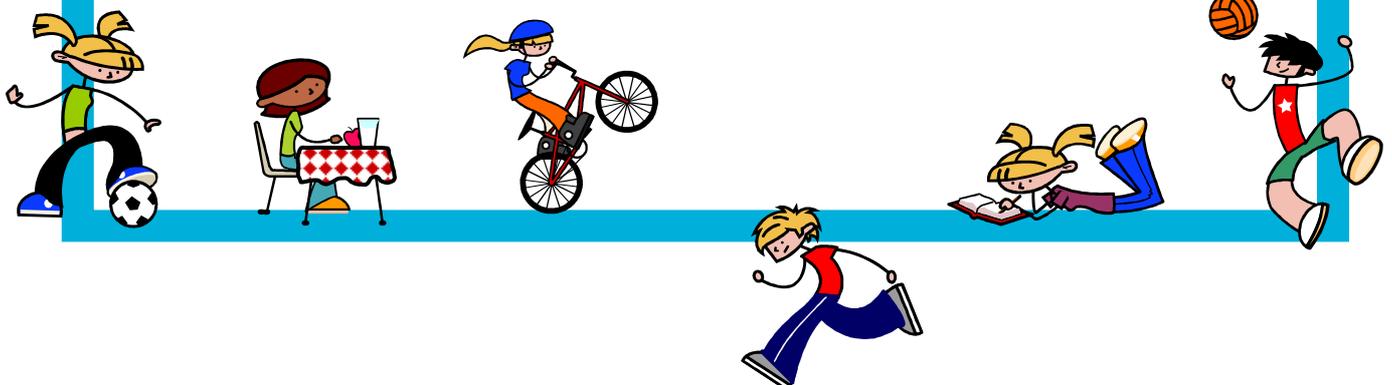




# OKkio alla SALUTE

## Risultati dell'indagine 2012

### ASL SALERNO



OKkio alla SALUTE nel 2012 è stato realizzato grazie al finanziamento del Ministero della Salute/Centro per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (Progetto “Sovrappeso e obesità nei bambini: il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE”)

**A cura di:**

Maria Grazia Panico, Chiara Ronga, Ida Maria Guida, Adele D'Anna, Anna Luisa Caiazzo, Giuseppe Della Greca

UU.OO.CC Epidemiologia – Dipartimento di Prevenzione ASL Salerno

**Hanno contribuito alla realizzazione della raccolta dati 2012****- a livello nazionale:**

Angela Spinelli, Anna Lamberti, Paola Nardone, Marta Buoncristiano, Laura Lauria, Mauro Bucciarelli, Silvia Andreozzi, Marina Pediconi, Sonia Rubimarcia (Gruppo di coordinamento nazionale - CNESPS, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute – Istituto Superiore di Sanità)

Marta Buoncristiano, Giulia Cairella, Marcello Caputo, Margherita Caroli, Chiara Cattaneo, Laura Censi, Barbara De Mei, Daniela Galeone, Mariano Giacchi, Giordano Giostra, Anna Lamberti, Laura Lauria, Gianfranco Mazzarella, Paola Nardone, Giuseppe Perri, Anna Rita Silvestri, Angela Spinelli, Lorenzo Spizzichino, Alessandro Vienna (Comitato Tecnico OKkio alla SALUTE 2012)

**-a livello regionale:**

Gianfranco Mazzarella e Renato Pizzuti

**- a livello provinciale:**

Ketty Volpe (Referente alla Salute dell'Ufficio Scolastico Provinciale di Salerno)

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

Asl Salerno area Nord Anna Luisa Caiazzo (referente), Michele Adinolfi, Carlo Annarumma, Antonio Bello, Anna Bianco, Enea Silvio Calenda, Antonio Colavolpe, Rosa D'Amico, Rita De Gaetano, Silvia De Risi, Giuseppe Langella, Eligio Poetini, Valeria Tedesco.

