiungere la scuola a piedi o in bicicletta (pedi/bici) tale opportunità è colta maggiormente nelle zone con maggior numero di abitanti (> 50.000 e metro/perimetropolitane).

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.

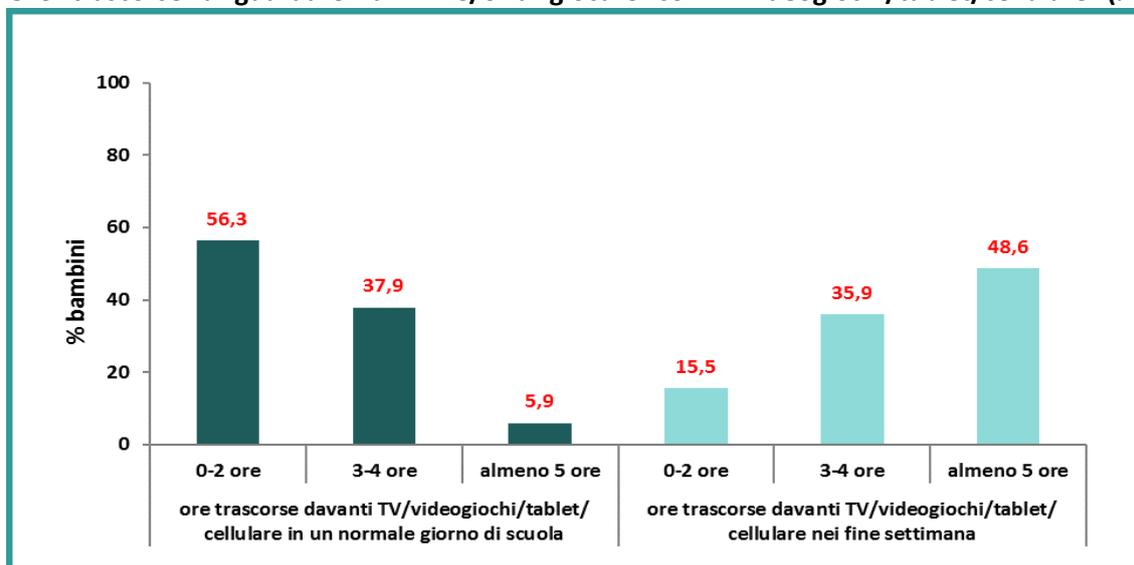
Quante ore al giorno i bambini guardano la televisione o usano i videogiochi/tablet/cellulare?

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 Regione, in particolare nei giorni di scuola i genitori riferiscono che il 56,3% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi/tablet/cellulare da 0 a due 2 ore al giorno, mentre il 37,9% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi/tablet/cellulare per 3 a 4 ore e il 5,9% per almeno 5 ore. Valori decisamente più alti si riscontrano nel fine settimana, infatti il 48,6% trascorre almeno 5 ore.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV o videogiochi/tablet/cellulare è più frequente tra i maschi rispetto alle femmine*.
- Complessivamente il 53,3% 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 rispetto a coloro che non la hanno (11,1% versus 6,8%) *.
- 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 9,2%, mentre quella relativa l'utilizzo di videogiochi/tablet/cellulare è 6,5%.

* Differenza statisticamente significativa (p < 0,05)

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

Nella nostra Regione il 33,9% dei bambini ha guardato la TV o ha utilizzato videogiochi/tablet/cellulare la mattina prima di andare a scuola, il 76,9% il pomeriggio del giorno precedente e il 79,1% la sera.

Solo il 7,7% dei bambini non ha guardato la TV o utilizzato i videogiochi/tablet/cellulare nelle 24 ore antecedenti l'indagine, mentre il 20,7% lo ha fatto in un periodo della giornata, il 45% in due periodi e il 26,5% ne ha fatto uso durante la mattina, il pomeriggio e la sera.

L'utilizzo di TV e/o videogiochi/tablet/cellulare è più frequente tra i maschi (32,3% versus 20,3%)* e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre.

* Differenza statisticamente significativa (p < 0,05)

Per un confronto

	Valori regionali (%)						VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	
Bambini che trascorrono al televisore o ai videogiochi/tablet/cellulare più di 2 ore al giorno (durante un normale giorno di scuola)	43%	35%	34%	31%	38,4%	43,8%	44,5%
Bambini con televisore in camera	59%	53%	55,7	53%	57,5%	53,3%	43,5%

Conclusioni

Nella nostra Regione i bambini trascorrono molto tempo in attività sedentarie, principalmente davanti agli schermi. Queste attività sedentarie sono sicuramente favorite dal fatto che più della metà dei bambini dispone di un televisore in camera propria. Tutti questi fattori fanno sì che solo 1 bambino su 2 di fatto ottemperi alle raccomandazioni sul tempo da dedicare alla televisione o ai videogiochi/tablet/cellulare (meno di 2 ore al giorno di TV o videogiochi/tablet/cellulare). Rispetto ai dati delle due ultime rilevazioni (2014 e 2016), la percentuale di bambini che trascorrono al televisore o ai videogiochi/tablet/ cellulare più di 2 ore al giorno (durante un normale giorno di scuola) tende ad aumentare, mentre tende a rimanere stabile la percentuale dei bambini che hanno la televisione in camera.

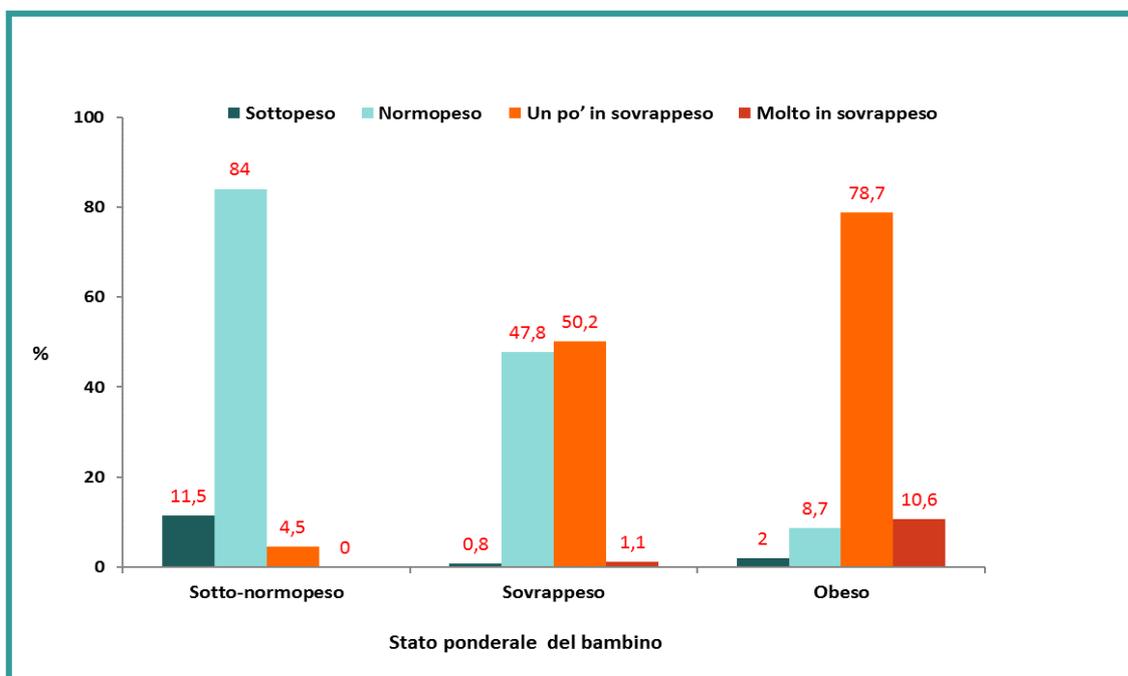
La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini

