



**Sistema di sorveglianza nazionale
sullo stato ponderale e i
comportamenti a rischio nei bambini**

2019

REPORT LOMBARDIA





**guadagnare
salute**
rendere facili le scelte salutari



Ministero dell'Istruzione

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:

Corrado Celata (Referente regionale), Giusi Gelmi, Chiara Scuffi

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 nazionale 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:

DG Welfare Regione Lombardia: Liliana Coppola, Corrado Celata, Giusi Gelmi, Claudia Lobascio, Lucia Pirrone, Veronica Velasco

Ufficio Scolastico Regionale: Mariacira Veneruso

- Scuola:

Antonella Giannellini (Referente Ufficio Scolastico Territoriale di Bergamo)
 Federica Di Cosimo (Referente Ufficio Scolastico Territoriale di Brescia)
 Mariacira Veneruso (Referente Ufficio Scolastico Territoriale di Como)
 Davide Montani (Referente Ufficio Scolastico Territoriale di Cremona)
 Marina Ghislanzoni (Referente Ufficio Scolastico Territoriale di Lecco)
 Carla Torri (Referente Ufficio Scolastico Territoriale di Lodi)
 Elena Scarpanti (Referente Ufficio Scolastico Territoriale di Mantova)
 Laura Stampini (Referente Ufficio Scolastico Territoriale di Milano)
 Cosimo Scaglione (Referente Ufficio Scolastico Territoriale di Monza-Brianza)
 Angela Sacchi (Referente Ufficio Scolastico Territoriale di Pavia)
 Marcella Fratta (Referente Ufficio Scolastico Territoriale di Sondrio)
 Linda Casalini (Referente Ufficio Scolastico Territoriale di Varese)

- Servizio Sanitario Regionale: Referenti e Operatori

ATS Bergamo	Daniela Parodi (referente), Lucia Antonioli, Vincenzo Auriemma, Cristina Bianchi, Constanza Colombo, Vincenza Cominetti, Adua Della Torre, Alessandra Gherardi, Rossana Lattarulo, Antonella Lorandi, Graziella Martinelli, Licia Rabboni, Margherita Schiavi, Raffaella Stefani, Nadia Zenti
ATS Brescia	Paola Ghidini (referente), Antonella Mazzoli, Anna Maria Rocco
ATS Brianza	Emanuela Alessandra Donghi (referente), Narciso Cazzato, Deborah Falsarella

ATS Insubria	Maria Antonietta Bianchi (referente), Cinzia Baldo, Antonella Capruso, Sara Frigerio, Laura Piotto, Antonella Scavello,
ATS Milano	Cristina Cassatella (referente), Elena Armondi, Giuseppina Capitano, Emanuela Cielo, Fortunato D'Orio, Anna Maria Galetti, Ludovico Grimoldi, Rossana Lamperti, Lucia Luperto, Gabriella Mangiaracina, Angelina Marra, Salvatore Novello, Roberta Tassi, Annamaria Antonia Verardi, Ester Vizzani
ATS Montagna	Maria Stefania Bellesi (referente), Antonella Bedognè, Stefania Letizia Cerletti, Rita Manassi, Sonia Pelamatti, Artemida Sheshi
ATS Pavia	Cristina Baggio (referente), Simona Riboli, Lorella Vicari,
ATS Valpadana	Elena Nichetti (referente), Elena Bianchera, Matteo Conca, Chiara Davini, Daniela Demicheli, Elena Lameri, Margherita Mellettini, Gloria Molinari, Ornella Orsini, Lorenza Parmesani

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.

Infine, ultimo, ma non ultimo, un ringraziamento particolare da parte dei Curatori a Sonja Azzini, Silvia Sanzò ed Emma Zucchi che, nel corso del loro tirocinio professionalizzante di Psicologia, hanno collaborato alla stesura del Report, permettendo, in un periodo di grande fatica per i nostri Servizi, di rispettare i tempi previsti per la sua pubblicazione.

Sito internet di riferimento per la Promozione della Salute di Regione Lombardia

<https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/portal/site/promozione-salute>

Sito internet di riferimento per lo studio:

www.epicentro.iss.it/okkioallasalute

Indice

Indice	5
Prefazione	7
Introduzione	9
Metodologia	10
Descrizione della popolazione	12
Lo stato ponderale	17
Le abitudini alimentari	29
L'attività fisica	39
Le attività sedentarie	50
La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini	53
L'ambiente scolastico e il suo ruolo nella promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica	61
Conclusioni generali	75
Bibliografia essenziale	79

Prefazione

Per costruire interventi preventivi coerenti, orientati alla promozione della salute, è fondamentale sviluppare alleanze tra sistema sanitario, sistema educativo e scolastico, famiglie, responsabili delle policy nelle comunità locali, mondo della ricerca.

Nella cornice del Piano regionale di Prevenzione di Regione Lombardia, policy e programmi di promozione della salute rivolti ai più piccoli si sviluppano all'interno di processi programmatori che – a partire dall'analisi di contesto e del profilo di salute – valorizzano le migliori pratiche validate, in un continuo dialogo con il mondo della ricerca scientifica e sul campo (efficacy e effectiveness).

I sistemi di sorveglianza insieme alle altre raccolte di informazioni statistiche nazionali, rendono disponibili informazioni importantissime sullo stato di salute e sui bisogni della popolazione, e rappresentano uno strumento chiave per individuare le priorità di intervento, definire le risorse, orientare le pratiche, valutare gli esiti.

Nella programmazione di interventi utili ed efficaci per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini delle scuole primarie, "OKkio alla Salute" rappresenta una risorsa preziosa, permettendo di descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, delle abitudini alimentari, dei livelli di attività fisica svolta dai bambini e delle attività scolastiche favorevoli la sana nutrizione e l'esercizio fisico.

Regione Lombardia partecipa a "OKkio alla Salute" fin dal 2012 con un campione regionale di studenti, e in occasione della rilevazione 2019 con l'individuazione di campioni rappresentativi delle popolazioni delle 8 Agenzie per la Tutela della Salute, in modo da rinforzare ulteriormente la programmazione locale, a partire dalla valutazione degli esiti delle politiche intraprese finora.

Ciò permette di rendere disponibili ai diversi stakeholder i dati più attuali sulla situazione e i trend frutto del confronto con quanto rilevato nelle precedenti edizioni, e permetterà, in futuro, la disponibilità di dati di dettaglio territoriali e la possibilità di comparare i diversi territori della nostra Regione, contribuendo a integrare il set di indicatori che compongono i Profili di Salute regionale e locali.

La partecipazione a una Sorveglianza nazionale permette, inoltre, di confrontare i dati con quelli delle altre Regioni, e ci offre l'occasione di comprendere più a fondo la condizione di "salute" dei bambini lombardi, i punti di forza e le criticità, arricchendo così il ventaglio delle possibili offerte da proporre localmente.

Questo report rappresenta una prima importante restituzione a livello regionale, che sarà integrata con approfondimenti frutto del coinvolgimento degli Operatori dei Servizi delle ATS interessati e alla collaborazione instaurata con Università e Istituti di ricerca: analizzare i dati da prospettive differenti, contribuirà ad orientare la programmazione verso sempre più efficaci linee di intervento intersettoriali, anche a carattere innovativo.

Anche in occasione dell'edizione 2019, il tasso di partecipazione delle scuole è stato molto elevato, confermando la solidità della collaborazione tra Sistema Sanitario e Sistema Scolastico: il contributo di Ufficio Scolastico Regionale, Uffici Scolastici Territoriali, Dirigenti Scolastici, Rete delle Scuole che Promuovono Salute, è stato un elemento essenziale per la qualità della ricerca.

Un particolare ringraziamento va a tutti coloro che, anche questa, volta hanno reso possibile la realizzazione Studio: agli studenti che condividono il proprio mondo, ai genitori che li autorizzano a partecipare autonomamente, agli insegnanti e ai dirigenti scolastici che mettono a disposizione

il tempo e curano molti aspetti organizzativi, ai professionisti delle ATS che somministrano e raccolgono i questionari sull'intero territorio, a chi elabora e analizza i dati.

Dare massima diffusione a questi dati, affinché diventino un reale strumento di conoscenza e cambiamento delle politiche preventive per il miglioramento delle condizioni di salute dei bambini di oggi e degli adulti di domani, è l'impegno che garantiamo e che ci permettiamo di chiedere a tutti.

Il Gruppo Regionale di Ricerca "OKkio alla Salute" Lombardia 2019

Introduzione

Il sovrappeso e l'obesità sono un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie cronico-degenerative 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. Nel 2019 hanno partecipato 2.735 classi, 47.543 bambini e 50.502 genitori, di tutte le regioni.

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 di dirigenti scolastici e insegnanti, è stato possibile raccogliere informazioni su: struttura degli impianti, programmi didattici e 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 sono 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 in Regione Lombardia ha partecipato all'indagine il 98% delle scuole campionate. Sulle 163 scuole selezionate, 3 non hanno aderito. Il campione finale è quindi composto da 160 scuole e 166 classi.

Tabella 1 Distribuzione delle classi per tipologia di comune di appartenenza Regione Lombardia – OKkio 2019 (N= 166)

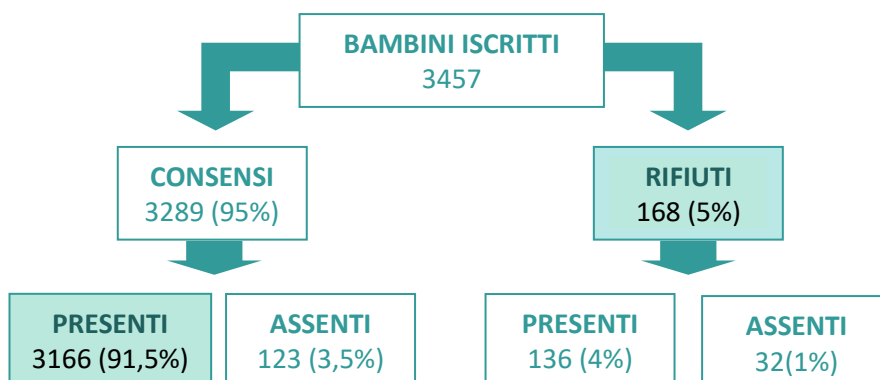
ZONA ABITATIVA	N	%
≤ 10.000 abitanti	92	55.4
Da 10.000 a più di 50.000 abitanti	37	22.3
> 50.000 abitanti (non metropolitana)	13	7.8
Comuni di area metropolitana (centro e periferia)	24	14.5

- Oltre la metà delle scuole partecipanti si trovano in piccoli comuni con un numero di abitanti inferiore a 10.000. Il 14% gravita intorno alla città di Milano e rientrano nell'area metropolitana (Questi ultimi appartengono tutti alla ATS di Milano – Città metropolitana)
- Per la classificazione della tipologia dei comuni si è seguito il sistema adottato dall'Istat.

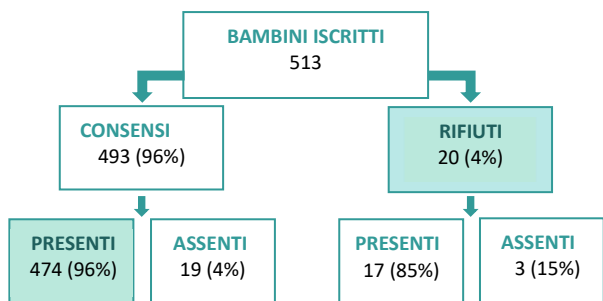
Partecipazione dei bambini e delle famiglie allo studio

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.

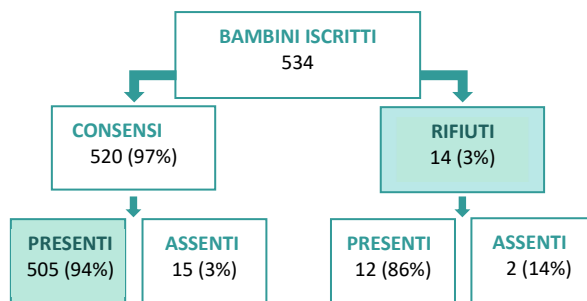
Figura 1: Bambini coinvolti: quanti i partecipanti, i rifiuti e gli assenti?



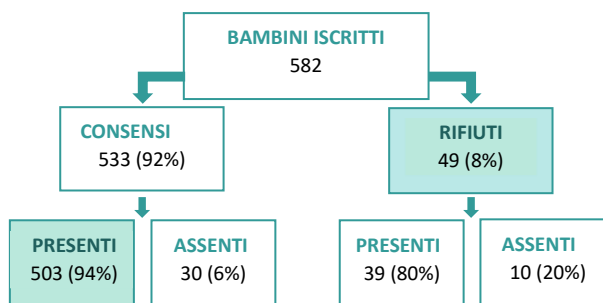
ATS BERGAMO



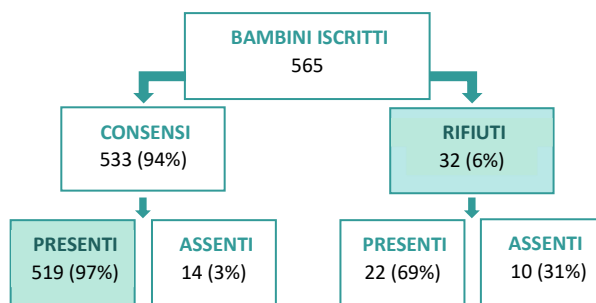
ATS BRESCIA



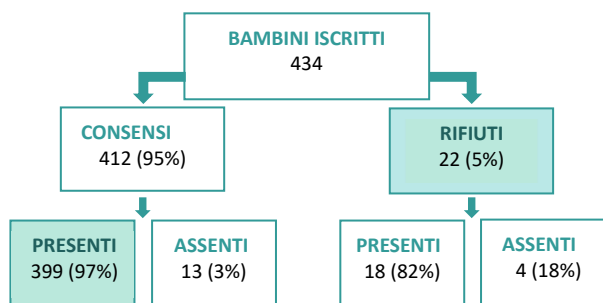
ATS MILANO



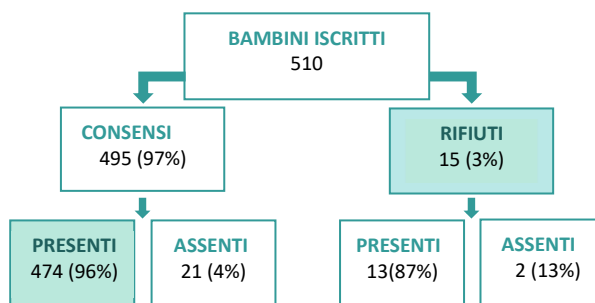
ATS INSUBRIA



ATS MONTAGNA



ATS VALPADANA



- Il 5% dei genitori ha rifiutato la misurazione dei propri figli. Il valore è risultato simile a quello nazionale (circa 5%). Questo dato sottolinea una buona gestione della comunicazione tra ATS, scuola e genitori. Il tasso di rifiuti è cresciuto rispetto all'ultima edizione (2%)
- Il giorno della misurazione erano assenti 155 bambini pari al 4,5% del totale di quelli iscritti. La bassa percentuale di assenti tra i consensi rassicura, al pari del favorevole dato sui rifiuti, sull'attiva partecipazione dei bambini e dei genitori.
- I bambini ai quali è stato possibile somministrare il questionario e di cui sono stati rilevati peso e statura sono stati quindi 3166 ovvero il 91,5% degli iscritti negli elenchi delle classi. L'alta percentuale di partecipazione assicura una rappresentatività del campione soddisfacente.
- Le famiglie dei 3457 bambini che hanno partecipato all'indagine sono state 3308 (pari al 96%).

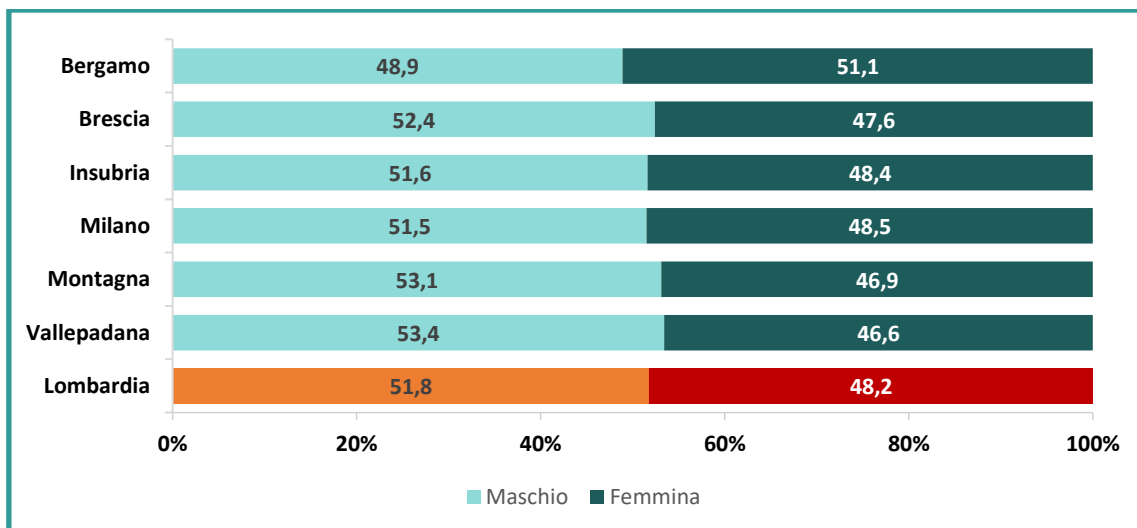
Bambini partecipanti: quali le loro caratteristiche? _____

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.

Tabella 2 Età e sesso dei bambini - Regione Lombardia- OKkio 2019

ETÀ	N	%	SESSO	N	%
<7 anni	6	0,155	Maschi	1618	51,8
8 anni	1733	54,8	Femmine	1498	48,2
9 anni	1349	43,7			
≥ 10	35	1,33			

Grafico 1: Composizione campione per genere, per ATS



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

Genitori partecipanti: chi sono e cosa fanno?

La scolarità dei genitori, considerata come uno degli indicatori socioeconomici della famiglia, è associata in molti studi allo stato di salute del bambino. Il questionario è stato compilato più spesso dalla madre del bambino (86%), meno frequentemente dal padre (13%) o da altra persona (1%). Di seguito sono riportate le caratteristiche di entrambi i genitori dei bambini coinvolti; i capitoli successivi nella maggior parte dei casi presenteranno analisi che tengono conto del livello di istruzione solo della madre che di fatto è la persona che ha risposto più frequentemente al questionario rivolto ai genitori.

- La maggior parte delle madri possiede un titolo di scuola superiore (46,5%) o la laurea (29,2%).
- I padri con un titolo di scuola superiore sono il 45,2% mentre il 21% ha conseguito la laurea.
- Il 18% delle madri e il 22,5% dei padri sono di nazionalità straniera. Il dato è in calo rispetto all'edizione precedente per le madri (20%) e in crescita per i padri (16%)
- Il 40,3% delle madri lavora a tempo pieno. Il dato è in crescita rispetto all'edizione precedente (36%)

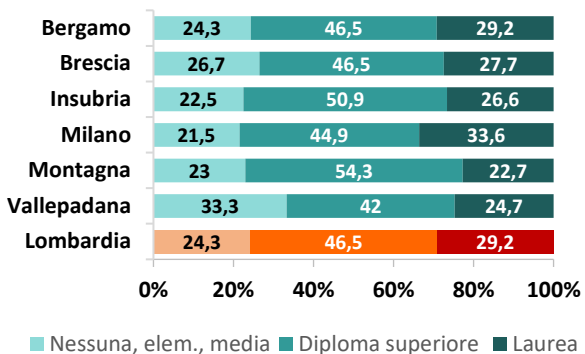
- Il 31,8% di chi ha compilato il questionario dichiara che con il reddito a disposizione in famiglia, arriva a fine mese con qualche difficoltà e il 6% dichiara di arrivarci con molte difficoltà.

Tabella 3: Livello di istruzione, occupazione e nazionalità della madre e del padre Regione Lombardia – OKkio 2019

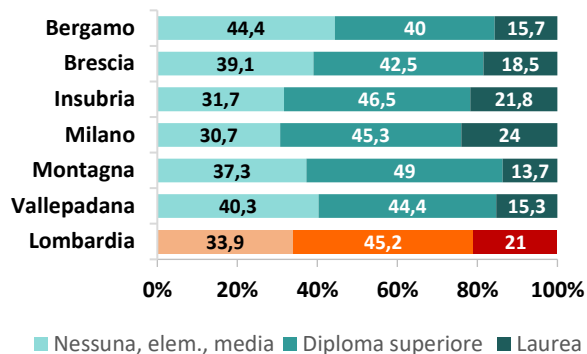
CARATTERISTICHE	MADRE		PADRE	
	N	%	N	%
Grado di istruzione				
Nessuna, elementare, media	825	24,3	1089	33,9
Diploma superiore	1478	46,5	45,2	45,2
Laurea	835	29,2	21	21,0
Nazionalità				
Italiana	2535	82,0	2459	77,5
Straniera	552	18,0	707	22,5
Lavoro[#]				
Tempo pieno	1068	40,3	-	-
Part time	947	34,7	-	-
Nessuno	734	25,1	-	-

[#] Informazione raccolta solo sulla persona che ha compilato il questionario; essendo la madre colei che ha risposto nella grande maggioranza dei casi, il dato non è disponibile per il padre.

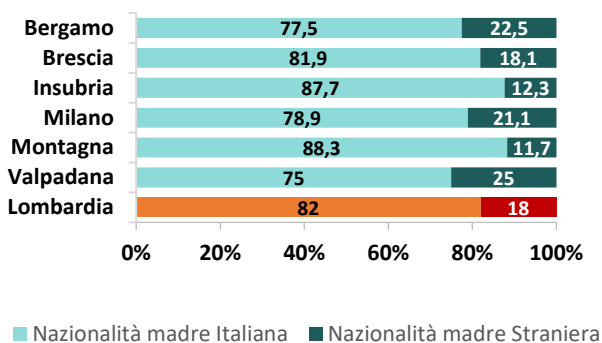
Titolo di studio madre, per ATS



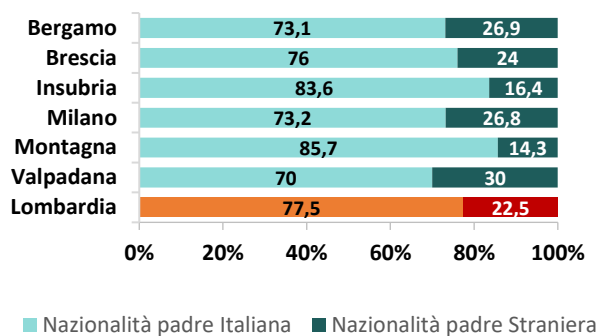
Titolo studio padre, per ATS



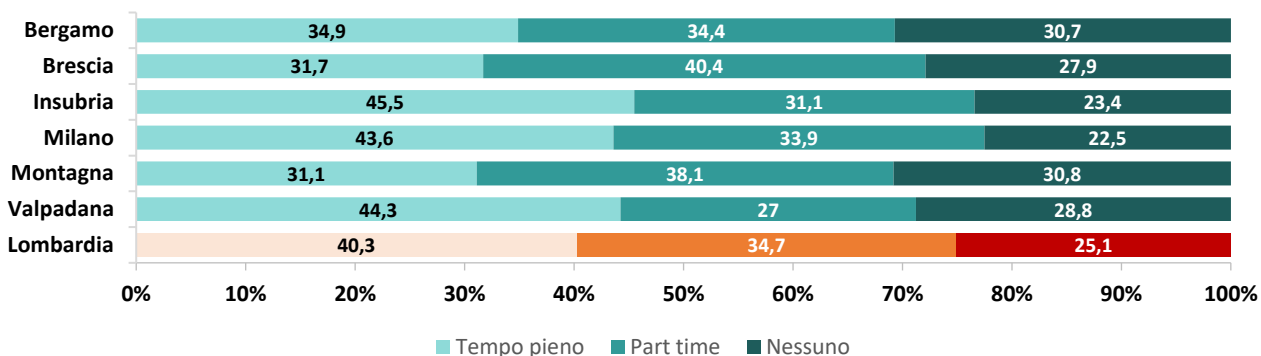
Nazionalità madre, per ATS



Nazionalità padre, per ATS



Tipologia lavoro madre, per ATS



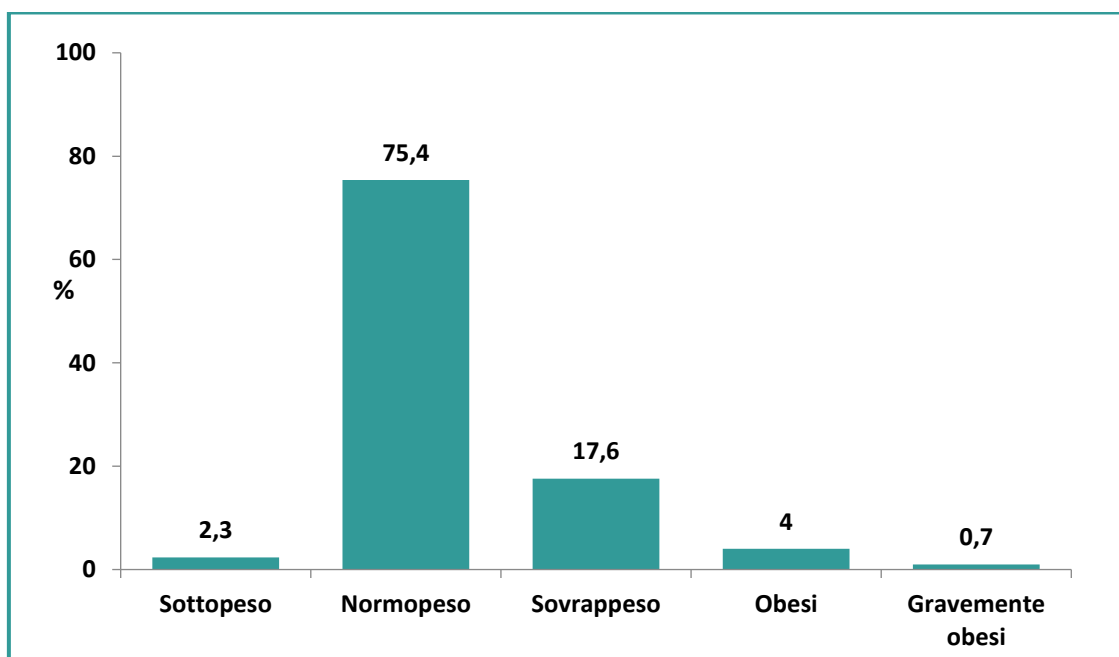
Lo stato ponderale

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?