Asl Salerno area Centro Maria Grazia Panico (referente), Adele D'Anna, Ida Maria Guida, Felicia Iannuzzi, Aldina Mollo, Anna Maria Nobile, Giuseppina Rubino.

Asl Salerno area Sud Giuseppe Della Greca (referente), Antonietta Esposito, Antonia Liguori, Pierangelo Perito, Michelina Raimondo, Anna Maria Trani, ,

... ..

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

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

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

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

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

## **INDICE**

---

Prefazione

Introduzione

Metodologia

Descrizione della popolazione

Lo stato ponderale dei bambini

Le abitudini alimentari dei bambini

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

L'uso del tempo dei bambini: le attività sedentarie

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

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

Conclusioni generali

Materiali bibliografici

## *Prefazione*

*La prevenzione delle malattie cronico-degenerative correlate a sovrappeso e obesità è uno dei principali obiettivi del Sistema Sanitario Nazionale, rappresentando esse un problema di sanità pubblica che ha pesanti conseguenze sanitarie, sociali ed economiche.*

*L'obesità infantile è fortemente predittiva di una condizione di sovrappeso/obesità in età adulta: conoscere il fenomeno fin dall'infanzia, valutandone l'andamento nel tempo, permette di pianificare interventi efficaci e sostenibili, coerenti con le reali necessità.*

*La nostra ASL fin dal 2008 è impegnata nel sistema di sorveglianza "OKkio alla salute", promosso dal Ministero della Salute in collaborazione con il Ministero dell' Istruzione, dell'Università e della Ricerca.*

*"OKkio alla salute" è un progetto inserito nel Piano regionale di Prevenzione 2010-2012 il cui obiettivo è di descrivere nel tempo l'evoluzione della situazione nutrizionale dei bambini della scuola primaria e di esaminare i fattori associati: stili di vita, abitudini alimentari, attività fisica, tempo libero e ambiente scolastico in relazione alle caratteristiche favorevoli stili di vita salutari.*

*Nonostante il particolare momento che sta attraversando la nostra Azienda, impegnata nel piano di rientro del deficit sanitario regionale, è stato possibile realizzare questo report grazie all'entusiastico sostegno degli operatori del Dipartimento di Prevenzione che hanno lavorato in proficua collaborazione ed integrazione con gli operatori del mondo della scuola, sviluppando aree di intervento condivise sul tema complesso della promozione di stili di vita salutari.*

*Vengono qui presentati i risultati dell'ultima indagine di sorveglianza effettuata nel 2012: a tutti coloro che ne hanno permesso la realizzazione, cioè alle famiglie, ai bambini, agli insegnanti, ai dirigenti scolastici e agli operatori sanitari, va il nostro ringraziamento più sentito.*

*Il Direttore Generale  
ASL SALERNO  
Antonio Squillante*

## INTRODUZIONE

---

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

Fino a pochi anni fa, in Italia, sono stati condotti vari studi regionali o di ASL basati su misurazioni dirette dei bambini per lo più tra i 6 e i 9 anni, ma differenti per tempi, modalità, età campionate ed altri aspetti che ne hanno limitato la confrontabilità. A tutto il 2007 le uniche fonti informative nazionali sono state rappresentate da indagini multiscopo dell'ISTAT ("Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000" in cui peso ed altezza dei minori sono stati comunicati dai genitori e non misurati direttamente) che evidenziano come nel nostro paese il 24% dei ragazzi tra i 6 e i 17 anni presenti un eccesso ponderale, fenomeno che sembra interessare le fasce di età più basse ed è più frequente nelle regioni del Sud Italia.