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 (%)



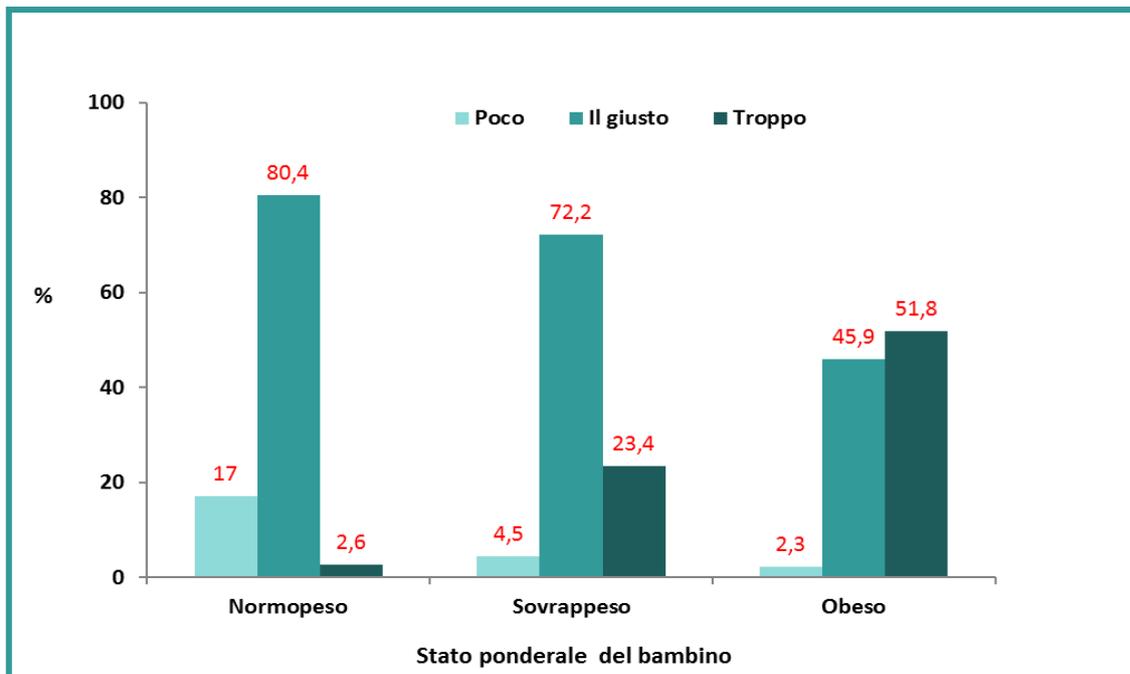
- Nella nostra Regione ben il 48,6% delle madri di bambini sovrappeso e il 10,7% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso o sottopeso.
- Nelle famiglie con bambini in sovrappeso, la percezione è lievemente maggiore a favore delle figlie femmine rispetto ai maschi (52,2% versus 50,5%).
- Per i bambini in sovrappeso, la percezione è tanto più accurata quanto maggiore è la scolarità della madre (laurea 60,2%, diploma superiore 51% ed elementare/media 40,1%)*.
- Per i bambini obesi, la percezione è tanto più accurata quanto maggiore è la scolarità della madre (laurea 4,7%, diploma superiore 10,4% ed elementare/media 15,5%)*.

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

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 (%)



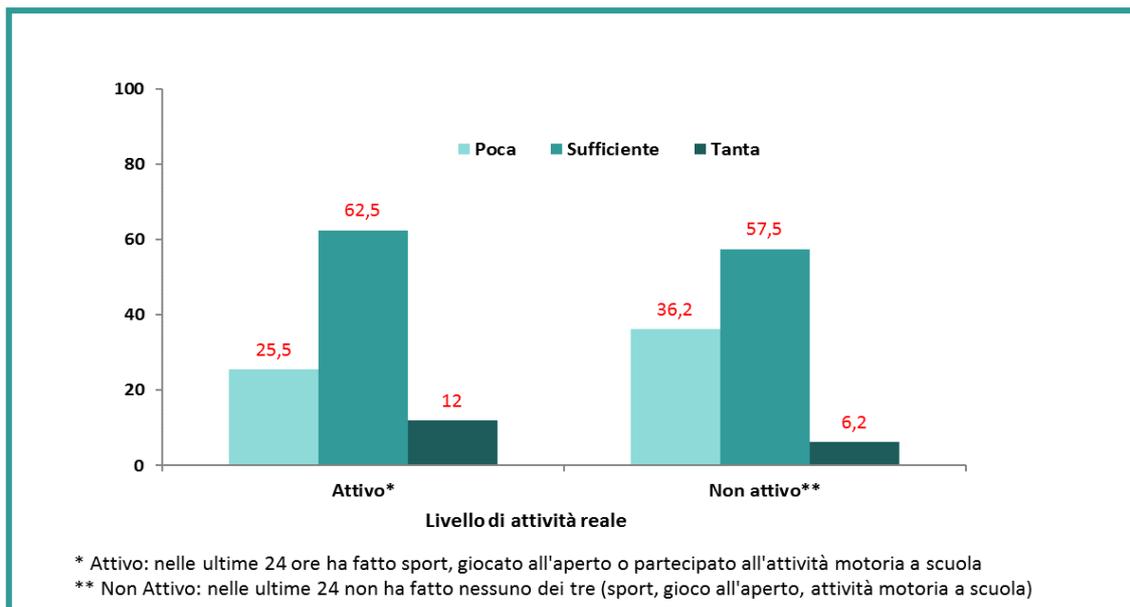
- Solo il 23,4% delle madri di bambini sovrappeso e il 51,8% di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo.
- Considerando i bambini in sovrappeso e obesi insieme, si constata che, seppur bassa come percentuale vi è una maggiore percezione che il bambino mangi troppo a favore dei maschi rispetto alle femmine (35,7% versus 28,3%) *.
- Le madri con titolo di studio superiore hanno una minore percezione che il proprio bambino mangi troppo rispetto alle restanti (laurea 27,4% diploma superiore 34,6% e elementare/media 33,7%).