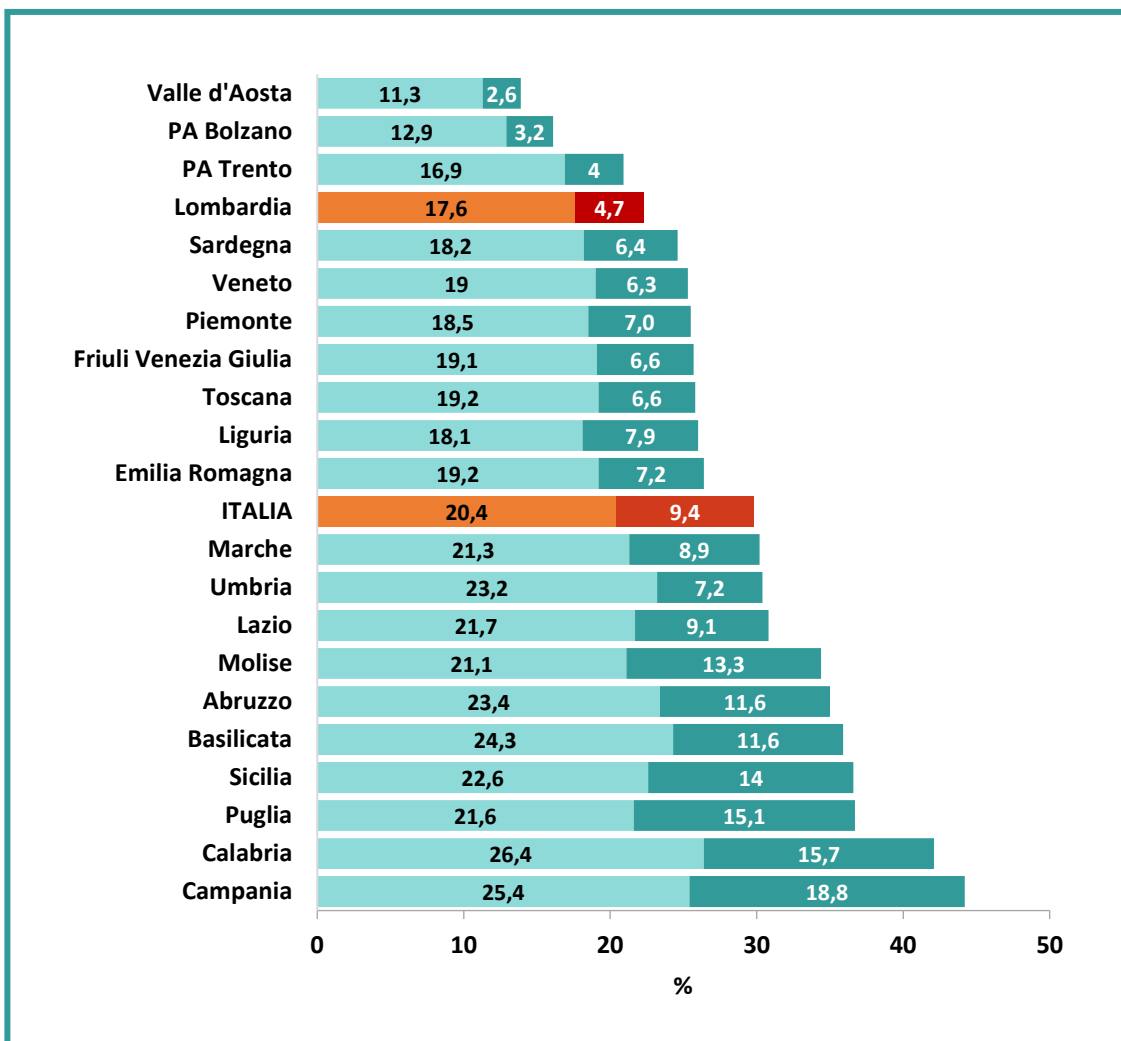
L'indice di massa corporea (IMC) è un indicatore indiretto dello stato di adiposità, semplice da misurare e comunemente utilizzato negli studi epidemiologici per valutare l'eccedenza ponderale (il rischio di sovrappeso e obesità) di popolazioni o gruppi di individui. Per la determinazione di sottopeso,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

Grafico 2: Stato ponderale del bambino (%)



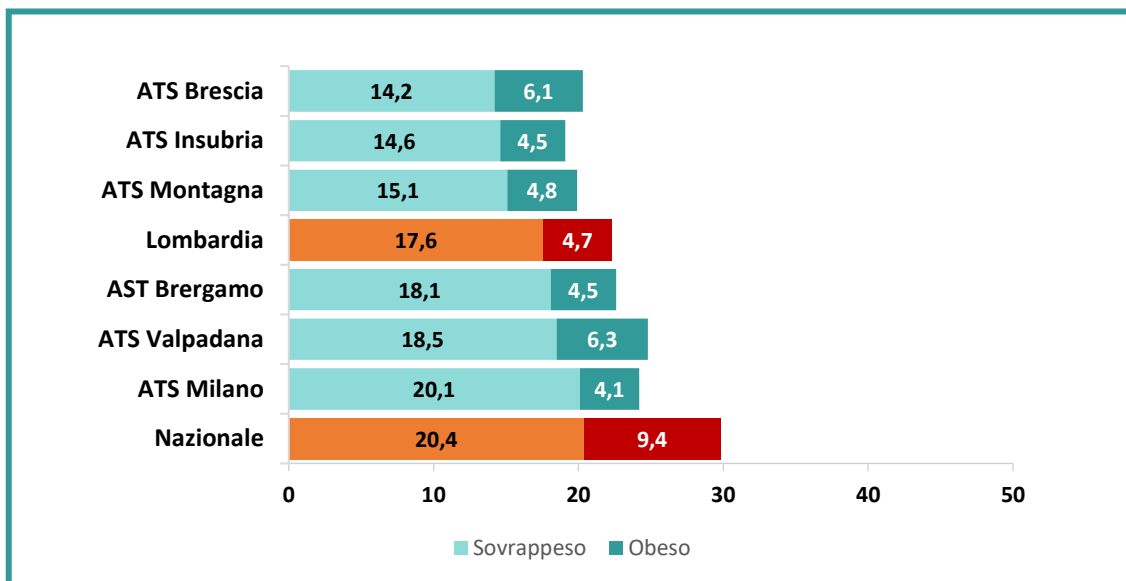
- I dati indicano che tra i bambini lombardi lo 0,7% (IC95% 0,461%-1,1%) risulta in condizioni di obesità grave, il 4% risulta obeso (IC95% 3,27%-4,8%), il 17,6% sovrappeso (IC95% 15,8%-19,5%). La maggioranza del campione, pari al 75,4%, è normopeso (IC95% 73,2%-77,5%) e il 2,3% sottopeso (IC95% 1,77%-3,11%).
- Complessivamente il 22,3% dei bambini presenta un eccesso ponderale (sovrappeso e obesità). Il dato è in calo rispetto all'edizione precedente (25%).
- Se si riportasse la prevalenza di sovrappeso e obesità riscontrata in questa indagine all'interno della coorte di popolazione 6-11 anni, il numero di bambini sovrappeso e obesi in Lombardia sarebbe pari a 129.644, di cui obesi 27.232

Grafico 3: 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 Lombardia registra valori inferiori alla media nazionale sia per quanto riguarda il sovrappeso sia per l'obesità.

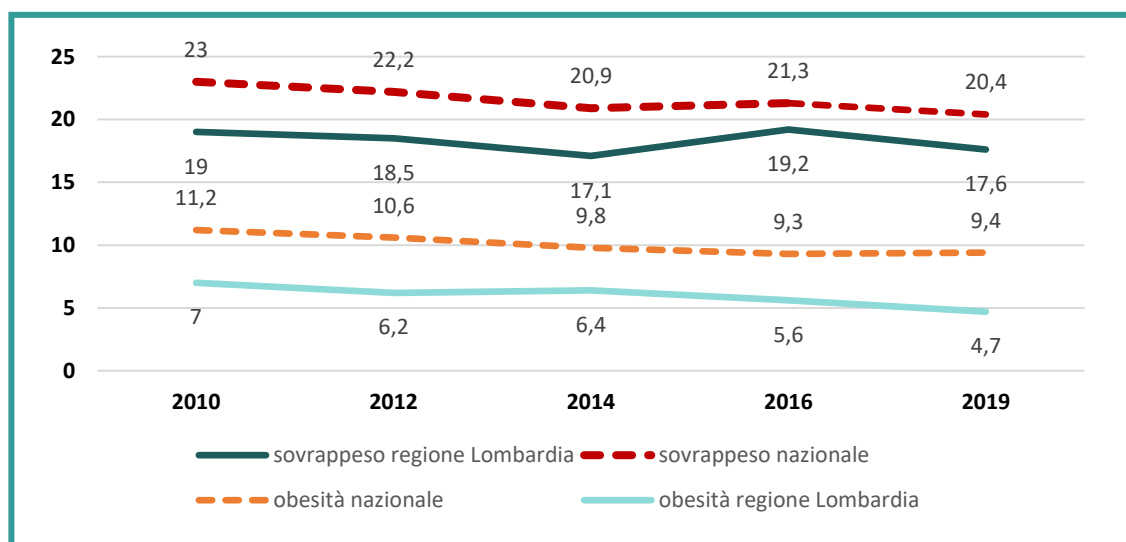
Grafico 4 Sovrappeso e obesità per ATS (%) nei bambini di 8-9 anni che frequentano la 3a primaria. OKkio alla SALUTE 2019



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

Rispetto alle precedenti rilevazioni in Lombardia si assiste, dal 2010 a oggi, a una diminuzione progressiva della prevalenza di bambini obesi, e a una tendenza incostante lieve diminuzione dei bambini in sovrappeso.

Grafico 5: Trend regionale sovrappeso e obesità, Lombardia/Italia, 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.

Tabella 4 : Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni per caratteristiche demografiche del bambino e della madre (%) – Regione Lombardia – OKkio 2019 –

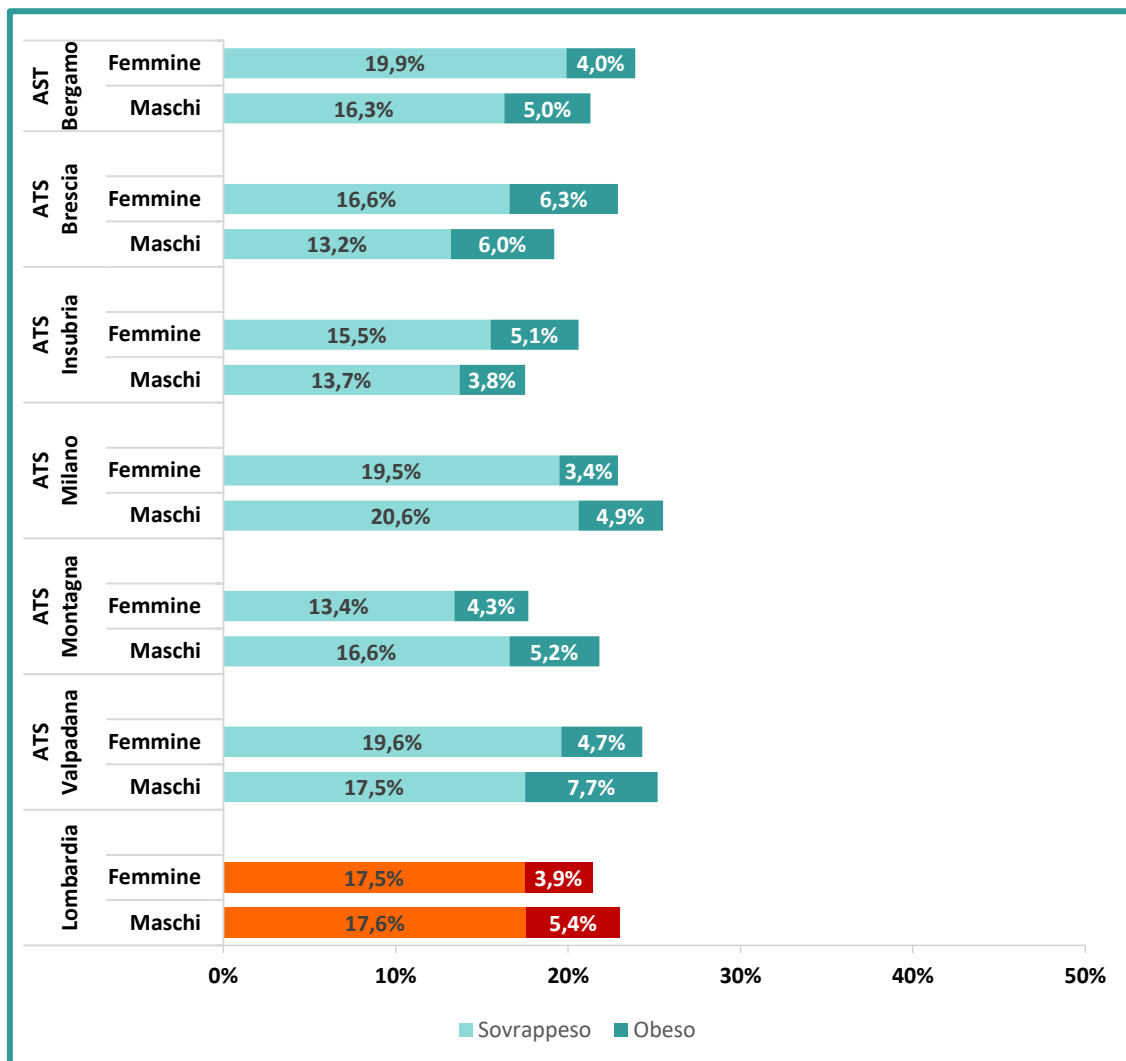
CARATTERISTICHE	NORMO/SOTTOPESO	SOVRAPPESO	OBESO
Età			
8 anni	78,2%	17,4%	4,5%
9 anni	77,2%	17,8%	5,0%
Sesso			
Maschi	76,9%	17,6%	5,4%
Femmine	78,6%	17,5%	3,9%
Zona abitativa			
<10.000 abitanti	78,2%	16,5%	5,4%
10.000-50.000	79,0%	16,2%	4,8%
>50.000	78,0%	17,3%	4,7%
metropolitana/perimetropolitana	76,0%	20,3%	3,7%
Istruzione della madre*			
Nessuna, elementare, media	73,1%	19,0%	7,9%
Superiore	78,2%	17,9%	3,9%
Laurea	81,7%	15,3%	3,0%

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

- In Lombardia, le prevalenze di obesità e di sovrappeso sono simili sia tra i bambini di 8 e 9 anni sia tra maschi e femmine.
- Non ci sono differenze significative sulla base della zona abitativa.
- Il rischio di sovrappeso/obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre: sia passa da 26,9% per titolo di scuola elementare o media, a 21,8% per diploma di scuola superiore, a 18,3% per la laurea*

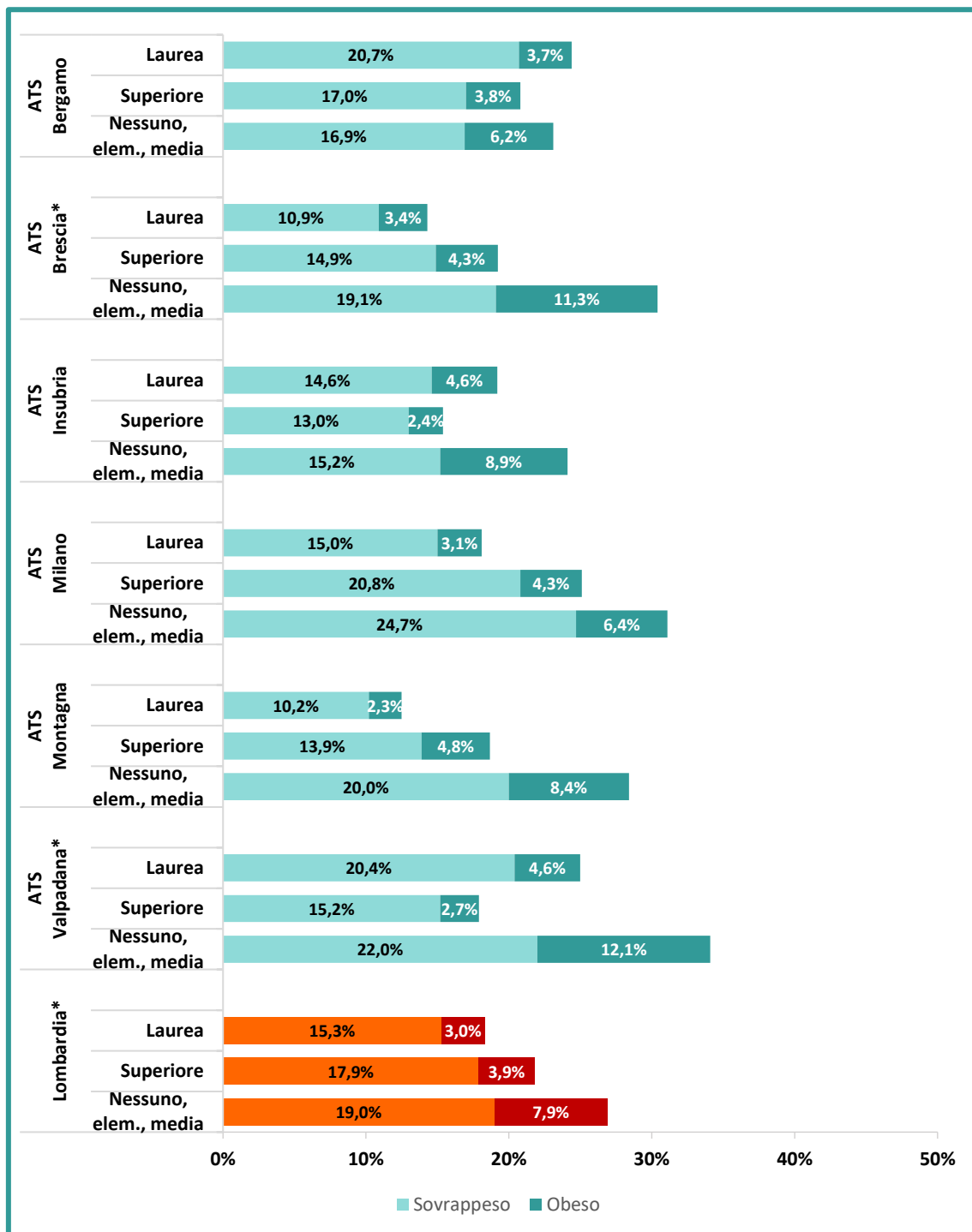
* Differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$)

Grafico 6 : Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni per genere (%) – Confronto tra ATS – OKkio 2019

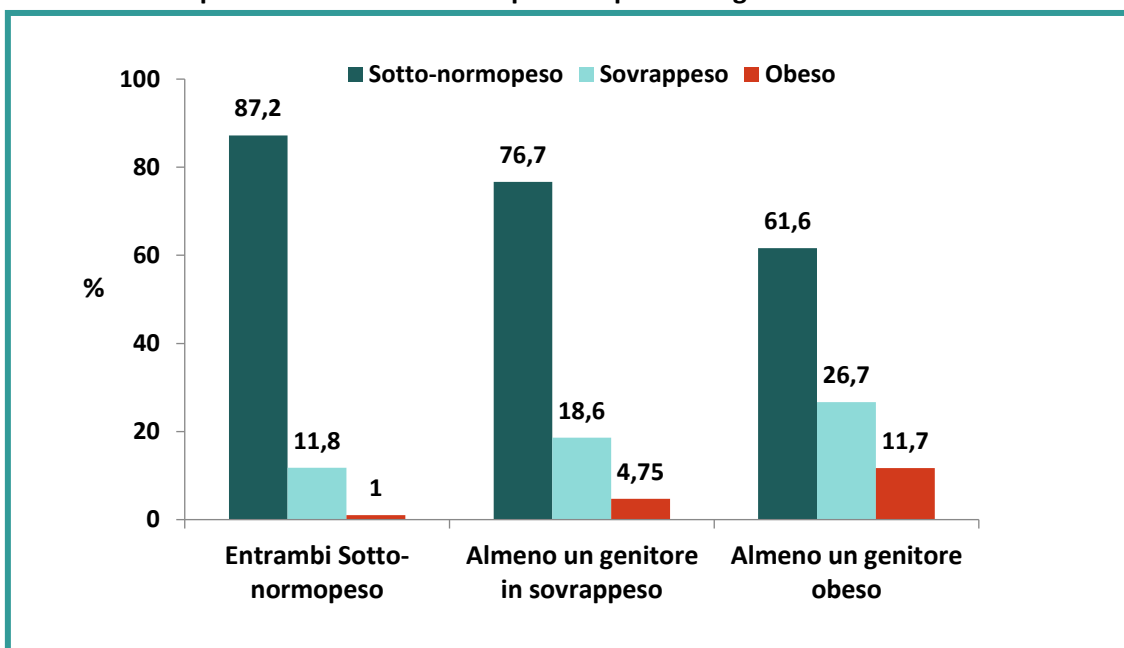


* Differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$)

Grafico 7 : Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni per titolo studio madre (%) – Confronto tra ATS – OKkio 2019



* Differenza statisticamente significativa (p < 0,05)

Grafico 8: Stato ponderale dei bambini rispetto a quello dei genitori.

- Dai dati auto-riferiti dai genitori emerge che, in Lombardia il 19,6% delle madri è in sovrappeso e il 6,42% è obesa. Per quanto riguarda i padri la situazione è peggiore: il 42,1%, è in sovrappeso e il 10,2% è obeso.
- La condizione di sovrappeso e obesità dei bambini è influenzata dal peso dei genitori. Infatti i dati indicano che quando almeno uno dei due è in sovrappeso il 18,6% dei bambini risulta in sovrappeso e il 4,75% obeso. Quando almeno un genitore è obeso il 26,7% dei bambini è in sovrappeso e il 11,7% obeso. Quando i genitori sono entrambi normopeso solo l'1% dei bambini è obeso

Nei giorni di scuola quante ore dormono i bambini?

In alcuni studi si è osservato che le ore di sonno del bambino sono associate al suo stato ponderale. Diverse fonti e istituzioni internazionali raccomandano che i bambini in età scolare dormano almeno 9-10 ore al giorno. Per tale motivo, nel questionario rivolto al genitore è posta una 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.

Tabella 5: Ore di sonno dei bambini, Regione Lombardia, OKkio alla SALUTE

ORE E MINUTI*	Sotto-normopeso	Sovrappeso-obeso
	%	%
< 9 ore	69	31
9 ore – 9 ore e 29 minuti	77,3	22,7
9 ore e 30 minuti – 9 ore e 59 minuti	78,5	21,5
≥10 ore	79,7	20,3

- In Lombardia il 9,7% dei bambini dorme meno di 9 ore al giorno. Il dato è peggiorato rispetto all'edizione 2016 (7,7%). A livello nazionale questo dato è pari al 13%.
- La percentuale di bambini lombardi sovrappeso-obesi aumenta al diminuire delle ore di sonno*.

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

Le caratteristiche del parto e nei primi mesi di vita influenzano lo stato ponderale?

Tra i fattori che sono 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.

Tabella 6: Caratteristiche alla nascita

CARATTERISTICA ALLA NASCITA	MODALITÀ	VALORE REGIONALE 2019	VALORE NAZIONALE 2019
Tipo di parto	Taglio Cesareo	28,6%	40,1%
Settimana gestazionale	<37	7,86%	14,5%
Peso alla nascita (in grammi)	< 2500	8,44%	7,6%
	2500-3300	48,5%	48,1%
	3300-4000	36,1%	37,4%
	≥4000	7,04%	6,9%
Allattamento al seno	Mai/<1 mese	29,8%	24,1%
	1-6 mesi	26,2%	33,8%
	>6 mesi	43,9%	42,2%

Nei grafici seguenti è riportato lo stato ponderale dei bambini per tipo di parto e per durata dell'allattamento al seno. I dati Lombardi non rilevano differenze significative per nessuna delle due condizioni indagate. Non sono state riscontrate differenze significative nemmeno rispetto alla durata della gestazione: le percentuali di sovrappeso e obesità dei bambini nati alla trentasettesima settimana o prima risultano simili a quelle dei bambini nati a termine.

