



OKkio alla SALUTE

Risultati
dell'indagine 2023

REGIONE

Campania



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:

Vincenzo Giordano, Raffaella Errico, Fabio Iavarone

Hanno contribuito alla realizzazione della raccolta dati 2023

- il gruppo di coordinamento nazionale:

Paola Nardone, Silvia Ciardullo, Angela Spinelli, Donatella Mandolini, Michele Antonio Salvatore, Mauro Bucciarelli, Silvia Andreozzi, Monica Pirri, Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano, Alessandro Vienna.

- il comitato tecnico della sorveglianza:

Serena Broccoli, Giulia Cairella, Marcello Caputo, Margherita Caroli, Chiara Cattaneo, Corrado Celata, Laura Censi, Silvia Ciardullo, Liliana Coppola, Barbara De Mei, Maria Paola Ferro, Daniela Galeone, Donatella Mandolini, Maria Teresa Menzano, Paola Nardone, Federica Pascali, Michele Antonio Salvatore, Angela Spinelli, Alessandro Vienna.

- a livello regionale:

Gianfranco Mazzarella, Vincenzo Giordano, Raffaella Errico, Fabio Iavarone

- a livello aziendale:

Referenti e operatori

ASL Avellino	Donatella Ester Camerlengo (referente), Giuseppe Conte, Antonio Mainiero, Sandro Mario Di Stasio, Giuseppe De Jesu, Filippo Di Ninno, Emanuela Lo Priore, Giuseppe Somma, Maria Altieri, Guido Matarazzo, Fabio Pesce, Annamaria Mastromarino, Elisa Sarni.
ASL Benevento	Annarita Citarella (referente), Giuseppina Costanza Storzieri, Stefania Pellino, Ermelinda Zollo, Roberto Ciampo, Margherita Luciano.
ASL Caserta	Alessandra Sessa (referente), Federica Fucci, Nadia Maria Di Pasquale, Antonietta Minichino, Maria Onopriienko, Alessandra Sessa.
ASL Napoli 1 Centro	Rosanna Ortolani (referente), M. Paola Vairano (referente), Fabio Iavarone (referente), Roberto Rice, Antonella Cappuccio, Gabriella Silvestri, Vincenza Rabbito, Alessandra Lombardi, Gaia Varriale, Martina Schiano Lomoriello, Monica Massaro, Lucia De Coppi, Angela Annibale, Stefano Branciforte, Michele Barra, Carmela Guazzo, Chiara Caminiti.
ASL Napoli 2 Nord	Leonida Pagano (referente), Teresa Coppola, Rosa Agliata, Evelina Iorfida, Antonino Pitì, Carlo Marzano, Antimo Grassia, Giuseppe Pierro, Rosario Ferro, Assunta Palumbo, Ersilia Fabrazzo, Francesco Casolaro, Loredana Napolitano, Anna Bello, Paola Drappello, Ilenia Gedressi, Carmela Atte, Raffaella Di Donato, Letizia Marcellino, Rosario Di Gruso, Antonella Musella, Carmine Auricchio, Pasquale Cerbone, Gaetano Bosso, Marco Carboncino.
ASL Napoli 3 Sud	Pierluigi Pecoraro (referente), Lucia Pannone, Espedita Muscariello, Serena Sensi, Teresa Mastantuono, Ornella Di Girolamo, Laura Battiloro, Giuseppe Parente, Martina Esposito, Afrodite Visone, Roberto Amato, Michele Carotenuto, Massimo Matarese, Vincenzo Mercurio, Raffaella Serrapica, Manuela Sommantico.

ASL Salerno Anna Luisa Caiazzo (referente), Mario Palma, Riccardo Rosiello, Antonietta Capodanno, Antonietta Calabrese, Adele D’Anna, Gerardo Esposito, Luigi Verolino, Lucia Stromillo, Laura Pezzulo, Annamaria Nobile, Federica Bonaventura, Carla Novi, Luca Garofalo, Simona Albero, Lidija Bogdanovic, Carmela Lombardi, Rosa D’Alvano, Emilia Lupo, Irene Colella, Francesca Morello, Nicola Ielpo, Maria Pizzino, Anna Marotta, Dora Caputo, Giovanna Della Pepa, Domenico Lombardi, Eligio Poetini, Michele Ambrosino, Annunziata D’Auria, Andrea De Simone, Gelsomina Lamberti, Giuseppe Sammarco, Anna Romano.

Un ringraziamento speciale va a Gianfranco Mazzarella che è stato tra gli altri referenti regionale Okkio alla SALUTE per tanti anni e che è venuto a mancare proprio durante la rilevazione 2023. Gianfranco è stato una persona e un professionista di uno spessore immenso che lascia un vuoto enorme difficile da colmare. Questo report è dedicato proprio al nostro Gianfranco che a questa sorveglianza teneva veramente tantissimo e, siamo sicuri, sarà contento di vedere che il lavoro di tanti anni non è andato perduto.

Grazie Gianfranco per tutto quello che hai fatto e per l’enorme bagaglio umano e professionale che ci hai lasciato.

Ci manchi.

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.

Copia del Report può essere richiesta a:

Nome Cognome : dott.ssa Raffaella Errico e dott. Fabio Iavarone

Indirizzo: U.O.D.02 “Prevenzione e Sanità Pubblica” - Direzione Generale Salute - Regione Campania - Isola C3 -Centro Direzionale Napoli

Indirizzo e-mail: raffaella.errico@regione.campania.it; fabio.iavarone@aslnapoli1centro.it

Sito internet di riferimento per lo studio:

www.epicentro.iss.it/okkioallasalute

Elenco Istituti Scolastici

ASL Avellino

"I. C. Mercogliano, Plesso Amatucci" - Mercogliano
"I.C. Atripalda, Plesso De Amicis - Masi" - Atripalda
"I.C. Cosimo Caruso, Plesso Grottolella" - Grottolella
"I.C. E. Cocchia – Dalla Chiesa, Plesso Tullio Petrillo e Amato Renna" - Prata di Principato Ultra
"5 Circolo di Avellino, Plesso S. Giovanni Bosco" - Capriglia
"I.C. Luigi di Prisco, Plesso Capoluogo - Fontanarosa" - Fontanarosa
"I.C. Serino, Plesso Santa Lucia di Serino" – Santa Lucia di Serino
"I.C. Abate F. Galiani, Plesso Banzano" – Montoro
"I.C. San Giovanni XXIII — G. Parini, Plesso Sperone" – Sperone
"I.C. San Giovanni XXIII — G. Parini, Plesso Baiano" – Baiano
"I.C. Carlo del Balzo, Plesso Capoluogo" - Rotondi
"I.C. F. Guarini, Plesso Primaria Casa Papa" — Solofra
"Direzione Didattica, Plesso S. Agata – D.D. Solofra" — Solofra
"I.C. Regina Margherita — L. Vinci, Plesso CAP. Gribaldi" - Avellino
"I.C. Benedetto Croce, Plesso Capoluogo – San Sossio Baronia" – San Sossio Baronia
"I.C. Benedetto Croce, Plesso Capoluogo - Carife" - Carife
"I.C. Carlo del Balzo, Plesso Don Peppe Diana" – Roccabascerana
"I.C. A. Manzoni, Plesso Dr. Camillo Renzi" – Mugnano del Cardinale
"I.C. G. Tentindo, Plesso Silvio Chieffo" – San Mango sul Calore
"I.C. Montemiletto, Plesso Scuola Primaria" - Montemiletto
"I.C. Montemiletto, Plesso Frazione Dentecani" - Pietradefusi
"I.C. Benedetto Croce, Plesso Capoluogo - Lauro" — Lauro
"I.C. Michele Pironti, Plesso Primaria Alberto Manzi" – Montoro
"Omnicomprendivo F. De Sanctis, Plesso Cervinara" – Cervinara
"Omnicomprendivo F. De Sanctis, Plesso fraz. Pantanari Valle" – Cervinara
"I. C. S. Tommaso D'Acquino, Plesso L. Lazzaruolo" – Grottaminarda
"I. C. Colombo - Solimena, Plesso Cap Colombo" – Avellino
"I. C. S. Aurigemma, Plesso Maria Montessori" – Monteforte Irpino
"I. C. F. De Sanctis, Plesso Scuola Primaria - Calabritto" – Calabritto
"I. C. G. Palatucci, Plesso Scandone" – Montella
"I. C. G. Palatucci, Plesso Scandone" – Montella
"I. C. Serino, Plesso Capoluogo"

ASL Benevento

"I. C. S. Angelo a Sasso, Plesso BN S. Angelo a Sasso" - Benevento
"I.C. L. Vanvitelli, Plesso Paolisi CAP" - Paolisi
"I.C. G. Moscati, Plesso BN Pezzapiana" - Benevento
"I.C. G.B. Bosco Lucarelli, Plesso Silvio Pellico" - Benevento
"I.C. G.B. Bosco Lucarelli, Plesso S. Vito" - Benevento
"I.C. F. Torre, Plesso Nicola Scala" - Benevento
"I.C. A. De Blasio, Plesso Guardia CAP." – Guardia Sanframondi

"I.C. O. Fragnito, Plesso S. Giorgio M. CAP." – San Giorgio La Molara
"I.C. Vitulano, Plesso Campoli CAP." – Campoli del Monte Taburno
"I.C. A. Manzoni, Plesso Melizzano CAP." - Melizzano
"Convitto Nazionale P. Giannone, Plesso Scuola Primaria S. Filippo" - Benevento
"I.C. Pascoli, Plesso BN Mazzini" - Benevento
"I.C. Padre Pio, Plesso Airola CAP." – Airola
"I.C. S. Giovanni Bosco, Plesso Castelvenere CAP." – Castelvenere
"I.C. 1 Montesarchio" - Montesarchio
"Scuola Primaria Baby Club" – Telesse Terme
"I. C. S. Angelo a Sasso, Plesso BN S. Giuseppe Moscati" - Benevento
"BR-ING" – Castelvenere
"I.C. S. Angelo, Plesso S. Nicola Manfredi Iannassi" – San Nicola Manfredi
"I.C. S. Angelo, Plesso S. Martino Rodari" – San Martino Sannita
"Scuola Primaria Bilingue – S.I.P.L.E." - Benevento
"I.C. Luigi Settembrini, Plesso Ceppaloni Beltiglio"- Ceppaloni
"I.C. E. Falcetti, Scuola elementare Paduli CAP." – Paduli
"I.C. Telesse, Plesso Telesse CAP." – Telesse Terme
"I.C. Pietrelcina, Primaria Pesco Sannita" – Pesco Sannita
"I.C. S. Bartolomeo In Caldo, Primaria Baselice P. Pio" – Baselice
"I. C. N. 2 S. Agata De' Goti, Plesso S. Agata 2 Faggiano" – Sant'Agata de' Goti
"I. C. N. 2 S. Agata De' Goti, Plesso S. Agata 2 CAP." – Sant'Agata de' Goti

ASL Caserta

IC Statale Castel Volturno Centro
IC Aniello Calcara
IC Statale "FIERAMOSCA - MARTUCCI"
IC "Macerata Campania"
IC di Casapesenna
IC Statale di Lusciano
IC Statale "Basile Don Milani"
IC Ruggiero
IC Statale "FIERAMOSCA - MARTUCCI"
IC "Pignataro Maggiore Camigliano"
IC Mameli
IC "Mignano M.L. Marzano"
IC "G. Falcone e P. Borsellino"
IC "Settembrini"
IC di San Marcellino
IC Statale Castel Volturno Centro
IC Statale "Lucilio"
IC "Don Milani"
Istituto Scolastico "Serena Andersen"
DD "Orta di Atella"

CONVITTO NAZIONALE G.BRUNO
IC "R. VIVIANI"
IAC "Fermi"
IAC "Mazzocchi"
IC di Frignano
IC Statale di Carinaro
IC "Spirito Santo"
IC "Carinola-Falciano del Massico"
LINGUITI -D.D.2-
Beethoven
IC Castel Volturno
IC Statale di Lusciano
IC Principe di Piemonte
IC Cavour

ASL Napoli 1 Centro

NA IC Virgilio IV - Plesso 10h
Convitto Elementare
NA IC 43 - Tasso
NA IC Bonghi - Rione Ascarelli
NA IC Campo Moricino - Umberto
NA IC - Cimarosa
NA IC Capuozzo - Primaria
NA 39 - G. Leopardi
NA 38 - Quarati
NA 36 - Vanvitelli
NA 21 - Mameli Zuppetta
NA 17 - Angiulli
NA 4 - M.Cristina Di Savoia
NA 3 - De Amicis
Ente Religioso Piccole Ancelle Di Cristo Re
Associazione Regionale A.R.S.E.F. Centro Scolastico Belforte
Impresa Sociale D.P.D.B. S.R.L.
Il Nuovo Bianchi
NA IC 13 Ignazio Di Loyola
I.C. NA 5 - Eugenio Montale
NA IC Madonna Assunta
NA IC - Nazario Sauro
NA IC Ammaturo - S. Francesco
NA IC 19 – Russo Montale - Fontanelle
NA IC - Fornari
Casanova Primaria
NA IC - Aganoor-Marconi 71 - Nuovo Edificio

NA IC 58 - Kennedy
NA I.C. D'Aosta - Scura
NA 30 - Parini
NA IC - G. Rodari
NA IC - Giovanni Xxiii
NA IC - Alfredo Oriani
NA IC - Falcone Sc. Primaria
NA IC - Fiorelli Primaria

ASL Napoli 2 Nord

Marano IC Borsellino
IC 2 Castaldo - Nosengo
Frattamaggiore 3 S. D'acquisto
Afragola Ic - Salicelle
Casoria I.C. Cortese Soriano
Casoria Ic Mauro Mitilini
Quarto 4 Don Milani
S. Antimo 1 - Pietro Cammisa
Giugliano 7 Salvat. Di Giacomo
Giugliano 8
Cardito 2 - Don Bosco
La Maiuscola S.R.L. Impresa Sociale
Grumo Nevano Matteotti Cirillo
Malala - Arcobaleno
Grumo Nevano - Pascoli Capoluog
Qualiano 1 - Viale Europa
Acerra 4 Spiniello
Quarto 1 Azzurra-Viviani Prima
Casalnuovo 3 - Parco Leone
Frattamaggiore 4 - Marconi
Ente Religioso Suore Figlie Di Nostra Signora
Quarto 1 Azzurra-Viviani Prima
Pozzuoli I.C. 3 Anecch. Rodari
Pozzuoli I.C. 4 - V. Emanuele
Pozzuoli I.C. 7 Pergolesi Vivia
Bacoli I.C. 1 Di Tarso Capoluo
Melito 1 - Ten. L. Mauriello
Bacoli Ic Plinio - Bellavista
Forio 2 Don Vincenzo Avallone
Melito 3 - De Curtis
La Citta' Del Sole S.R.L.
Oasi Del Fanciullo S.R.L. Impresa Sociale
Barano D'ischia - Piedimonte
Giugliano 1 - Capoluogo

Mugnano 1 - Sequino
Marano 3 - Correa Di Sopra
Mugnano 2 - Giancarlo Siani
Melito 2 Corso Europa
Ente Religioso Suore Vittime Espiatrici Gesu' Sacramentato

ASL Napoli 3 Sud

"M.B. Alberti s.r.l. Impresa Sociale"- Gragnano
"I.C. Prisco"- Boscotrecase
I.C. De Nicola"- Sasso -Torre del Greco
"I.C. De Sanctis"- Portici
"I.C. Da Vinci"- Portici
"I.C. Giampietro- Romano "-Torre del Greco
"LC. Leopardi "-Torre del Greco
"I.C. Giovanni Mazza" -Torre del Greco
"I.C. Gragnano 3 - Staglie"- Gragnano
"I.C. 2 Giampaglia"- Ercolano
"I.C. 2 Da Vinci- Plesso Boschetti" Sant' Anastasia
"I.C. 2 Oreste Lizzadri"- Gragnano
"D.D. 1 Ungaretti" — Gragnano
"I.C. Sorrento Capoluogo"— Sorrento
"I.C. Mascolo" -Sant'Antonio Abate
"I.C. Alfieri"- Torre Annunziata
"I.C. Leopardi"- Torre Annunziata
"I.C. Troisi"- San Giorgio A Cremano
"I.C. Buonocore- Fienga"- Meta
"I.C. Di Giacomo-De Nicola"- Agerola
"I.C. G. Battista della Porta ex Costiero"- Vico Equense
"I.C. 1 Pompei"- Pompei
"I.C. 2 Celentano" — Pompei
"C.D. 3 S. Marco"- Castellammare
"I.C. De Filippo"- S. M. La Carita
"I.C. 2 Dati" - Boscoreale
"La Verde Isola Del Sapere" - Cercola
"I.C. V. Russo" - Palma Campania
"I.C. V. Beneventano" - Ottaviano
"C.D. D'assisi Amore" - Sant'Anastasia
"C.D. Sandro Pertini"- San Sebastiano al Vesuvio
"I.C. D'Avino" - Striano
"I.C. Visciano- Camposano" - Camposano
"I.C. S. Domenico Savio" - Terzigno
"I.C. 1 Raffaele Arfé" — Somma Vesuviana
"I.C. Omodeo Beethoven" Scisciano-San Vitaliano