* Differenza statisticamente significativa (p < 0,05)

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 57,5% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e il 6,2% molta attività fisica.
- Limitatamente ai "non attivi" non è stata constatata differenza degna di nota per sesso dei bambini, mentre le madri con titolo di studio più elevato ritengono in maggior percentuale che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica (laurea 67,4%, diploma superiore 54,3% e elementare/media 52%).

Per un confronto

MADRI CHE PERCEPISCONO	Valori regionali (%)						VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	
§ in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è sovrappeso	54%	54%	54,7%	51,7%	49,5%	51,4%**	46,9%
in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è obeso	91%	91%	91%	90%	89,3%	89,3%**	86,0%
l'assunzione di cibo del proprio figlio come "poco o giusto", quando questo è sovrappeso o obeso	63%	70%	69,8%	70,1%	70,3%	67,9%	69,9%
l'attività fisica del proprio figlio come scarsa, quando questo risulta inattivo	42%	33%	31,6%	36%	35,4%	36,2%	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 regionale. 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 Regione tale valore è risultato pari a 88,8%.

Alla domanda se si fossero mai rivolti al personale sanitario a causa di incidenti domestici di cui è stato vittima il bambino, a livello nazionale si sono registrate le seguenti risposte: 9% sì, al pediatra/altro medico; 20% sì, al pronto soccorso; 8% sì, ad entrambi. Nella nostra Regione le percentuali di risposta sono state rispettivamente: 9,3%, 19,9%, 7,2%.

Conclusioni

Nella nostra Regione è molto diffusa (circa 1 genitore su 2) nelle madri di bambini con sovrappeso una sottostima dello stato ponderale del proprio figlio, addirittura più di 1 su 10 genitori di bambini obesi ritengono che il proprio figlio sia normopeso o sottopeso. 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 delle madri del livello di

attività fisica dei propri figli: solo 1 genitore su 3 ha una percezione che sembra coincidere con la situazione reale.

I dati si mantengono pressoché in linea con le precedenti rilevazioni.

La scarsa percezione dei genitori circa il reale stato ponderale dei figli, le diffuse cattive abitudini alimentari e l'insufficiente attività motoria, rappresentano un ostacolo alla riduzione della prevalenza della condizione di sovrappeso e obesità dei bambini.

Sarebbe auspicabile, pertanto, realizzare mirati interventi preventivi su tali criticità, al fine di rendere più consapevoli i genitori del reale stato nutrizionale dei loro figli e della necessità di adottare uno stile di vita (alimentazione ed attività fisica) adeguato ad accompagnare i bambini verso una sana crescita.

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

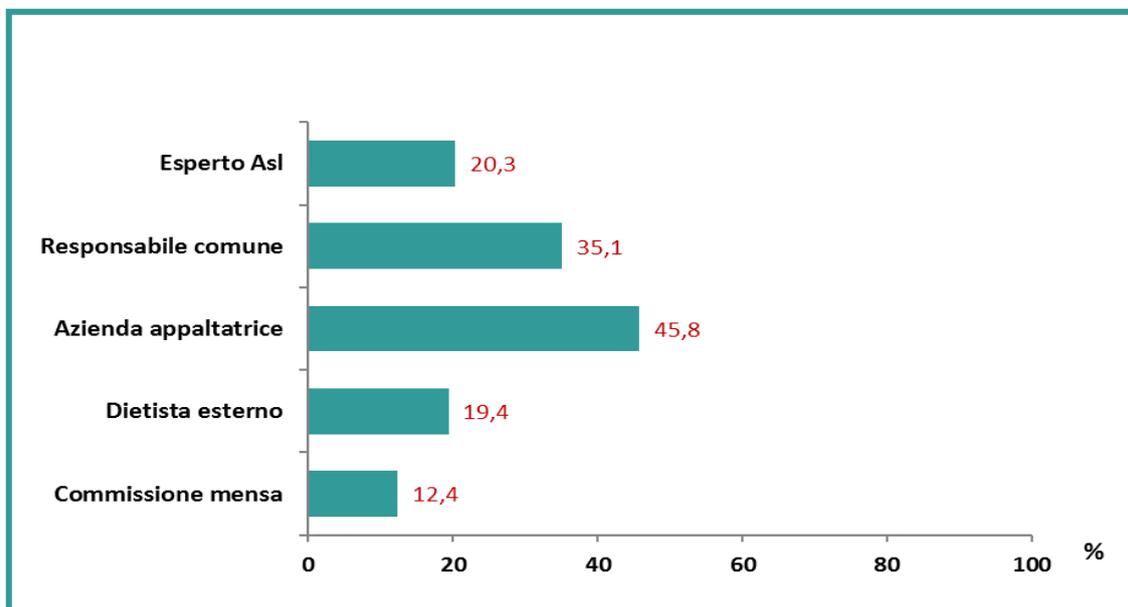
Quante scuole sono dotate di mensa e quali sono le loro modalità di funzionamento?

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 Regione l'84,5% delle scuole campionate ha una mensa scolastica funzionante.

Nelle scuole dotate di una mensa, il 93,2% di esse sono aperte almeno 5 giorni la settimana.