Grafico 9: Stato ponderale dei bambini per tipologia del parto

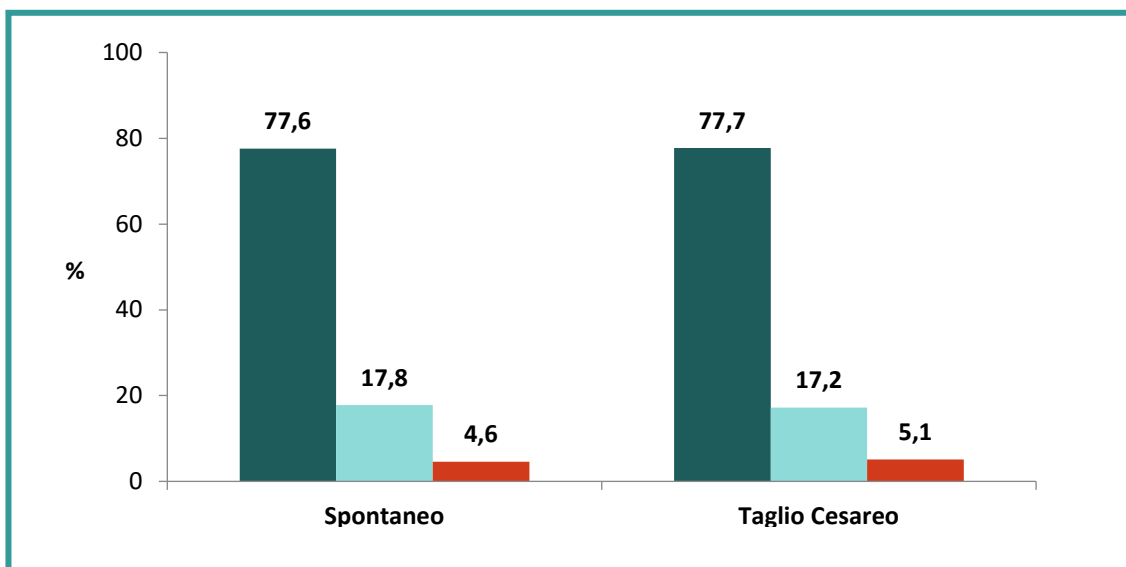
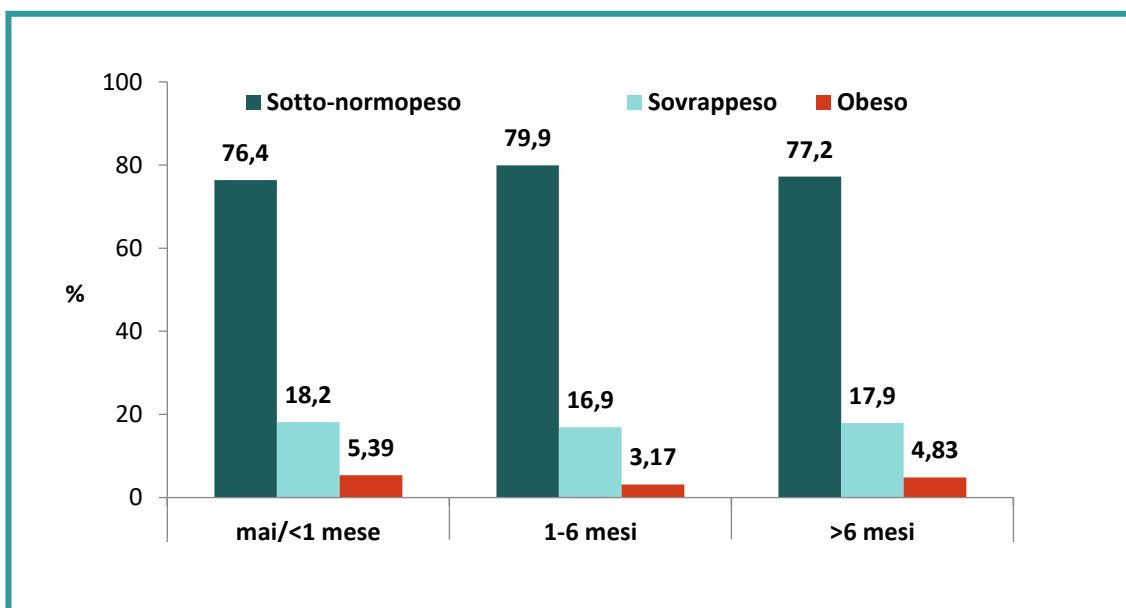
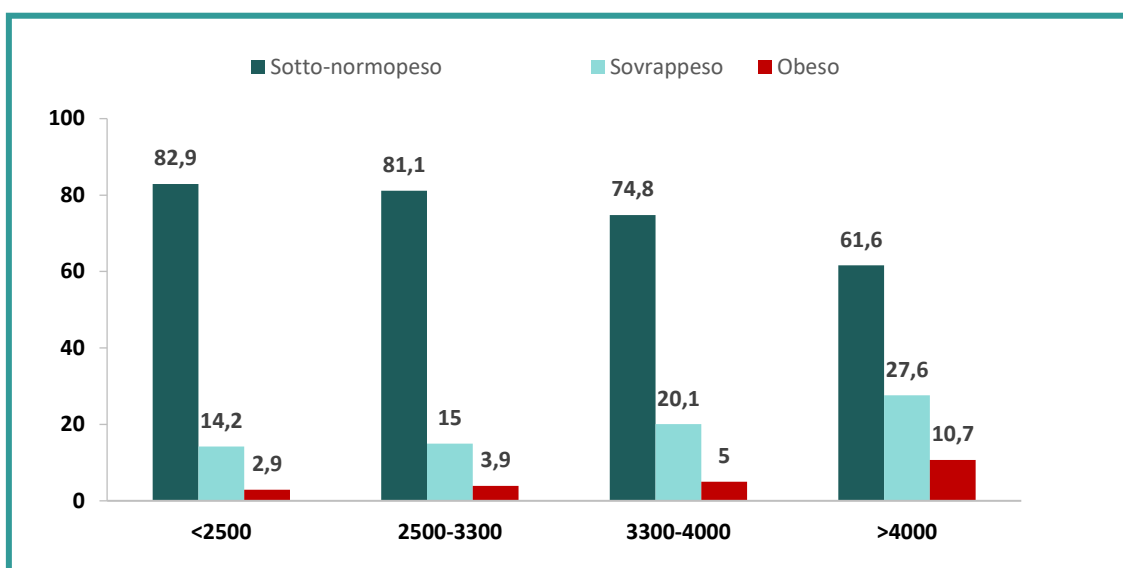


Grafico 10: Stato ponderale dei bambini per durata allattamento al seno



I dati indicano invece che sovrappeso e obesità crescono gradualmente al crescere del peso alla nascita e questa differenza è statisticamente significativa. In particolare tra i bambini con peso alla nascita ≥ 4000 gr si riscontra il 27.6% di bambini in sovrappeso e il 10,7% di obesi*. Questo elemento pone in luce l'importanza di rinforzare, nella programmazione delle azioni di promozione alla salute, collegamenti tra i programmi realizzati a scuola e quelli negli altri setting, come, per esempio, la comunità e il setting socio-sanitario.

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

Grafico 11: Stato ponderale del bambino per peso alla nascita

In sintesi

I dati 2019 indicano che in Lombardia quasi 8 bambini su 10 sono normopeso. I dati di sovrappeso (17,6%) e obesità (4,6%) sono leggermente in calo rispetto al 2016 anche se le variazioni non sono statisticamente significative. Ma come si evince dai valori riportati nella tabella 7, che riassume i valori di prevalenza dei dati ponderali dei bambini raccolti nel corso delle diverse edizioni di OKkio, il trend è caratterizzato da alti e bassi, non permettendo quindi valutazioni ottimistiche.

Il dato dei bambini normopeso in Lombardia è costantemente superiore rispetto a quello registrato a livello Nazionale. La prevalenza dei bambini sottopeso, sovrappeso e obesi è, specularmente, sempre inferiore a quella nazionale.

Tabella 7: Per un confronto nel tempo

	Valori regionali (%)				VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2012	2014	2016	2019	
Prevalenza di bambini sotto-normopeso	75,3%	76,5%	75,2%	77,8%	70,2%
Prevalenza di bambini sovrappeso	18,5%	17,1%	19,2%	17,6%	20,4%
Prevalenza di bambini obesi	6,2%	6,4%	5,6%	4,6%	9,4%
Prevalenza di bambini sovrappeso e obesi	24,7%	23,5%	24,8%	22,2%	29,8%

Le figure parentali hanno un'influenza importante sullo stato ponderale dei figli che, per esempio, diminuisce con il crescere del livello di scolarità della madre. È stata rilevata anche una correlazione tra il peso dei genitori e quello dei figli.

Numerosi studi indicano, inoltre, che i primi mesi di vita del bambino e il tipo/modalità di allattamento possono risultare predittivi del suo futuro stato di salute, soprattutto per quanto riguarda lo stato ponderale. In particolare in Lombardia è risultato significativa la correlazione con il peso alla nascita.

Per essere in grado di cogliere eventuali variazioni del fenomeno e di misurare gli effetti legati agli interventi rivolti a tutta la popolazione è necessario continuare ad effettuare una sorveglianza periodica della popolazione infantile.

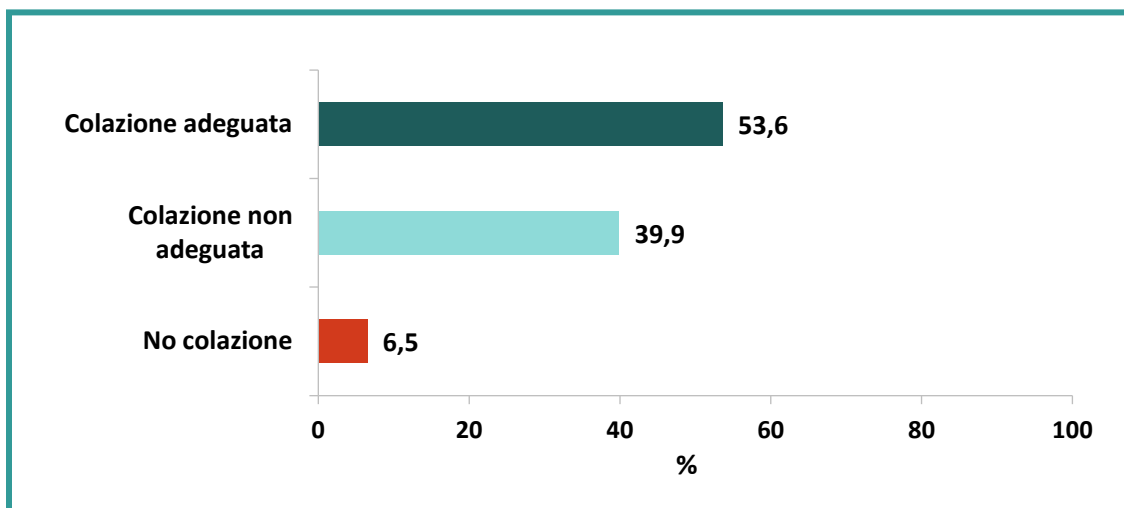
Le abitudini alimentari

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 sia di proteine (per esempio: latte e cereali o succo di frutta e yogurt).

Grafico 12: Adeguatezza della colazione consumata dai bambini (%)



- Da quanto riportato dalle risposte dei bambini, in Lombardia oltre il 90% ha fatto colazione il giorno della rilevazione ma solo nel 53,6% dei casi in modo qualitativamente adeguato. Il dato sulla qualità è peggiorato rispetto all'edizione precedente (62%)
- Dai dati raccolti si rileva che sono prevalentemente i maschi a fare una colazione adeguata rispetto alle compagne e questa differenza è statisticamente significativa*
- Non risultano differenze significative legate al titolo di studio della madre.

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

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

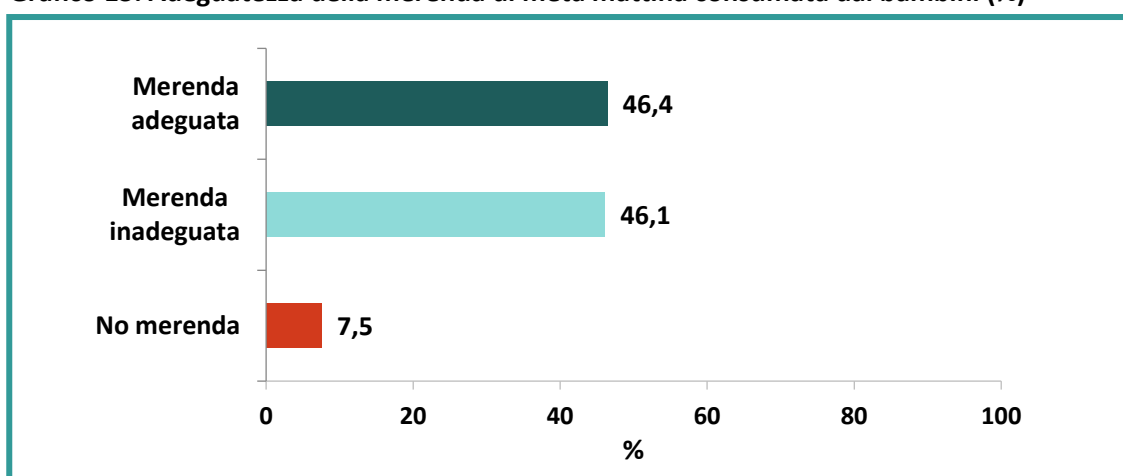
Tabella 8: Frequenza della colazione in una settimana tipica (%)

FREQUENZA	%
Ogni giorno	74,9
Quasi tutti i giorni della settimana (4-6 giorni)	11,5
Qualche giorno a settimana (1-3 giorni)	8,9
Mai	4,6

Secondo le risposte fornite dai genitori, i bambini lombardi che fanno colazione tutti i giorni sono il 74,9% e quindi il dato è più basso rispetto a quanto riportato dai bambini. La differenza osservata tra quanto riferito dai bambini e dai genitori potrebbe essere dovuta 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?

Le linee guida raccomandano che sia 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. Quando la merenda di metà mattina è fornita dalla scuola (informazione raccolta tramite il questionario Dirigenti) è considerata sempre adeguata.

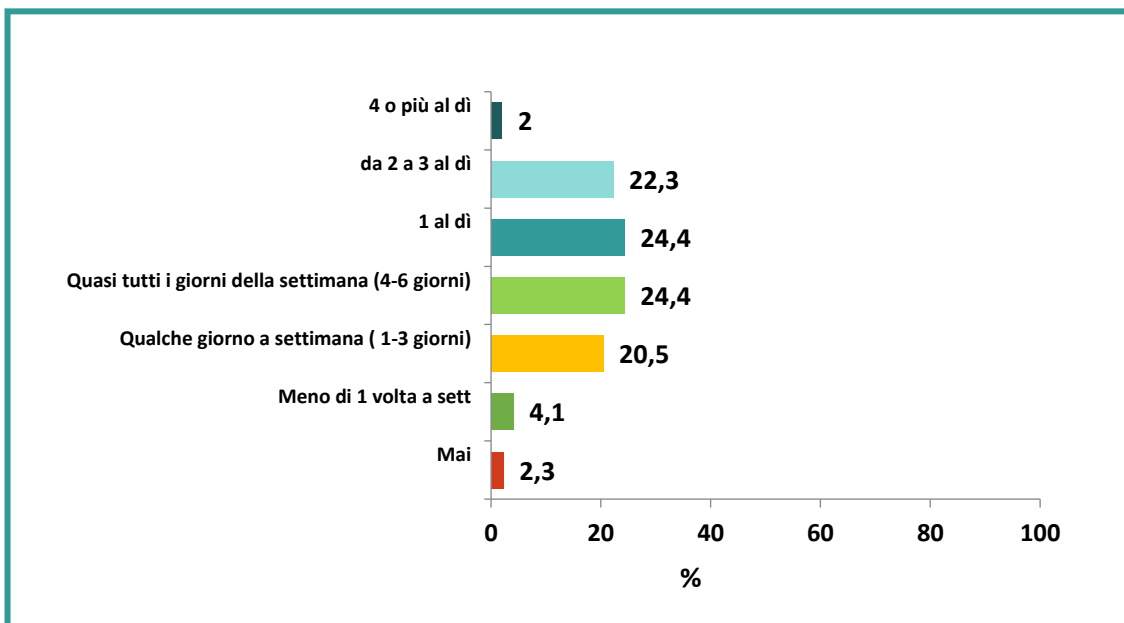
Grafico 13: Adeguatezza della merenda di metà mattina consumata dai bambini (%)

- Nel 39,4% delle classi è stata distribuita una merenda di metà mattina. In dato è in linea con quello dell'edizione precedente (38%). Si registra un lieve incremento
- Il 46,4% dei bambini consuma una merenda adeguata a metà mattina. In dato è in linea con quello dell'edizione precedente (45%). Si registra un lieve incremento
- All'incirca la stessa percentuale (46,1%) consuma una merenda inadeguata e il 7,5% non la fa per niente. In dato è in linea con quello dell'edizione precedente. Si registra un lieve calo sia delle merende inadeguate (nel 2016 era il 47%) sia di chi non fa merenda (nel 2016 era l'8%).
- Sono state riscontrate differenze statisticamente significative per quanto riguarda il sesso: le ragazze fanno maggiormente merenda rispetto ai loro compagni maschi.

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.

Grafico 14: Consumo di frutta nell'arco della settimana (%)



- Secondo le risposte date dai genitori, il campione Lombardo si divide quasi a metà tra chi mangia frutta tutti i giorni almeno una volta al giorno (48,7%) e chi lo fa saltuariamente, qualche volta a settimana o meno (51,3%). Più nel dettaglio: meno di un quarto dei bambini (22,3%) consuma frutta 2-3 volte al giorno e un quarto 1 volta al giorno. Solo il 2% la mangia 4 volte.
- Il 6,4% dei bambini mangia frutta meno di una volta a settimana o mai.
- Il titolo di studio della madre sembra influenzare significativamente la quantità di frutta assunta. Più alto è il titolo di studio posseduto, maggiore è il consumo*.
- I dati suggeriscono che siano più i maschi a non mangiare mai frutta rispetto alle femmine

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

Grafico 15: Consumo di frutta almeno una volta al giorno, per ATS (%)

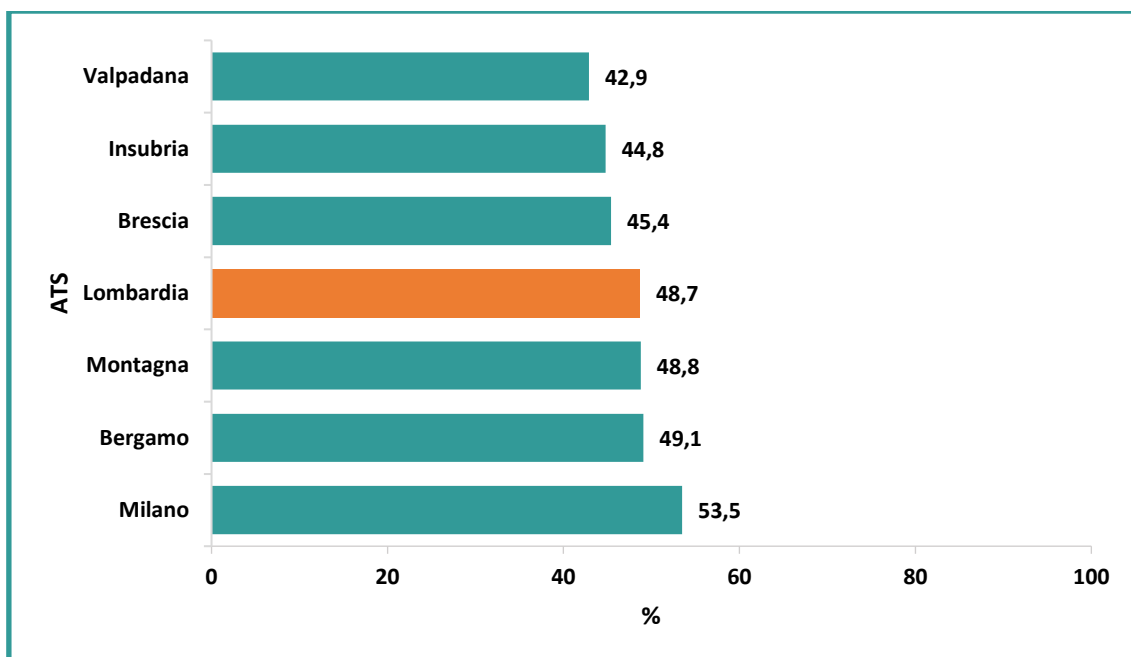
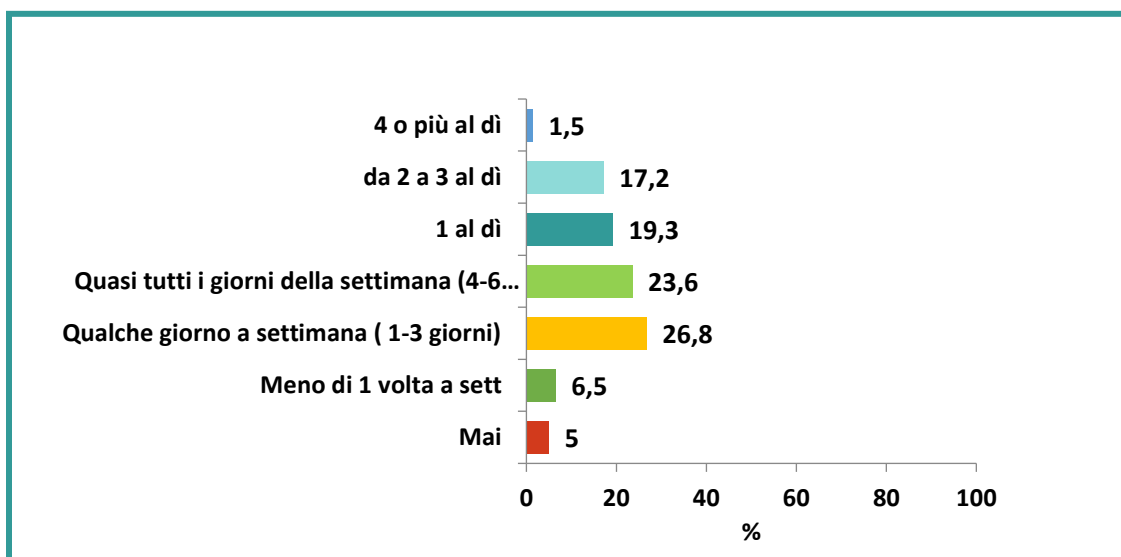
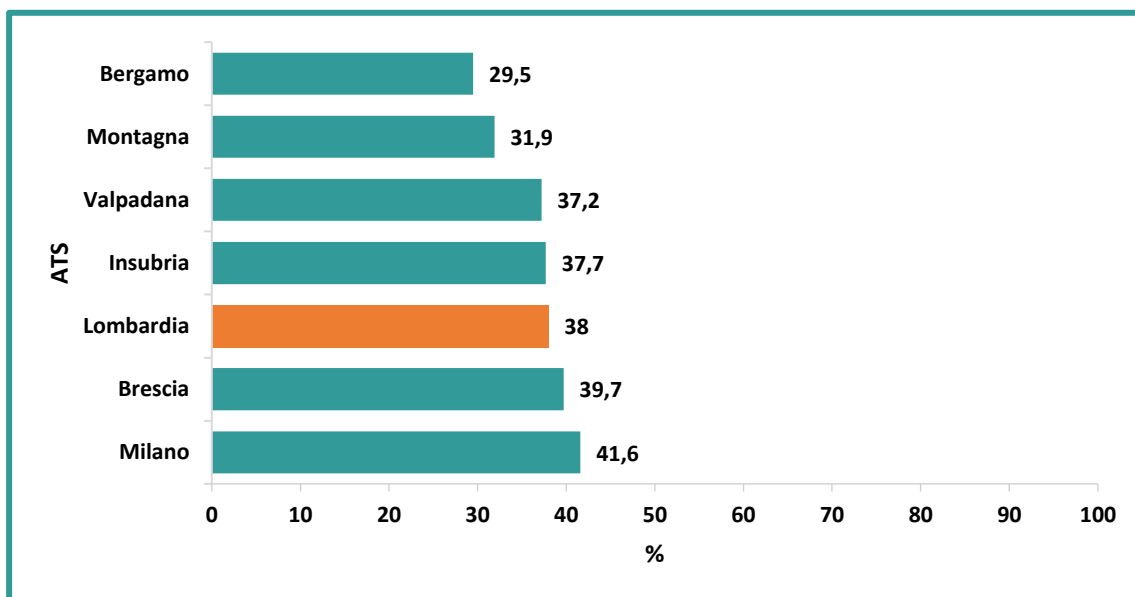


Grafico 16: Consumo di verdura nell'arco della settimana (%)



- Secondo le risposte dei genitori, in Lombardia il 38% dei bambini mangia la verdura almeno una volta al giorno tutti i giorni (il 18,7% più volte al giorno e il 19,3% 1 volta al giorno).
- Il 50,4% la mangia qualche volta a settimana (il 23,6 quasi tutti i giorni e il 26,8 da 1 a 3 giorni).
- L'11,5% mai o meno di una volta a settimana
- Dividendo i consumi di verdura tra chi la mangia almeno una volta al giorno tutti i giorni e chi meno, si rileva che le ragazze hanno un comportamento più sano rispetto ai compagni maschi.
- Il titolo di studio della madre sembra influenzare significativamente anche la quantità di verdura assunta. Più alto è il titolo di studio posseduto, maggiore è il consumo
- Il 47,9% dei bambini consuma almeno due volte al giorno frutta e/o verdura.

Grafico 17: Consumo di verdura almeno una volta al giorno, per ATS (%)



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.

Tabella 9: Regione Lombardia, 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, pop corn, noccioline, ecc.)	SNACK DOLCI (merendine, biscotti, caramelle, torte, ecc.)
Mai	20,4%	21,3%	67,9%	19,6%	9,2%	2,2%
meno di una volta a settimana	23,6%	35,7%	20,4%	26,9%	39%	11,5%
qualche giorno (1-3 giorni)	30,9%	26,6%	9,6%	46,8%	39%	31,8%
quasi tutti i giorni (4-6 giorni)	13,1%	8,4%	1,2%	4,8%	8,9%	31,4%
una volta al giorno tutti i giorni	9%	5,6%	0,7%	1%	2,7%	16,8%
più volte al giorno tutti i giorni	3%	2,4%	0,2%	0,8%	1,3%	6,2%

- In Lombardia l'8,4% dei bambini assume quasi tutti i giorni bibite zuccherate confezionate, contenenti zucchero.
- Il 46,5% dei bambini non consuma mai legumi o li consuma meno di una volta a settimana.
- Il consumo di snack salati e dolci "più volte al giorno, tutti i giorni" è rispettivamente del 2,7% e del 16,8%.
- Non si rilevano differenze fra maschi e femmine per le diverse categorie di alimenti prese in considerazione (bibite confezionate contenenti zucchero, legumi, snack salati e dolci). È invece il titolo di studio della madre a fare la differenza.
- In particolare si rileva che la prevalenza di consumo di bibite confezionate contenenti zucchero e di snack salati una volta al giorno tutti i giorni diminuisce con il crescere della scolarità della madre.

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

L'abitudine di lavarsi i denti è essenziale per la prevenzione della carie dentale e dell'igiene del cavo orale. L'86,1% dei bambini in Lombardia ha dichiarato di essersi lavato i denti la sera precedente l'indagine. Non si registrano variazioni rispetto all'edizione precedente.

A livello nazionale questo dato è risultato pari all'83%.