Pertanto, al fine di definire e implementare un sistema di raccolta dati nazionale sullo stato ponderale e sui comportamenti associati allo sviluppo di malattie cronico-degenerative nei giovani, il Ministero della Salute /CCM ha promosso e finanziato lo sviluppo del sistema di sorveglianza "OKkio alla SALUTE - promozione della salute e della crescita sana nei bambini della scuola primaria", coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e condotto in collaborazione con le Regioni e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR). OKkio alla Salute si incardina nel "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni" facente parte dei progetti collegati al programma europeo "Guadagnare salute - rendere facili le scelte salutari" (recepito in Italia con DPCM del 4 maggio 2007) e al Piano Nazionale della Prevenzione e, in ambito internazionale, aderisce al progetto "Childhood Obesity Surveillance Initiative" (COSI) della Regione Europea dell'organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

OKkio alla SALUTE, che ha una periodicità di raccolta dati biennale, ha lo scopo di descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo della stato ponderale, degli stili alimentari e dell'abitudine all'esercizio fisico dei bambini della terza classe primaria e delle attività scolastiche favorevoli la sana nutrizione e l'attività fisica.

Ad oggi, a livello nazionale, sono state effettuate tre raccolte dati (2008-09, 2010 e 2012) ognuna delle quali ha coinvolto oltre 40.000 bambini e genitori e 2000 scuole.

Nel 2008, anno della prima raccolta dati di OKkio alla SALUTE, sono state coinvolte 18 Regioni, nel 2009 si sono aggiunte le Province Autonome di Trento e Bolzano e la ASL Città di Milano per la Regione Lombardia.

Nel 2012, primo anno in cui anche la Regione Lombardia ha aderito con tutte le ASL, hanno partecipato 2622 classi, sono stati pesati e misurati 46483 bambini e 48688 genitori hanno risposto al questionario fornendo informazioni sullo stile di vita dei propri figli.

La frequenza di sovrappeso e obesità nei bambini, osservata a livello nazionale in quest'ultima rilevazione, seppure in leggera diminuzione rispetto a quanto rilevato nelle precedenti raccolte, conferma livelli preoccupanti di eccesso ponderale: il 22,2% dei bambini è in sovrappeso e il 10,6% obeso, con percentuali più alte nelle regioni del centro e del sud. Si conferma, anche, la grande diffusione tra i bambini di abitudini alimentari scorrette che possono favorire l'aumento di peso, specie se concomitanti: il 9% dei bambini, infatti, salta la prima colazione e il 31% fa una colazione non adeguata (ossia sbilanciata in termini di carboidrati e proteine); il 65% fa una merenda di metà mattina abbondante, mentre il 22% dei genitori dichiara che i propri figli non consumano quotidianamente frutta e/o verdura e il 44% consuma abitualmente bevande zuccherate e/o gassate. Anche i valori dell'inattività fisica e dei comportamenti sedentari, pur mostrando un miglioramento rispetto al passato, permangono elevati: il 18% dei bambini pratica sport per non più di un'ora a settimana, il 17% non ha fatto attività fisica il giorno precedente l'indagine, il 44% ha la TV in camera, il 36% guarda la TV e/o gioca con i videogiochi per più di 2 ore al giorno e solo un bambino su 4 si reca a scuola a piedi o in bicicletta. Dati simili a quelli osservati nelle precedenti

rilevazioni confermano l'errata percezione dei genitori dello stato ponderale e dell'attività motoria dei propri figli.

Inoltre, grazie alla partecipazione dei dirigenti scolastici e degli insegnanti, è stato possibile raccogliere informazioni, sulla struttura degli impianti, sui programmi didattici e sulle iniziative di promozione della sana nutrizione e dell'attività fisica degli alunni, in 2.355 plessi di scuole primarie italiane. I principali risultati evidenziano che il 73% delle scuole possiede una mensa; il 50% prevede la distribuzione per la merenda di metà mattina di alimenti salutari (frutta, yogurt ecc.); il 34% delle classi svolge meno di due ore di attività motoria a settimana. Inoltre, solo 1 scuola su 3 ha coinvolto i genitori in iniziative favorevoli a una sana alimentazione e 1 su 4 in quelle riguardanti l'attività motoria.