Predisposizione del menù scolastico (%)

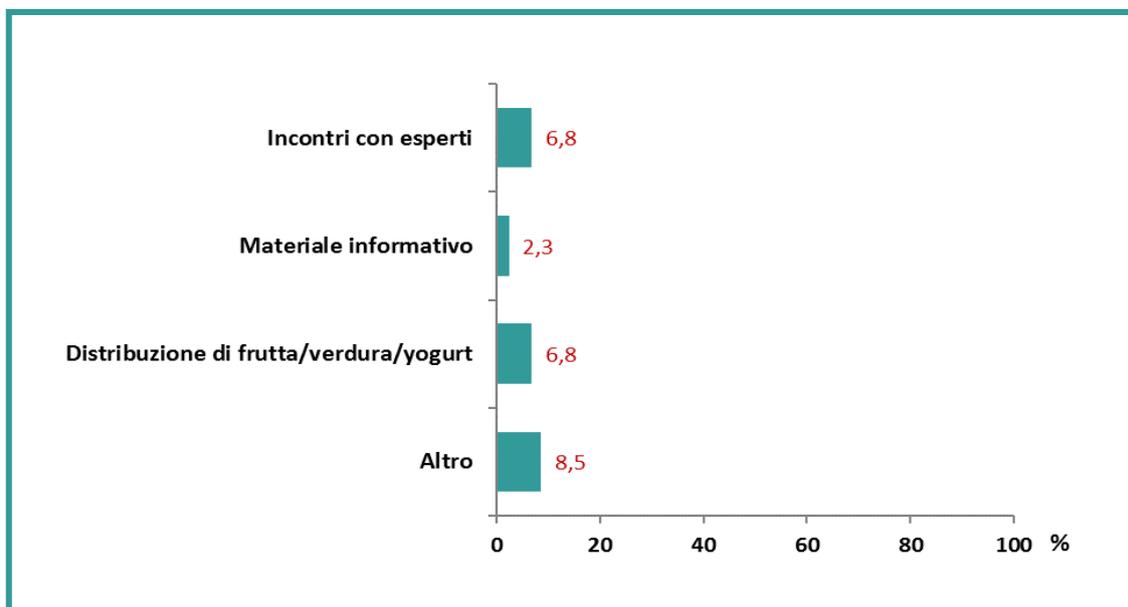


- La definizione del menù scolastico è più frequentemente stabilita da un'azienda appaltatrice, seguita da un responsabile del comune e da un esperto dell'ASL.
- Secondo il giudizio dei dirigenti scolastici il 94,3% delle mense risulta essere adeguato per i bisogni dei bambini.

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 Regione, le **scuole** che distribuiscono ai bambini frutta o latte o yogurt, nel corso della giornata, sono il 45,9%.
- In tali **scuole**, la distribuzione si effettua prevalentemente a metà mattina (84,1%).
- Durante l'anno scolastico il 60,2% delle **classi** ha partecipato ad attività di promozione del consumo di alimenti sani all'interno della scuola con Enti e/o associazioni.

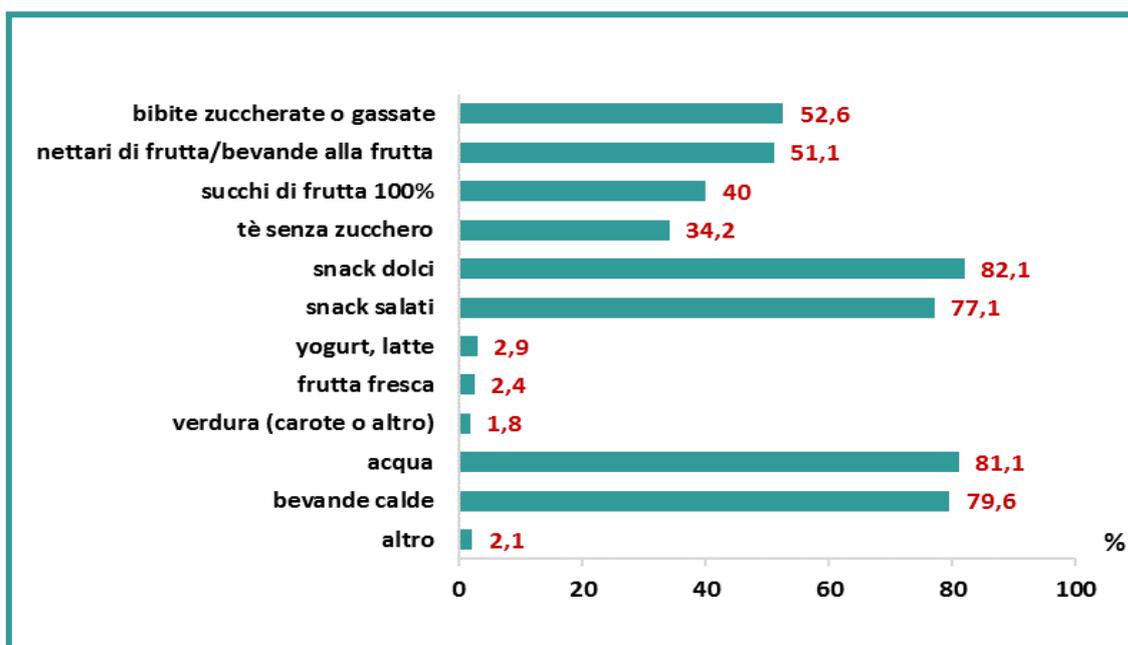
Promozione del consumo di alimenti sani con Enti e associazioni (%)

- In questo anno scolastico il 6,8% delle **classi** ha partecipato alla distribuzione di frutta, verdura o yogurt come spuntino.
- Il 2,3% delle **classi** ha ricevuto materiale informativo.
- il 6,8% delle **classi** ha organizzato incontri con esperti esterni alla scuola.

Sono segnalati dei distributori automatici?

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

- I distributori automatici di alimenti sono presenti nel 64,4% delle scuole; il 18,8% è accessibile sia agli adulti che ai bambini.
- All'interno del gruppo di scuole con distributori automatici, il 74,4% mette a disposizione succhi di frutta 100% frutta, nettari/bevande alla frutta, frutta fresca, yogurt o latte.

Alimenti presenti nei distributori automatici (%)