ASL Salerno

"Primo I. C. Angelo e Francesco Solimena" - Nocera Inferiore
"I.C. Albanella, Plesso Matinella" - Albanella
"I.C. A. Genovesi, Plesso Giffoni Sei Casali - Prepezzano" - Giffoni Sei Casali
"I.C. Viscigliete, Plesso Atena Lucana CAP." - Atena Lucana
"I.C. G. Pascoli, Plesso Colliano CAP" - Colliano
"I.C. Sant'Alfonso Maria dei Liguori, Plesso Don Milani" - Pagani
"I.C. Montalcini, Plesso Mercatello" - Salerno
"I.C. Matteo Ripa, Plesso Eboli Via Regione Campania" - Eboli
"I.C. Rossi Vairo, Plesso Giungano CAP" - Giungano
"I.C. Bellizzi, Plesso Torre Lama" - Bellizzi
"I.C. Capaccio Capoluogo, Plesso Vannulo" - Capaccio Paestum
"I.C. De Amicis Baccelli, Plesso Via Laudisio CAP." - Sarno
"I.C. Santa Marina Policastro, Plesso Policastro" — Santa Marina
"I.C. Salerno V Ogliara, Plesso Giovi Piegolelle" — Salerno
"I.C. Vassalluzzo, Plesso S. Maria delle Grazie" -Roccapiemonte
"I.C. A. Gatto, Plesso Via Stella" - Battipaglia
"I.C. T. Gaza, Plesso S. Giovanni a Piro Scario" — San Giovanni a Piro
"I.C. T. Gaza, Plesso Caselle in Pittari CAP.P.P." — Caselle in Pittari
"I.C. CAN. S. Falco, Plesso Ferdinando II di Borbone" - Scafati
"I.C. G. Pascoli, Plesso Tramonti Polvica" - Tramonti
"DD Baronissi, Plesso Baronissi CAP. P.P." - Baronissi
"I.C. Castel San Lorenzo, Plesso Castel San Lorenzo CAP. P.P." - Castel San Lorenzo
"2' I.C. Nocera Inferiore, Plesso Via Fava" — Nocera Inferiore
"I.C. Palatucci, Plesso Quadrivio Don Milani" - Campagna
"I.C. Lanzara, Plesso Lanzara" — Castel San Giorgio
"I.C. Montecorvino Pugliano, Plesso S. Vito" — Montecorvino Pugliano
"I. C. Leonardo Da Vinci, Plesso Omignano Scalo" - Omignano
"Pagani III, Plesso Barbazzano" - Pagani
"I.O.C. Torre Orsaia – AUT. 168, Plesso Celle di Polgheria Podeira" — Celle Di Polgheria
"I.C. G. Speranza, Plesso Cetola CAP. P.P." - Centola

Indice

Indice	11
Prefazione	12
Introduzione	14
Metodologia	15
Descrizione della popolazione	17
Lo stato ponderale.....	20
Le abitudini alimentari.....	27
L'attività fisica.....	34
Le attività sedentarie.....	41
La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini	44
L'ambiente scolastico e il suo ruolo nella promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica	49
Conclusioni generali	60
Bibliografia essenziale	62

Prefazione

OKkio alla SALUTE è ufficialmente collocato tra i Sistemi di Sorveglianza (SiS) di rilevanza nazionale e regionale istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), quale ente di coordinamento centrale (DPCM 03 marzo 2017).

La sorveglianza, promossa dal CCM/Ministero della Salute e attiva in Italia dal 2007, ha permesso negli anni di avere informazioni sullo stato ponderale e sugli stili di vita di bambine e bambini della scuola primaria, in tutte le Regioni italiane e quindi anche in Regione Campania. Infatti la Regione Campania fin dal 2008, anno della prima rilevazione, attua il SiS Okkio alla Salute.

La settima raccolta dati di OKkio alla SALUTE nella Regione Campania, iniziata a gennaio 2023 e terminata a giugno 2023, ha visto impegnati gli operatori di tutte e 7 le AA.SS.LL. che hanno provveduto a contattare le scuole, programmare ed effettuare le rilevazioni in classe, riscontrando un'ampia partecipazione della popolazione scolastica all'indagine e alla raccolta dei dati epidemiologici. Da tale rilevazione è stato prodotto il report 2023 della Regione Campania che ha lo scopo di descrivere i principali risultati dell'indagine OKkio alla SALUTE al fine di migliorare la conoscenza sui comportamenti di bambine e bambini e orientare le strategie e le pratiche volte alla promozione della loro salute psico-fisica. Si fa presente che nel database, risultano inseriti 3742 bambini campani misurati (peso e statura).

I dati relativi all'indagine 2023, a dimostrazione dell'efficacia delle azioni messe in campo, mostrano un lieve calo nella prevalenza del sovrappeso e una stabilità del dato sull'obesità causati da scorretti stili di vita, quali, in particolare, le cattive abitudini alimentari, la sedentarietà e la scarsa attività motoria, segnale che bisogna continuare sulla strada finora intrapresa e perseverare negli sforzi finora compiuti. Pertanto, considerata l'elevata percentuale di obesità, che, oltre ad aumentare il carico delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT), determina anche importanti impatti economici, la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità infantile rappresentano uno degli obiettivi prioritari della U.O.D. Prevenzione e igiene sanitaria - prevenzione e tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di vita e lavoro - O.E.R.

Coerentemente con le "Linee di indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità" (approvato in Conferenza Stato-Regioni il 27 luglio 2022) e con quanto raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, la U.O.D. 02 promuove, attraverso le AA.SS.LL. della Regione Campania, azioni efficaci di promozione della salute e di stili di vita sani e attivi in un'ottica intersettoriale e di approccio integrato. L'Accordo di Collaborazione su Scuole che Promuovono Salute tra la Regione Campania e il M.I.U.R. Direzione Generale Ufficio Scolastico per la Campania (presa d'atto con Decreto Dirigenziale n. 534 del 07/08/2023) e il D.D. n. 628 del 03/10/2023 che ha aggiornato il Tavolo Regionale per la Sicurezza Nutrizionale (TaRSiN) mirano proprio a favorire l'intersettorialità degli interventi di promozione della salute attraverso un approccio integrato tra i vari attori nel nostro Sistema Sanitario Regionale impegnati in questo settore.

Inoltre, l'adozione del Documento di Governance Regionale e Aziendale delle Sorveglianze di Popolazione nell'ambito del PL 14 - Piano Regionale della Prevenzione 2020/25 (D.D. n. 34 del 25/03/2024) mira a supportare con maggiore forza a queste attività e darne continuità nel tempo.

Inoltre la Scuola, la famiglia, i professionisti della sanità e l'intera società possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione e cura dell'obesità e nella promozione di stili di vita salutari. È prioritario affrontare anche le ingiustificabili disuguaglianze dovute a fattori geografici e socioeconomici. È in quest'ottica che la Regione Campania, nell'esprimere un vivo ringraziamento a tutti gli attori che hanno contribuito alla realizzazione di questa rilevazione di Okkio alla Salute, intende continuare con un grande augurio di poter continuare a mantenere e migliorare i traguardi finora raggiunti affinché si possano tradurre in un miglioramento della salute dei nostri bambini.

Referenti Regionali OKkio alla SALUTE
Dott.ssa Raffaella Errico
Dott Fabio Iavarone

Dr. Vincenzo Giordano
Dirigente U.O.D. 02
Prevenzione e igiene sanitaria - prevenzione e tutela della salute e
della sicurezza negli ambienti di vita e lavoro - O.E.R.

Avv. Antonio Postiglione
Direttore Generale
Direzione Generale Tutela Salute e Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

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.

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 e del Merito.

La sorveglianza è alla base delle strategie italiane in materia di prevenzione e promozione della salute quali il Programma Governativo "Guadagnare salute", il Piano Nazionale della Prevenzione e, in ambito internazionale, aderisce alla "Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

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 sette raccolte dati (2008-9, 2010, 2012, 2014, 2016, 2019, 2023) ognuna delle quali ha coinvolto oltre 40.000 bambini e genitori e 2.000 scuole.

Nel report vengono presentati i risultati della raccolta dati effettuata nel 2023 nella nostra Regione.

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 nel tempo.

Popolazione in studio e setting di rilevazione

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). I quattro questionari utilizzati per rilevare le informazioni sono: il questionario per i bambini da somministrare in aula, il questionario 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 formati utilizzando bilance 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), 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). 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 sulla salute dei bambini, sono stati raccolti attraverso i due questionari destinati ai dirigenti scolastici e agli insegnanti.

La raccolta dei dati è avvenuta in tutte le regioni tra marzo e giugno 2023.

L'inserimento dei dati ha previsto una modalità ibrida: direttamente online per i rispondenti al questionario genitore e al questionario destinato al Dirigente Scolastico e mediante piattaforma web, sviluppata ad hoc, per le informazioni provenienti dal questionario bambino e dal questionario classe. L'inserimento dei dati in piattaforma web è stato effettuato dagli operatori sanitari delle diverse ASL coinvolte.

■ ■ ■ **Analisi dei dati**

L'analisi dei dati è stata finalizzata 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 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?

Nella nostra Regione hanno partecipato all'indagine il 99,1% delle scuole e il 99,6% delle classi sui 238 plessi scolastici e sulle 260 classi rispettivamente campionate.

Distribuzione delle classi per tipologia di comune di appartenenza Regione Campania – OKkio 2023 (N=259 classi)

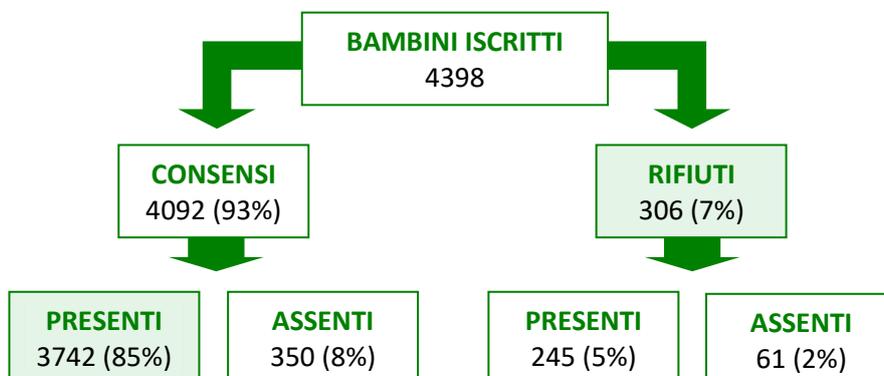
ZONA ABITATIVA	N	%
≤ 10.000 abitanti	69	26,7
Da 10.000 a più di 50.000 abitanti	48	18,5
> 50.000 abitanti (non metropolitana)	20	7,7
Comuni di area metropolitana (centro e periferia)	122	47,1

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

Partecipazione dei bambini e delle famiglie allo studio

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

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



- Circa il 7% dei genitori ha rifiutato la misurazione dei propri figli. Questo valore è risultato superiore a quello nazionale (circa 5%). Questo dato può essere ascritto ad una scarsa comunicazione e sensibilizzazione tra ASL, scuola e genitori che dovranno essere migliorate in occasione della prossima rilevazione oppure può essere dovuto al cambio delle modalità per raccogliere il consenso da parte dei genitori a far partecipare i propri figli alla rilevazione.
- Nella giornata della misurazione erano assenti 411 bambini pari a circa il 10% del totale di quelli iscritti. La percentuale di assenti tra i consensi al pari del dato sui rifiuti, se non giustificata da malattie intercorrenti, potrebbe indicare un rifiuto di molti genitori, anche se “non espressamente dichiarato”.
- I bambini ai quali è stato possibile somministrare il questionario e di cui sono stati rilevati peso e statura sono stati quindi 3742 ovvero l’85% degli iscritti negli elenchi delle classi. Tale percentuale di partecipazione assicura una rappresentatività del campione.
- Hanno risposto al questionario dei genitori 3963 delle famiglie dei 4398 bambini iscritti (90%).

Bambini partecipanti: quali le loro caratteristiche?

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

Età e sesso dei bambini - Regione Campania – OKkio 2023

ETÀ	N	%	SESSO	N	%
<7 anni	71	1,7	Maschi	1865	51,3
8 anni	2712	74,2	Femmine	1779	48,7
9 anni	852	23,6			
≥ 10	17	0,5			

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

Genitori partecipanti: chi sono e cosa fanno?

La scolarità dei genitori, usata come indicatore socioeconomico della famiglia, è associata in molti studi allo stato di salute del bambino. Il questionario è stato compilato più spesso dalla madre del bambino (90,2%), meno frequentemente dal padre (9,2%) o da altra persona (0,6%). Di seguito vengono riportate le caratteristiche di entrambi i genitori dei bambini coinvolti; i capitoli successivi nella maggior parte dei casi presenteranno analisi che tengono conto del livello di istruzione solo della madre che di fatto è la persona che ha risposto più frequentemente al questionario rivolto ai genitori.

- La maggior parte delle madri ha un titolo di scuola superiore (41%) o laurea (26,6%).
- I padri che hanno un titolo di scuola superiore sono il 46,4% e la laurea il 17,6%.
- Il 5% delle madri e il 6,7% dei padri sono di nazionalità straniera.
- Il 23,7% delle madri lavora a tempo pieno. Più della metà delle madri (51,5%) non lavora.

Con il reddito a disposizione della famiglia, il 31,2% dei rispondenti dichiara di arrivare a fine mese con qualche difficoltà e il 4,6% dichiara di arrivarci con molte difficoltà.

Livello di istruzione, occupazione e nazionalità della madre e del padre Regione Campania – OKkio 2023

CARATTERISTICHE	MADRE		PADRE	
	N	%	N	%
Grado di istruzione				
Nessuna, elementare, media	1187	32,4	1267	36
Diploma superiore	1592	41	1728	46,4
Laurea	1050	26,6	675	17,6
Nazionalità				
Italiana	3573	95	3607	93,3
Straniera	182	5	255	6,7
Lavoro*				
Tempo pieno	828	23,7	-	-
Part time	885	24,8	-	-
Nessuno	1764	51,5	-	-

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

Inoltre, attraverso il questionario dei genitori, sono state raccolte informazioni circa la composizione del nucleo familiare e il numero di fratelli/sorelle del bambino/a.

Tipologia di famiglia (%) - Regione Campania – OKkio 2023

TIPOLOGIA DI FAMIGLIA	%
Madre e padre (no altri adulti)	58,8
Solo madre	9,4
Solo padre	1,2
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	1,3
Madre e/o padre con nonni o altri adulti	24,7
Altra sistemazione	4,6
Totale	100

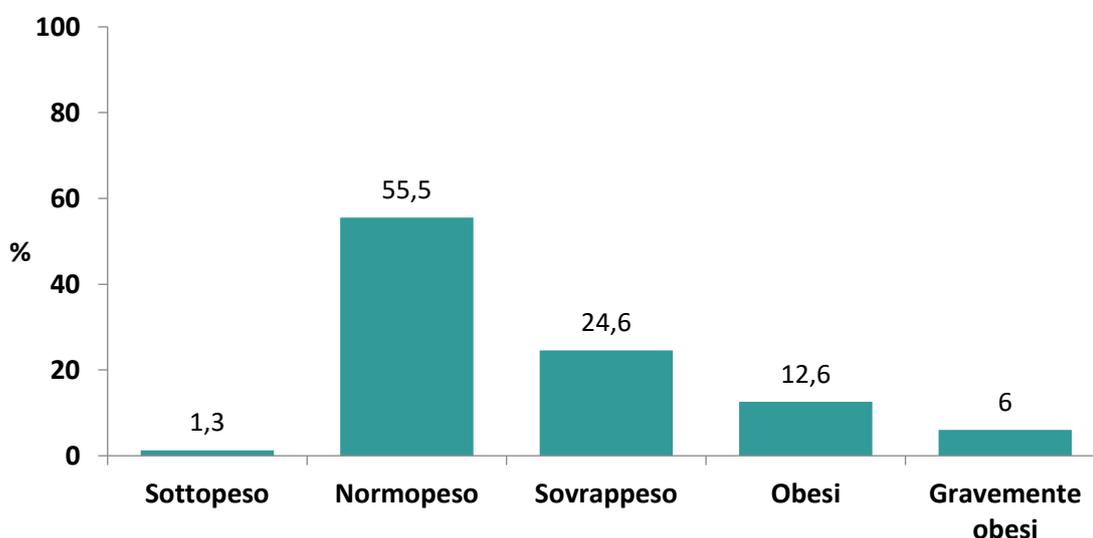
Lo stato ponderale

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.

Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni (%)

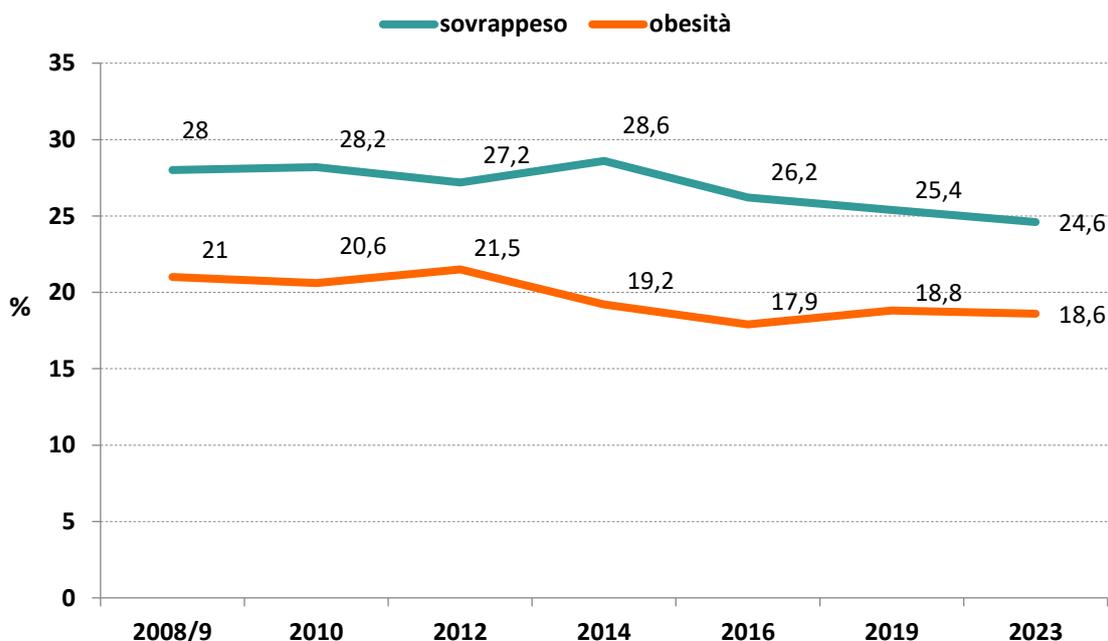


- Tra i bambini della nostra Regione il 6% (IC95% 5,26%-6,9%) risulta in condizioni di obesità grave, il 12,6% risulta obeso (IC95% 11,5%-13,9%), il 24,6% sovrappeso (IC95% 23,2%-26,1%), il 55,5% normopeso (IC95% 53,6%-57,3%) e l'1,3% sottopeso (IC95% 0,9%-1,86%).
- Complessivamente il 43,2% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità.
- Se riportiamo la prevalenza di sovrappeso e obesità riscontrata in questa indagine a tutto il gruppo di bambini di età 6-11 anni, il numero di bambini sovrappeso e obesi nella Regione sarebbe pari a 137.103, di cui obesi 59.030.

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

Rispetto alle precedenti rilevazioni nella nostra regione, nonostante sia ancora elevata, si assiste ad una diminuzione progressiva della prevalenza di bambini in sovrappeso ed obesi dal 2008 al 2023.

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



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

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

Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni per caratteristiche demografiche del bambino e della madre (%) – Regione Campania – OKkio 2023

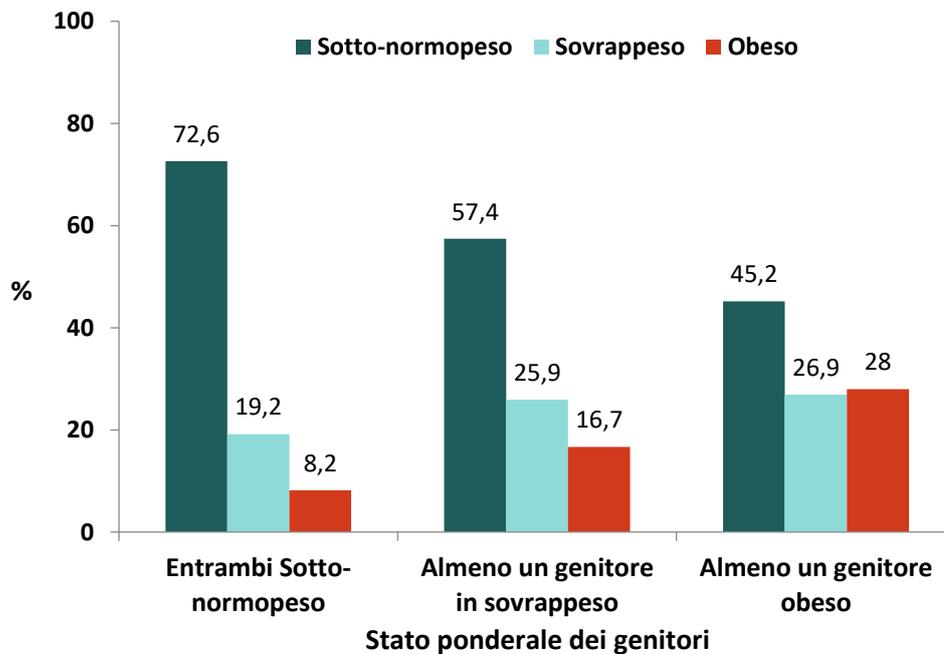
CARATTERISTICHE	NORMO/SOTTOPESO	SOVRAPPESO	OBESO
Età			
8 anni	57,4	24	18,6
9 anni	55	26,3	18,7
Sesso			
Maschi	55,7	25,1	19,2
Femmine	58	24	18,1
Zona abitativa*			
<10.000 abitanti	52,9	24	23,1
10.000-50.000	58,5	24,5	17
>50.000 (non metropolitana)	52,4	30,6	17
metropolitana/perimetropolitana	57,9	24,3	17,8

Istruzione della madre*			
Nessuna, elementare, media	50,9	26	23,1
Superiore	57,2	23,4	19,4
Laurea	64,6	24,6	10,8

* Differenza statisticamente significativa (p < 0,05)

- Nella Regione Campania, la prevalenza di obesità è simile tra i bambini di 8 e 9 anni e tra maschi e femmine. La prevalenza di sovrappeso è leggermente superiore nei bambini di 9 anni rispetto a quelli di 8 anni (26,3%vs.24%).
- Bambini che frequentano scuole in centri con <10.000 abitanti sono in genere più obesi.
- Il rischio di obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre, da 23,1% per titolo di scuola elementare o media, a 19,4% per diploma di scuola superiore, al 10,8% per la laurea.

Stato ponderale dei bambini rispetto a quello dei genitori.



- Dai dati autoriferiti dai genitori emerge che, nella nostra Regione, il 27,8% delle madri è in sovrappeso e il 11,3% è obeso; i padri, invece, sono nel 51,3% sovrappeso e 19,1% obesi.
- Quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso il 25,9% dei bambini risulta in sovrappeso e il 16,7% obeso. Quando almeno un genitore è obeso il 26,9% dei bambini è in sovrappeso e il 28% obeso.

Nei giorni di scuola quante ore dormono i bambini?

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

posta la domanda per stimare le ore di sonno dei bambini nei giorni di scuola, ovvero non considerando i giorni festivi che possono rappresentare un'eccezione alle normali abitudini.

Ore di sonno dei bambini in sovrappeso/obesi, Regione Campania, OKkio alla SALUTE 2023

ORE E MINUTI	%
< 9 ORE	47,5
9 ore – 9 ore e 29 minuti	46,1
9 ore e 30 minuti – 9 ore e 59 minuti	39,2
≥10 ore	37,1

In generale, il 26,3% dei bambini dorme meno di 9 ore. A livello nazionale questo dato è stato pari al 13%.

- Nella nostra regione la percentuale di bambini sovrappeso-obesi aumenta al diminuire delle ore di sonno.

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

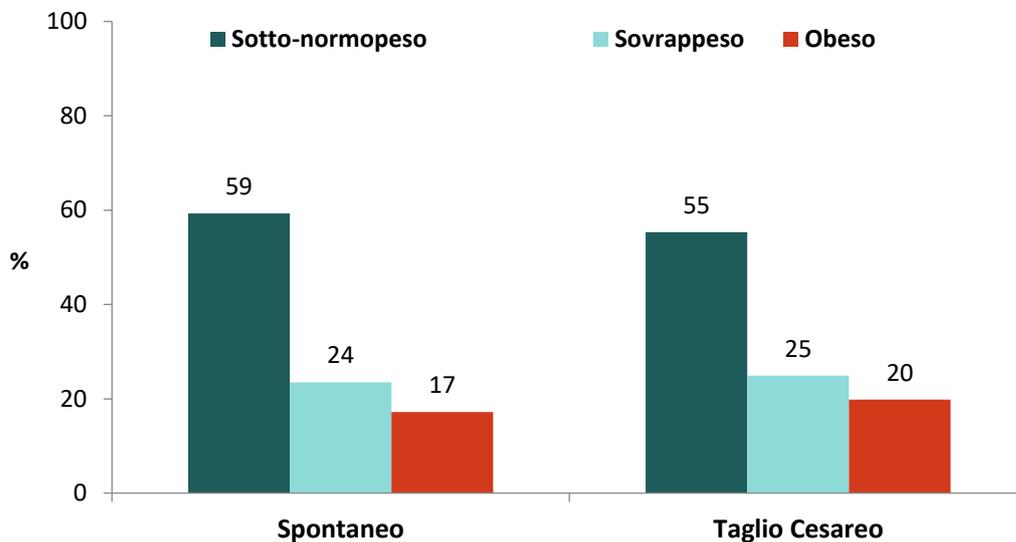
Tra i fattori che vengono indicati in letteratura come potenzialmente associati allo stato ponderale del bambino ve ne sono alcuni che riguardano il parto e i primi mesi di vita. Per tale motivo dal 2016, nel questionario rivolto ai genitori, sono state inserite alcune domande per rilevare, con riferimento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

CARATTERISTICA ALLA NASCITA	MODALITÀ	VALORE REGIONALE 2023	VALORE NAZIONALE 2023
Tipo di parto	Taglio Cesareo	61,8%	38%
Settimana gestazionale	<37	8,2%	7%
	<33	2,1%	2%
	>=37	89,7%	91%
Peso alla nascita (in grammi)	< 2500	9,2%	9%
	2500-3300	51,7%	47%
	3300-4000	34,2%	37%
	≥4000	4,9%	7%
Allattamento al seno	Mai/<1 mese	36,6%	28%
	1-6 mesi	29,7%	26%
	>6 mesi	33,7%	46%

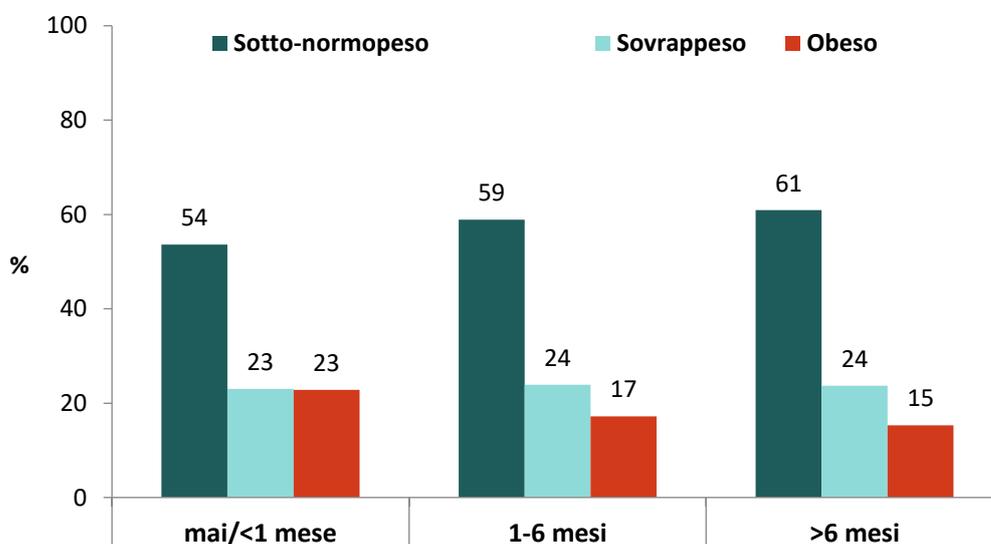
Nei grafici seguenti si riporta lo stato ponderale dei bambini per tipo di parto e per durata dell'allattamento al seno. Sia il tipo di parto che l'allattamento al seno appaiono associati con lo stato ponderale del bambino.

Qual è il rapporto tra stato ponderale, caratteristiche del parto e allattamento al seno?

Stato ponderale dei bambini per tipologia del parto



Stato ponderale dei bambini per durata allattamento al seno



Inoltre, tra i bambini con peso alla nascita inferiore ai 2500 gr il 30% è risultato sovrappeso e il 15,4% obeso mentre tra i bambini con peso alla nascita ≥ 4000 gr, i valori sono risultati rispettivamente 25,6% e 23,4%. Tra i bambini nati a ≤ 37 , le percentuali di sovrappeso e obesi sono maggiori rispetto ai bambini nati a termine.

Per un confronto

	Valori regionali (%)							VALORE NAZIONALE 2023 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2023	
Prevalenza di bambini sotto-normopeso	51%	51,2%	51,3%	52,1%	55,9%	55,8%	56,8%	71,1%
Prevalenza di bambini sovrappeso	28%	28,2%	27,2%	28,6%	26,2%	25,4%	24,6%	19%
§Prevalenza di bambini obesi**	21%	20,6%	21,5%	19,2%	17,9%	18,8%	18,6%	9,8%
§Prevalenza di bambini sovrappeso e obesi**	49%	48,8%	48,7%	47,8%	44,1%	44,2%	43,2%	28,8%

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

Conclusioni

Nella rilevazione 2023 si sono riscontrati lievi cambiamenti rispetto a quella precedente del 2019. Permane, in ogni caso, il problema dell'eccesso di peso nella popolazione infantile. Infatti, si conferma l'elevata prevalenza di bambini in sovrappeso/obesi rispettivamente con il 24,6% e il 18,6%, valore leggermente inferiore alla rilevazione 2019, ma superiore al dato nazionale che si attesta al 19% per il sovrappeso e il 9,8% per l'obesità. In sintesi, rispetto agli anni precedenti è stato osservato che l'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) ha un trend leggermente discendente, passando dal 44,2% del 2019 al 43,2 del 2023.

Il rischio del bambino di sviluppare la condizione di sovrappeso/obesità aumenta:

- al diminuire del grado di scolarità della madre;
- quando almeno un genitore è in sovrappeso e ancora di più quando almeno un genitore è obeso;
- per i bambini nati tramite parto cesareo rispetto a quelli nati con parto spontaneo;
- per i bambini che non sono stati allattati al seno rispetto a quelli che hanno ricevuto latte materno per almeno 6 mesi.

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

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

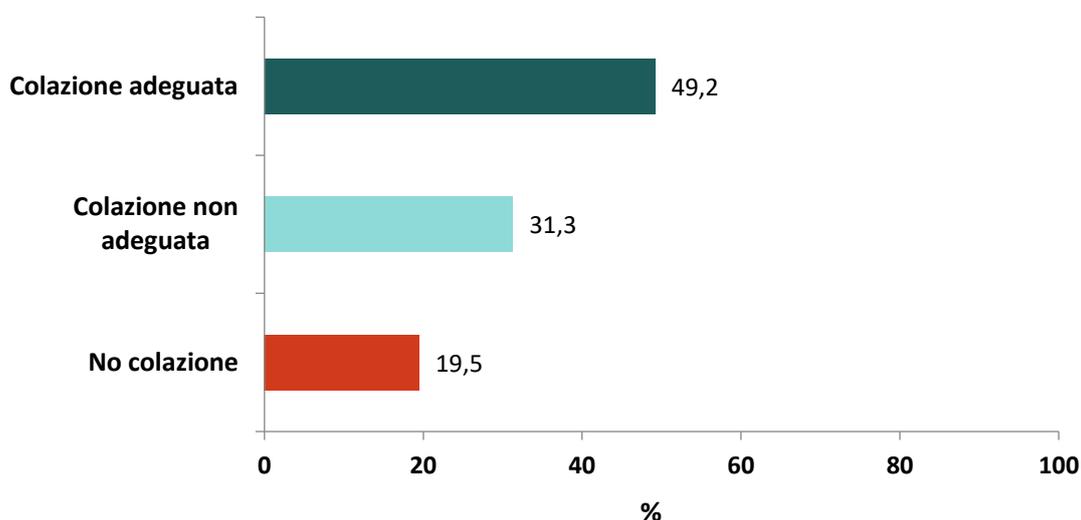
Le abitudini alimentari

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

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

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

Adeguatezza della colazione consumata dai bambini (%)



- Da quanto riportato dai bambini sulla colazione effettuata il giorno della rilevazione, nella nostra Regione il 49,2% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata.
- Il 19,5% non fa colazione (più nei bambini rispetto alle bambine, 20,4% versus 18,5%) e il 31,3% non la fa qualitativamente adeguata.
- La prevalenza del non fare colazione è più alta nei bambini di madri con titolo di studio più basso (elementare o media)*.