OKkio alla SALUTE permette di disporre di dati aggiornati sulla prevalenza in Italia di sovrappeso e obesità infantile, sullo stile di vita dei bambini e sulle attività scolastiche di promozione della salute e pur avendo caratteristiche di semplicità e flessibilità, grazie a procedure e strumenti standardizzati in tutte le Regioni, offre dati affidabili e confrontabili rappresentando quindi un valido strumento per monitorarne l'evoluzione nel tempo e per supportare gli operatori di sanità pubblica nell'identificare i comportamenti a rischio maggiormente diffusi e nel definire le modalità per prevenirli e contrastarli.

La metodologia prevede che le rilevazioni vengano effettuate ogni due anni; in questo report vengono presentati i risultati della terza raccolta conclusa a giugno 2012.

## METODOLOGIA

---

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

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

### **Popolazione in studio**

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

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

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

### **Modalità di campionamento**

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

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

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

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

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

Dopo la conclusione della prima raccolta dati e dello studio di approfondimento "ZOOM8" condotto dall'INRAN, che ha evidenziato la necessità di apportare alcune integrazioni ai testi, è stata elaborata l'ultima versione dei questionari di OKkio alla SALUTE utilizzata nel 2010 e nel 2012.

I quattro questionari sono: uno da somministrare ai bambini in aula, uno per i genitori da compilare a casa e due destinati rispettivamente agli insegnanti e ai dirigenti scolastici.

Il questionario per i bambini comprende 15 semplici domande riferite a un periodo di tempo limitato (dal pomeriggio della giornata precedente alla mattina della rilevazione). I bambini hanno risposto al questionario in aula, individualmente e per iscritto, e gli operatori si sono resi disponibili per chiarire eventuali dubbi.

Inoltre i bambini sono stati misurati (peso e statura) da operatori locali addestrati utilizzando bilancia Seca872™ e Seca874™ con precisione di 50 grammi e stadiometro Seca214™ e Seca217™ con precisione di 1 millimetro. In caso di esplicito rifiuto dei genitori, il questionario non è stato somministrato e i bambini non sono stati misurati. Non è stata

prevista alcuna forma di recupero dei dati riguardanti i bambini assenti, né di sostituzione dei 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, misura che ben si presta ai fini della sorveglianza per l'analisi dei trend temporali e della variabilità geografica e ampiamente utilizzata a livello internazionale. Per la definizione del sottopeso, normopeso, sovrappeso, obeso e severamente obeso si è scelto di utilizzare i valori soglia per l'IMC desunti da Cole et al., come consigliato dalla International Obesity Task Force (IOTF). In particolare, nell'analisi dei dati sono stati considerati come sottopeso i bambini con un valore di IMC uguale o inferiore a 17 in età adulta e, per la prima volta nel 2012, è stato possibile calcolare la quota di bambini severamente 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 (videogiochi e televisione) e gli alimenti consumati. Inoltre è stata indagata nei genitori la percezione dello stato nutrizionale e del livello di attività motoria dei propri figli. In questa ultima versione dei questionari è stata infine realizzata una piccola sezione in cui i genitori del bambino potevano riferire il proprio peso e la propria altezza, al fine di calcolare il loro IMC, la nazionalità e il titolo di studio.

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

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

La collaborazione intensa e positiva tra operatori sanitari e istituzioni scolastiche ha permesso un ampio coinvolgimento dei bambini e dei loro genitori contribuendo alla buona riuscita dell'iniziativa.

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

La raccolta dei dati è avvenuta in tutte le regioni tra aprile e maggio 2012, mentre per la regione Lombardia, che ha aderito in un secondo momento, tra settembre e ottobre dello stesso anno.