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

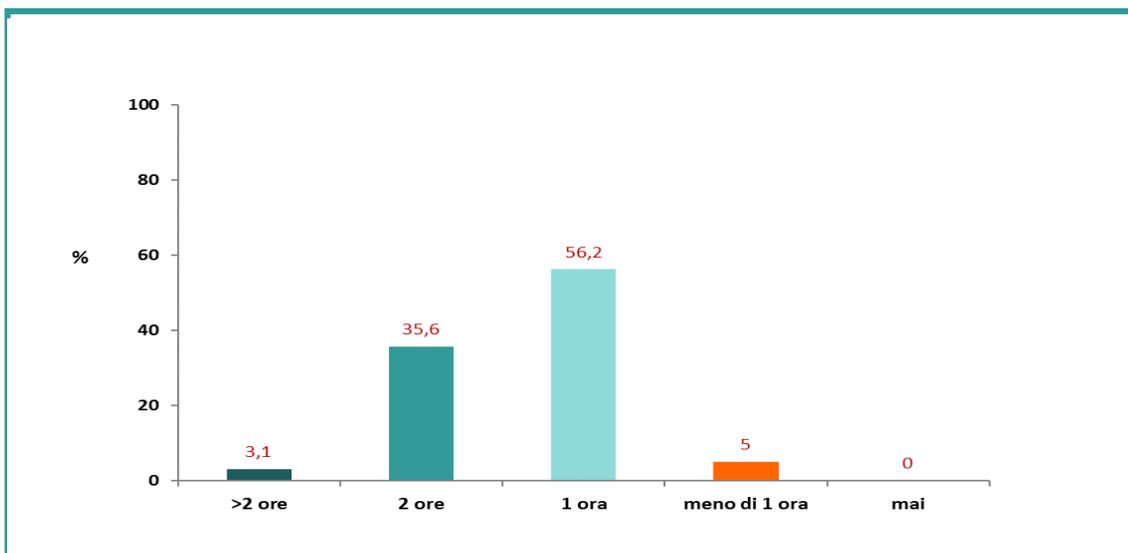
La partecipazione della scuola all'educazione fisica dei bambini

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

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

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

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



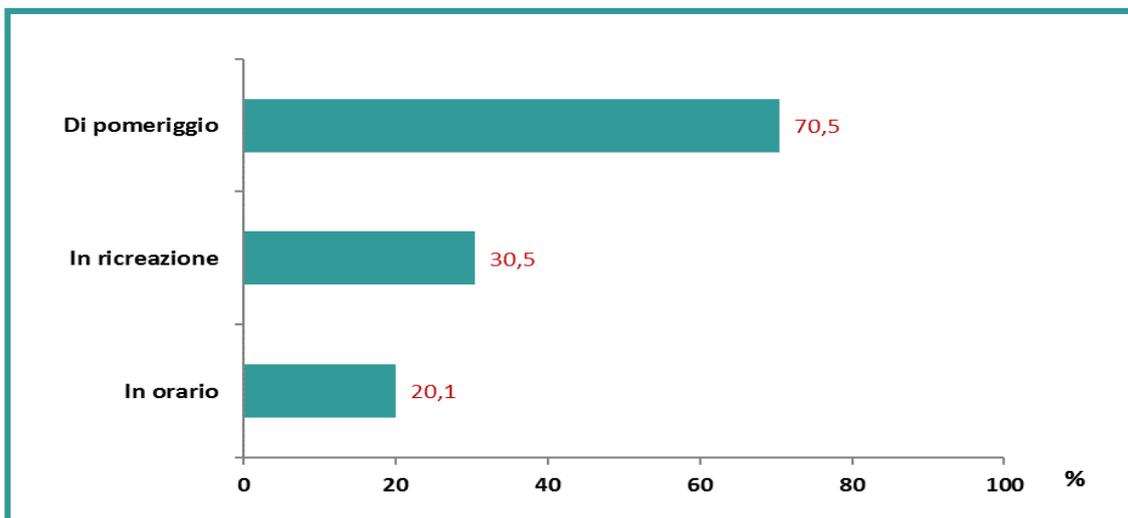
- Complessivamente, nel 38,7% delle classi delle nostre scuole si svolgono normalmente “almeno 2 ore” di educazione fisica a settimana mentre in minor percentuale si fa meno di un’ora a settimana (5%).

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 54,4%.

Momento dell'offerta di attività motoria extracurricolare (%)



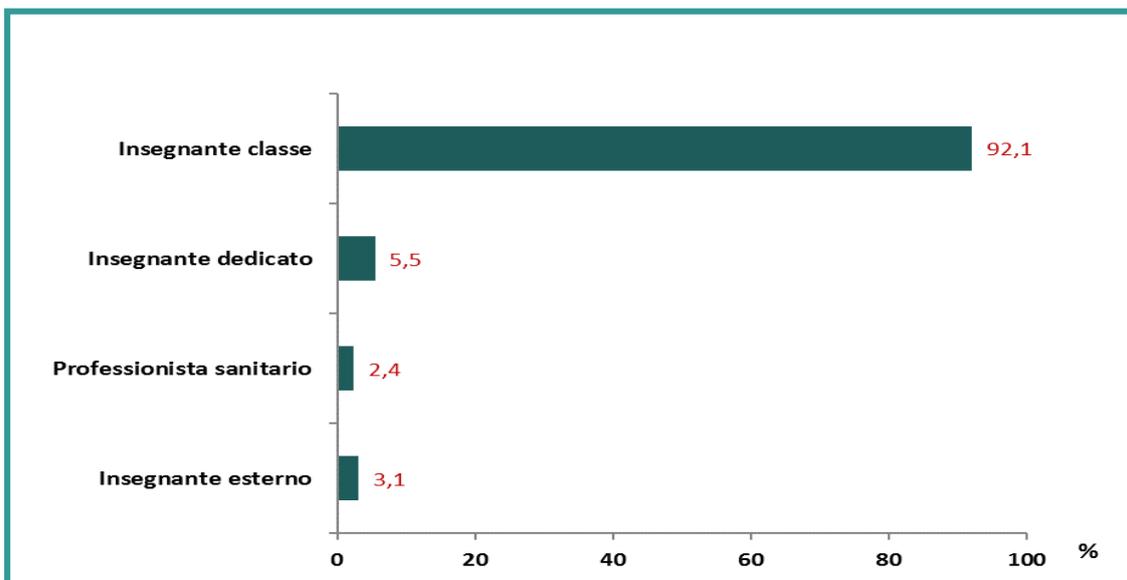
- Laddove offerta, l'attività fisica viene svolta più frequentemente nel pomeriggio, in ricreazione e meno in orario scolastico.
- Queste attività si svolgono più frequentemente in palestra (70,1%), nel giardino (45,9%), in piscina (4,9%), in altra struttura sportiva (7%).