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

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

Frequenza della colazione in una settimana tipica (%)

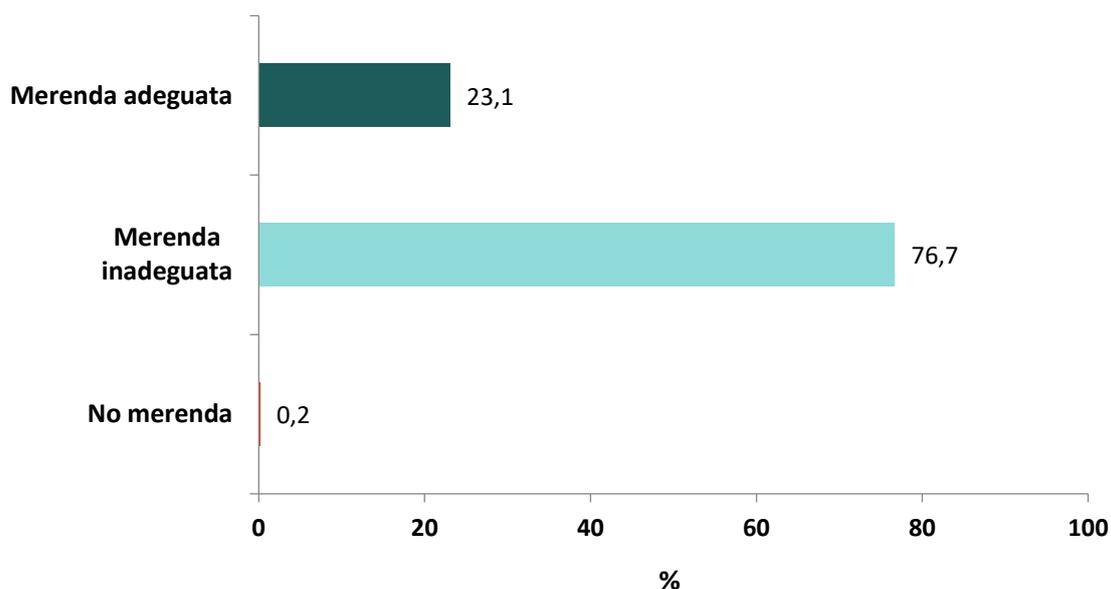
FREQUENZA	%
Ogni giorno	57,5
Quasi tutti i giorni della settimana (4-6 giorni)	13,4
Qualche giorno a settimana (1-3 giorni)	21,9
Mai	7,2

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

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

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

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

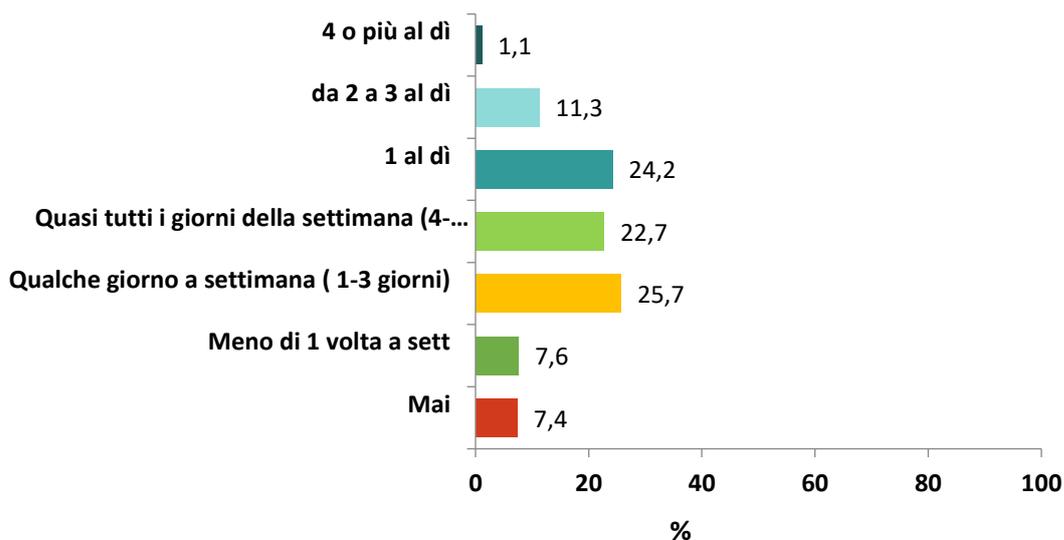


- Nel 17,7% delle classi è stata distribuita una merenda di metà mattina.
- Solo una piccola parte di bambini (23,1%) consuma una merenda adeguata di metà mattina.
- La maggior parte dei bambini (76,7%) la fa inadeguata e lo 0,2% non la fa per niente.
- Non sono emerse differenze statisticamente significative per sesso del bambino e per livello di istruzione della madre.

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

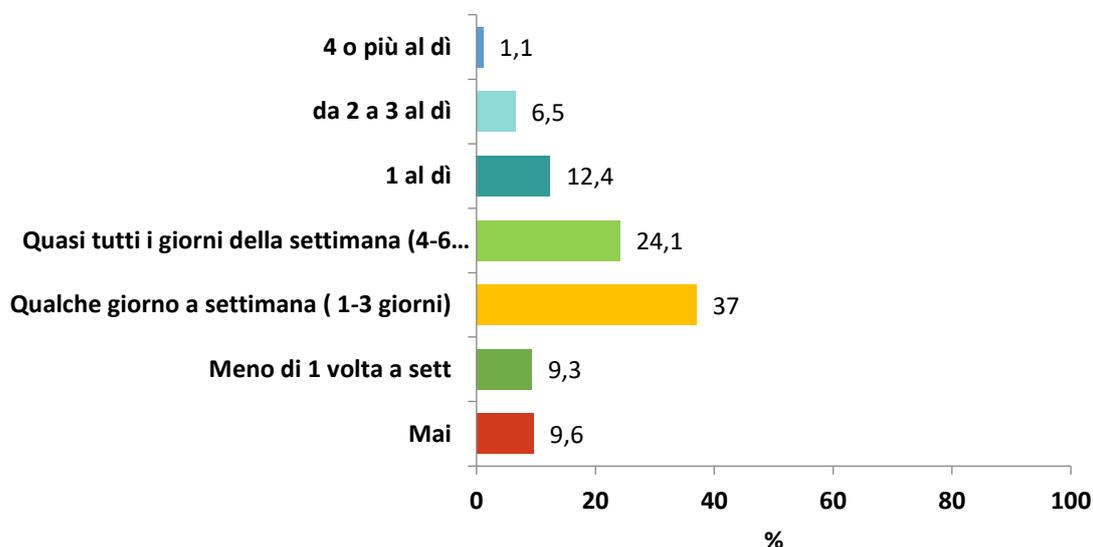
Le linee guida sulla sana alimentazione prevedono l'assunzione di almeno cinque porzioni al giorno di frutta o verdura. Il consumo di frutta e verdura nell'arco della giornata garantisce un adeguato apporto di fibre e sali minerali e consente di limitare la quantità di calorie introdotte.

Consumo di frutta nell'arco della settimana (%)



- Nella nostra Regione, i genitori riferiscono che solo l'11,3% dei bambini consuma la **frutta** 2-3 volte al giorno e il 24,2% una sola volta al giorno.
- Il 15% dei bambini mangia frutta meno di una volta a settimana o mai.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino.
- Sono emerse differenze statisticamente significative per livello di istruzione della madre. All'aumentare del livello di istruzione della madre cresce il consumo di frutta.

Consumo di verdura nell'arco della settimana (%)



- Nella nostra Regione, i genitori riferiscono che il 6,5% dei bambini consuma **verdura** 2-3 al giorno; il 12,4% una sola volta al giorno.
- Il 19% dei bambini consuma verdura meno di una volta a settimana o mai.
- Le femmine mangiano più verdura rispetto ai maschi e la percentuale aumenta all'aumentare del livello di istruzione della madre.
- Il 30% dei bambini consuma almeno due volte al giorno frutta e/o verdura.

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

L'alimentazione può influenzare lo stato ponderale. Ai genitori è stato chiesto di indicare con che frequenza i propri figli assumono le principali categorie di alimenti.

Regione Campania, OKkio alla SALUTE 2023

FREQUENZA DI CONSUMO	SUCCHI DI FRUTTA 100% FRUTTA	BIBITE CONF. CONTENENTI ZUCCHERO (tè, arancata, cola, succhi di frutta, ecc.)	BIBITE CONF. A RIDOTTO CONTENUTO DI ZUCCHERO (cola light/zero, ecc.)	LEGUMI	SNACK SALATI (patatine, pop corn, noccioline, ecc.)	SNACK DOLCI (merendine, biscotti, caramelle, torte, ecc.)
Mai	18,9%	17,4%	54,4%	5,6%	6,6%	2,7%
meno di una volta a settimana	19,8%	33,5%	25,8%	7,7%	36,8%	10,5%
qualche giorno (1-3 giorni)	30,9%	30,7%	14,6%	66,6%	40,6%	31,3%
quasi tutti	15,5%	9,5%	3,2%	17,2%	10,4%	32,1%

i giorni (4-6 giorni)						
una volta al giorno tutti i giorni	10,9%	5,5%	1,4%	1,8%	3,6%	15,2%
più volte al giorno tutti i giorni	4%	3,4%	0,6%	1,1%	2%	8,2%

- Nella nostra Regione il 9,5% dei bambini assume bevande zuccherate confezionate contenenti zucchero quasi tutti i giorni.
- Il 13,3% dei bambini non consuma mai legumi o meno di una volta a settimana
- Il consumo di snack salati e dolci “più volte al giorno, tutti i giorni” è rispettivamente del 2% e dell’8,2%
- Si evidenziano differenze di genere nel consumo di snack dolci poiché i maschi ne consumano più delle femmine. Non vi è differenza fra maschi e femmine per le altre categorie di alimenti.
- Un maggiore grado di scolarità della madre è associato a migliori abitudini alimentari.

■ ■ ■ L’igiene orale dei bambini: quanti bambini si lavano i denti dopo cena?

L’abitudine di lavarsi i denti è essenziale per la prevenzione della carie dentale e dell’igiene del cavo orale. Il 79,1% dei bambini della nostra regione ha dichiarato di essersi lavato i denti la sera precedente l’indagine. A livello nazionale questo dato è risultato pari all’84%. Nella nostra Regione i genitori hanno riportato che il 31,5% dei bambini lava i denti non più di una volta al giorno, mentre il dato nazionale è del 30%.

■ ■ ■ I cambiamenti salutarì adottati in famiglia

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

Nella nostra regione i comportamenti salutarì più frequentemente adottati sono risultati: aumentare il consumo di frutta e ortaggi (59,6%) e inserire la frutta come spuntino (54,4%).

Alla domanda sulla frequenza di utilizzo del sale iodato, il 56,2% dei rispondenti dichiara di usarlo sempre; dato nazionale: 57%.

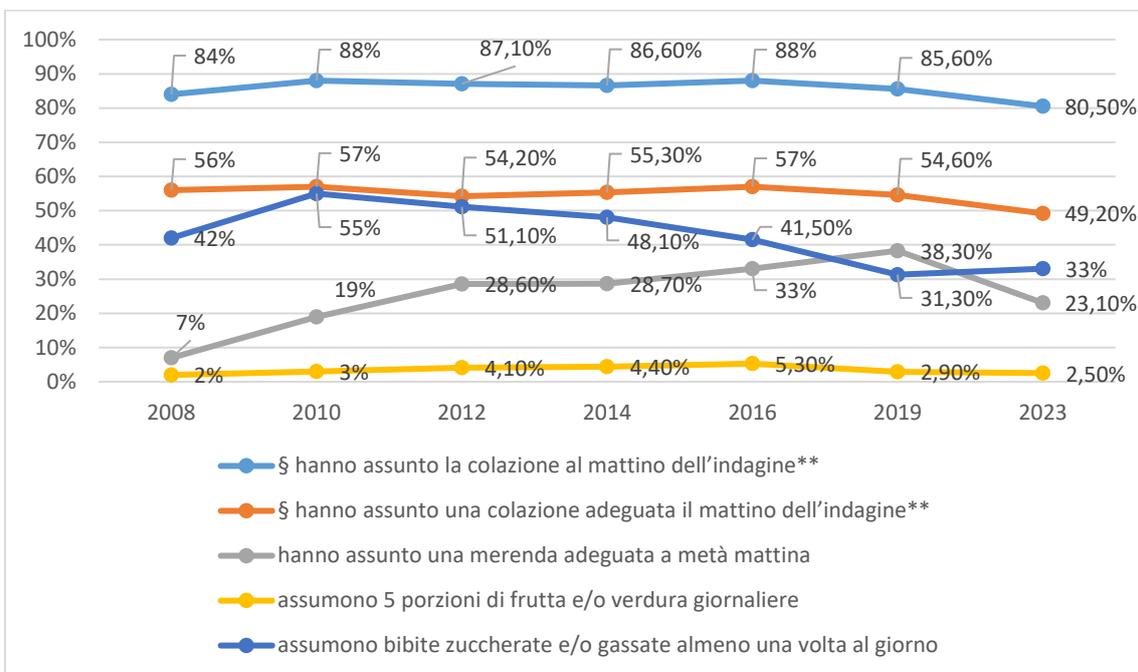
Per un confronto

	Valori regionali (%)							VALORE NAZIONALE 2023 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2023	
§ hanno assunto la colazione al mattino dell'indagine**	84%	88%	87,1%	86,6%	88%	85,6%	80,5%	89%
§ hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine**	56%	57%	54,2%	55,3%	57%	54,6%	49,2%	53%
hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	7%	19%	28,6%	28,7%	33%	38,3%	23,1%	32%
assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere	2%	3%	4,1%	4,4%	5,3%	2,9%	2,5%	5%
assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno	42%	55%	51,1%	48,1%	41,5%	31,3%	33%	25%

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

Conclusioni

Nella nostra Regione con la settima raccolta dati, si conferma la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso. Abbiamo elaborato un grafico che analizza il trend relativamente ai vari indicatori, dal 2008 ad oggi. Si osserva un peggioramento di tutti gli indicatori relativi alle abitudini alimentari:



Nello specifico, dal grafico su riportato si nota che è calata ridotta la percentuale di bambini che hanno assunto la colazione al mattino dell'indagine e che hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina. Alla luce di tali dati, si conferma che la colazione e la merenda di metà mattina permangono uno degli obiettivi prioritari delle azioni di promozione della salute da svolgere in modo assiduo nel setting scolastico da parte degli operatori sanitari.

Questo rischio per i bambini può essere limitato grazie alla modifica delle abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie.

L'attività fisica

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

Quanti bambini sono fisicamente non attivi?