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

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

Trattandosi di uno studio trasversale che si prefigge di misurare delle prevalenze puntuali, l'analisi dei dati è consistita principalmente nella misura di percentuali (prevalenze) delle più importanti variabili selezionate. Per alcune di queste, in particolare per quelle che saranno soggette a confronti temporali successivi o con altre realtà territoriali (Regioni o ASL), sono stati calcolati anche gli intervalli di confidenza al 95%. In qualche caso, al fine di identificare alcuni gruppi a rischio, sono stati calcolati dei rapporti di prevalenza e realizzati dei test statistici (Test esatto di Fisher o del Chi quadrato). Nel presente rapporto, dove opportuno, viene indicato se le differenze osservate sono o non sono statisticamente significative ed è riportato il confronto con il dato del 2008-09 e del 2010. 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 con i dati degli anni precedenti al fine di evitare assunzioni e conclusioni errate. Questa annotazione vale in particolar modo per i risultati relativi all'ambiente scolastico, laddove il campione è di circa 20-30 scuole.

Le analisi sono state effettuate usando il software Stata vers. 11.0, seguendo un piano d'analisi predisposto nel protocollo dell'indagine.

## DESCRIZIONE DELLA POPOLAZIONE

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

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

Nel 2012 nella ASL SALERNO sono state campionate 33 classi in 33 scuole e tutte hanno partecipato all'indagine (100%).

.

**Distribuzione delle classi  
per tipologia di comune di appartenenza  
ASL SALERNO – OKkio 2012 (N=33 classi)**

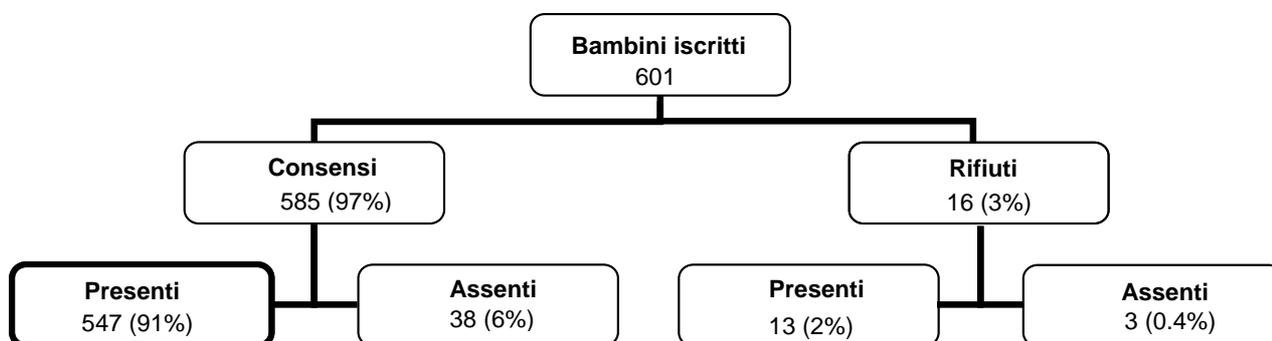
Zona abitativa	N	%
≤ 10.000 abitanti	16	48.48
Da 10.000 a più di 50.000 abitanti	11	33.33
> 50.000 abitanti (non metropolitana)	6	18.18
Comuni di area metropolitana (centro e periferia)	-	-

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

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



- Solo il 3% dei genitori ha rifiutato la misurazione dei propri figli. Questo valore è risultato simile a quello nazionale (3%). Questo dato sottolinea una buona gestione della comunicazione tra ASL, scuola e genitori. .
- Nella giornata della misurazione erano assenti 38 bambini pari al 6% del totale di quelli iscritti; generalmente la percentuale di assenti è del 5-10%. La bassa percentuale di

assenti tra i consensi rassicura, al pari del favorevole dato sui rifiuti, sull'attiva e convinta partecipazione dei bambini e dei genitori.

- I bambini ai quali è stato possibile somministrare il questionario e di cui sono stati rilevati peso e altezza sono stati 543 ovvero il 90% degli iscritti negli elenchi delle classi. L'alta percentuale di partecipazione assicura una rappresentatività del campione molto soddisfacente.
- Hanno risposto al questionario dei genitori 572 delle 601 famiglie dei 601 bambini iscritti (95%). Il numero di bambini misurati è più basso perché alcuni erano assenti il giorno dell'indagine o perché i genitori hanno riempito il questionario ma hanno negato la partecipazione del figlio.