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

Figure professionali coinvolte nell'attività curriculare nutrizionale (%)

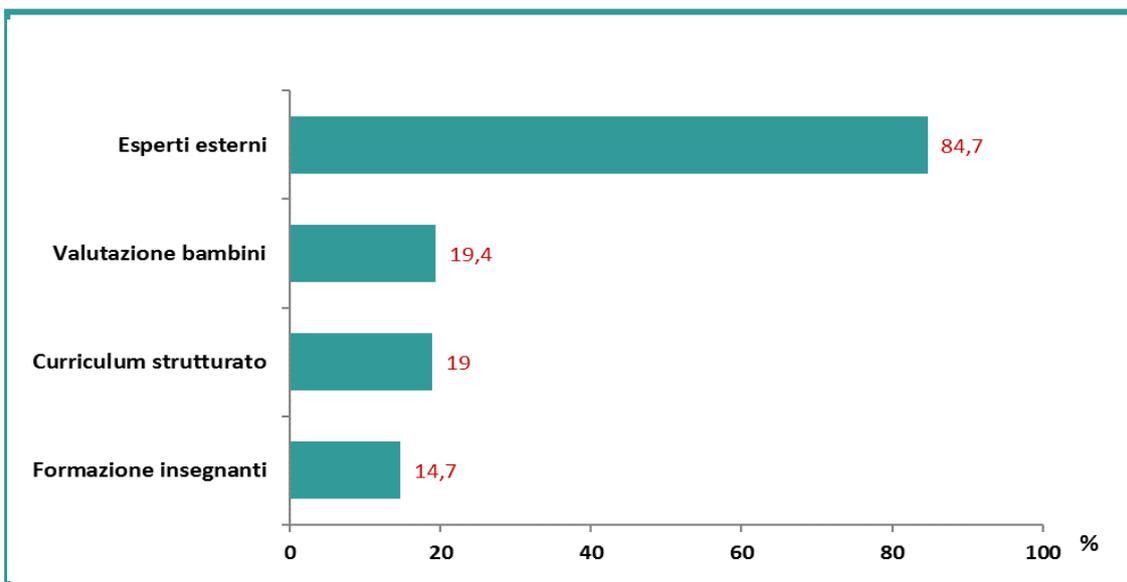


- L'educazione alimentare è prevista nell'attività curriculare del 73,4% delle scuole campionate nella nostra regione.
- In tali scuole, la figura più frequentemente coinvolta è l'insegnante di classe. Molto meno comune è il coinvolgimento di altri insegnanti o della ASL.

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.

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



- Nel nostro campione, l'87,2% delle scuole ha cominciato a realizzare almeno un'attività.
- In tali attività, viene frequentemente coinvolto un esperto esterno; nel 19,4% dei casi è stata effettuata la valutazione delle abilità motorie dei bambini, nel 19% lo sviluppo di un curriculum strutturato e nel 14,7% la formazione degli insegnanti.

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

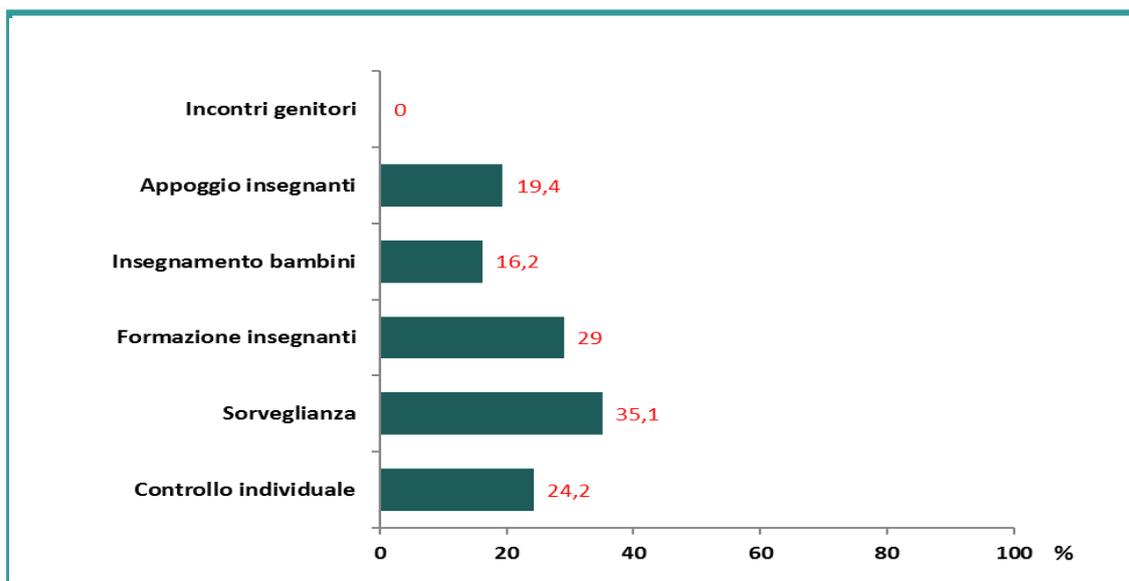
A livello nazionale, il 5,3% delle scuole ha aderito ad iniziative di comunicazione per la riduzione del consumo di sale e/o per la promozione del sale iodato. Nella nostra Regione tale valore è pari a 3,2%.

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? _____

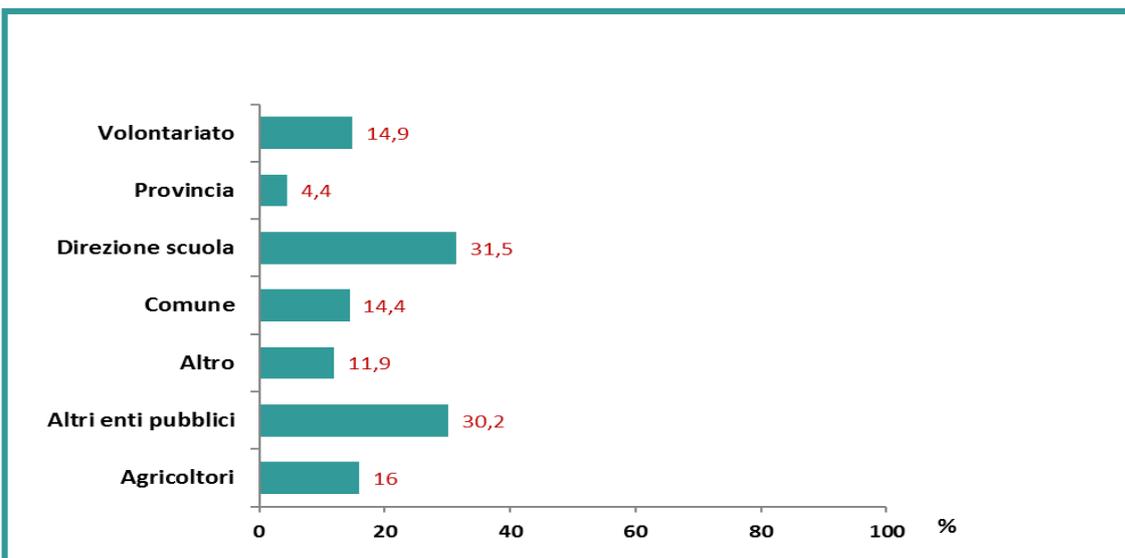
Nella scuola sono in atto numerose iniziative finalizzate a promuovere sane abitudini alimentari e attività motoria in collaborazione con enti, istituzioni e ASL.