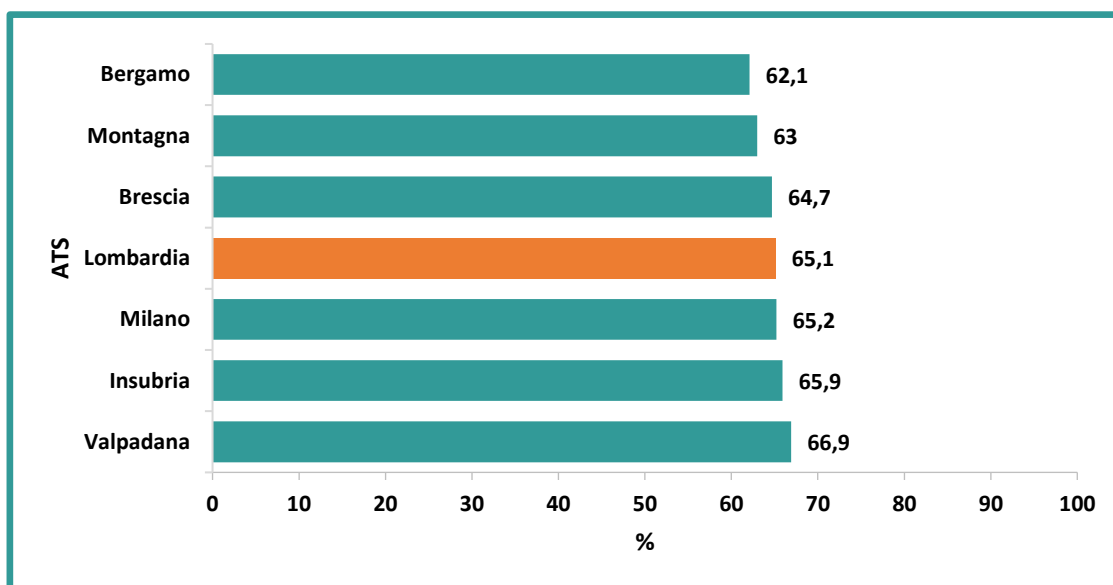
Nella nostra Regione i genitori hanno riportato che il 29,8% dei bambini lava i denti non più di una volta al giorno; dato nazionale 31%.

I cambiamenti salutari adottati in famiglia _____

Nel 2016, al fine di approfondire la propensione a mettere in atto comportamenti salutari e preventivi da parte delle famiglie, nel questionario rivolto ai genitori sono state introdotte domande relative all'uso abituale di comportamenti salutari adottati in famiglia, legati all'alimentazione e all'igiene orale.

In Lombardia i comportamenti salutari più frequentemente adottati sono: aumentare il consumo di verdura e ortaggi (65,1%), ridurre il consumo di alimenti già pronti o in scatola (55,8%), inserire la frutta come spuntino (51,5%).

Grafico 18: Percentuale di famiglie che dichiarano di aver aumentato il consumo di verdura e ortaggi, per ATS (%)



In sintesi

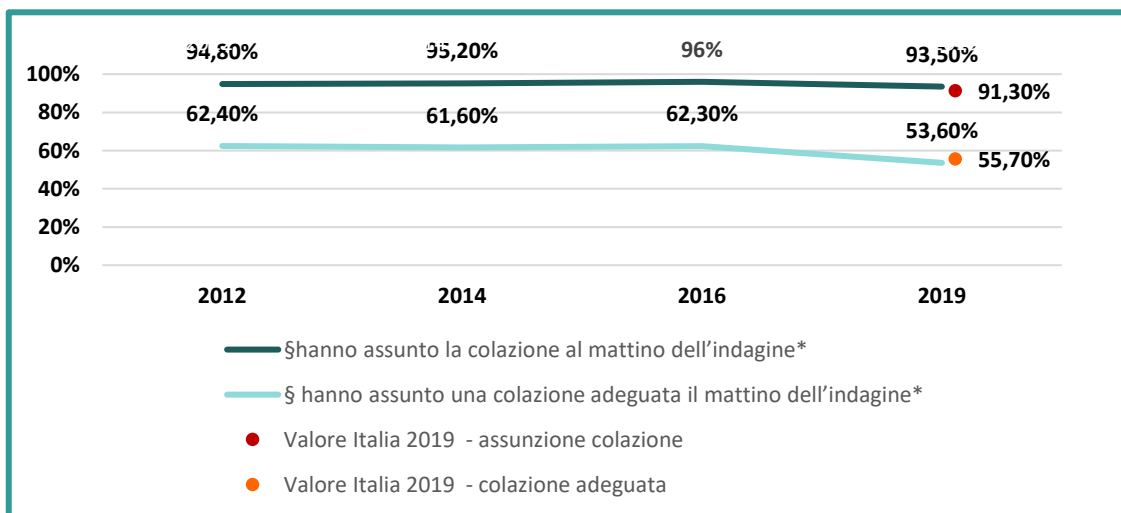
Anche in questa raccolta dati, si conferma la diffusione fra i bambini lombardi di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e che possono portare all'aumento di peso.

Tabella 10: Per un confronto nel tempo

	Valori regionali (%)				VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2012	2014	2016	2019	
§hanno assunto la Colazione al mattino dell'indagine*	94,8%	95,2%	96%	93,5%	91,3%
§ hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine*	62,4%	61,6%	62,3%	53,6%	55,7%
hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	36,6%	58,3%	45,4%	46,4%	41,2%
assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere	10,4%	10,3%	10,3%	8,2%	5,7%
assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno	45,6%	44,2%	37,6%	27,5%	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 *

Grafico 19: Confronto nel tempo colazione (per il 2019 presentato anche il valore nazionale)



Benché ancora la maggior parte del campione dichiara di fare la prima colazione, questa percentuale diminuisce nel tempo e si riduce la qualità sia della colazione sia della merenda. In diminuzione anche la percentuale di chi assume 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno ma comunque superiore alla media nazionale.

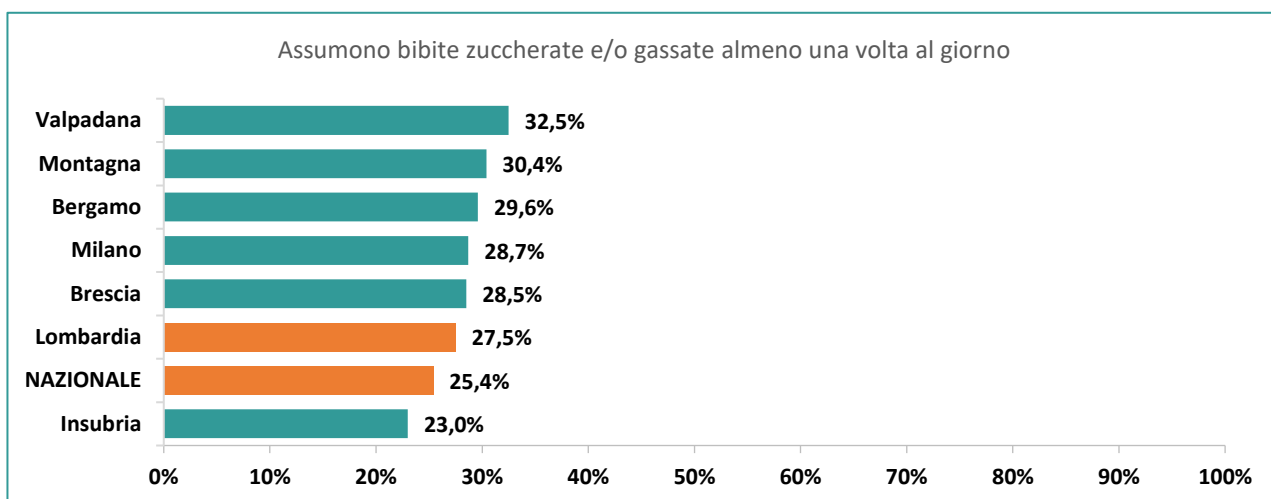
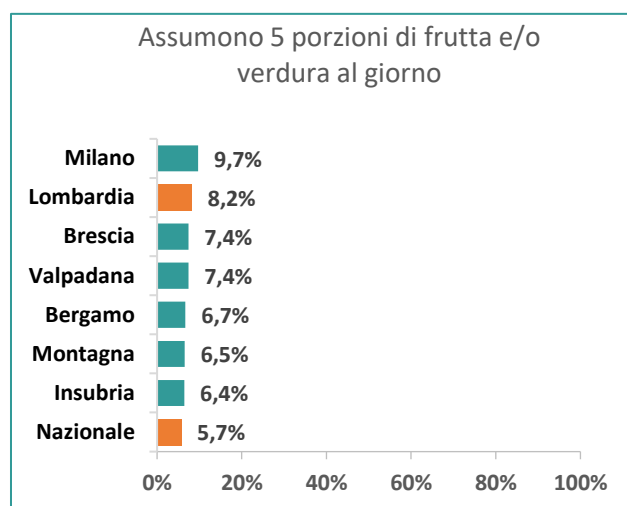
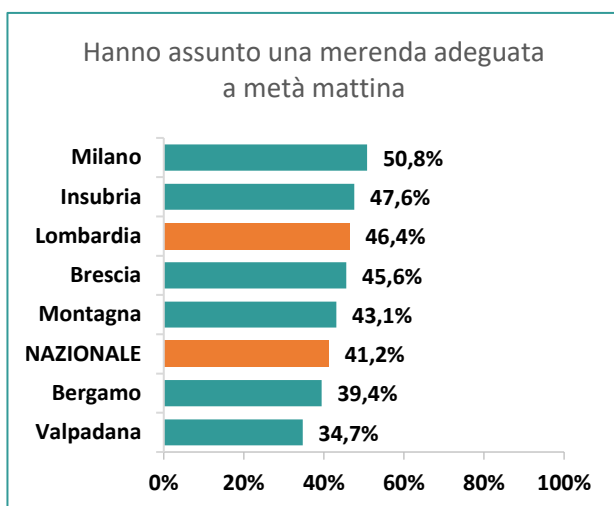
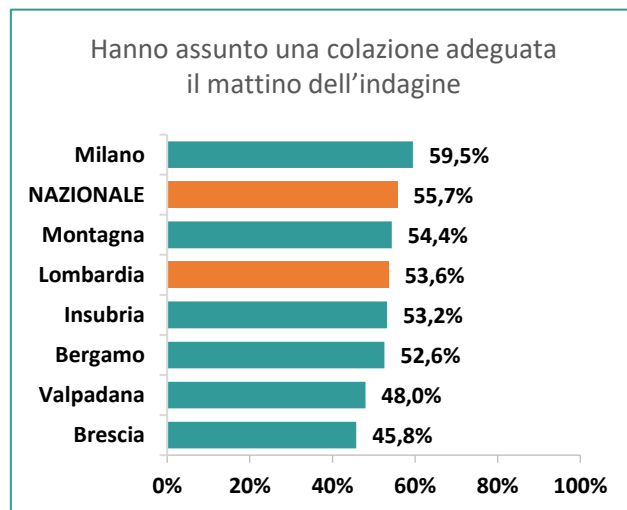
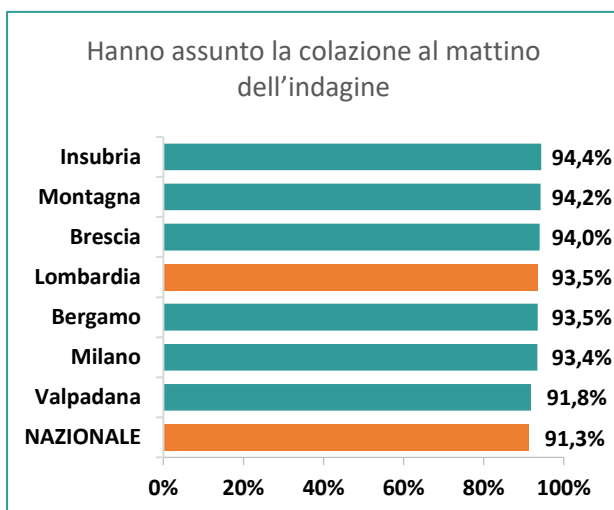
Di contro si registra un costante e deciso calo del consumo di bibite zuccherate.

Nell'area dell'alimentazione si registra una significativa influenza del titolo di studio della madre: più alto è il titolo, più frequente è l'assunzione di frutta e verdura e minore è il consumo di bibite zuccherate.

I rischi, per i bambini, di adottare abitudini alimentari poco sane può essere limitato grazie alla modifica delle abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie.

Tabella 11: Per un confronto tra ATS

Valori delle ATS 2019 (%)								
	BG	BS	INS	MI	MONT	VALPAD	LOMB 2019 (%)	ITALIA 2019 (%)
hanno assunto la colazione al mattino dell'indagine	93,5%	94%	94,4%	93,4%	94,2%	91,8%	93,5%	91,3%
hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine	52,6%	45,8%	53,2%	59,5%	54,4%	48%	53,6%	55,7%
hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	39,4%	45,6%	47,6%	50,8%	43,1%	34,7%	46,4%	41,2%
assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere	6,7%	7,4%	6,4%	9,7%	6,5%	7,4%	8,2%	5,7%
assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno	29,6%	28,5%	23%	28,7%	30,4%	32,5%	27,5%	25,4%



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 cronic-degenerative. Si consiglia che i bambini facciano attività fisica moderata o intensa ogni giorno per almeno 1 ora. Questa attività non deve essere necessariamente continua e 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. Nello 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/o attività sportiva strutturata e/o 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.

Tabella 12: Bambini fisicamente non attivi# (%) - Regione Lombardia- OKkio 2019

CARATTERISTICHE	NON ATTIVI
Sesso	
Maschi	16,5%
Femmine	18,8%
Zona abitativa	
<10.000 abitanti	15,9%
10.000-50.000	19,9%
>50.000	23%
metropolitana/perimetropolitana	16,4%

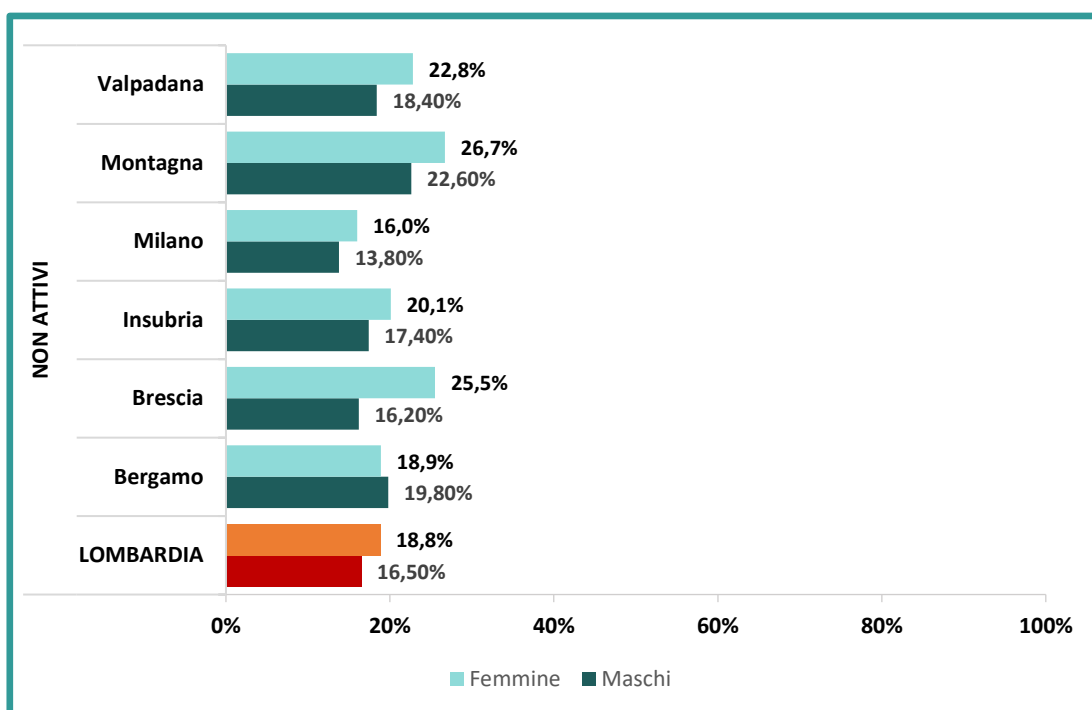
Il giorno precedente non hanno svolto attività motoria a scuola e attività sportiva strutturata e non hanno giocato all'aperto nel pomeriggio

Tabella 13: Bambini fisicamente non attivi, per ATS

SESSO	NON ATTIVI						
	Bergamo	Brescia	Insubria	Milano	Montagna	Valpadana	LOMBARDIA
Maschi	19,8%	16,2%	17,4%	13,8%	22,6%	18,4%	16,5%
Femmine	18,9%	25,5%	20,1%	16,0%	26,7%	22,8%	18,8%

- Nel nostro studio il 17,6% dei bambini risulta non attivo il giorno antecedente all'indagine.
- Il 19,2% ha partecipato a un'attività motoria curricolare a scuola nel giorno precedente (questo può dipendere dal fatto che il giorno precedente poteva non essere quello in cui era prevista l'ora curricolare).
- Le femmine non attive (18,8%) sono in percentuale maggiore rispetto ai maschi (16,5%), ma non si tratta di una differenza significativa. Il trend conferma quanto registrato nella edizione precedente.

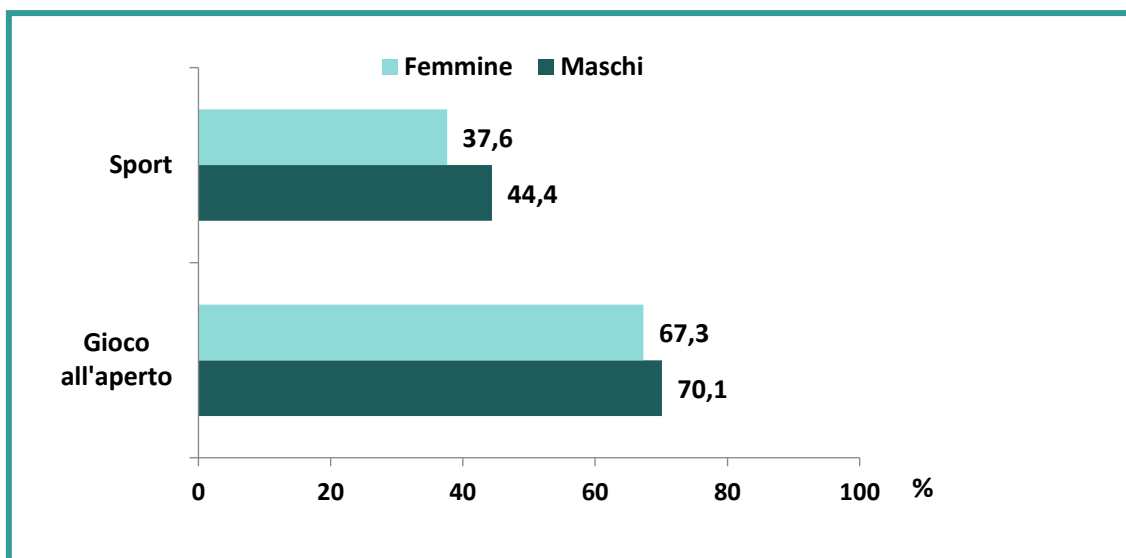
Grafico 20: Bambini fisicamente non attivi, per ATS



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.

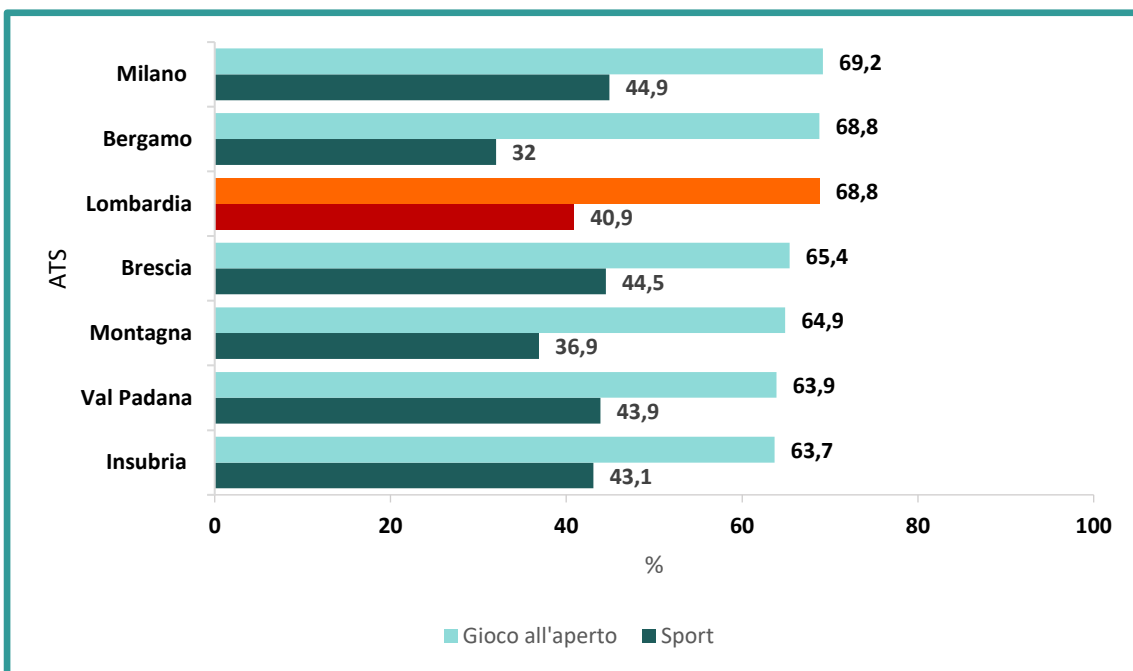
Grafico 21: Bambini che hanno giocato all'aperto e/o fatto sport il giorno precedente (%)



- In Lombardia il 68,8% dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi giocano all'aperto più delle femmine, ma non in modo significativo.
- Il 41% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi fanno sport strutturato più delle femmine, in modo significativo*

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

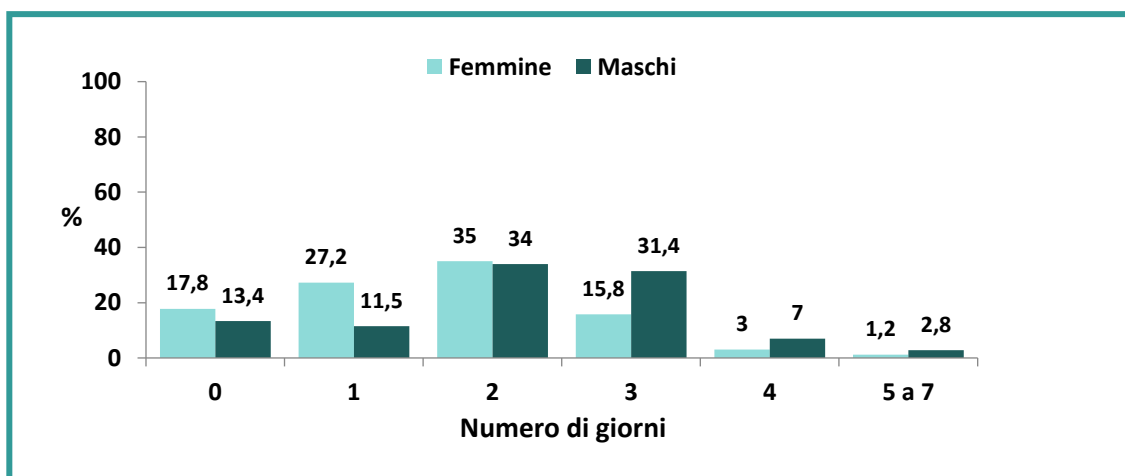
Grafico 22: Bambini che hanno giocato all'aperto e/o fatto sport il giorno precedente le rilevazioni, per ATS (%)



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

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 di fuori dell'orario scolastico. Nel questionario 2019 è stato inoltre richiesto ai genitori, secondo le indicazioni dell'OMS, di riportare il totale delle ore a settimana che i bambini dedicano a queste attività.

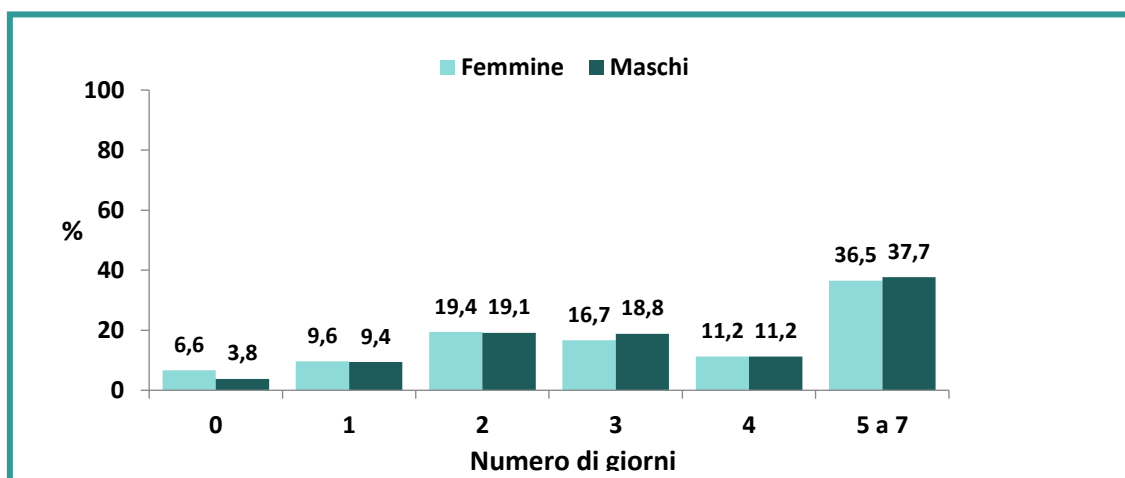
Grafico 23: Giorni di attività sportiva strutturata per almeno un'ora durante la settimana (%)



- Secondo i genitori circa 1 bambino su 3 (34,2%) in Lombardia fa almeno un'ora di attività sportiva strutturata per 2 giorni la settimana, il 16% neanche un giorno e il 2% da 5 a 7 giorni.
- I maschi fanno attività sportiva strutturata più giorni delle femmine*.
- La zona di abitazione non è associata a una diversa frequenza di attività sportiva strutturata da parte dei bambini.

* Differenza statisticamente significativa (p < 0,05)

Grafico 24: Giorni di giochi di movimento per almeno un'ora durante la settimana (%)



- Per quanto riguarda il tempo dedicato ai giochi di movimento, in Lombardia, il 37,1% gioca all'aperto da 5 a 7 giorni la settimana, il 19,2%, 2 giorni la settimana, il 5% neanche un giorno
- Non emergono differenze significative tra maschi e femmine.
- La zona abitativa è associata a una diversa frequenza di giochi di movimento da parte dei bambini. In particolare si nota che i bambini che abitano nelle zone <50.000 fanno più giochi di movimento rispetto a quelli che vivono in zone con una popolazione >di 50.000 abitante o in una zona metropolitana)*
- Il 17,6% 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.