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

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

		Età e sesso dei bambini ASL SALERNO – OKkio 2012	
	Caratteristiche	n	%
• La proporzione di maschi e di femmine nel nostro campione è simile.			
	<b>Età in anni</b>		
	≤ 7	3	0.6
	8	390	71.8
	9	148	27.3
	≥ 10	2	0.4
• 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.	<b>Sesso</b>		
	Maschi	269	49.5
	Femmine	274	50.5

\*sono state utilizzate solo le misurazioni riferite ai bambini di 8 – 9 anni.

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

La scolarità dei genitori, usata come indicatore socioeconomico della famiglia, è associata in molti studi allo stato di salute del bambino. Il questionario è stato compilato più spesso dalla madre del bambino (89.3%), meno frequentemente dal padre (9.97%) o da altra persona (0.7%). Di seguito vengono riportate le caratteristiche di entrambi i genitori dei bambini coinvolti; i capitoli successivi nella maggior parte dei casi presenteranno analisi che tengono conto del livello di istruzione solo della madre che di fatto è la persona che ha risposto più frequentemente al questionario rivolto ai genitori.

		Livello di istruzione, occupazione e nazionalità della madre e del padre ASL SALERNO – OKkio 2012			
	Caratteristiche	Madre		Padre	
		n	%	n	%
• La maggior parte delle madri ha un titolo di scuola superiore (47%) o laurea (17%).	<b>Grado di istruzione</b>				
	Nessuna, elementare, media	204	36	235	44.5
	Diploma superiore	265	46.8	218	41.3
	Laurea	97	17.1	75	14.2
• I padri che hanno un titolo di scuola superiore sono il 41% e la laurea il 14%.	<b>Nazionalità</b>				
	Italiana	550	96.7	539	98.7
	Straniera	19	3.34	7	1.28
• Il 3% delle madri e l'1% dei padri sono di nazionalità straniera.	<b>Lavoro*</b>				
	Tempo pieno	120	23.7	-	-
	Part time	122	24.1	-	-
• Il 24% delle madri lavorano a tempo pieno.	Nessuno	265	52.3	-	-