Iniziative con le ASL (%)



- I Servizi Sanitari della ASL costituiscono un partner privilegiato e sono coinvolti nella realizzazione di programmi di educazione alimentare nel 19,1% delle scuole e nella promozione dell'attività fisica nel 2% delle scuole.
- Tale collaborazione si realizza più frequentemente attraverso l'attività di sorveglianza, la formazione degli insegnanti ed il controllo individuale.

Iniziative promozione alimentare (%)



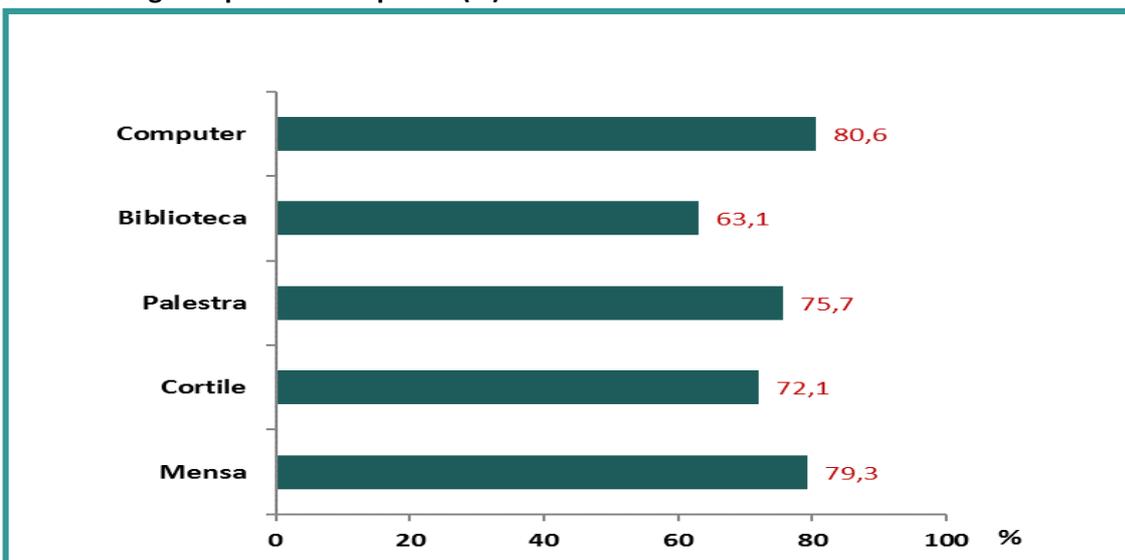
- Oltre la ASL, gli enti e le associazioni che hanno prevalentemente organizzato iniziative di promozione alimentare nelle scuole sono la direzione scolastica/insegnanti, le Associazioni di agricoltori/allevatori ed il volontariato.

Risorse a disposizione della scuola

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

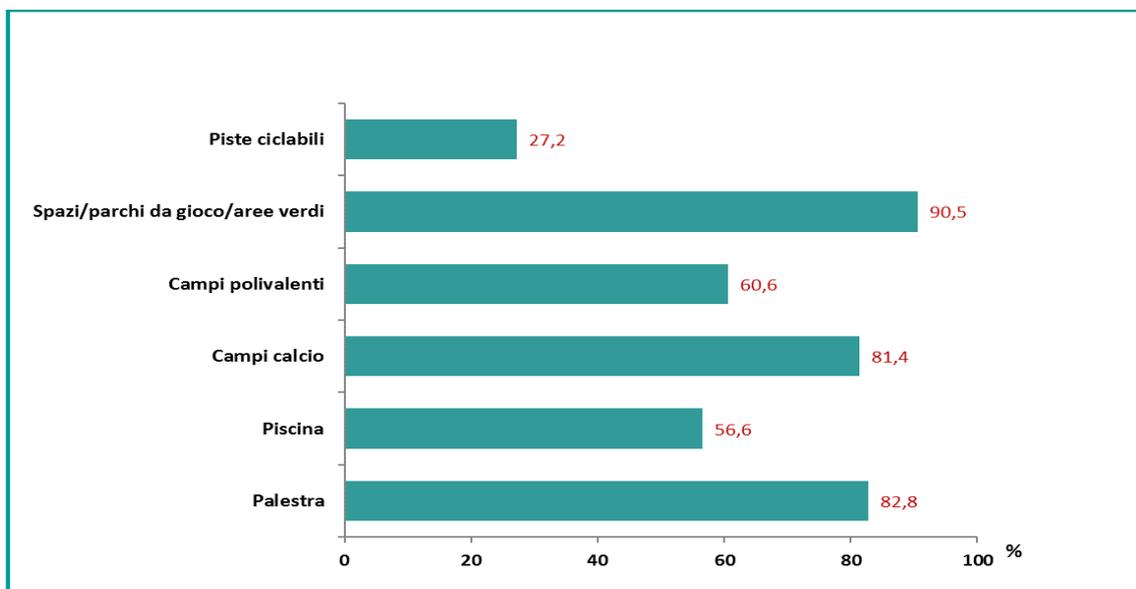
Per poter svolgere un ruolo nella promozione della salute dei bambini, la scuola necessita di risorse adeguate nel proprio plesso e nel territorio.

Risorse adeguate presenti nel plesso (%)



- Secondo i dirigenti scolastici, l'80,6% delle scuole possiede computer adeguati, il 75,7% una palestra adeguata, il 79,3% la mensa e il 72,1% ha un cortile.
- Risulta meno adeguata la biblioteca.

Risorse presenti nel plesso o nelle vicinanze (%)



- L'82,8% delle scuole ha la palestra nelle vicinanze o all'interno della propria struttura.
- Sono frequentemente presenti nelle vicinanze dell'edificio scolastico spazi aperti/parchi da gioco/aree verdi (90,5%)
- Risultano meno presenti le piste ciclabili (27,2)

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 regione, il 74,1% dei dirigenti scolastici dichiara di non aver avuto "mai" difficoltà nell'applicare la legge sul divieto di fumo negli spazi aperti della scuola (rispetto al 76,1% a livello nazionale); per contro l'1% degli stessi dichiara di aver incontrato difficoltà "sempre".