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

Bambini fisicamente non attivi# (%) - Regione Campania - OKkio 2023

CARATTERISTICHE	NON ATTIVI
Sesso	
Maschi	28,8
Femmine	27,6
Zona abitativa*	
<10.000 abitanti	22,9
10.000-50.000	21,4
>50.000 (non metropolitana)	15,8
metropolitana/perimetropolitana	33,5

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

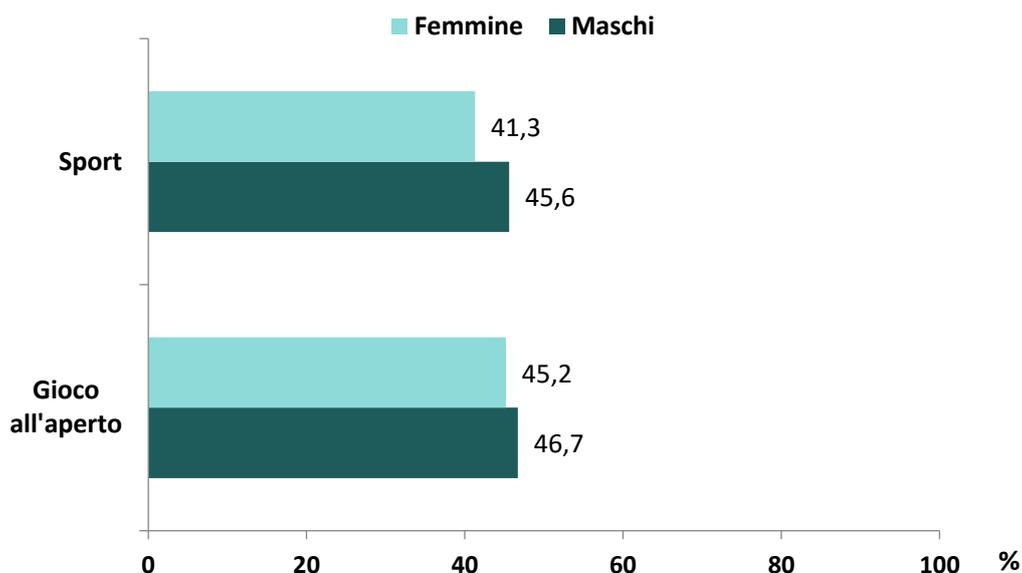
* Differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$)

- Nel nostro studio il 28,3% dei bambini risulta non attivo il giorno antecedente all'indagine.
- Solo il 22,2% tuttavia ha partecipato ad un'attività motoria curricolare a scuola nel giorno precedente (questo può dipendere dal fatto che il giorno precedente poteva non essere quello in cui era prevista l'ora curricolare).
- Le femmine non attive (27,6%) sono in percentuale minore dei maschi (28,8%).
- La percentuale maggiore di bambini non attivi vive in aree metropolitane/perimetropolitane (33,5%).

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

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

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

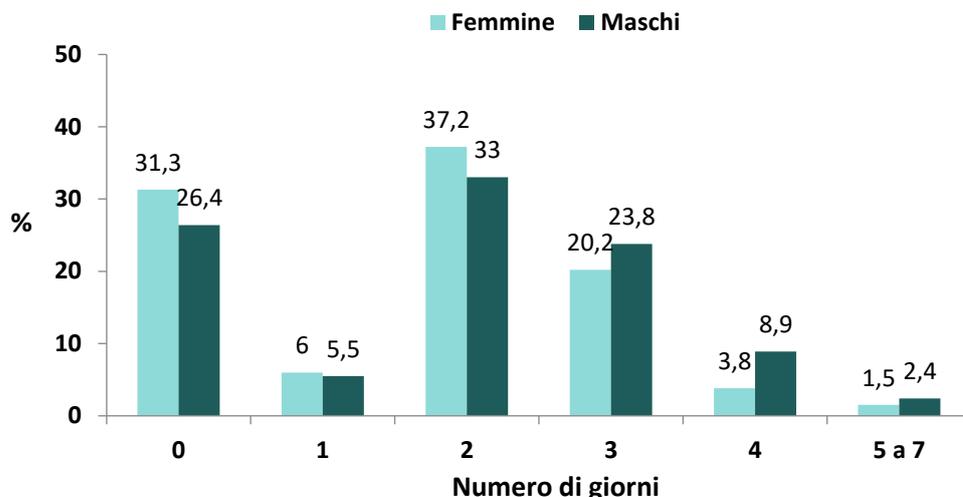


- Il 45,8% del totale dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi giocano all'aperto più delle femmine.
- Il 43,4% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi fanno sport più delle femmine.

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

Per stimare l'attività fisica dei bambini si utilizza l'informazione fornita dai genitori, ai quali si è chiesto quanti giorni, in una settimana normale, i bambini giocano all'aperto o fanno sport strutturato per almeno un'ora al giorno al di fuori dell'orario scolastico.

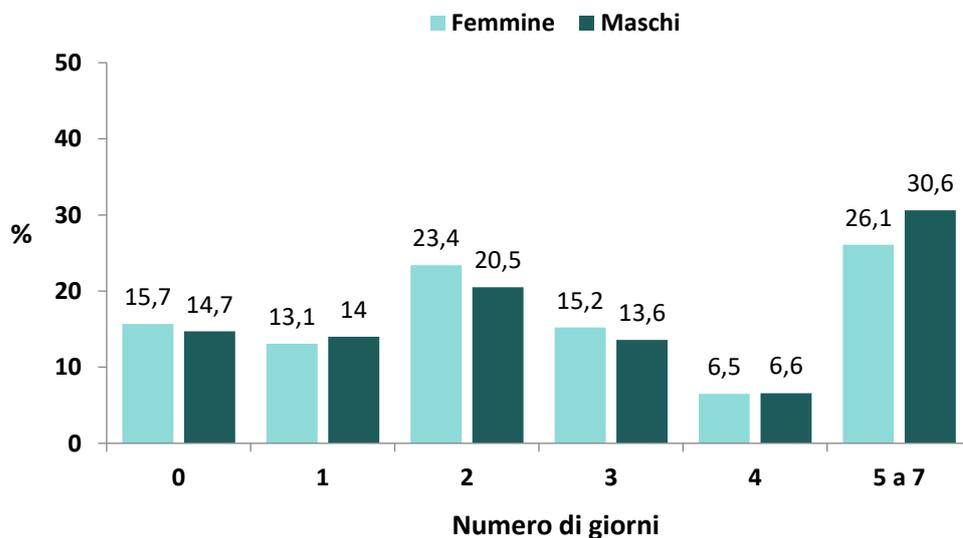
Giorni di attività sportiva strutturata per almeno un'ora durante la settimana (%)



- Secondo i genitori, nella nostra Regione, circa 3 bambini su 10 (35%) svolgono almeno un'ora di attività sportiva strutturata per 2 giorni la settimana, il 29,8% neanche un giorno e solo il 2% da 5 a 7 giorni.
- I maschi fanno attività sportiva strutturata più giorni delle femmine*.
- Le zona di abitazione >50.000 (non metropolitana) e metropolitana sono associate a una maggiore frequenza di attività sportiva strutturata da parte dei bambini*.

* p < 0,05

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



- Per quanto riguarda il tempo dedicato ai giochi di movimento, nella nostra Regione, circa 2 bambini su 10 (21,7%) fanno almeno un'ora di attività per 2 giorni la settimana, il 15,6% neanche un giorno e il 28,6% da 5 a 7 giorni.
- I maschi fanno giochi di movimento più giorni delle femmine.

- Le zone di abitazione <10.000 e 10.000/50.000 sono associate a una maggiore frequenza di giochi di movimento da parte dei bambini*.
- Il 55,4% dei bambini non ha svolto attività fisica o giochi di movimento il giorno precedente l'indagine.

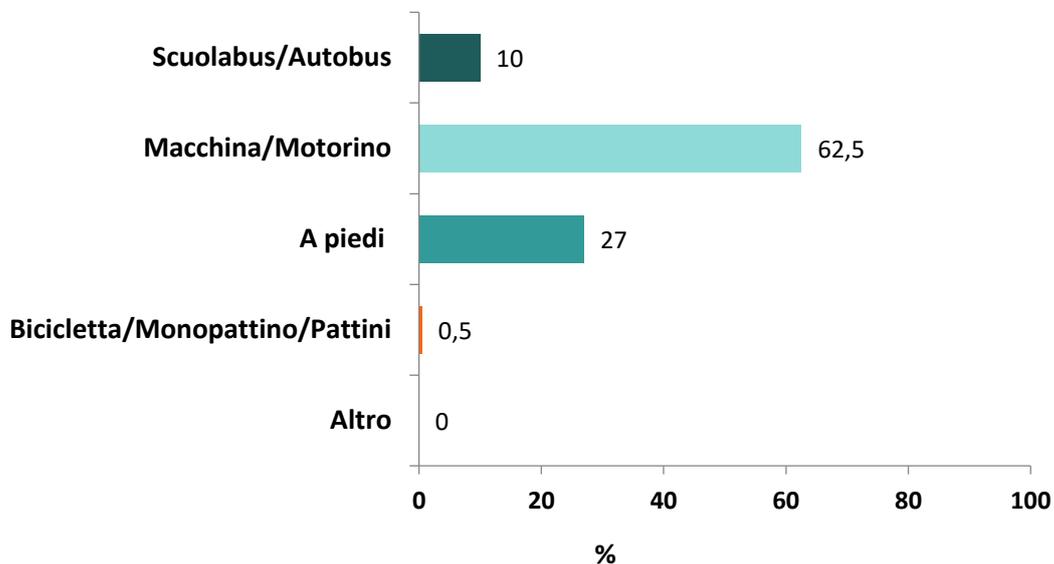
* p <0,05

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

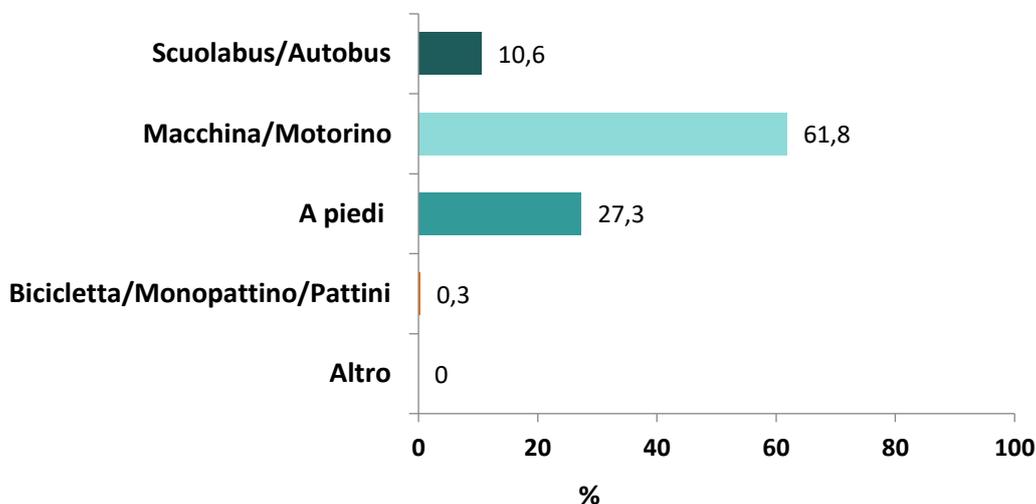
Un altro modo per rendere fisicamente attivi i bambini è far loro percorrere il tragitto casa-scuola a piedi o in bicicletta, compatibilmente con la distanza del loro domicilio dalla scuola. Nel 2023 i bambini hanno risposto a questa domanda riferendosi al giorno in cui si è svolta la rilevazione; a completamento di questa informazione, come accade nel COSI, ai genitori è stato chiesto come solitamente i bambini si recano/tornano da scuola.

- Il 25% dei bambini, nella mattina dell'indagine, ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini (indicatore del PNP); invece, il 74,4% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato.
- Non si rilevano differenze degne di nota per sesso. Mentre nella zona abitativa metropolitana/perimetropolitana ci si è recati con maggiore frequenza a scuola a piedi o in bicicletta.

Percorso casa-scuola (%) riferito dai genitori



Percorso scuola-casa (%) riferito dai genitori



Secondo i genitori, nel tragitto casa-scuola il 27,5% dei bambini si è recato a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini; invece, il 72,5% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato. Per il ritorno il 72,6% dei bambini ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato e il 27,6% è tornato a piedi/bicicletta/monopattino.

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

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

Motivi che impediscono di recarsi a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini (%) Regione Campania - OKkio 2023

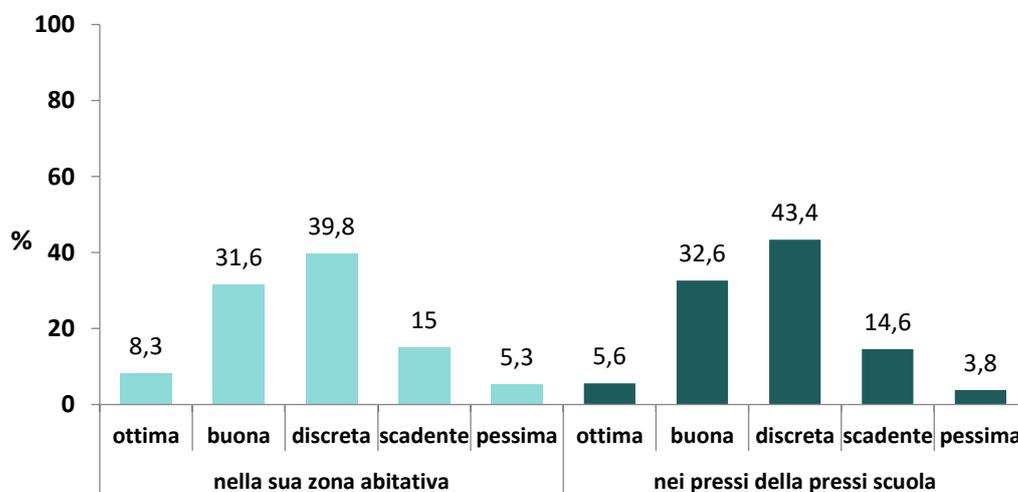
MOTIVI	%
Strada non sicura	21,1
Distanza eccessiva	56,6
Il bambino si muove già abbastanza durante la giornata	2,5
Mancanza di tempo	19,8

Nella nostra Regione, la maggior parte dei genitori (56,6%) indica come motivo principale la distanza eccessiva che impedisce di raggiungere la scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini.

Come viene percepita la qualità dell'aria dai genitori?

Nel questionario rivolto al genitore vi sono due domande sulla percezione della qualità dell'aria nei pressi dell'abitazione e della scuola frequentata dai propri figli.

Percezione della qualità dell'aria (%)



Per un confronto

	Valori regionali (%)							VALORE NAZIONALE 2023 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2023	
§ Bambini definiti fisicamente non attivi** (indicatore del PNP)	31%	20%	22,7%	26,1%	23,4%	27,7%	28,3%	19%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	48%	60%	57,5%	52,4%	56,3%	47,6%	45,8%	63%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	39%	49%	47,5%	44,7%	44,1%	42,4%	43,4%	45%
Bambini che si recano a scuola a piedi e/o bicicletta	30%	28%	28%	27,8%	27%	27,3%	27,6%	27%

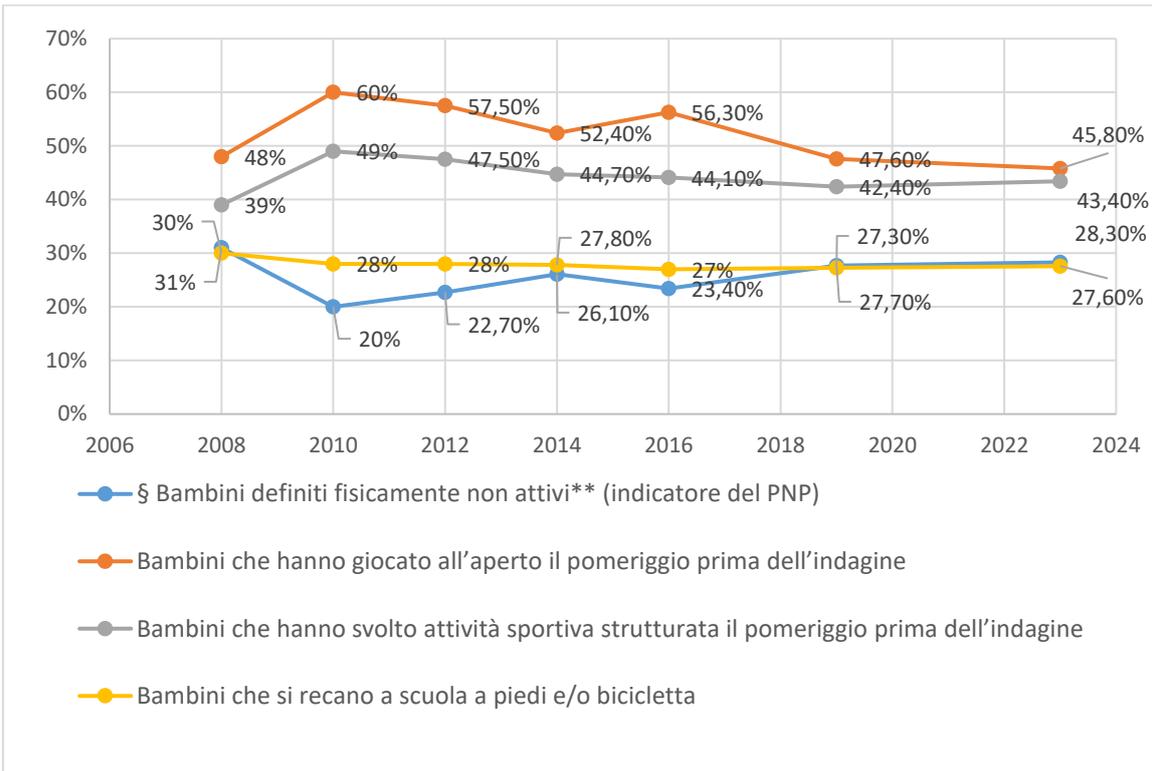
§ Variabile per la quale è stato effettuato un confronto tra le rilevazioni svolte a livello regionale. La variazione statisticamente significativa ($p < 0,05$) è indicata con **

Conclusioni

I dati raccolti hanno evidenziato che i bambini della nostra Regione fanno poca attività fisica. Si stima che circa 1 bambino su 3 risulta fisicamente inattivo, maggiormente le femmine rispetto ai maschi. Appena poco più di 4 bambini su 10 ha un livello di attività fisica raccomandato per la

sua età, anche per ragioni legate al recarsi a scuola con mezzi motorizzati, giocare poco all’aperto e non fare sufficienti attività sportive strutturate.