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

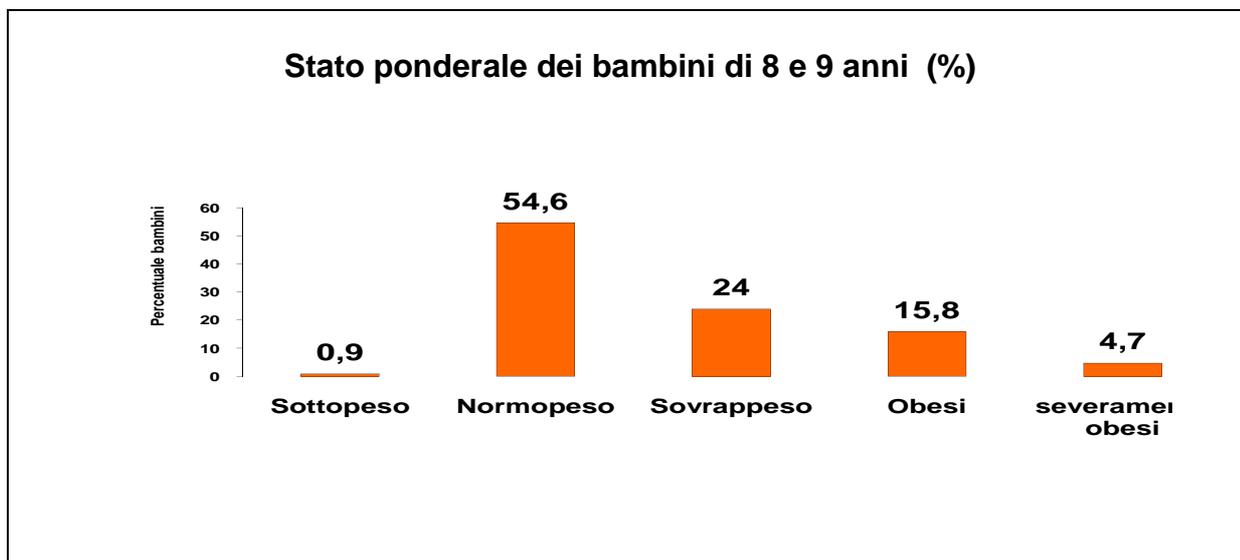
## LO STATO PONDERALE DEI BAMBINI

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

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

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

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



- Tra i bambini della nostra ASL il 4.6% (IC95% 02.82% - 7.57%) risulta in condizioni di obesità severa, il 15.8% risulta obeso (IC95% 12.4% - 19.9%), il 24% sovrappeso (IC95% 19.9% - 28.6%), il 54.6% normopeso (IC95% 50.9% - 58.4%) e lo 0.9% sottopeso (IC95% 0.4% - 2.15%).
- Complessivamente il 44.4% 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 ASL sarebbe pari a 29013, di cui obesi 13330.

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

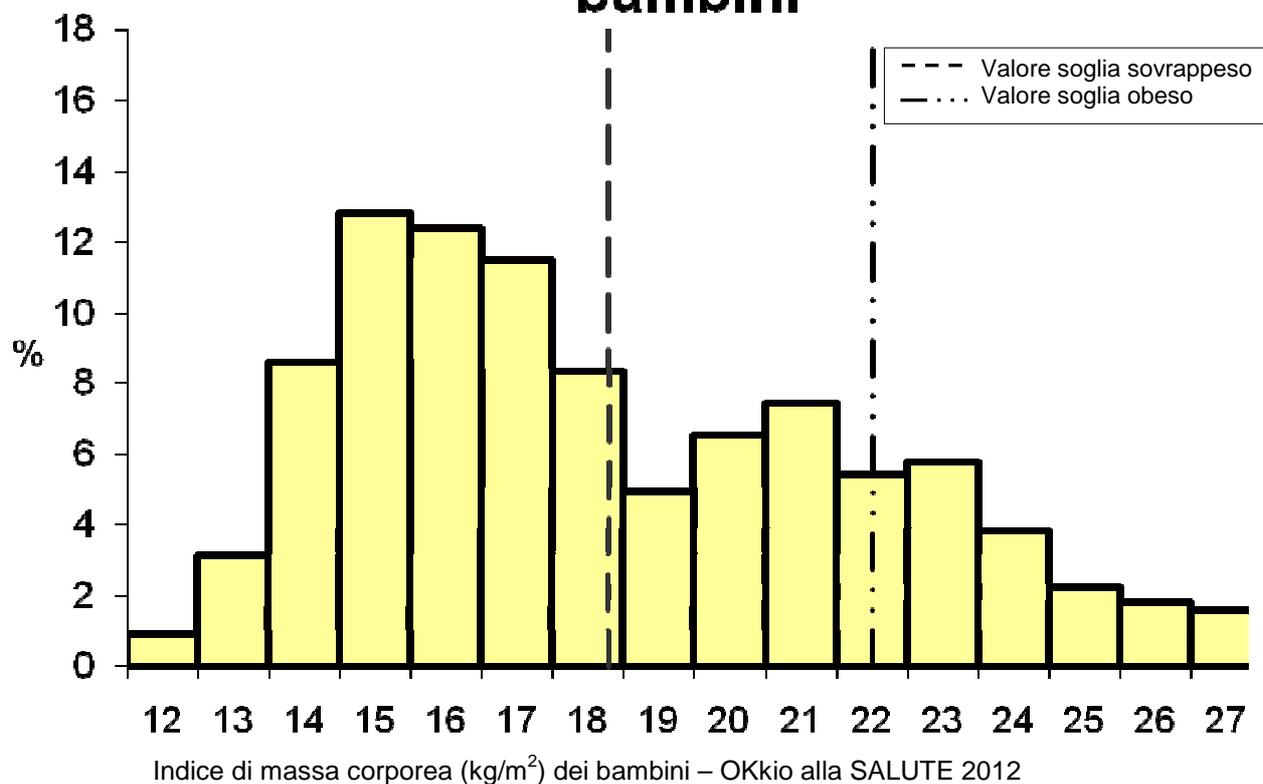
La mediana (valore centrale) della distribuzione dell'IMC della nostra ASL nel 2012 è pari a 18 ed è spostata verso destra, cioè a valori più alti, rispetto a quella della popolazione internazionale di riferimento della stessa età che è 15,8.