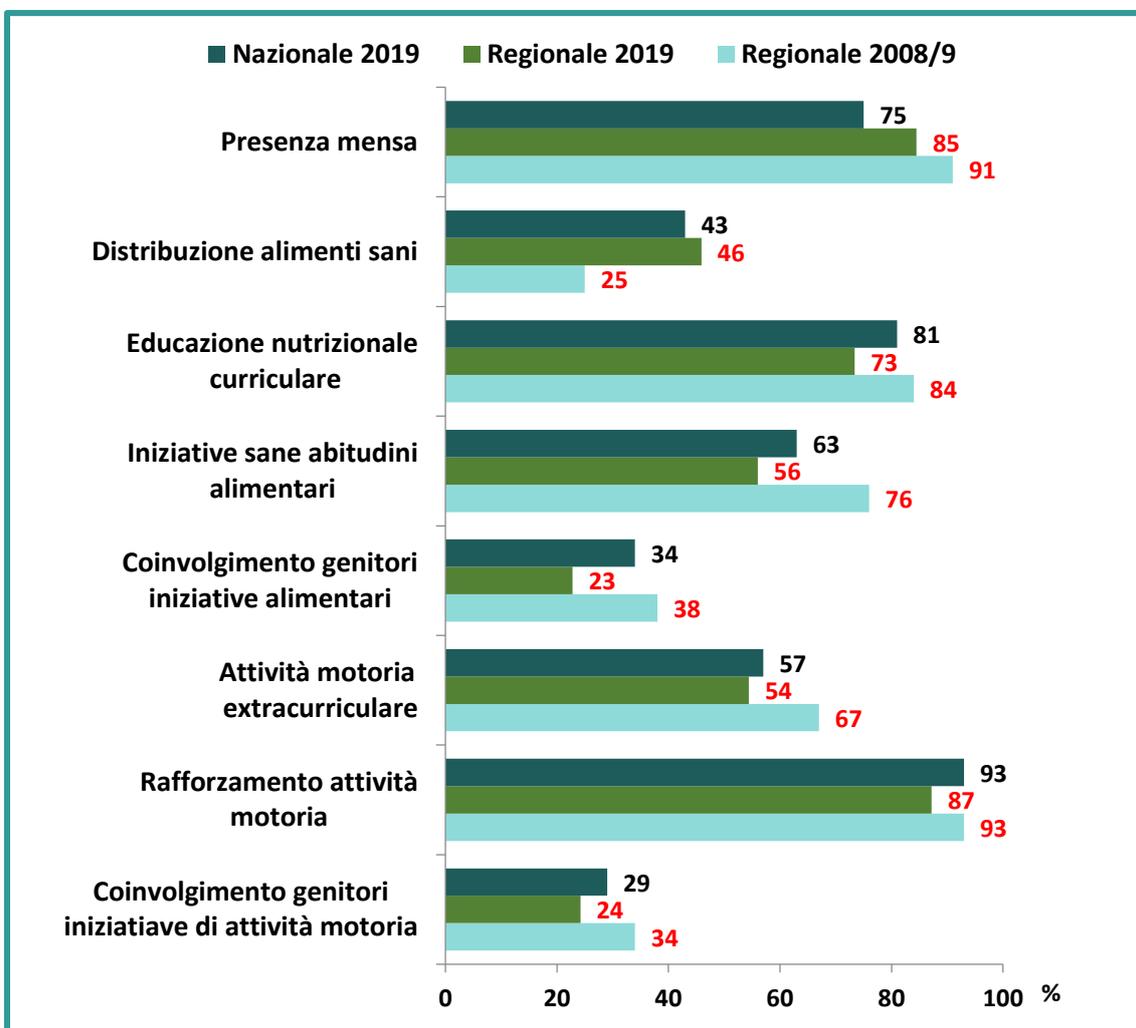
Coinvolgimento delle famiglie

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 22,8% e nel 24,2% delle scuole campionate.

Per un confronto

Nel grafico di seguito sono riportati i confronti con i dati regionali 2008/9, 2019 e nazionali del 2019. Dato il numero esiguo delle scuole campionate, soprattutto a livello aziendale, e di conseguenza intervalli di confidenza generalmente più ampi, è necessaria la massima cautela nell'interpretare e commentare i confronti.



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. Rispetto ai valori nazionali 2019 si evidenzia un miglioramento relativo alla presenza della mensa, mentre andrebbe incrementato il coinvolgimento dei genitori nelle iniziative alimentari e/o di attività motoria.

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).

I risultati della sesta raccolta dati di OKkio alla SALUTE, presentati in questo rapporto, mostrano nella nostra Regione la persistenza di un alto livello di sovrappeso/obesità e di cattive abitudini alimentari e di stili di vita che non favoriscono l'attività fisica. Rispetto ai dati delle raccolte precedenti rilevano una prevalenza di bambini sovrappeso e obesi del 30,7%, dato comunque in riduzione dal 2008 (38,8%). La percezione delle madri circa lo stato ponderale del proprio figlio sovrappeso o obeso non è adeguata, anzi la prevalenza di coloro che hanno la reale percezione e tende a ridursi rispetto alla stima del 2008. Rimane elevata ed in aumento rispetto alle rilevazioni precedenti la prevalenza dei bambini definiti non attivi, pari al 19,6%. Si riduce inoltre la prevalenza dei bambini che hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine.

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
- 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 (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
- 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.

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.
- 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.
- 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. Obes Facts. 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 progressi

- Cacciari E, Milani S, Balsamo A, et al. Italian cross-sectional growth charts for height, weight and BMI (2 to 20 yr). J. Endocrinol. Invest. 2014;29(7):581-593.
- Gonzalez-Casanova I, Sarmiento OL, Gazmararian JA, Cunningham SA, Martorell R, Pratt M, Stein AD. Comparing three body mass index classification systems to assess overweight and obesity in children and adolescents. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(5):349-55.
- de Onis M, Martínez-Costa C, Núñez F, 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, Vignerová J, Cattaneo A. Defining overweight and obesity in pre-school children: IOTF reference or WHO standard? Obes Rev. 2011;12(4):295-300.
- Rolland-Cachera MF and The European Childhood Obesity Group. Childhood obesity: current definitions and recommendations for their use. International Journal of Pediatric Obesity, 2011; 6: 325–331.
- de Onis M, Lobstein T. Defining obesity risk status in the general childhood population: which cut-offs should we use? Int. J. Pediatr. Obes. 2010;5(6):458-60.
- WHO AnthroPlus for personal computers Manual: Software for assessing growth of the world's children and adolescents. Geneva: WHO, 2009.
- Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. BMJ 2007; 28 (335):194.

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