- Secondo quanto hanno risposto i bambini, il 35,2% di loro, la mattina dell'indagine, si è recato a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini (indicatore del PNP); invece, il 64,8% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato.
- Non si rilevano differenze significative per genere.
- Sono invece emerse differenze significative per le diverse tipologie di zona abitativa*: i bambini che vivono in zona metropolitana sono quelli che si recano a scuola più frequentemente a piedi o in bici. I bambini che vivono in zone con una popolazione inferiore ai di 10.000 si posizionano al secondo posto.
- Il dato di chi va a scuola a piedi è aumentato passando dal 29% della rilevazione 2016 al 35,2% nella rilevazione 2020

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

Per allinearsi alla ricerca COSI, nel 2019 è stata introdotta la stessa domanda anche per i genitori. Secondo le loro risposte il 37,6% dei bambini si è recato a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini; invece, il 62,3% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato. Per il ritorno il 59,2% dei bambini ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato e il 40,9% è tornato a piedi/bicicletta/monopattino.

La differenza tra i dati rilevati dai bambini e quelli rilevati dai genitori può essere dovuta al fatto che la domanda fa riferimento a un arco temporale differente: ai bambini è stato chiesto di riferirsi al giorno della rilevazione mentre ai genitori è stato chiesto "cosa succede abitualmente".

Grafico 25: Mezzo utilizzato nel percorso casa-scuola (%) riferito dai genitori

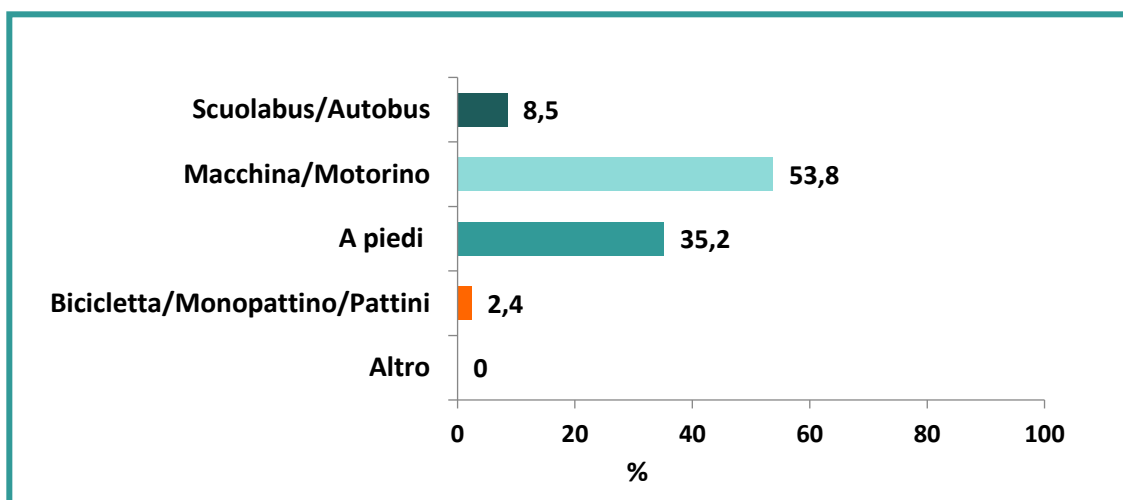


Grafico 26: Mezzo utilizzato nel percorso scuola-casa (%) riferito dai genitori

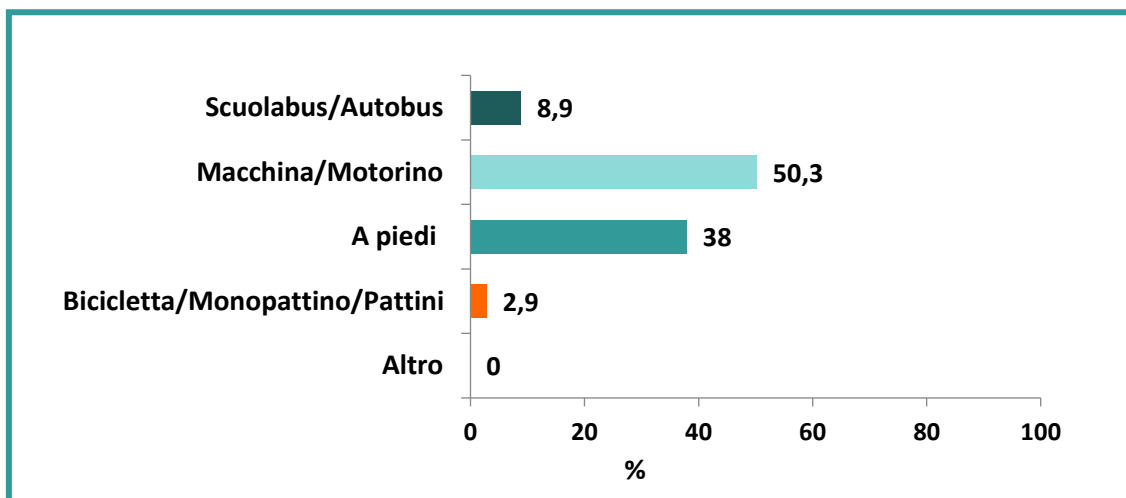
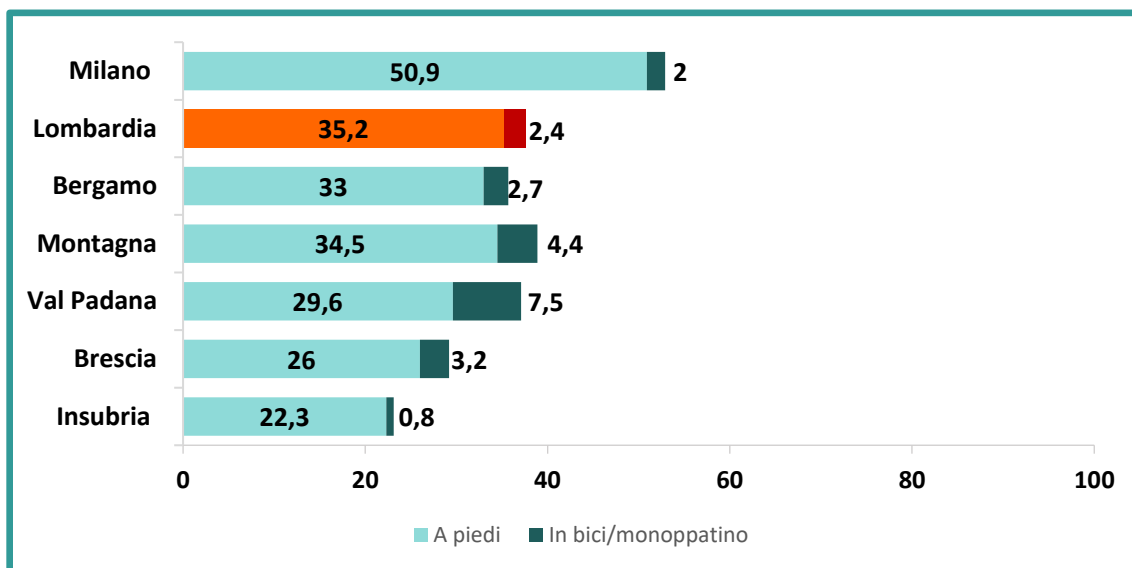


Grafico 27: Mezzo utilizzato nel percorso casa-scuola (%) riferito dai genitori, per ATS



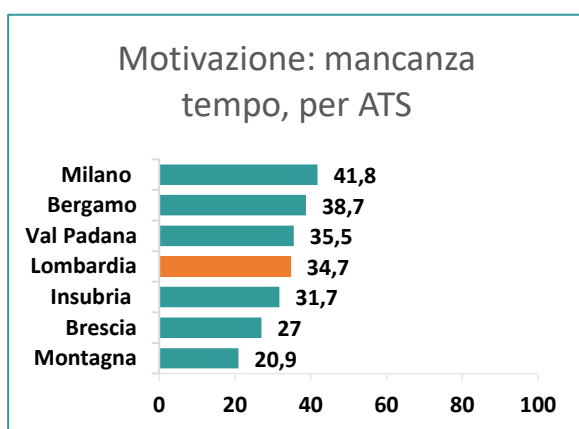
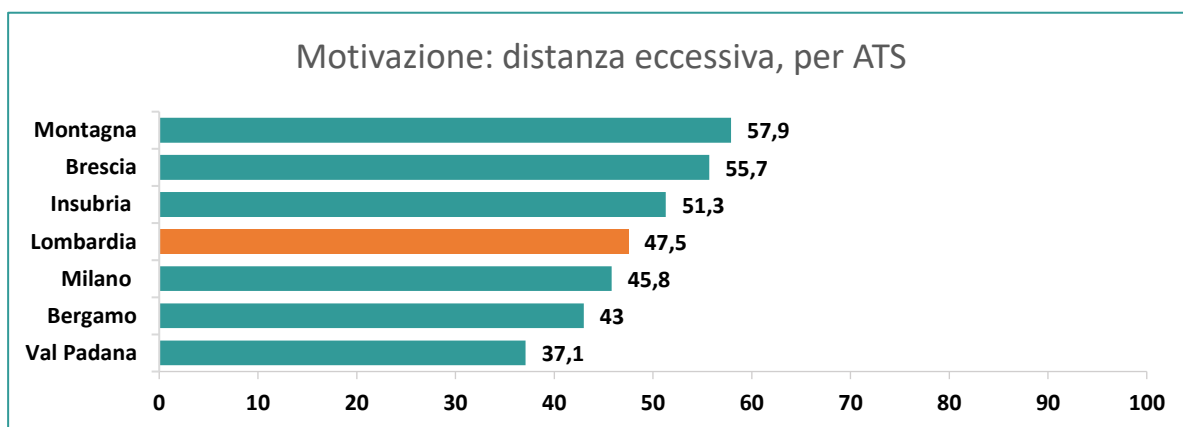
Quali sono i motivi per i quali i bambini non si recano a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini?

Capire che cosa impedisce alle 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.).

Tabella 14: Motivi che impediscono di recarsi a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini (%) Regione Lombardia- OKkio 2019

MOTIVI	%
Strada non sicura	15,9
Distanza eccessiva	47,5
Il bambino si muove già abbastanza durante la giornata	1,9
Mancanza di tempo	34,7

In Lombardia, la maggior parte dei genitori (47,5%) indica come motivo principale del non recarsi a scuola a piedi, in bicicletta/monopattino/pattini la distanza eccessiva tra casa e scuola, seguita dalla mancanza di tempo (34,7%)

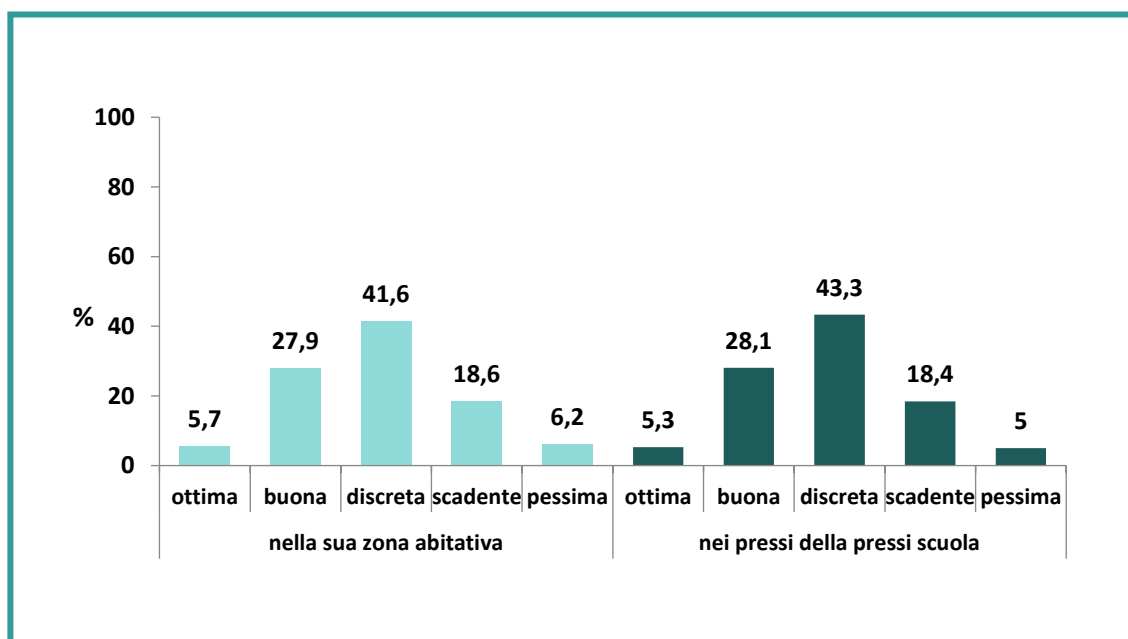


Come viene percepita la qualità dell'aria dai genitori?

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, nel questionario rivolto ai genitori, adottato nel 2019, sono state inserite due domande sulla percezione della qualità dell'aria nei pressi dell'abitazione e della scuola frequentata dai propri figli.

I profili delle risposte relative alla pulizia dell'aria a scuola e a casa sono simili. In entrambi i casi la maggior parte dei genitori (poco oltre il 40%) ritiene che l'aria sia discreta. Circa un quarto dei bambini sembra vivere, sia a casa sia a scuola, in una zona con area scadente o pessima. Un terzo dei genitori ritiene che la casa e la scuola siano in una zona con una qualità dell'aria buona o ottima.

Grafico 28: Percezione della qualità dell'aria (%)



In sintesi

Il 17,6% dei bambini lombardi risulta fisicamente inattivo (cioè il giorno prima della rilevazione non ha né giocato all'aperto, né fatto attività fisica strutturata a scuola o nel pomeriggio).

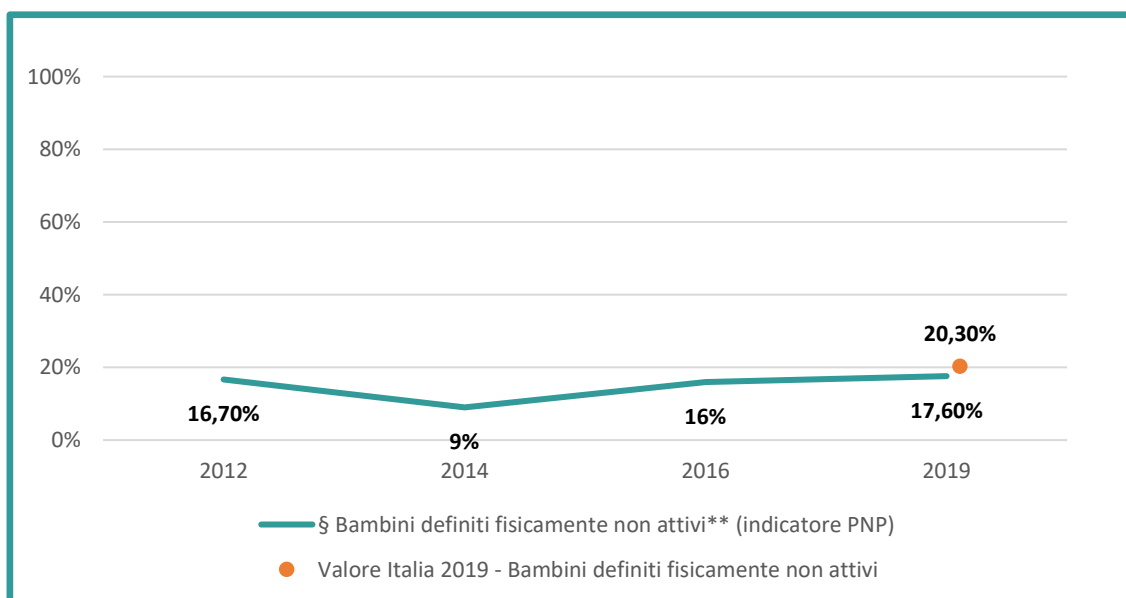
Le attività di gioco di movimento sono più frequenti per i bambini che vivono in centri con meno di 50.000 abitanti (ma non emergono differenze di genere). Sono invece i maschi a fare più attività strutturata rispetto alle compagne. E ancora troppo pochi (poco più di un terzo) sono quelli che si recano a scuola a piedi o in bicicletta ma in questo caso sono i bambini che vivono in area metropolitana sono quelli che si recano a scuola più frequentemente a piedi o in bici. I bambini che vivono in zone con una popolazione inferiore ai di 10.000 si posizionano al secondo posto, anche se questo dato è migliorato rispetto all'edizione precedente.

Tabella 15: Per un confronto nel tempo

	Valori regionali (%)				VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2012	2014	2016	2019	
§ Bambini definiti fisicamente non attivi* (indicatore PNP)	16,7%	9%	16%	17,6%	20,3%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	69%	76%	71%	68,8%	61,4%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	46%	48%	43%	40,9%	43,7%
Bambini che si recano a scuola a piedi e/o bicicletta (riferito dai bambini)	31%	35,6%	32%	35,2%	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 *

Grafico 29: Confronto nel tempo bambini non attivi (per il 2019 presentato anche il valore nazionale)



Confrontando i risultati delle diverse edizioni si rileva una sostanziale stabilità rispetto all'attività strutturata e un aumento dei giochi all'aperto (anche se per entrambi si registra un lieve declino nelle ultime due edizioni).

I bambini che si sono recati a scuola a piedi o in bicicletta il giorno prima della rilevazione, invece sono diminuiti rispetto alla prima edizione ma poi sono rimasti costanti.

Il dato relativo ai bambini NON attivi è l'unico per il quale è stato effettuato un confronto statistico tra le rilevazioni svolte a livello regionale e, in Lombardia è risultato significativo. Il numero è diminuito dalla prima rilevazione ma dal 2014 si registra un leggero e costante incremento.

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 videogiochi, dispositivi elettronici, televisori negli ultimi decenni, 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.

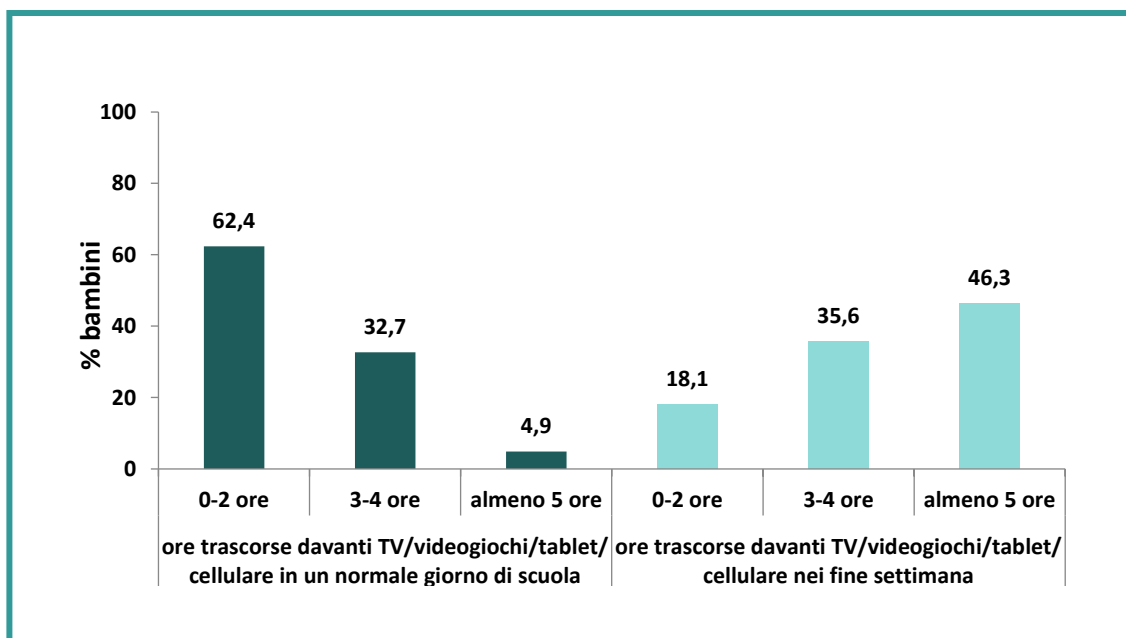
Quante ore al giorno i bambini guardano la televisione o usano i videogiochi/tablet/cellulare?

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 a 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.

Grafico 30: Ore trascorse a guardare la TV e/o a giocare con i videogiochi/tablet/cellulare (%)



- In Lombardia, in particolare nei giorni di scuola i genitori riferiscono che il 62,4% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi/tablet/cellulare da 0 a due 2 ore al giorno, mentre il 32,7 è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi/tablet/cellulare per 3 a 4 ore e il 5% per almeno 5 ore. Valori molto più alti si riscontrano nel fine settimana, durante il quale la percentuale di bambini che trascorrono almeno 5 ore davanti alla TV/videogiochi/tablet/cellulare sale al 46,3%, e la percentuale tra 0-2 ore scende al 18,1%.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV o videogiochi/tablet/cellulare durante un giorno di scuola è più frequente tra i maschi (41,4% versus 32,2%) e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre*.
- Complessivamente il 33,8% dei bambini ha un televisore nella propria camera.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV al giorno è più alta tra i bambini che hanno una TV in camera (15,5% versus 8,8%) *.
- 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 10,9%, mentre quella relativa l'utilizzo di videogiochi/tablet/cellulare per più di 2 ore è 5,51%.

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

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

In Lombardia il 36,1% dei bambini ha guardato la TV o ha utilizzato videogiochi/ tablet/cellulare la mattina della rilevazione, prima di andare a scuola, il 71,6% il pomeriggio del giorno precedente la rilevazione e il 76,6% la sera precedente la rilevazione.

Solo il 9,7% dei bambini non ha guardato la TV o utilizzato i videogiochi/tablet/cellulare nelle 24 ore antecedenti l'indagine, mentre il 23% lo ha fatto in un solo momento della giornata, il 40,6% in due momenti e il 26,7% ne ha fatto uso sia la mattina sia il pomeriggio sia la sera.

L'utilizzo di TV e/o videogiochi/tablet/cellulare è più frequente tra i maschi (33,7% versus 19,3%)* e diminuisce in presenza di alti livelli istruzione della madre (laurea o master)*.

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

In sintesi _____

In Lombardia sono molto diffuse le abitudini sedentarie come trascorrere molto tempo a guardare la TV e giocare con i videogiochi, in particolare durante il fine settimana quando oltre l'80% passa davanti alla TV o giocando ai videogiochi più di 3 ore al giorno. Il 62,4% dei bambini ottempera 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) durante i giorni di scuola.

Tabella 16: Per un confronto nel tempo

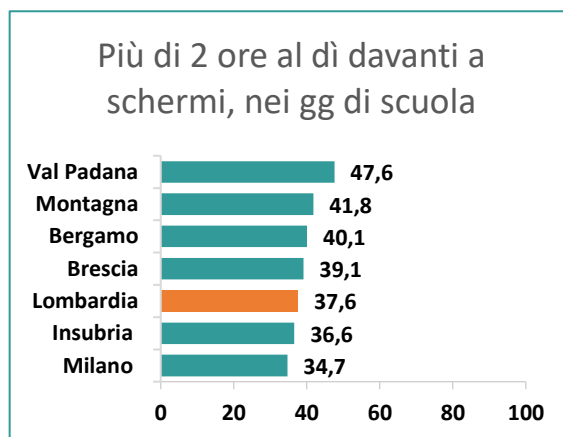
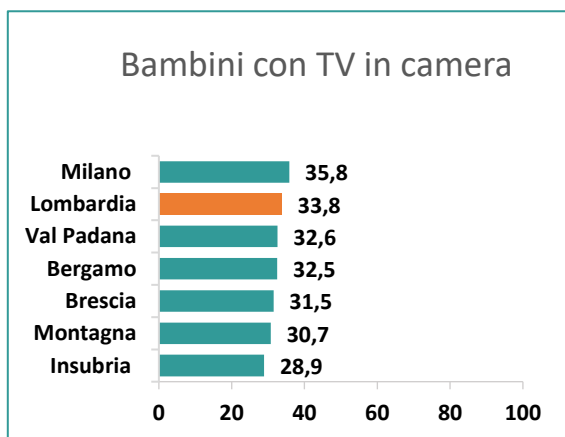
	Valori regionali (%)				VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2012	2014	2016	2019	
Bambini che trascorrono al televisore o ai videogiochi/tablet/ cellulare più di 2 ore al giorno (durante un normale giorno di scuola)	27,0%	28,0%	36,0%	37,6%	44,5%
Bambini con televisore in camera	33,0%	33,0%	32,0%	33,8%	43,5%

Come si evince dalla tabella, si rileva un trend in crescita rispetto ai bambini che passano più di due ore al giorno guardando la TV, giocando con videogiochi, usando tablet ecc. Va segnalato che nell'ultima edizione è stata riformulata la domanda e quindi i dati potrebbero aver risentito di questo.

Dal confronto con il dato nazionale, emerge che la Lombardia ha un numero inferiore di bambini con la TV in camera.

Tabella 17: Per un confronto per ATS

	Valori delle ATS 2019 (%)						
	BG	BS	INS	MI	MONT	VALPAD	LOMBARDIA
Bambini che trascorrono al televisore o ai videogiochi/tablet/ cellulare più di 2 ore al giorno (durante un normale giorno di scuola)	40,1	31,1	36,6	34,7	41,8	47,6	37,6
Bambini con televisore in camera	32,5	31,5	28,9	35,8	30,7	32,6	33,8



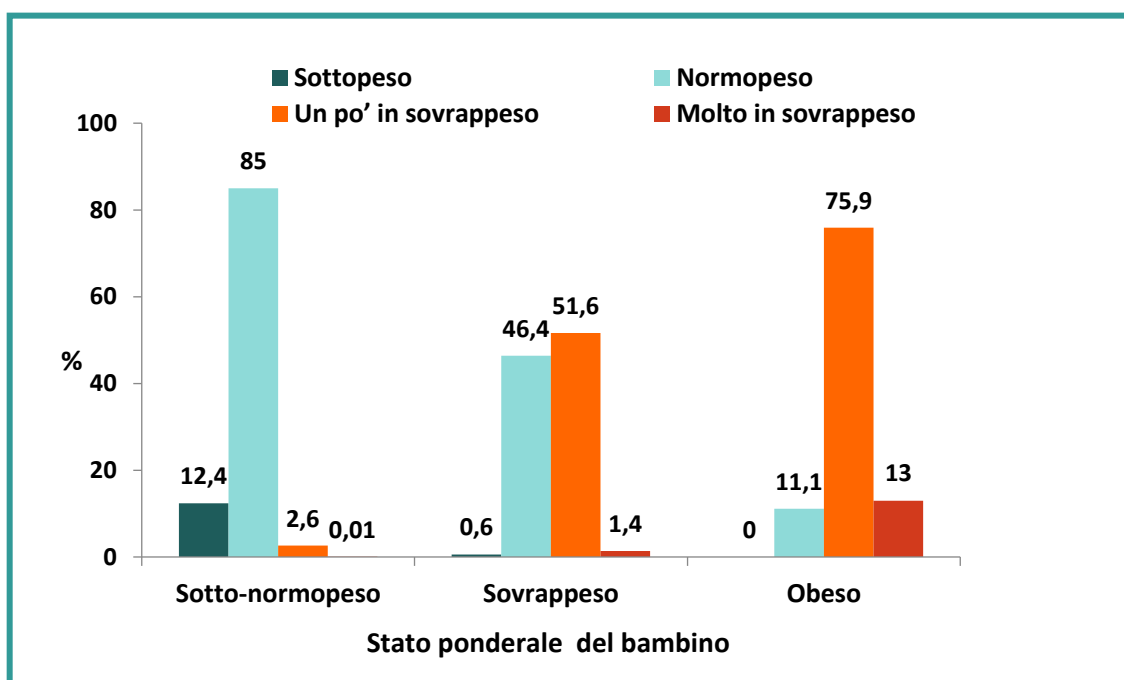
La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini

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 sono al contrario percepiti come normopeso.