Dal grafico da noi elaborato, rispetto alle precedenti rilevazioni si evidenzia che sono aumentati i bambini fisicamente non attivi (indicatore del PNP); è diminuita la percentuale di bambini che hanno giocato all’aperto il pomeriggio prima dell’indagine con un trend discendente dal 2010 ad oggi, così come anche il dato dei bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell’indagine. Mentre è rimasta stabile la percentuale di bambini che si recano a scuola a piedi e/o in bicicletta.



Tutti gli attori coinvolti nelle attività di promozione della salute, devono implementare best practices per la realizzazione di condizioni e di iniziative che incrementino la naturale predisposizione dei bambini all’attività fisica.

Le attività sedentarie

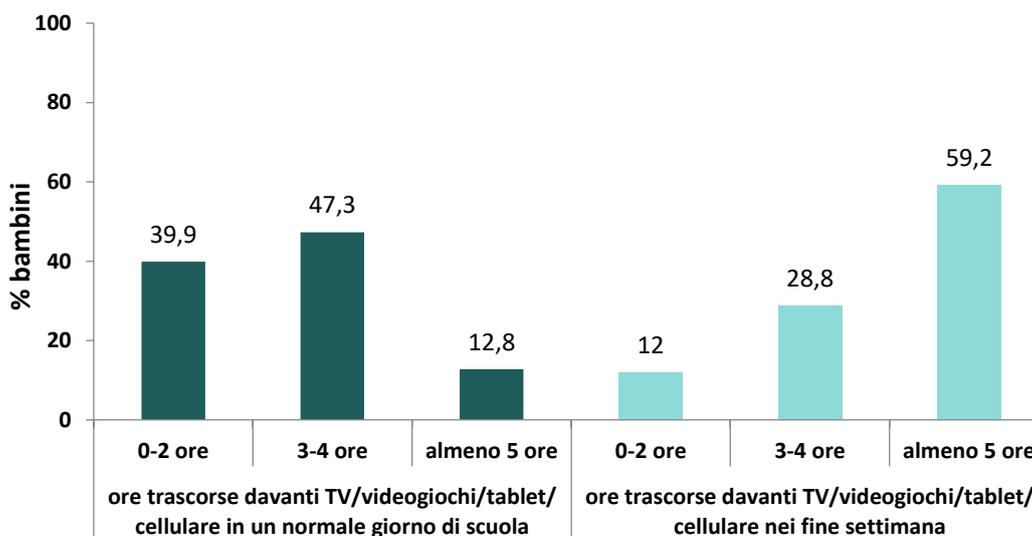
La crescente disponibilità di televisori, videogiochi e dispositivi elettronici, insieme ai profondi cambiamenti nella composizione e nella cultura della famiglia, ha contribuito ad aumentare il numero di ore trascorse in attività sedentarie. Pur costituendo un'opportunità di divertimento e talvolta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

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

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

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

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



- Nella nostra Regione, in particolare nei giorni di scuola i genitori riferiscono che il 39,9% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi/tablet/cellulare da 0 a due 2 ore al giorno, mentre il 47,3% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi/tablet/cellulare per 3 a 4 ore e il 12,8% per almeno 5 ore. Valori più alti si riscontrano nel fine settimana per quanto riguarda l'esposizione alla TV o ai videogiochi/tablet/cellulare per almeno 5 ore (59,2%).
- L'esposizione a più di 2 ore di TV o videogiochi/tablet/cellulare è più frequente tra i maschi (64,6% versus 55,4%) e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre*.
- Complessivamente il 72% 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 (11,4% versus 9,8%).

- 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 10,8%, mentre quella relativa l'utilizzo di videogiochi/tablet/cellulare è 18,9%.

*p < 0,05

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

Nella nostra Regione il 30% dei bambini ha guardato la TV o ha utilizzato videogiochi/tablet/cellulare la mattina prima di andare a scuola, l'83,6% il pomeriggio del giorno precedente e l'81,2% la sera.

Solo il 5,2% dei bambini non ha guardato la TV o utilizzato i videogiochi/tablet/cellulare nelle 24 ore antecedenti l'indagine, mentre il 18,4% lo ha fatto in un periodo della giornata, il 52,8% in due periodi e il 23,6% ne ha fatto uso durante la mattina, il pomeriggio e la sera.

L'utilizzo di TV e/o videogiochi/tablet/cellulare è più frequente tra i maschi (28,3% versus 18,8%)* e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre.

*p < 0,05

Per un confronto

	Valori regionali (%)							VALORE NAZIONALE 2023 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2023	
Bambini che trascorrono al televisore o ai videogiochi/tablet/cellulare più di 2 ore al giorno (durante un normale giorno di scuola)	62%	54%	50,6%	51,7%	54,6%	60,8%	60,1%	45%
Bambini con televisore in camera	73%	72%	71,4%	73%	72,6%	74,7%	72%	42%

■ ■ ■ Conclusioni

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

Queste attività sedentarie sono sicuramente favorite dal fatto che ben la metà dei bambini dispone di un televisore in camera propria. Tutti questi fattori fanno sì che solo 1 bambino su 5 di fatto ottemperi alle raccomandazioni sul tempo da dedicare alla televisione o ai videogiochi/tablet/cellulare (meno di 2 ore al giorno di TV o videogiochi/tablet/cellulare).

Rispetto alla precedente rilevazione è diminuito il numero dei bambini che trascorrono più di 2 ore dedicate alla televisione o ai videogiochi/tablet/cellulare ma il dato risulta essere ancora al di sopra del dato nazionale (60% vs. 45%). Tale trend positivo si evince anche dal dato dei

bambini con televisore in camera che, rispetto al 2019, è diminuito dal 74,7% al 72%; tale dato risulta ancora al di sopra del dato nazionale (72% vs. 42%).

Promuovere l'attività motoria e contemporaneamente il contrasto alla sedentarietà devono rappresentare delle tematiche fondamentali nelle attività di promozione della salute in tutti i setting, al fine di avvicinarsi il più possibile al dato nazionale.

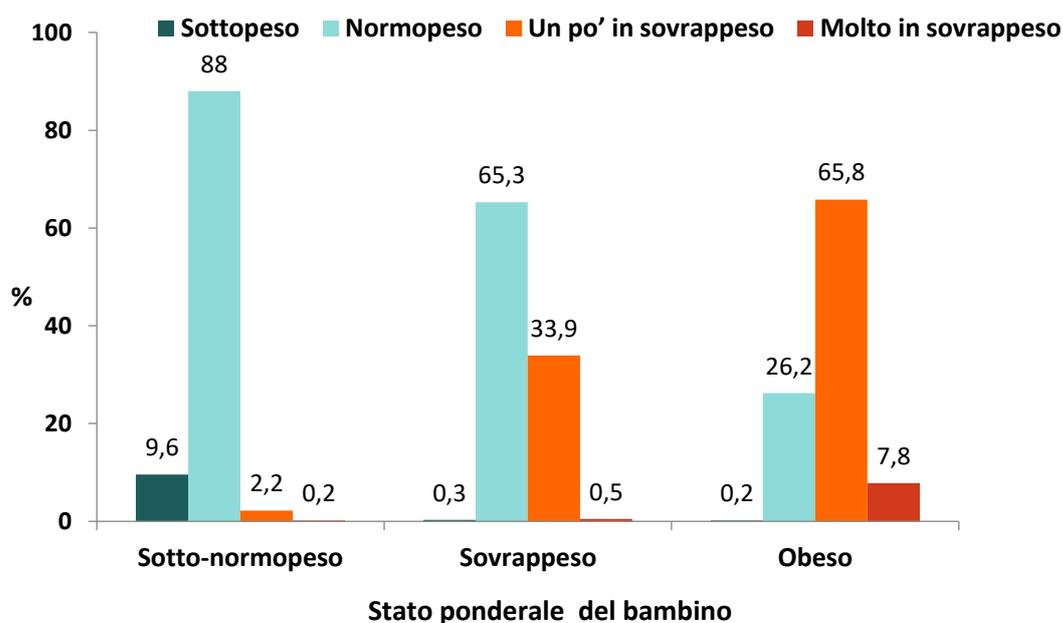
La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini

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

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

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

La percezione materna dello stato ponderale dei figli (%)



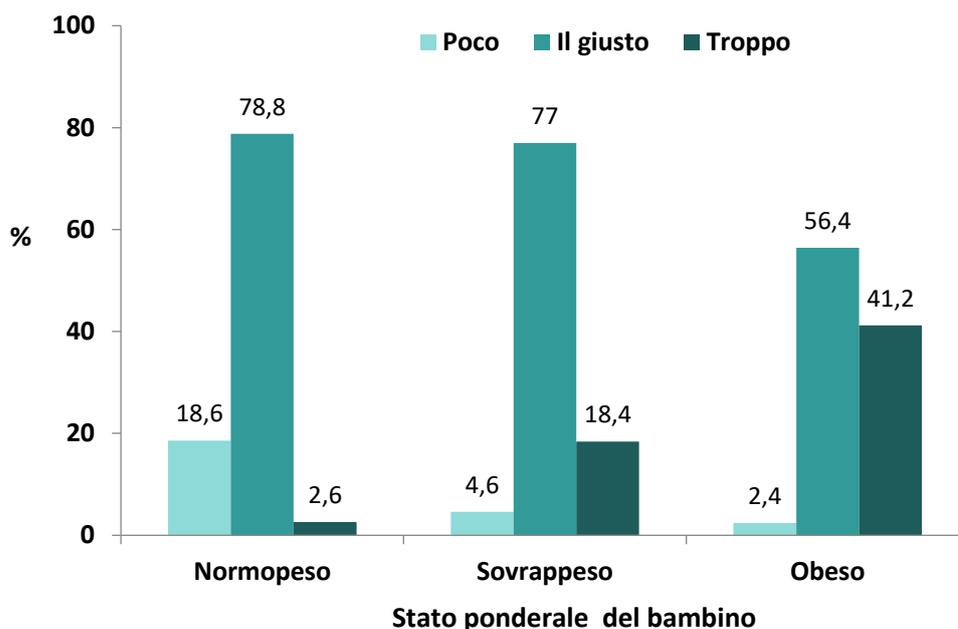
- Nella nostra Regione ben il 65,6% delle madri di bambini sovrappeso e il 26,4% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso o sottopeso.
- Nelle famiglie con bambini in sovrappeso, la percezione cambia in rapporto al sesso del bambino, con maggiore consapevolezza per le femmine rispetto ai maschi. Tale percezione non cambia in rapporto al sesso del bambino famiglie di bambini obesi.
- Per i bambini in sovrappeso, la percezione è tanto più accurata quanto maggiore è la scolarità della madre*.
- Per i bambini obesi, la percezione non cambia in base alla scolarità della madre.

* $p < 0,05$

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

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

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

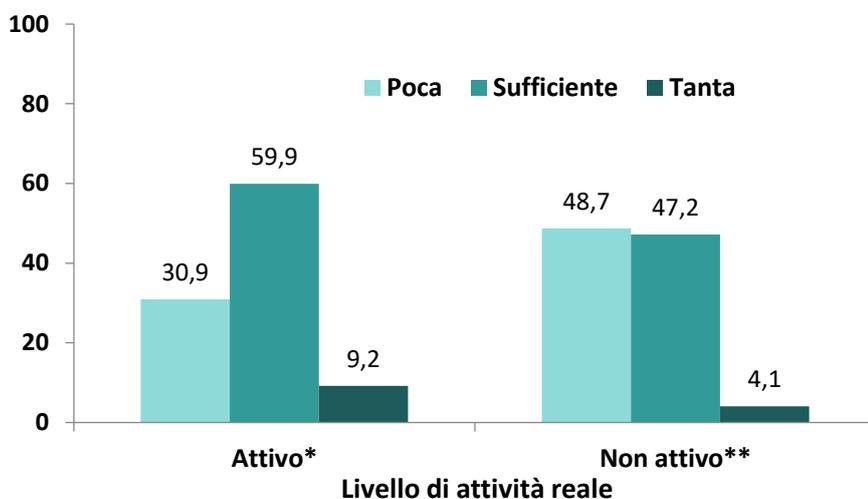


- Solo il 18,4% delle madri di bambini sovrappeso e il 41,2% di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo.
- Considerando i bambini in sovrappeso e obesi insieme, non è stata constatata nessuna differenza per sesso dei bambini o per livello scolastico della madre.

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

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

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



* Attivo: nelle ultime 24 ore ha fatto sport, giocato all'aperto o partecipato all'attività motoria a scuola

- All'interno del gruppo di bambini non attivi, il 47,2% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e il 4,1% molta attività fisica.
- Limitatamente ai non attivi non è stata constatata nessuna differenza per sesso dei bambini o livello scolastico della madre.

Per un confronto

	Valori regionali (%)							VALORE NAZIONALE 2023 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2023	
§ in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è sovrappeso**	42%	43%	41,9%	39,6%	42,6%	36,4%	34,4%	41%
in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è obeso	88%	83%	82,4%	83,1%	85,1%	85,5%	73,6%	91%
l'assunzione di cibo del proprio figlio come "poco o giusto", quando questo è sovrappeso o obeso	68%	69%	69,2%	70,3%	69,3%	68,3%	71,8%	73%
l'attività fisica del proprio figlio come scarsa, quando questo risulta inattivo***	57%	48%	49%	47,1%	49,7%	52,3%	48,7%	40%

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

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

■ ■ ■ Gli incidenti domestici

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

È stato chiesto ai genitori se avessero mai ricevuto informazioni da parte delle istituzioni sanitarie sulla prevenzione degli incidenti domestici. A livello nazionale, l'87% dei rispondenti ha dichiarato di non aver mai ricevuto alcuna informazione; nella nostra Regione tale valore è risultato pari a 13,2%.

Alla domanda se si fossero mai rivolti al personale sanitario a causa di incidenti domestici di cui è stato vittima il bambino, a livello nazionale si sono registrate le seguenti risposte: 9% sì, al pediatra/altro medico; 19% sì, al pronto soccorso; 7% sì, ad entrambi. Nella nostra Regione le percentuali di risposta sono state rispettivamente: 11%, 17%, 5,8%, mentre il 66,1% non ha mai ricevuto informazioni sulla tematica.

■ ■ ■ Conclusioni

Nella nostra Regione è molto diffusa (oltre 1 genitore su 3) nelle madri di bambini con sovrappeso una sottostima dello stato ponderale del proprio figlio. Nelle madri di bambini con obesità, oltre 7 genitori su 10, sottostima lo stato ponderale del proprio figlio. Inoltre molti genitori (71,8%), in particolare di bambini sovrappeso/obesi, non valutano correttamente la quantità di cibo assunta dai propri figli. La situazione è simile per la percezione delle madri del livello di attività fisica dei propri figli: quasi 1 genitore su 2 ha una percezione che sembra coincidere con la situazione reale.

Rispetto alle precedenti rilevazioni risulta essere diminuita la percentuale delle mamme che percepiscono in modo adeguato lo stato ponderale dei propri figli quando questo è sovrappeso/obeso. Tale problematica è più evidente quando il bambino è in sovrappeso.

Dal grafico si evince che, rispetto alle rilevazioni precedenti, è diminuita la percentuale di mamme che percepiscono l'attività fisica del proprio figlio come scarsa, quando questo risulta inattivo. Tuttavia, il dato risulta essere superiore a quello nazionale (48,7% vs. 40%).