Grafico 31: La percezione materna dello stato ponderale dei figli (%)

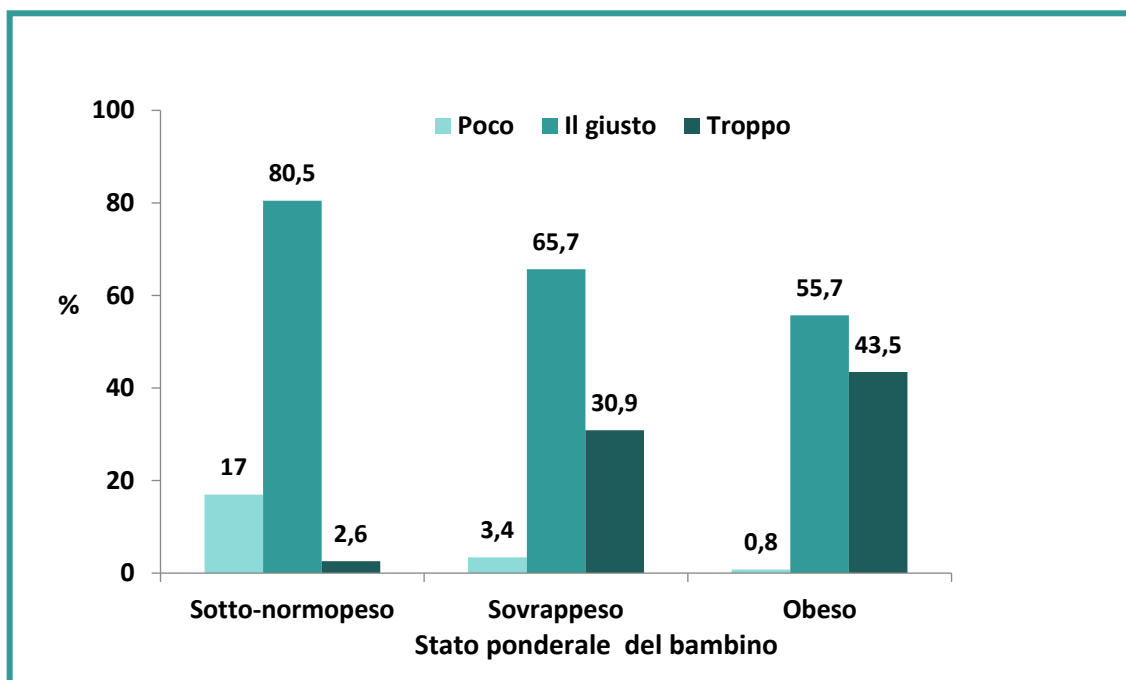


- In Lombardia il 47% delle madri di bambini risultati sovrappeso e il 11,1% delle madri di bambini risultati obesi ritengono, invece, che il proprio figlio sia normopeso o, addirittura, sottopeso. Il dato sull'errore di percezione è leggermente inferiore rispetto a quello registrato nell'edizione precedente per le madri dei bambini in sovrappeso ma leggermente cresciuto per le madri dei bambini obesi.
- Sia nelle famiglie con bambini in sovrappeso sia nelle famiglie con bambini obesi, la percezione non cambia in rapporto al genere del bambino. Non si rilevano differenze nemmeno in rapporto alla scolarità della madre

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

La percezione della quantità di cibo assunto dai propri figli può 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.

Grafico 32: La percezione materna della quantità di cibo assunta dai figli (%)

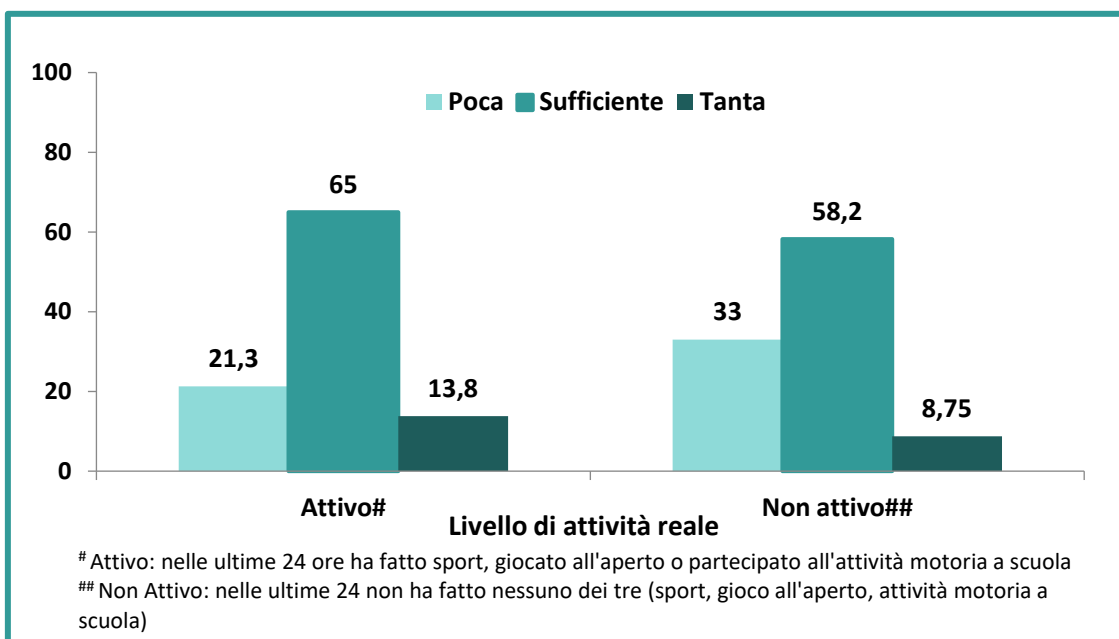


- Il 30,9% delle madri di bambini sovrappeso e il 43,5% di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo. Il dato rispetto alla percezione delle madri dei bambini in sovrappeso è in linea con quello dell'edizione precedente mentre è calata la percentuale di madri di bambini obesi che ritiene che il proprio figlio mangi troppo.
- Considerando i bambini in sovrappeso e obesi insieme, non si constata alcuna differenza per genere dei bambini o per livello scolastico della madre.

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

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

Grafico 33: La percezione materna dell'attività fisica praticata dai figli (%)



- All'interno del gruppo di bambini non attivi, il 58,2% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e l'8,75% molta attività fisica. I dati sono in linea con quelli registrati nell'edizione precedente.
- Limitatamente ai non attivi (che rappresentano circa il 17% dell'intero campione) è stata constatata una differenza significativa per genere: sono più le madri dei maschi rispetto a quelle delle femmine a ritenere che facciamo tanta attività fisica*. Non si riscontra, invece, nessuna differenza significativa sulla base del livello scolastico della madre.

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

Gli incidenti domestici _____

OKkio alla SALUTE permette di indagare anche il fenomeno degli incidenti domestici e l'attenzione prestata al tema da parte degli operatori sanitari.

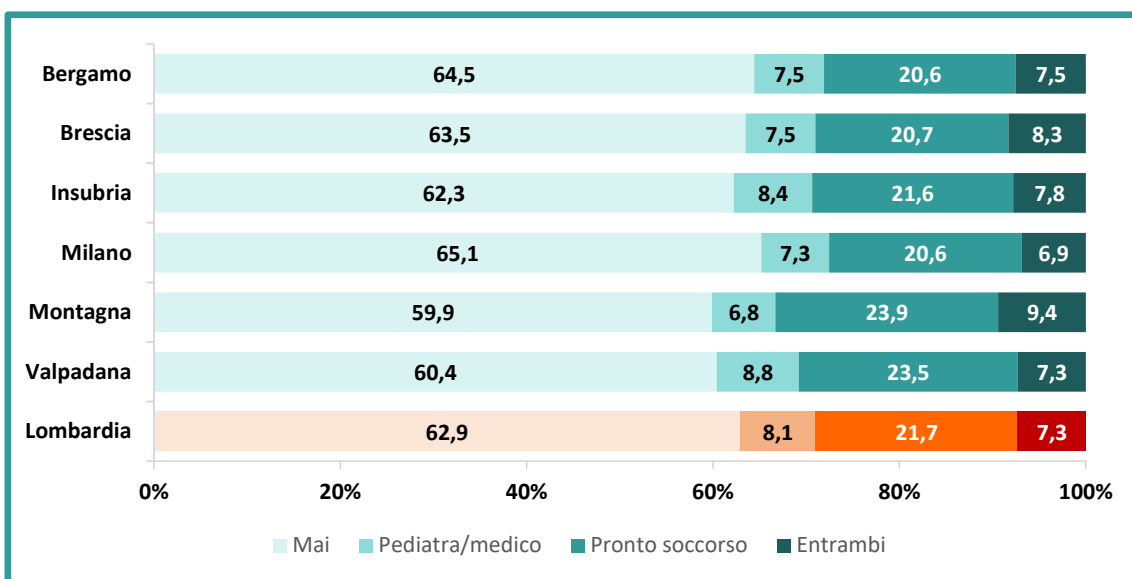
È stato chiesto ai genitori se avessero mai ricevuto informazioni da parte delle istituzioni sanitarie sulla prevenzione degli incidenti domestici. In Lombardia l'86% dei rispondenti ha dichiarato di non aver mai ricevuto alcuna informazione (a livello nazionale il dato è pari all'85%). La percentuale di chi risponde di non aver mai ricevuto queste informazioni è cresciuto rispetto all'edizione precedente.

Alla domanda se si fossero mai rivolti al personale sanitario a causa di incidenti domestici di cui è stato vittima il bambino, i genitori hanno risposto:

- sì al pediatra/altro medico l'8,1% a livello regionale (e il 9% a livello nazionale)
- sì al pronto soccorso il 21,7% a livello regionale (e il 20% a livello nazionale)
- sì a entrambi il 7,3% a livello regionale (e l'8% a livello nazionale)

In Lombardia il 62,9% non si è mai rivolto ad alcun Servizio.

Grafico 34: ricorso a cure per incidente domestico, per ATS (%)



In sintesi _____

In fase di crescita il ruolo della famiglia è fondamentale per mettere in atto comportamenti salutari. Per questo sono state rilevate le percezioni dei genitori rispetto allo stato ponderale, alla quantità di cibo assunta e al livello di attività fisica praticata dai figli.

In Lombardia quasi metà (47%) delle madri di bambini con sovrappeso e l'11% di quelle con bambini obesi ha una percezione errata e sottostima lo stato ponderale del proprio figlio.

Alta è anche la percentuale di chi ha un'errata percezione della quantità di cibo assunto: solo il 30,9% delle madri di bambini sovrappeso e meno della metà (43,5%) di quelle con bambini obesi ritiene che il proprio figlio mangi troppo

Si rilevano errori percettivi anche rispetto all'attività fisica percepita in quanto quasi il 67% del campione la ritiene adeguata anche quando i figli risultano essere "bambini inattivi".

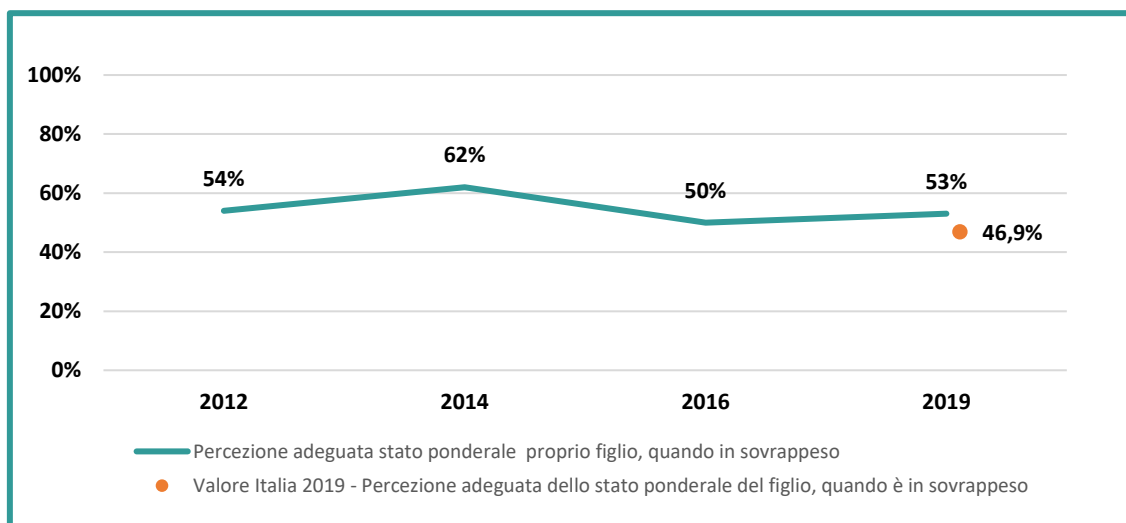
Tabella 18: Per un confronto nel tempo

MADRI CHE PERCEPISCONO	Valori regionali (%)				VALORE NAZIONALE
	2012	2014	2016	2019	2019 (%)
[§] in modo adeguato [#] lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è sovrappeso*	54,0%	62,0%	50,0%	53,0%	46,9%
in modo adeguato [#] lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è obeso	92,0%	85,0%	90,0%	89,0%	86,0%
l'assunzione di cibo del proprio figlio come "poco o giusto", quando questo è sovrappeso o obeso	71,0%	70,0%	66,0%	66,5%	69,9%
l'attività fisica del proprio figlio come scarsa, quando questo risulta inattivo	31,0%	40,0%	33,0%	33,0%	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 *.

Grafico 35: Confronto nel tempo della percezione adeguata delle madri con figlio in sovrappeso (per il 2019 presentato anche il valore nazionale)

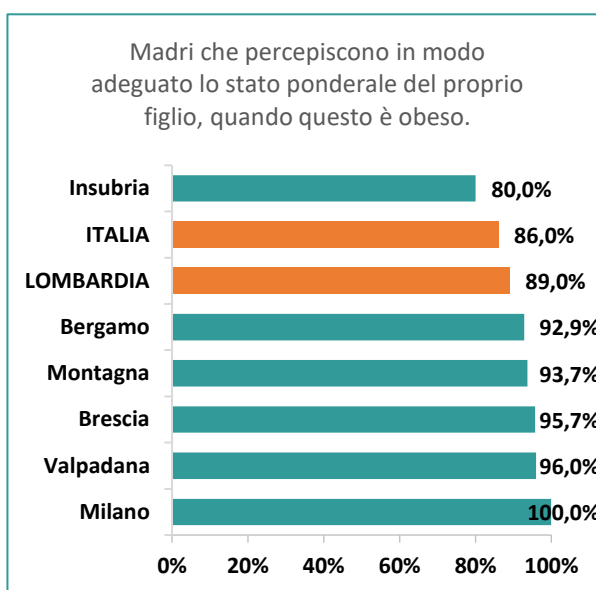
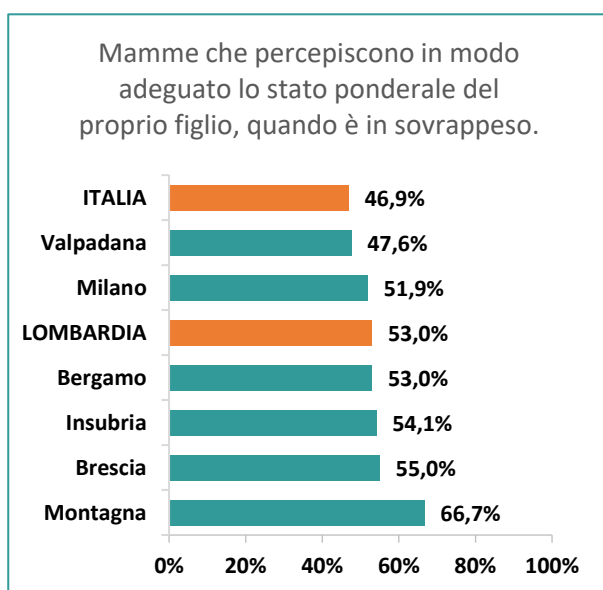


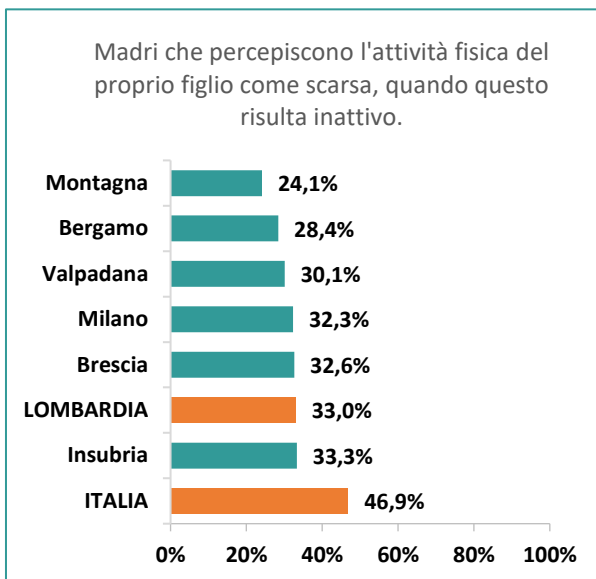
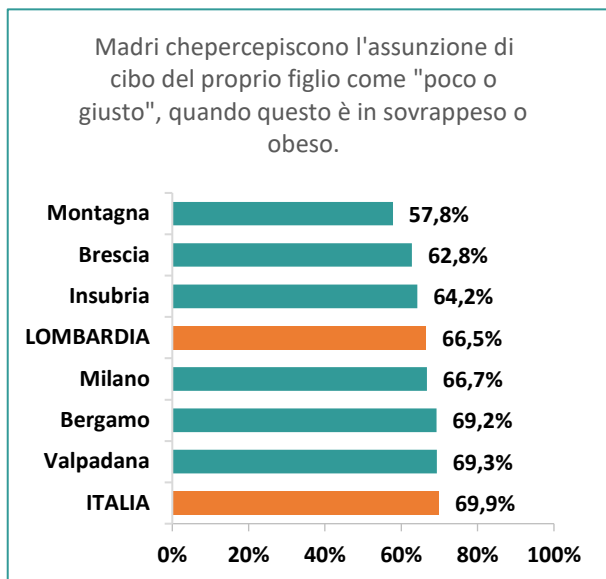
Dai dati di confronto riportati nella tabella 18 si rileva che nel 2019 la valutazione adeguata[#] dello stato ponderale del proprio figlio, quando questo è in sovrappeso è migliorata rispetto al 2016. L'andamento è discontinuo ma si rileva un trend lievemente in calo.

La valutazione adeguata[#] quando invece il figlio è obeso, è in linea con l'edizione precedente.

Tabella 19: Per un confronto tra ATS

MADRI CHE PERCEPISCONO	Valori delle ATS 2019 (%)						LOMB (%)	ITALIA (%)
	BG	BS	INS	MI	MON	VLP		
in modo adeguato lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è sovrappeso	53%	55%	54,1%	51,9%	66,7%	47,6%	53%	46,9%
in modo adeguato lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è obeso	92,9%	95,7%	80%	100%	93,7%	96%	89%	86%
l'assunzione di cibo del proprio figlio come "poco o giusto", quando questo è sovrappeso o obeso	69,2%	62,8%	64,2%	66,7%	57,8%	69,3%	66,5%	69,9%
l'attività fisica del proprio figlio come scarsa, quando questo risulta inattivo	28,4%	32,6%	33,3%	32,3%	24,1%	30,1%	33%	46,9%





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 sia 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

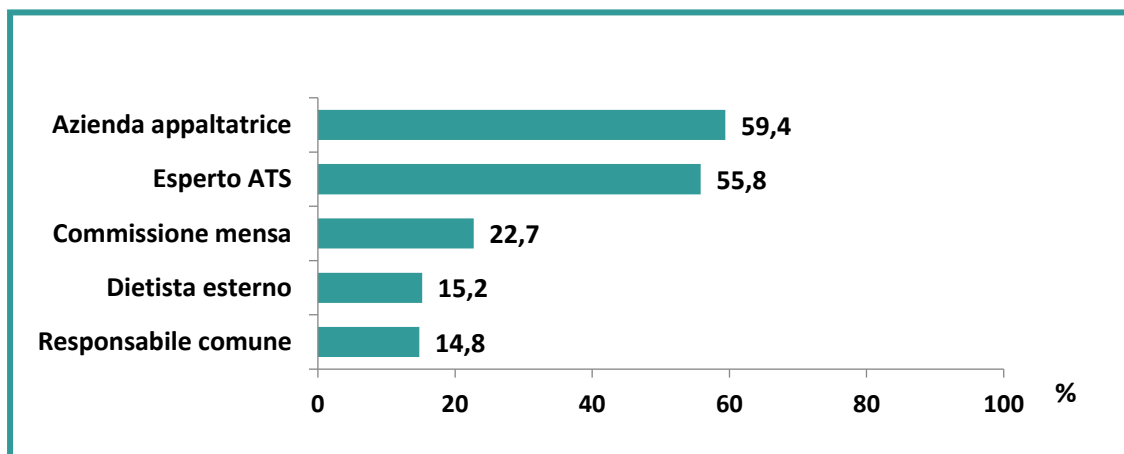
Quante scuole sono dotate di mensa e quali sono le loro modalità di funzionamento?

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

In Lombardia il 93,6% delle scuole campionate ha una mensa scolastica funzionante.

Nelle scuole dotate di una mensa, il 77,2% di esse sono aperte almeno 5 giorni la settimana.

Grafico 36: Chi predisporre i menù scolastici? (sono possibili più risposte) (%)



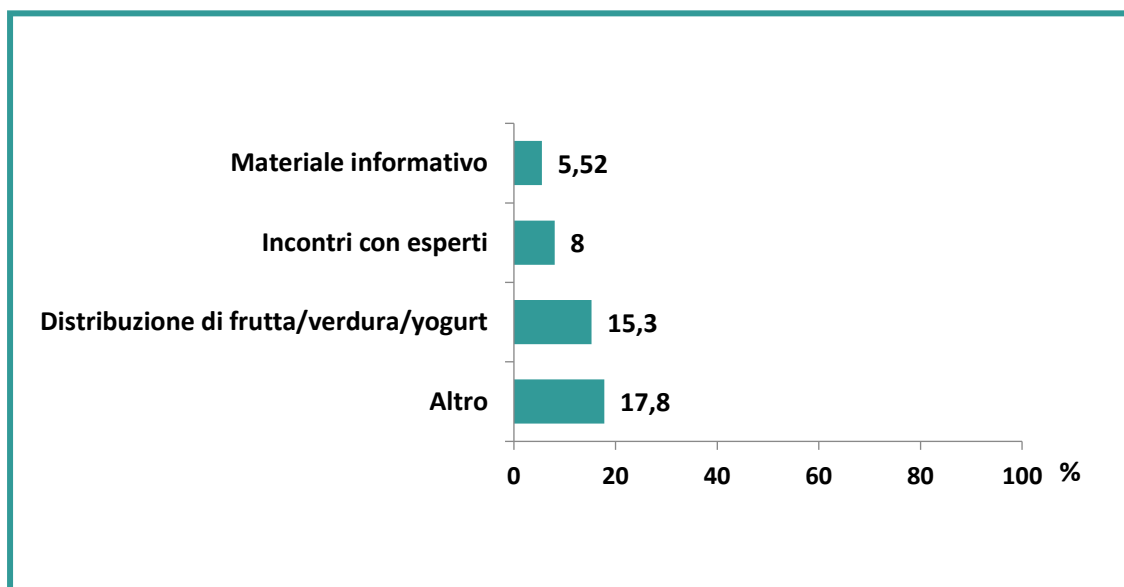
- La domanda "chi predisporre i menù scolastici" prevede la possibilità di una risposta multipla. Dai dati si evince che spesso la predisposizione avviene da più figure contemporaneamente. Le opzioni più frequentemente scelte dai dirigenti in Lombardia sono: l'azienda appaltatrice, gli operatori ATS. Si segnala che il 22,7% assegna un ruolo importante anche alle commissioni mensa.
- Secondo il giudizio dei dirigenti scolastici l'85,9% delle mense risulta adeguato per i bisogni dei bambini.

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

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

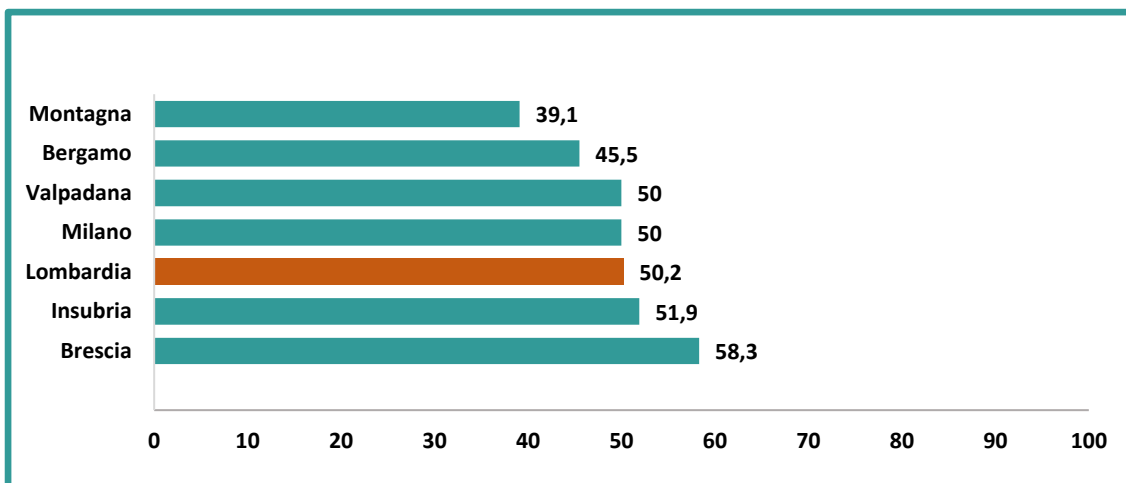
- In Lombardia, le **scuole** che distribuiscono ai bambini frutta o latte o yogurt, nel corso della giornata, sono circa la metà di quelle del campione. **Nonostante l'esistenza di protocolli regionali per favorire questa pratica, sussistono ancora difficoltà organizzative (logistiche ed economiche) da superare al fine di diffondere capillarmente l'iniziativa.**
- In tali **scuole**, la distribuzione si effettua quasi del tutto a metà mattina (92,5%).
- Durante l'anno scolastico il 68% delle **classi** ha partecipato ad attività di promozione del consumo di alimenti sani all'interno della scuola realizzati con la collaborazione di Enti e/o associazioni. Il dato è in crescita rispetto all'edizione precedente.

Grafico 37: Promozione del consumo di alimenti sani con Enti e associazioni (%). Domanda posta agli insegnanti della classe partecipante



- Nel 2019 il 15,3% delle **classi** partecipanti all'indagine ha partecipato alla distribuzione di frutta, verdura o yogurt come spuntino. Il dato si è dimezzato rispetto all'edizione precedente (33%).
- Il 5,5% delle **classi** ha ricevuto materiale informativo.
- L'8% delle **classi** ha organizzato incontri con esperti esterni alla scuola. Anche questo dato si è molto ridotto. A questo proposito va segnalato che la strategia regionale promossa dalla Rete delle Scuole che promuovono salute ha investito molte energie per fare in modo che le scuole utilizzassero risorse interne per la realizzazione dei programmi di promozione della salute.

Grafico 38 Distribuzione frutta, latte yogurt in classe, per ATS

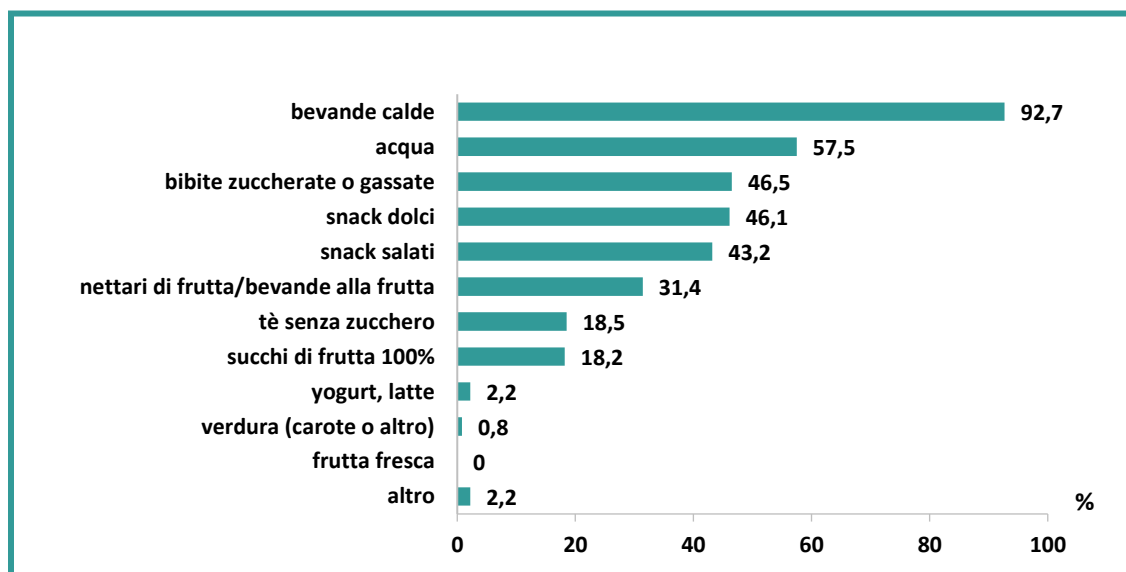


Sono segnalati dei distributori automatici?

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 68,6% delle scuole; solo il 2,6% è accessibile sia agli adulti sia ai bambini.
- All'interno del gruppo di scuole con distributori automatici, il 42,5% (il dato è in crescita rispetto all'edizione precedente) mette a disposizione succhi di frutta 100% frutta, nettari/bevande alla frutta, frutta fresca, yogurt o latte.

Grafico 39: Alimenti presenti nei distributori automatici (%)



In Lombardia gli alimenti maggiormente presenti nei distributori automatici sono le bevande calde (92,7%). Oltre la metà offre acqua e oltre il 40% offre bibite zuccherate o gassate, snack dolci e salati. Si ribadisce che solo nel 2% circa delle scuole i distributori sono accessibili ai bambini.

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 2018¹, si sottolinea l’importanza dell’attività motoria e sportiva per il benessere fisico e psichico del bambino.

Nel questionario destinato alla scuola si chiede quante classi, e con quale frequenza, svolgano educazione fisica all’interno dell’orario scolastico.

Grafico 40: Distribuzione % delle classi per numero di ore a settimana di attività motoria

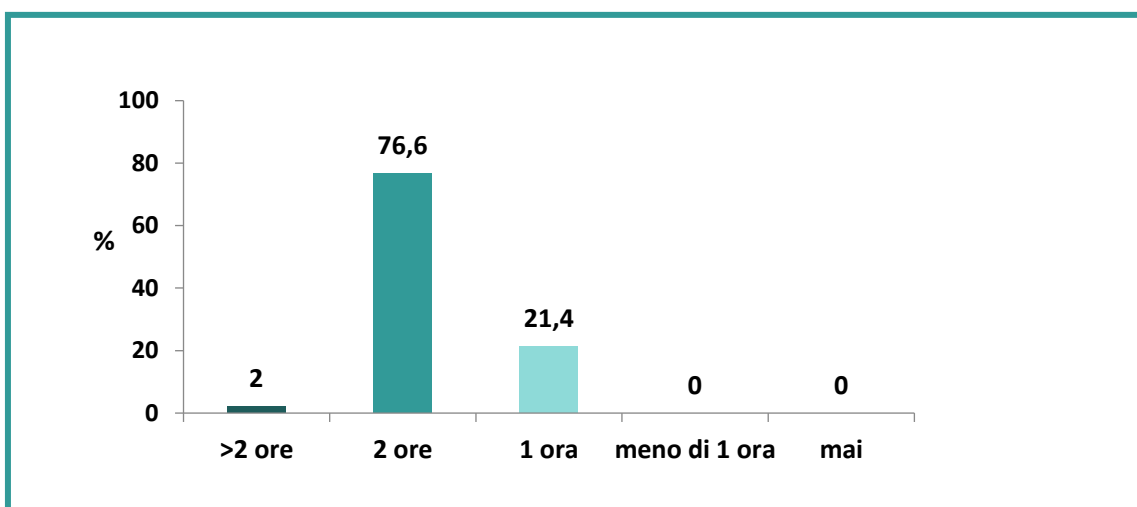
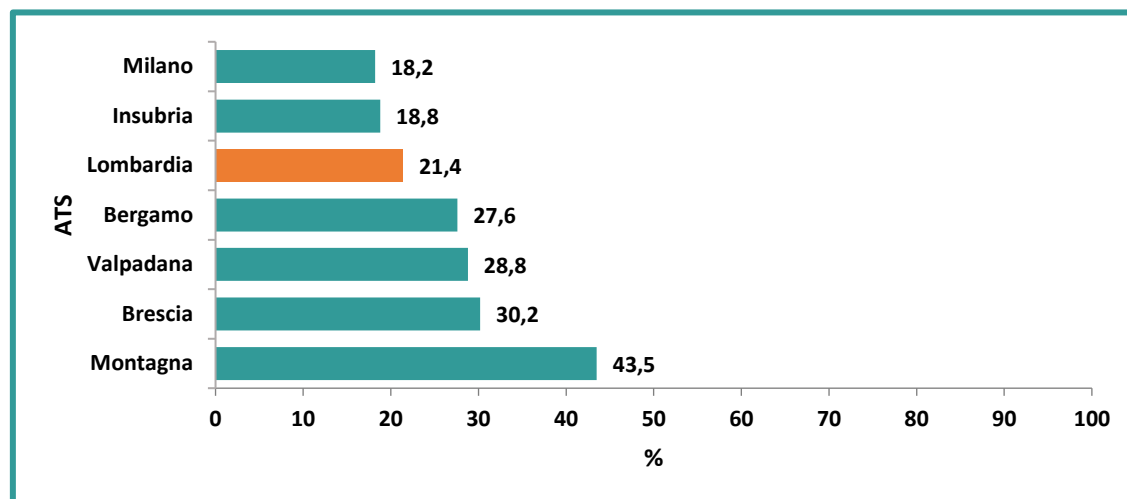


Grafico 41.: Classi che fanno meno di 2 ore di educazione fisica, confronto tra ATS (%).



- Complessivamente, nel 78,6% delle classi in Lombardia si svolgono abitualmente almeno 2 ore di educazione fisica a settimana. Il dato è in crescita rispetto all’edizione precedente. Non si registrano casi di classi in cui si fa meno di un’ora a settimana (0%).

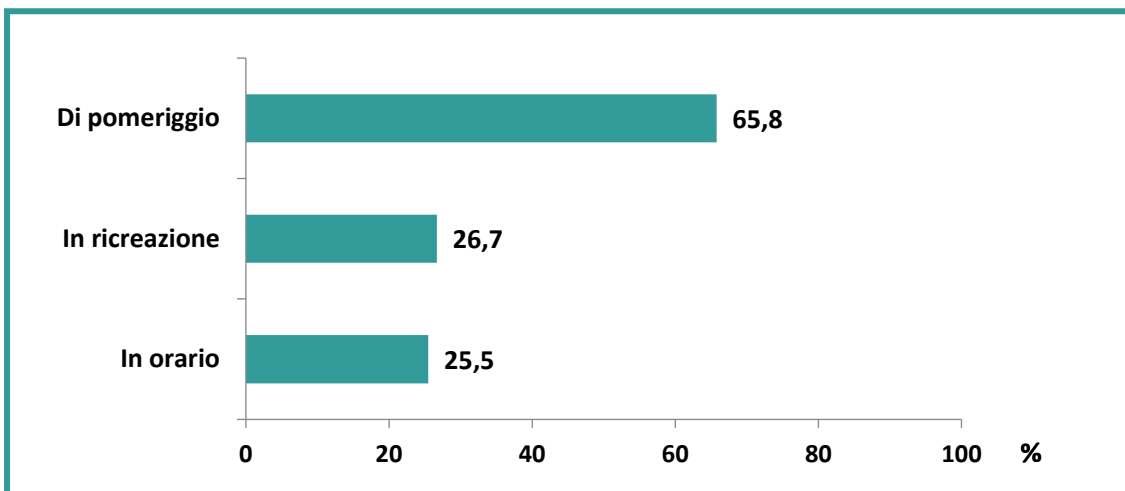
¹ <https://www.miur.gov.it/documents/20182/0/Indicazioni+nazionali+e+nuovi+scenari/3234ab16-1f1d-4f34-99a3-319d892a40f2>

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.

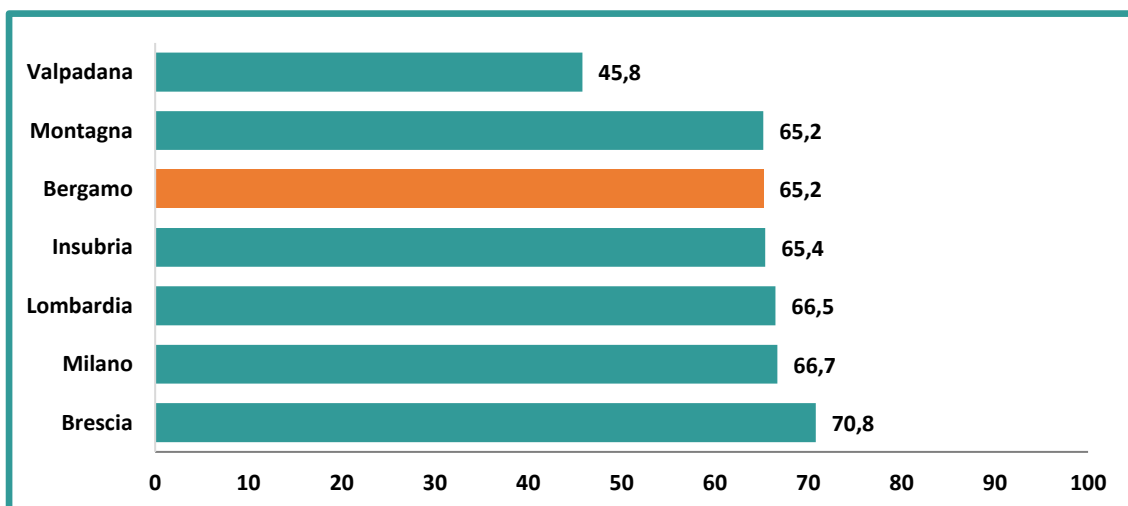
- Le scuole che offrono agli alunni la possibilità di effettuare all'interno dell'edificio scolastico occasioni di attività fisica sono il 66,5%. Il dato è in linea con l'edizione precedente.

Grafico 42: Momento dell'offerta di attività motoria extracurricolare (%)



- Laddove offerta, l'attività motoria extracurricolare è svolta più frequentemente al pomeriggio, seguita dal momento della ricreazione e infine durante l'orario scolastico.
- Queste attività si svolgono più frequentemente in palestra (59,3%), nel giardino (33,1%), in un'altra struttura sportiva (33,4%), in piscina (17,3%).

Grafico 43: Offerta di attività motoria extracurricolare, per ATS (%)



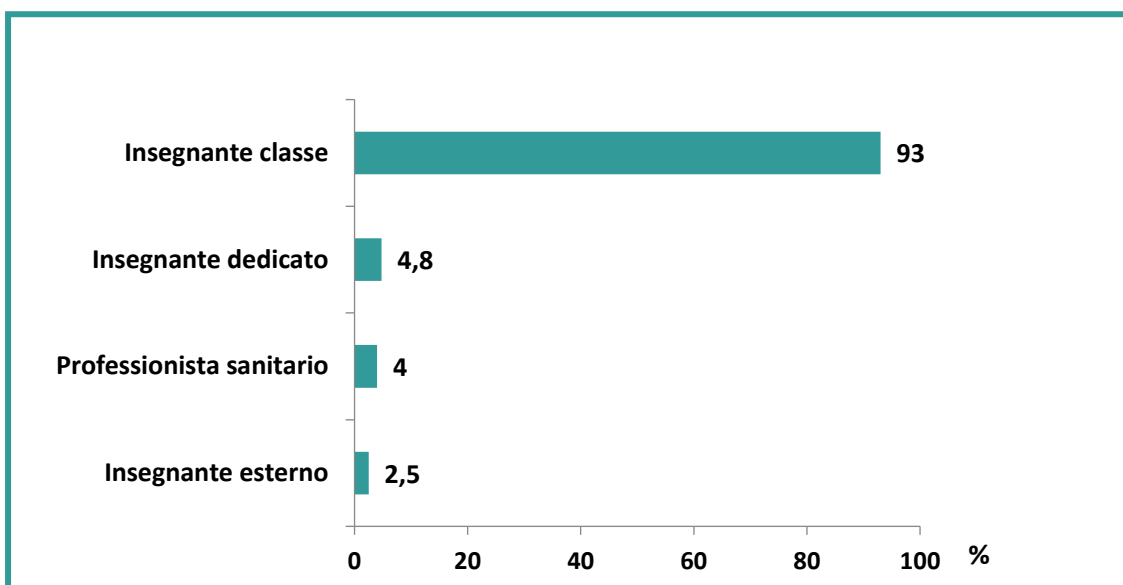
Il miglioramento delle attività curricolari a favore dell'alimentazione e dell'attività motoria dei bambini

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

- In Lombardia l'educazione alimentare è prevista nell'attività curricolare del 81,2% delle scuole campionate in Lombardia. Il dato è in netto aumento rispetto all'edizione 2016.

Grafico 44: Figure professionali coinvolte nell'attività curricolare nutrizionale (%)



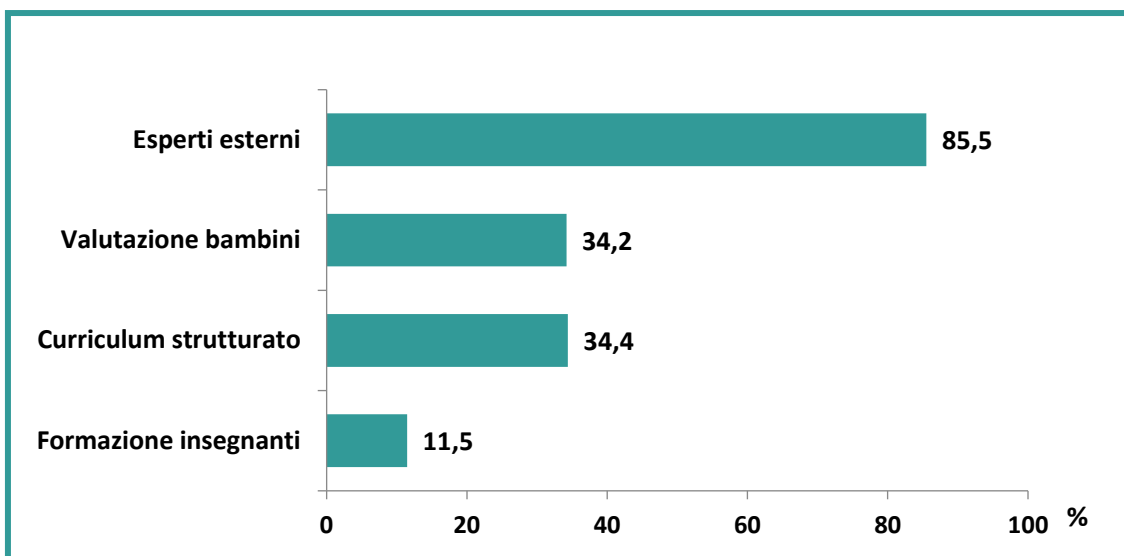
- Nelle scuole del campione, la figura più frequentemente coinvolta è l'insegnante di classe. Molto meno comune è il coinvolgimento di insegnanti esterni o dedicati oppure di operatori della ATS.

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

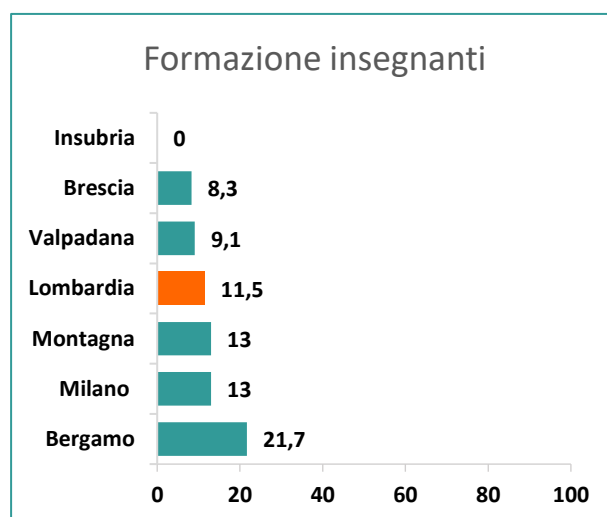
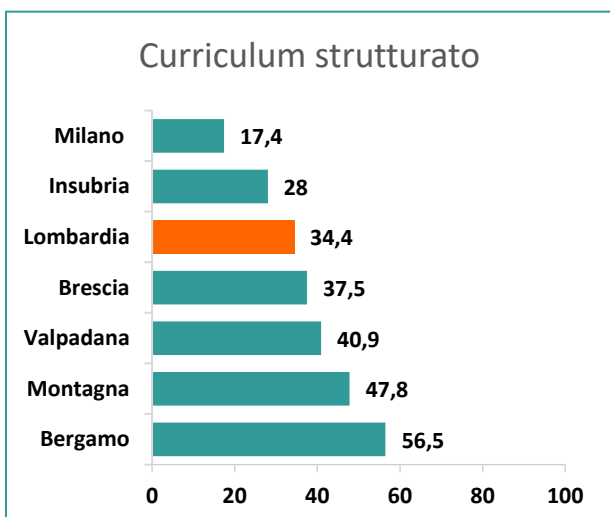
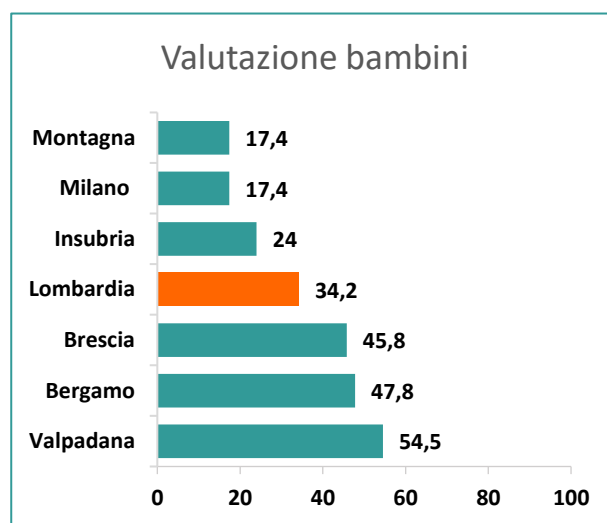
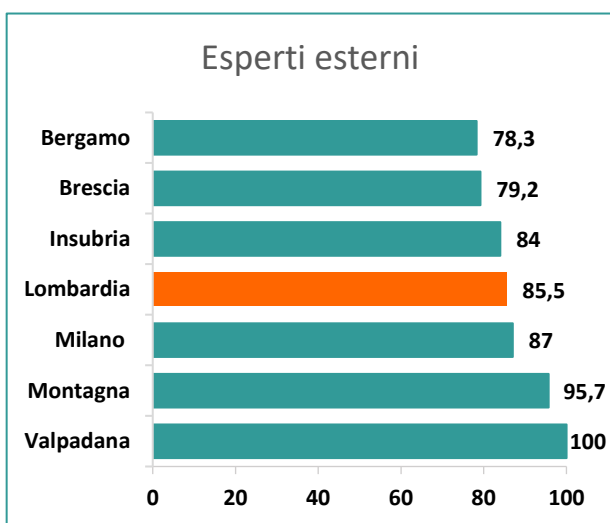
Il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca ha avviato iniziative per il miglioramento della qualità dell'attività motoria svolta nelle scuole primarie; è interessante capire in che misura la scuola è riuscita a recepire tale iniziativa.

- Nel campione lombardo, il 95,7% delle scuole ha cominciato a realizzare almeno un'attività di promozione dell'attività motoria.

Grafico 45: Iniziative delle scuole a favore dell'attività fisica (%)



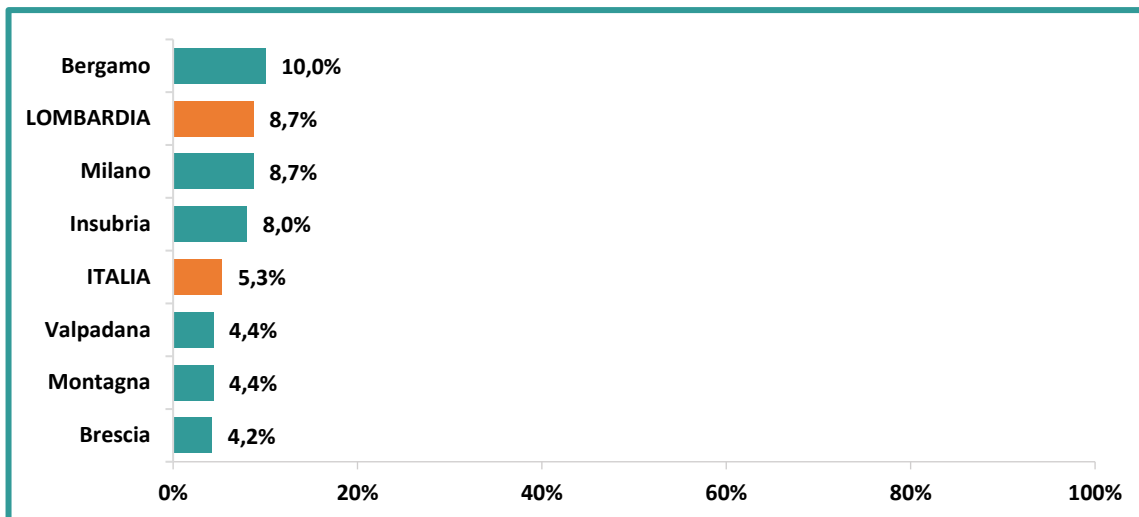
- In tali attività, è frequentemente coinvolto un esperto esterno; nel 34,2% dei casi è stata effettuata la valutazione delle abilità motorie dei bambini, nel 34,4% è stato sviluppato un curriculum strutturato e nell'11,5% è avvenuta la formazione degli insegnanti.



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

A livello nazionale, il 5,3% delle scuole ha aderito a iniziative di comunicazione per la riduzione del consumo di sale e/o per la promozione del sale iodato. In Lombardia tale valore sale a 8,7.

Grafico 46: Percentuale di scuole che hanno aderito o realizzato iniziative sul consumo del sale, confronto tra ATS.



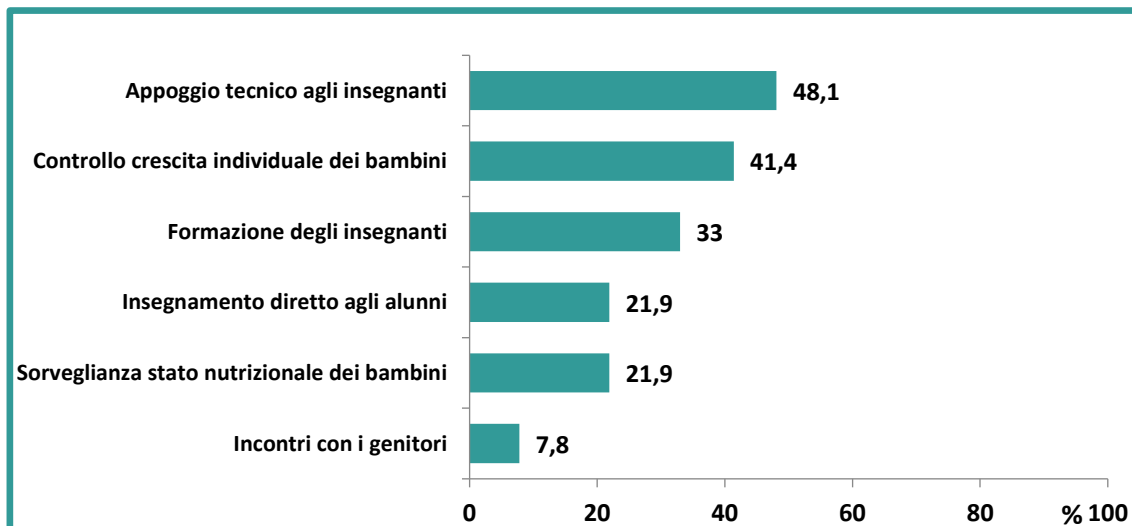
Le attività di promozione dell'alimentazione e dell'attività fisica dei bambini

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 ed enti socio sanitari.