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

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

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

La partecipazione della scuola all'alimentazione dei bambini

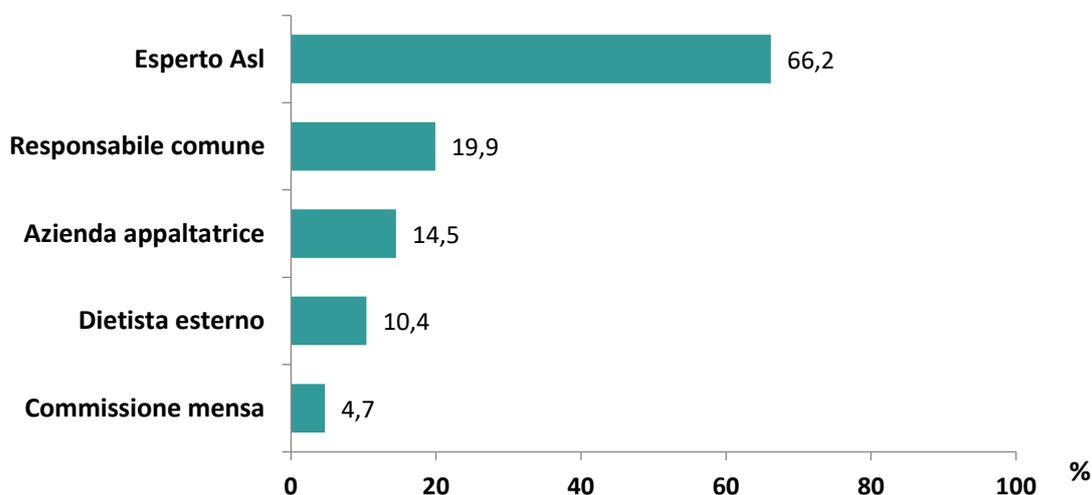
Quante scuole sono dotate di mensa e quali sono le loro modalità di funzionamento?

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

Nella nostra Regione il 53,8% delle scuole campionate ha una mensa scolastica funzionante.

Nelle scuole dotate di una mensa, l'83,2% di esse sono aperte almeno 5 giorni la settimana.

Predisposizione del menù scolastico (%)



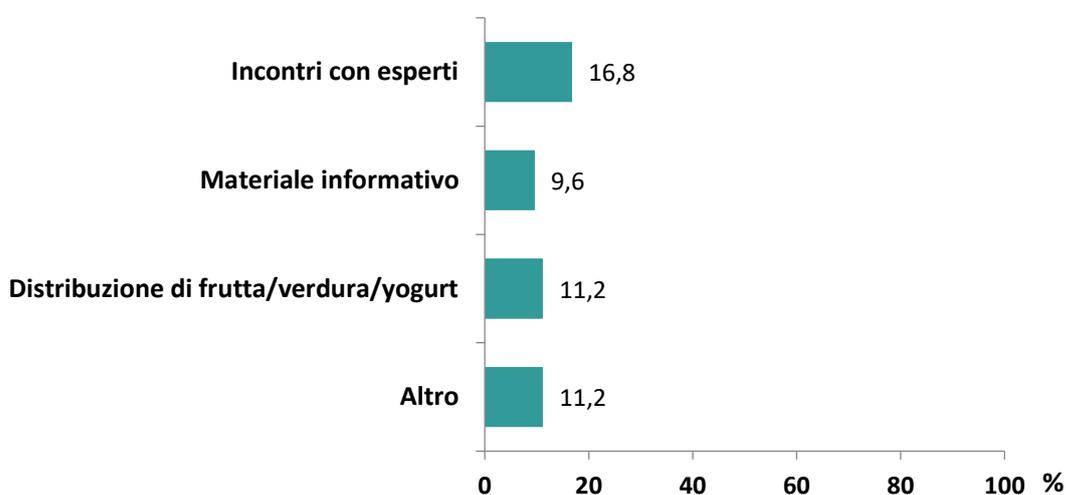
- La definizione del menù scolastico è più frequentemente stabilita da un esperto dell'ASL, seguito dal responsabile comunale e da un'azienda appaltatrice.
- Secondo il giudizio dei dirigenti scolastici l'87% delle mense risulta essere adeguato per i bisogni dei bambini.

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

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

- Nella nostra Regione, le **scuole** che distribuiscono ai bambini frutta o latte o yogurt, nel corso della giornata, sono il 49,3%.
- In tali **scuole**, la distribuzione si effettua prevalentemente a metà mattina (97,5%).
- Durante l'anno scolastico il 40,8% delle **classi** ha partecipato ad attività di promozione del consumo di alimenti sani all'interno della scuola con Enti e/o associazioni.

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



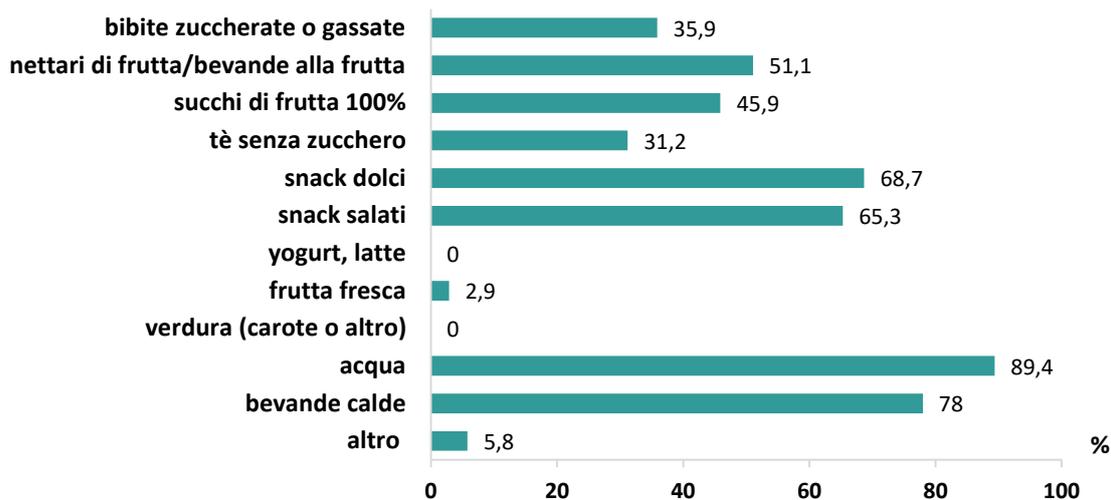
- In questo anno scolastico l'11,2% delle **classi** ha partecipato alla distribuzione di frutta, verdura o yogurt come spuntino.
- Il 9,6% delle **classi** ha ricevuto materiale informativo.
- il 16,8% delle **classi** ha organizzato incontri con esperti esterni alla scuola

Sono segnalati dei distributori automatici?

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

- I distributori automatici di alimenti sono presenti nel 19,8% delle scuole; il 5,6% è accessibile sia agli adulti che ai bambini.
- All'interno del gruppo di scuole con distributori automatici, il 67% mette a disposizione succhi di frutta 100% frutta, nettari/bevande alla frutta, frutta fresca, yogurt o latte.

Alimenti presenti nei distributori automatici (%)



Nella nostra Regione gli alimenti maggiormente frequenti nei distributori automatici sono: gli snack dolci (68,7%), snack salati (65,3%), nettari di frutta/bevande alla frutta (51,1%) e i succhi di frutta 100% (45,9%). Anche l'acqua (89,4%) e le bevande calde (78%) risultano essere frequentemente presenti nei distributori.

Gli alimenti sani risultano essere del tutto assenti (yogurt e verdura) o quasi assenti (frutta fresca) all'interno delle vending machines presenti all'interno delle scuole.

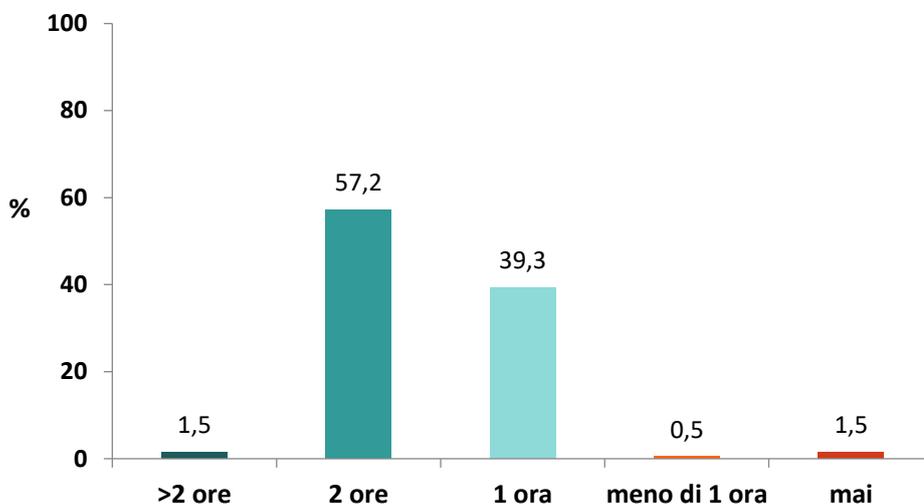
La partecipazione della scuola all'educazione fisica dei bambini

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

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

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

Distribuzione percentuale delle classi per numero di ore a settimana di educazione fisica (%)



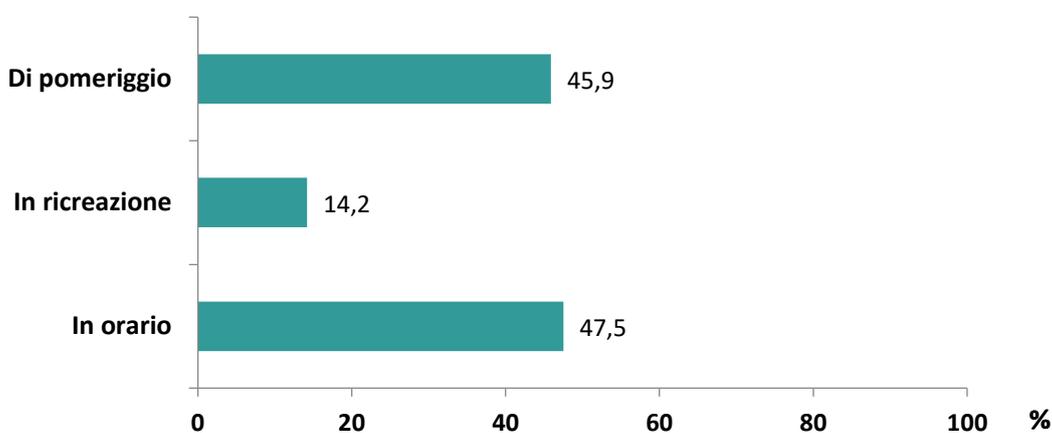
- Complessivamente, nel 58,7% delle classi delle nostre scuole si svolgono normalmente almeno 2 ore di educazione fisica a settimana mentre sono poche le classi in cui si fa meno di un'ora a settimana (2%).

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 43,3%.

Momento dell'offerta di attività motoria extracurricolare (%)



- Laddove offerta, l'attività fisica viene svolta più frequentemente durante l'orario scolastico e nel pomeriggio.
- Queste attività si svolgono più frequentemente in palestra (53,4%), nel giardino (45,2%), in piscina (1%), in altra struttura sportiva (14,4%). Tali attività vengono svolte, anche se in misura minore, in aula (6,8%) e in corridoio (5,3%).

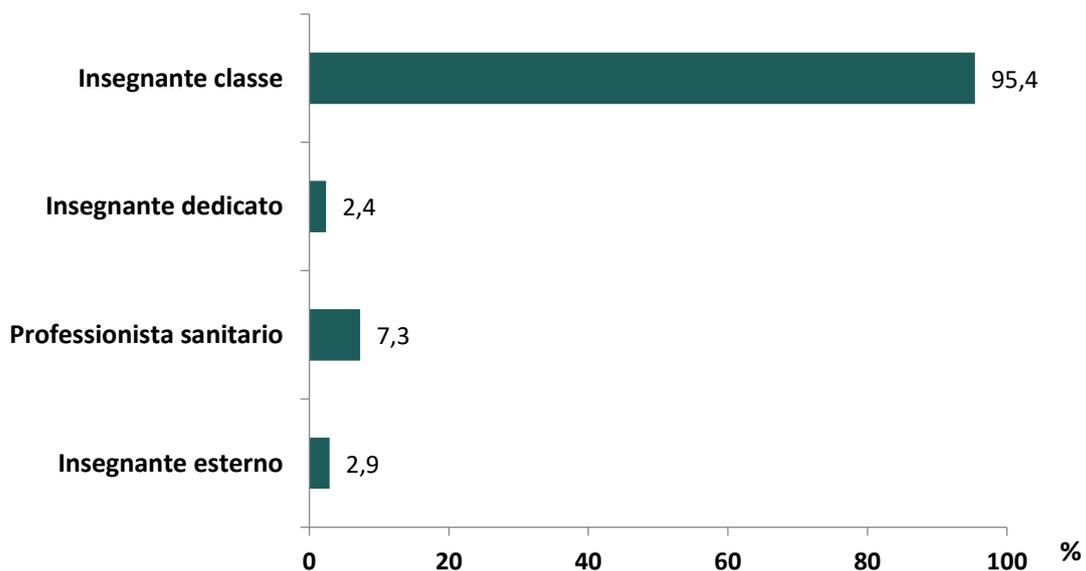
Il miglioramento delle attività curricolari a favore dell'alimentazione e dell'attività motoria dei bambini

Quante scuole prevedono nel loro curriculum l'educazione alimentare?

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

- L'educazione alimentare è prevista nell'attività curricolare dell'87% delle scuole campionate nella nostra Regione.

Figure professionali coinvolte nell'attività curricolare nutrizionale (%)



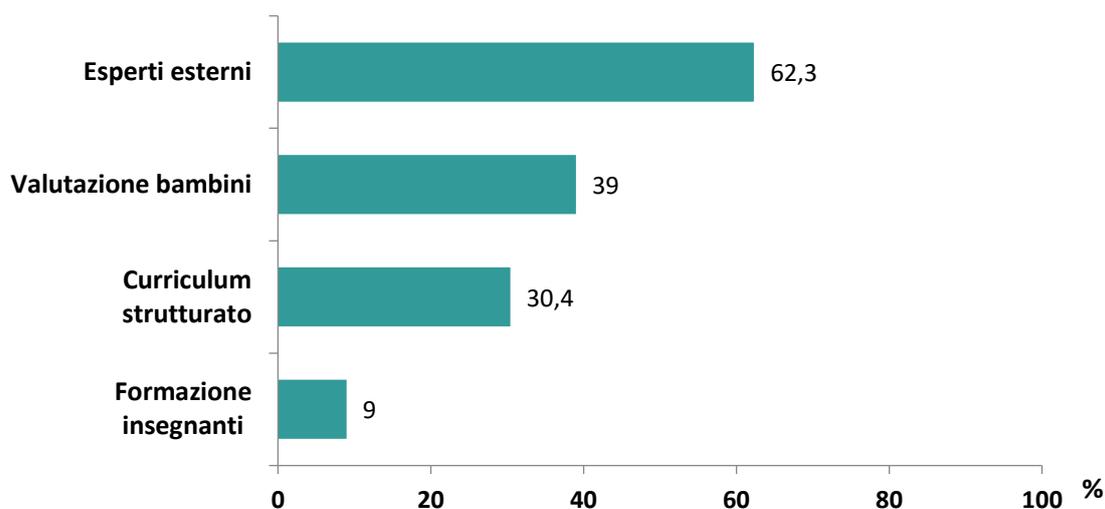
- In tali scuole, la figura più frequentemente coinvolta è l'insegnante di classe. Molto meno comune è il coinvolgimento di altri insegnanti o dell'ASL.

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

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

- Nel nostro campione, l'87,2% delle scuole ha cominciato a realizzare almeno un'attività.

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



- In tali attività, viene frequentemente coinvolto un esperto esterno; nel 39% dei casi è stata effettuata la valutazione delle abilità motorie dei bambini, nel 30% lo sviluppo di un curriculum strutturato e nel 9% la formazione degli insegnanti.

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

A livello nazionale, il 5,3% delle scuole ha aderito ad iniziative di comunicazione per la riduzione del consumo di sale e/o per la promozione del sale iodato. Nella nostra Regione tale valore è pari a 7,7%.