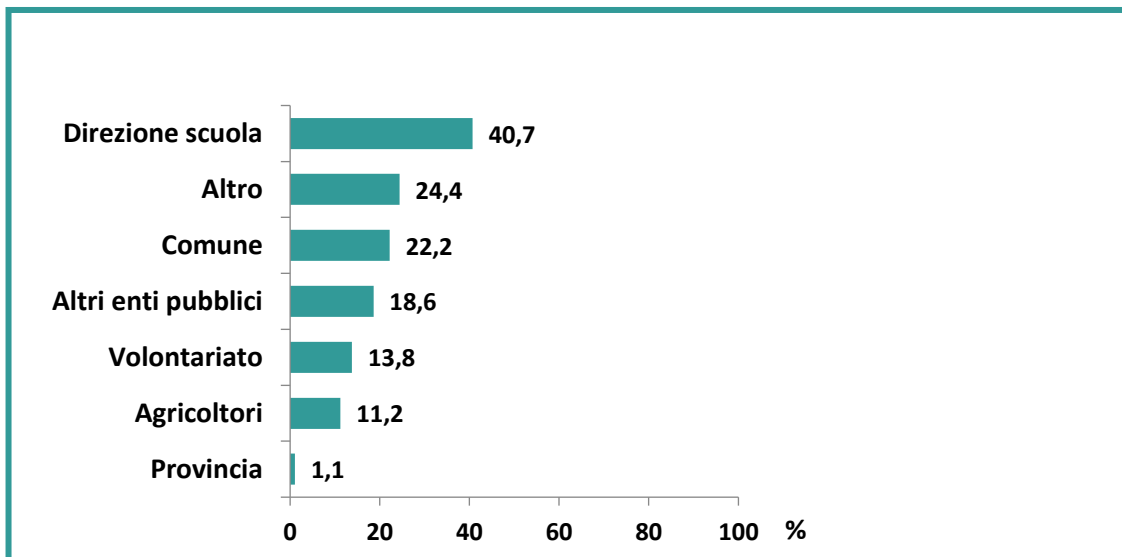
- Il 7,4% delle scuole lombarde (che equivale a 13 scuole sull'intero campione) dichiarano di collaborare con l'ATS per la realizzazione di programmi di educazione alimentare e il 3% (che equivale a 3 scuole sull'intero campione) nella promozione dell'attività fisica.
- Si segnala che in Lombardia è attivo il programma quadro "Rete delle scuole che promuovono salute",² la cui finalità è promuovere e aumentare la salute e il benessere in tutti gli attori della scuola, attraverso il sostegno dell'empowerment individuale e di comunità nel setting scolastico, la cura dell'ambiente fisico e organizzativo, in un'ottica intersettoriale che intercetta e fa dialogare tra loro obiettivi di salute pubblica e *mission* educativa della Scuola (approccio globale). Nel corso del suo sviluppo la Rete ha sancito che la titolarità della Promozione della salute a scuola è dell'Istituzione scolastica e non più "delegata" ai Servizi, che rappresentano un partner con cui collaborare, che accompagna parte del processo e svolge un ruolo di sostegno e consulenza per allineare i rispettivi mandati. Ne consegue che le attività nei plessi sono organizzate e gestite direttamente dalla scuola, sulla base di linee guida comuni concordate all'interno dell'accordo della rete.

Grafico 47: Iniziative con le ATS (%)



² Ad oggi la Rete coinvolge 550 Istituzioni scolastiche ubicate in tutte le province lombarde², organizzate in 12 reti provinciali. La provincia che raccoglie il numero maggiore di adesioni è Milano, con 169 Istituti, seguita da Bergamo (67), Brescia (61), Pavia (37), Monza Brianza (35), Varese (34), Mantova (33), Lodi (29), Cremona (27), Lecco (22), Como (21), Sondrio (15). Il dato è aggiornato al 30 settembre 2020

- Nella percentuale delle scuole che hanno un sostegno diretto da parte della ATS, tale collaborazione si realizza prevalentemente attraverso l'appoggio tecnico agli insegnanti, il controllo della crescita individuale dei bambini e la formazione degli insegnanti (è possibile la risposta multipla).

Grafico 48: Iniziative promozione alimentare (%)

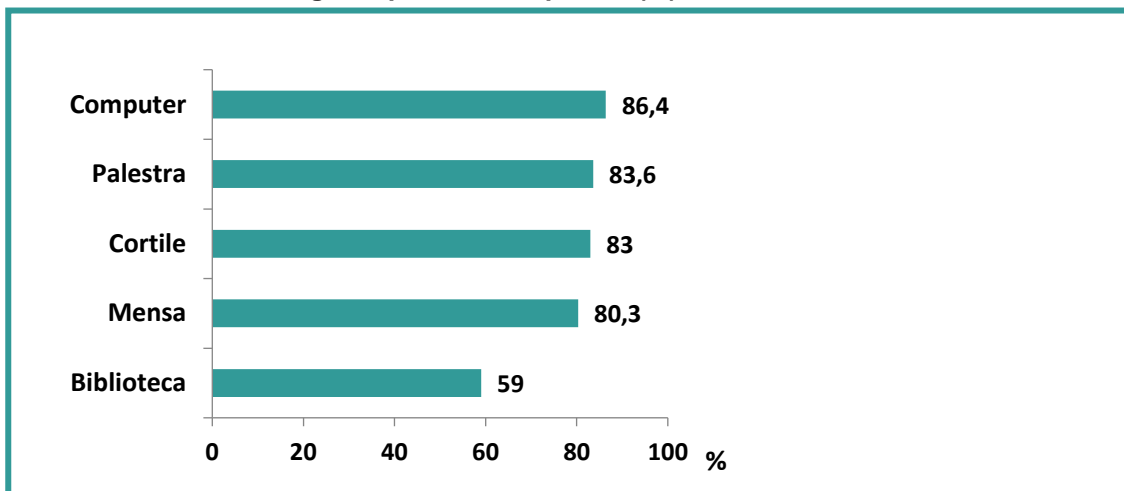
- Oltre alla ATS, gli enti e le associazioni che hanno prevalentemente organizzato iniziative di promozione alimentare nelle scuole sono la direzione scolastica/insegnanti stessi, il comune e altri enti pubblici (è possibile la risposta multipla).

Risorse a disposizione della scuola

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

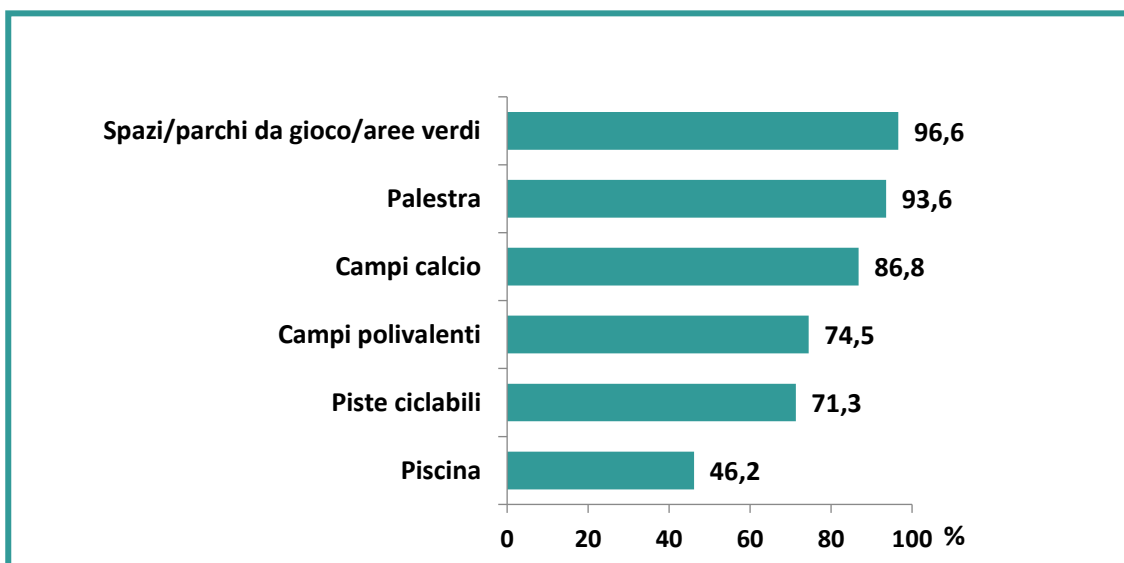
Per poter svolgere un ruolo nella promozione della salute dei bambini, la scuola necessita di risorse adeguate nel proprio plesso e nel territorio.

Grafico 49: Risorse adeguate presenti nel plesso (%)



- Secondo i dirigenti scolastici, l'83,6% delle scuole possiede una palestra adeguata, l'80,3% una mensa adeguata e l'83% ha un cortile adeguato. Anche i PC in dotazione risultano essere in buona parte adeguati (86,4%). La percentuale scende per quanto riguarda la biblioteca: la ritiene adeguata il 59%. Da segnalare la crescita della disponibilità di computer passata dal 64% nel 2016 all'86% nel 2019

Grafico 50: Risorse presenti nel plesso o nelle vicinanze (%)



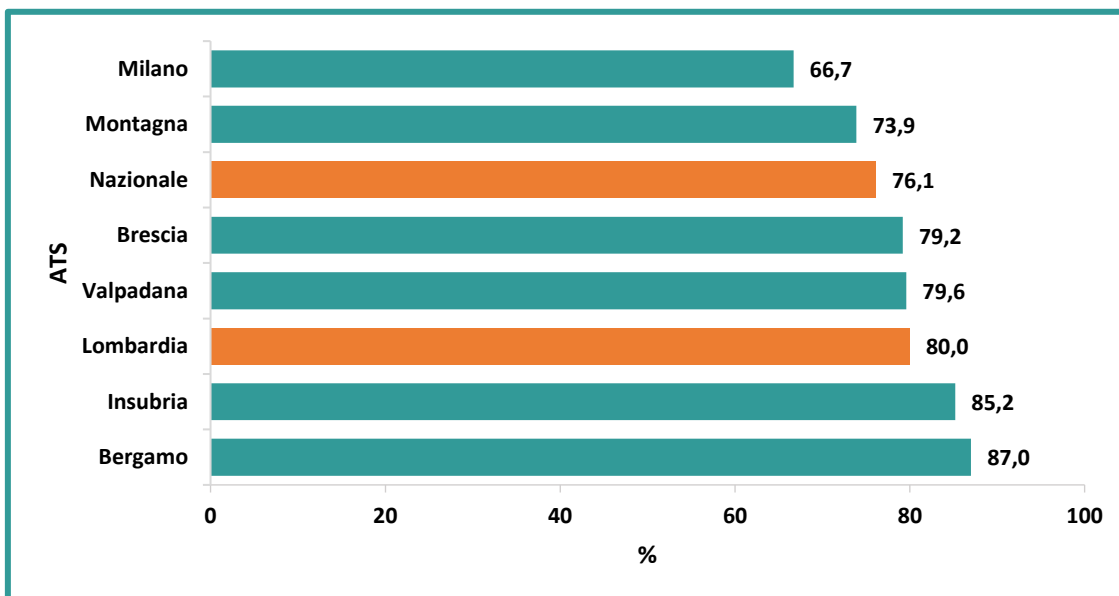
- Il 93,6% delle scuole ha la palestra nelle vicinanze o all'interno della propria struttura.
- Sono presenti nelle vicinanze dell'edificio scolastico le aree verdi/parchi da gioco (96,6%), campi da calcio (86,8%), campi polivalenti (74,5%), piste ciclabili (71,3%) e piscine (46,2%)

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.

- In Lombardia, l'80% 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 lo 0,4% degli stessi dichiara di aver incontrato difficoltà “sempre”.

Grafico 51: Percentuale di dirigenti scolastici che dichiara di non avere mai avuto difficoltà a far rispettare la legge di divieto sul fumo, confronto tra ATS.



Coinvolgimento delle famiglie

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

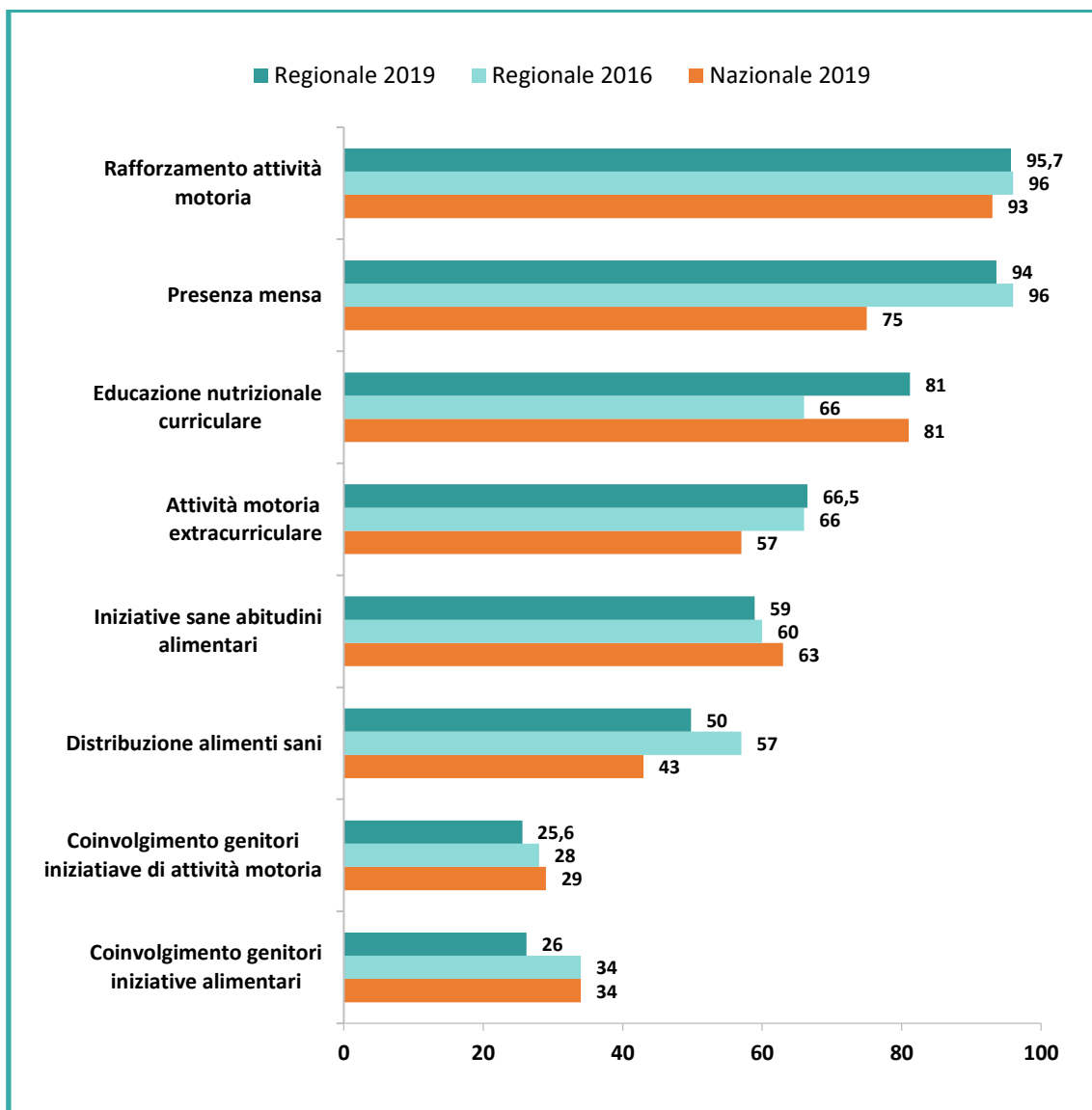
Le iniziative di promozione di sane abitudini alimentari e di attività motoria nei bambini coinvolgono attivamente la famiglia rispettivamente nel 26,2% e nel 25,6% delle scuole campionate.

In sintesi

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.

Nel grafico sottostante sono riportati i dati relativi a come le scuole gestiscono l'attività motoria e l'educazione alimentare, confrontando i dati regionali del 2016 e del 2019 e quelli 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 i confronti.

Grafico 52: Per un confronto nel tempo (dati regionali 2016 e 2019, dati nazionali 2019)



Per quanto riguarda la prima tematica, la Lombardia offre più frequentemente attività di rafforzamento delle attività motorie all'interno delle mura scolastiche, anche in forma extra curriculare ma il coinvolgimento dei genitori è minore.

Per quanto riguarda invece l'alimentazione si rileva che in Lombardia la mensa a scuola nella quasi totalità delle scuole (a differenza del dato nazionale che si assesta al 75%). L'educazione nutrizionale curriculare è in linea con a quella della media italiana e la distribuzione di alimenti sani è superiore (anche se in calo rispetto al dato lombardo dell'edizione precedente). Anche in questo caso si potrebbe fare di più per coinvolgere le famiglie.

Conclusioni generali

La collaborazione intersettoriale come risorsa per la Salute

I contenuti di questo Report e l'intero impianto di "OKkio alla SALUTE" danno concretezza alla ormai consolidata collaborazione fra Scuola e SSR, fra Istituzioni scolastiche del territorio e Agenzie per la Tutela della Salute, in linea con l'approccio intersettoriale che anima la programmazione preventiva e di promozione della salute in Regione Lombardia nell'ottica dell'appropriatezza, della sostenibilità e dell'equità negli interventi messi in campo.

La letteratura scientifica 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 livello nazionale 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).

L'opportunità di un'alleanza con il sistema scolastico come una strategia per raggiungere gli obiettivi di promozione della salute è esplicitata negli ultimi Piani Socio Sanitari della Regione Lombardia. In particolare, tra le linee di intervento prioritarie, è sottolineata la necessità di coinvolgere attivamente le agenzie educative sia nella fase di pianificazione degli interventi sia in quella della loro implementazione, considerando il vantaggio "d'interessare e coinvolgere [...] il mondo degli insegnanti e dei genitori con i quali possono essere impostate azioni sinergiche e coerenti ai comuni obiettivi di salute".

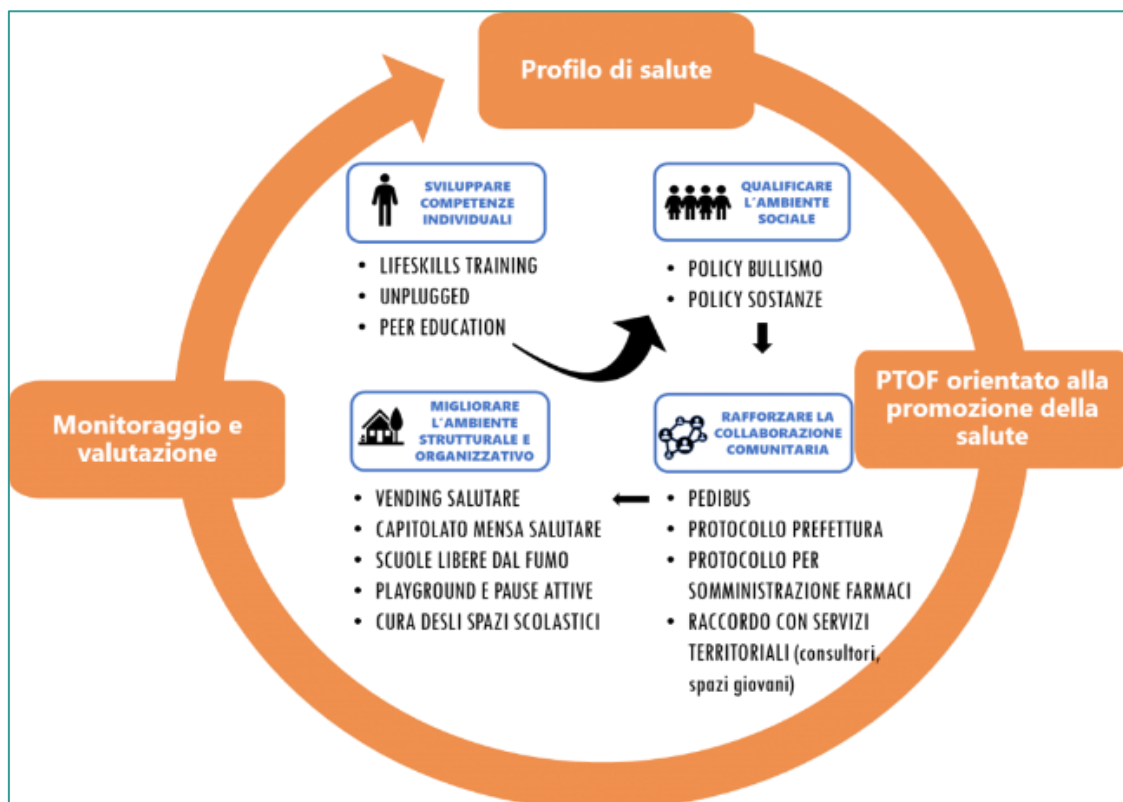
In questa prospettiva si colloca il "Modello Lombardo delle Scuole che promuovono salute" (elaborato da Ufficio Scolastico Regionale della Lombardia e Direzioni Generali Sanità e Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale della Regione Lombardia) nel momento in cui afferma che la scuola, luogo di apprendimento e di sviluppo di competenze, si configura come un contesto sociale in cui agiscono determinanti di salute riconducibili a diversi aspetti:

- ambiente formativo (didattica, contenuti, metodologie, sistemi di valutazione ecc.)
- ambiente sociale (relazioni interne, relazioni esterne, regole, conflitti ecc.)
- ambiente fisico (ubicazione, aule, spazi e strutture adibiti alla attività fisica, alla pratica sportiva, alla ristorazione, aree verdi ecc.)
- ambiente organizzativo (servizi disponibili - mensa, trasporti ecc., loro qualità ecc.).

È dimostrato che ragazzi e ragazze in buona salute e che si trovano bene a scuola imparano meglio; corrispondentemente, ragazzi e ragazze che frequentano la scuola e sono inseriti in un processo di apprendimento positivo hanno migliori opportunità di salute (IUHPE, 2013).

La Scuola e i Servizi sanitari e socio-sanitari hanno quindi interessi comuni e la combinazione di questi interessi può consentire alla scuola stessa di diventare un luogo dove imparare, lavorare e vivere meglio.

A questo proposito, le indicazioni del Piano Regionale Prevenzione che declina gli obiettivi del PNP 2020-2025 (come anche i precedenti Piani regionali) mirano a sostenere la collaborazione tra Scuola e Servizi socio sanitari per la promozione della salute.



All’interno della cornice della Rete delle Scuole che Promuovono Salute c’è una crescente attenzione per favorire l’attività motoria, attraverso il sostegno di programmi come Pedibus e Playground e Pause attive. Il periodo critico come quello che stiamo vivendo a causa della pandemia rappresenta un’occasione in più per impegnarsi e trovare strategie che favoriscano il movimento. Ne è un esempio all’interno la recente pubblicazione Indicazioni per “rendere facili” “stili di vita attivi” in ambiente scolastico in epoca Covid-19³.

La collaborazione con i genitori rappresenta un fattore sostanziale per favorire l’adozione di stili di vita salutari da parte dei ragazzi e il rinforzo dell’alleanza tra le due principali strutture educative rappresenta una sfida ancora aperta che merita un’attenzione specifica nel corso della programmazione del prossimo quinquennio. I Dirigenti intervistati dichiarano infatti che al momento solo un quarto delle loro iniziative sulla promozione di sane abitudini alimentari e di attività motoria nei bambini coinvolgono attivamente la famiglia.

Il Vending salutare e il capitolato mense salutari, ad esempio, sono due importanti iniziative che mostrano l’impegno di Regione Lombardia nella cura dell’alimentazione di studenti e insegnanti e rientrano nelle azioni strutturali volte alla modifica del contesto al fine di rendere più facile

³ <https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/portal/site/promozione-salute/dettagliooredazionale/risorse/documenti/report-attivita-fisica-scuola-2020-nov>

l'adozione di abitudini salutari. Un altro esempio è rappresentato dai protocolli di intesa con i panificatori per la produzione di pane a basso contenuto di sale da inserire nei capitolati delle mense scolastiche (e non solo). Molto lavoro va ancora fatto affinché tutti i Dirigenti scolastici conoscano nel dettaglio queste politiche già presenti nelle loro scuole.

Infine, merita un accenno in questo contesto anche il tema dell'alimentazione sostenibile e dello spreco alimentare. Regione Lombardia è coinvolta nella "filiera" della responsabilità in vari contesti e in particolare nei programmi di promozione della salute nel setting scolastico.

La lettura dei dati come occasione per rinforzare le politiche e i servizi _

I risultati della sesta raccolta dati di OKkio alla SALUTE, presentati in questo Rapporto, mostrano 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.

A livello regionale, confrontando i dati delle raccolte precedenti offre un quadro con luci e ombre:

- è confermata la tendenza a una costante riduzione del tasso di obesità
- si registra un miglioramento rispetto al tasso di sovrappeso rispetto all'ultima edizione
- benché ancora molto alta, diminuisce la percentuale di chi fa quotidianamente la prima colazione
- peggiora la qualità sia della colazione sia della merenda dei bambini intervistati
- si riduce la percentuale di chi assume 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno.
- si registra, invece, un costante e deciso calo del consumo di bibite zuccherate.
- peggiorati, rispetto all'edizione precedente, i dati sull'attività motoria e sulla sedentarietà
- sono, invece, in aumento i bambini che si recano a scuola a piedi.

Per cercare di migliorare la situazione si suggeriscono alcune prime raccomandazioni dirette ai diversi gruppi di interesse, che saranno ulteriormente arricchite dal percorso di approfondimento dei dati raccolti, che sarà curato nei prossimi mesi dalla UO Prevenzione di DG Welfare in stretta collaborazione con i Servizi interessati delle ATS e con il contributo delle Università della Regione.

Prime indicazioni per gli 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.

Prime indicazioni per gli 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.

Prime indicazioni per 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.

Prime indicazioni per Leader, 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_actionplan_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 pregressi

- 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, Vigneroová 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.