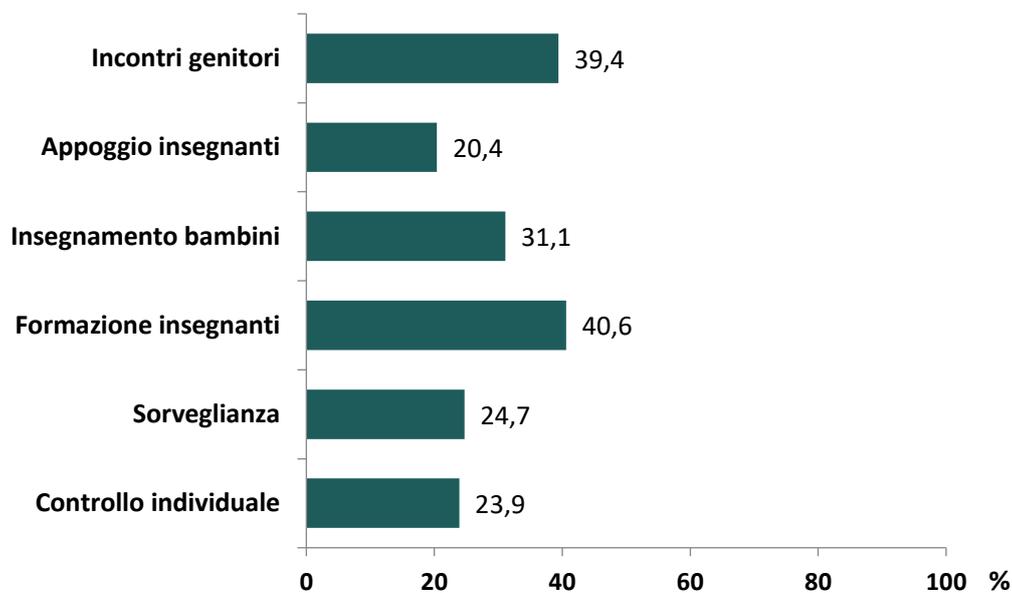
Le attività di promozione dell'alimentazione e dell'attività fisica dei bambini

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

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

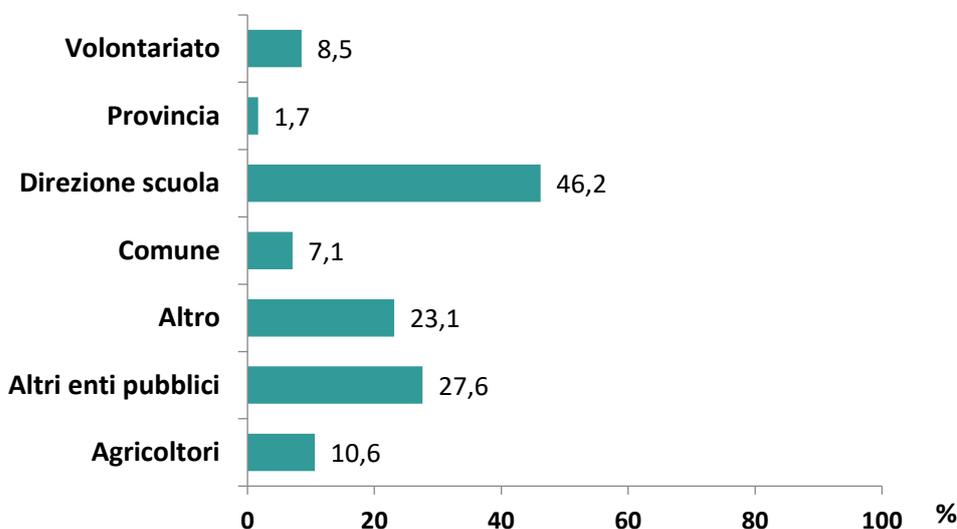
- I Servizi Sanitari della ASL costituiscono un partner privilegiato e sono coinvolti nella realizzazione di programmi di educazione alimentare nel 38,7% delle scuole e nella promozione dell'attività fisica nel 3,7% delle scuole. Tuttavia, programmi di educazione alimentare e/o di promozione dell'attività fisica insieme sono effettuati nel 40,1% delle scuole.

Iniziative con le ASL (%)



- Tale collaborazione si realizza più frequentemente attraverso la formazione agli insegnanti e incontri con i genitori e con l'insegnamento diretto agli alunni.

Iniziative promozione alimentare (%)



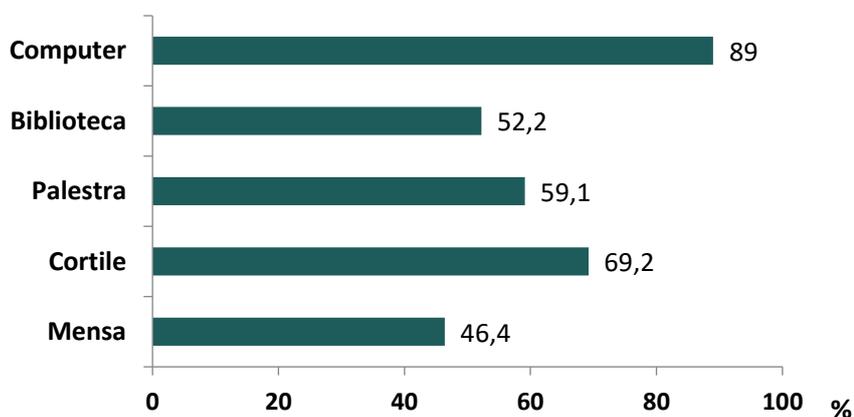
- Oltre la ASL, gli enti e le associazioni che hanno prevalentemente organizzato iniziative di promozione alimentare nelle scuole sono la direzione scolastica/insegnanti e altri Enti pubblici.
- Il 65% delle scuole hanno partecipato ad iniziative di promozione alimentare con enti e/o associazioni.

Risorse a disposizione della scuola

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

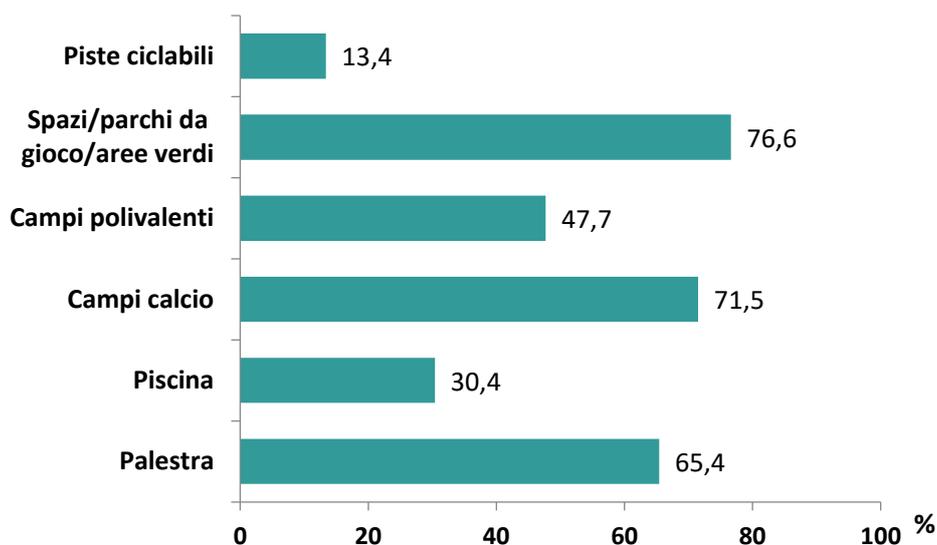
Per poter svolgere un ruolo nella promozione della salute dei bambini, la scuola necessita di risorse adeguate nel proprio plesso e nel territorio.

Risorse adeguate presenti nel plesso (%)



- Secondo i dirigenti scolastici, il 59% delle scuole possiede una palestra adeguata, l'89% i computer e il 69,2% ha un cortile.
- Sono meno adeguate la biblioteca e la mensa, rispettivamente con il 52,2% e il 46,4%.

Risorse presenti nel plesso o nelle vicinanze (%)



- Il 65,4% delle scuole ha la palestra nelle vicinanze o all'interno della propria struttura.
- Sono presenti nelle vicinanze dell'edificio scolastico spazi aperti/parchi da gioco/aree verdi (76,6%) e campi da calcio (71,5%).
- Risultano poco presenti le piste ciclabili (13,4%) e le piscine (30,4%).

La scuola e il divieto di fumo negli spazi aperti

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

- Nella nostra regione, il 74,9% dei dirigenti scolastici dichiara di non aver avuto "mai" difficoltà nell'applicare la legge sul divieto di fumo negli spazi aperti della scuola (rispetto al 76,1% a livello nazionale); per contro l'1,1% degli stessi dichiara di aver incontrato difficoltà "sempre".

Coinvolgimento delle famiglie

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

Le iniziative di promozione di sane abitudini alimentari e di attività motoria nei bambini coinvolgono attivamente la famiglia rispettivamente nel 49% e nel 28% delle scuole campionate.

Per un confronto

Nella tabella di seguito sono riportati i confronti con i dati regionali dal 2008/9 al 2023. Dato il numero esiguo delle scuole campionate, soprattutto a livello aziendale, e di conseguenza intervalli di confidenza generalmente più ampi, è necessaria la massima cautela nell'interpretare e commentare i confronti.

	Valori regionali (%)							VALORE NAZIONALE 2023 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2023	
Presenza mensa	48%	39%	42%	45%	44%	49%	46,4%	76%
Distribuzione alimenti sani	3%	30%	53%	44%	51%	43%	49,3%	48%
Educazione nutrizionale e curriculare	80%	85%	86%	79%	78%	87%	87%	84%
Iniziative sane abitudini alimentari	62%	70%	79%	66%	55%	43%	40,8%	63%
Coinvolgimento genitori iniziative alimentari	43%	45%	49%	46%	61%	54%	49%	27%
Attività motoria extracurricolare	58%	53%	49%	48%	58%	42,3%	43,3%	53%
Rafforzamento attività motoria	75%	80%	78%	81%	87%	81,8%	87,2%	94%
Coinvolgimento genitori iniziative di attività motoria	32%	34%	32%	36%	44%	40,4%	28%	23%

■ ■ ■ Conclusioni

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

La nostra Regione rispetto ai valori nazionali ha una percentuale inferiore guardando al dato "Presenza Mensa" (46,4% vs. 76%). Meno presenza di mensa si traduce in una minore capacità non solo di promuovere corrette abitudini alimentari secondo il modello alimentare della Dieta Mediterranea ma anche di ridurre le disuguaglianze socio-economiche, educative e di socializzazione.

Per quanto riguarda gli altri indicatori, si osserva un trend negativo del dato sulle iniziative di sane abitudini alimentari (dal 79% del 2012 al 40,8% del 2023), valore distante dal dato nazionale che si attesta al 63%. I dati sul coinvolgimento dei genitori nelle iniziative alimentari e di attività motoria sono calati rispetto alle rilevazioni precedenti; tuttavia, risultano essere superiore al dato nazionale rispettivamente 49% vs. 27% e 28% vs. 23%.

Conclusioni generali

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

La letteratura scientifica suggerisce 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.

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 e del merito, l'Istituto Superiore di Sanità e le Regioni hanno infatti elaborato e distribuito in ogni Regione alcuni materiali di comunicazione e informazione rivolti a specifici target: bambini, genitori, insegnanti e scuole che hanno partecipato a OKkio alla SALUTE.

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

I risultati dell'ultima raccolta dati di OKkio alla SALUTE, presentati in questo rapporto, mostrano nella nostra Regione:

- la persistenza di un alto livello di sovrappeso/obesità sebbene in lieve riduzione rispetto alla precedente rilevazione con una percentuale superiore a quella nazionale;
- la persistenza di cattive abitudini alimentari e di stili di vita non corretti;
- la scarsa attività fisica. Infatti la percentuale dei bambini definiti fisicamente non attivi (28,3%), superiore a quella nazionale (19%), è leggermente aumentata rispetto alla precedente rilevazione (27,7%). Allo stesso tempo si rileva una lieve riduzione delle attività sedentarie rispetto alla precedente rilevazione che però presenta valori superiori alla media nazionale

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

Operatori sanitari

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

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

Operatori scolastici

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

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

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

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

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

Genitori

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

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

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

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

Leaders, decisori locali e collettività

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

Bibliografia essenziale

Politica e strategia di salute

- Ministero della Salute. Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie. 2021; disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5693_1_file.pdf
- Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. 2020; disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf
- 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
- World Health Organization. Report of the commission on ending childhood obesity. 2016; disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204176>.
- Breda J, Farrugia Sant'Angelo V, Duleva V, Galeone D, Heinen M, Kelleher CC et al. Mobilizing governments and society to combat obesity: reflections on how data from the WHO European childhood obesity surveillance initiative are helping to drive policy progress. *Obes Rev.* 2021;22(S6):e13217. doi: 10.1111/obr.13217.
- Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. La sfida dell'obesità nella Regione europea dell'OMS e le strategie di risposta. Compendio. World Health Organization, Ginevra, Svizzera; 2007. Traduzione italiana curata dal Ministero della Salute e dalla Società Italiana di Nutrizione Umana, stampata nel 2008; disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328775/9789289014076-ita.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.
- World Health Organization. Global nutrition targets 2025: childhood overweight policy brief (WHO/NMH/NHD/14.6). Geneva, Svizzera, 2014, disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.6>
- STOP, Science and Technology in childhood Obesity Policy. STOP Policy Briefs. 2020, disponibili all'indirizzo: <https://www.stopchildobesity.eu/policy-briefs/>
- World Health Organization. Assessing the existing evidence base on school food and nutrition policies: a scoping review. Geneva, Svizzera, 2021; disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025646>
- World Health Organization. Implementing school food and nutrition policies: a review of contextual factors. Geneva, Svizzera, 2021; disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240035072>
- World Health Organization. WHO acceleration plan to stop obesity. Geneva, Svizzera, 2023; disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075634>

Epidemiologia della situazione nutrizionale e progressione sovrappeso/ obesità

- WHO Regional Office for Europe. WHO European regional obesity report 2022. Copenhagen, Danimarca, 2022; disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353747>.
- WHO Regional Office for Europe. Report on the fifth round of data collection, 2018–2020: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Copenhagen, Danimarca, 2022; disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-6594-46360-67071>.
- 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, Nardone P, Starc G, Hejgaard T, Benedikt Júlíusson P, Fismen A-S, Weghuber D, Music Milanovic S, García-Solano M, et al. Thinness, overweight, and obesity in 6- to 9-year-old children from 36 countries: The World Health Organization European Childhood Obesity Surveillance Initiative—COSI 2015–2017. *Obes. Rev.* 2021, 22 (Suppl. S6), e13214.
- Fismen A-S, Buoncristiano M, Williams J, Helleve A, Abdrakhmanova S, Bakacs M, Holden Bergh I, Boymatova K, Duleva V, Fijałkowska A, et al. Socioeconomic differences in food habits among 6- to 9-year-old children from 23 countries— WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI 2015/2017). *Obes. Rev.* 2021, 22 (Suppl. S6), e13211.
- Music Milanovic S, Buoncristiano M, Križan H, Rathmes G, Williams J, Hyska J, Duleva V, Zamrazilová H, Hejgaard T, Jørgensen M.B, et al. Socioeconomic disparities in physical activity, sedentary behavior and sleep patterns among 6- to 9-year-old children from 24 countries in the WHO European region, 2021. *Obes. Rev.* 2021, 22 (Suppl. S6), e13209.
- Buoncristiano M, Williams J, Simmonds P, Nurk E, Ahrens W, Nardone P, Rito A.I, Rutter H, Bergh I.H, Starc G, et al. Socioeconomic inequalities in overweight and obesity among 6- to 9-year-old children in 24 countries from the World Health Organization European region. *Obes. Rev.* 2021, 22 (Suppl. S6), e13213.
- Istituto Superiore di Sanità, EpiCentro-Epidemiology for Public Health. OKkio Alla SALUTE. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/en/okkioallasalute/>
- Nardone P, Spinelli A, Ciardullo S, Salvatore M.A, Andreozzi S, Galeone D (Eds.). *Obesità e Stili di Vita dei Bambini: OKkio Alla SALUTE 2019; Rapporti ISTISAN 22/27*; Istituto Superiore di Sanità: Roma, Italy, 2022; disponibile all'indirizzo: <https://www.iss.it/documents/20126/6682486/22-27+web.pdf/659d3d23-9236-e3ff-fbbf-0e06360e3e71?t=1670838825602>
- Nardone P, Spinelli A, Buoncristiano M, Andreozzi S, Bucciarelli M, Giustini M, Ciardullo S. On behalf of the EPaS-ISS Group. Changes in Food Consumption and Eating Behaviours

of Children and Their Families Living in Italy during the COVID-19 Pandemic: The EPaS-ISS Study. *Nutrients* 2023, 15, 3326. <https://doi.org/10.3390/nu15153326>

- Spinelli A, Censi L, Mandolini D, Ciardullo S, Salvatore M.A, Mazzarella G, Nardone P. On behalf of the 2019 OKkio alla SALUTE Group. Inequalities in Childhood Nutrition, Physical Activity, Sedentary Behaviour and Obesity in Italy. *Nutrients* 2023, 15, 3893.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2024;403(10431):1027-1050.

IMC: curve di riferimento e studi progressi

- 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):458-46.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Breda J, McColl K, Buoncristiano M, Williams J, Abdrakhmanova Z, Abdurrahmonova Z et al. Methodology and implementation of the WHO childhood obesity surveillance initiative (COSI). *Obes Rev*. 2021;22(S6):e13215.