L'intervallo interquartile, misura di dispersione, è risultato pari a 5,9 .

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

La figura di seguito riportata illustra l'andamento delle distribuzioni dell'indice di massa corporea nei bambini per il 2012.

## Distribuzione dell'IMC dei nostri bambini

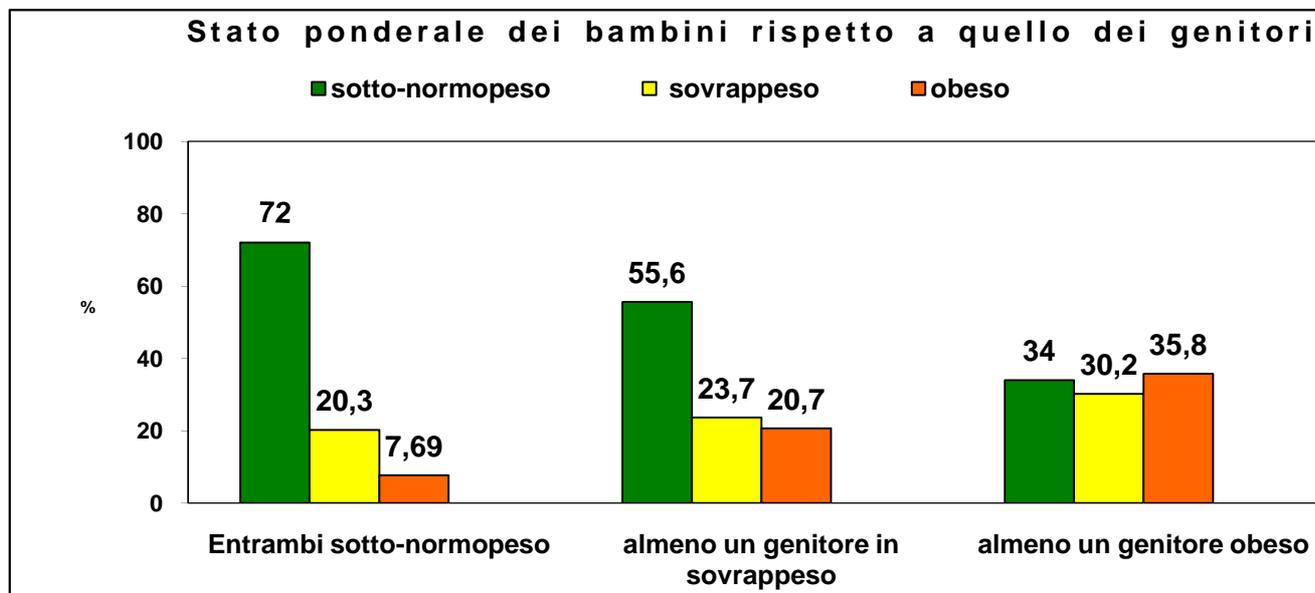


## Qual è il rapporto tra IMC, caratteristiche del bambino e dei genitori?

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

- Nella ASL SALERNO, le prevalenze di obesità e di sovrappeso sono simili tra i bambini di 8 e 9 anni e tra maschi e femmine.
- Bambini che frequentano scuole in centri con 10-50.000 abitanti sono in genere più obesi.
- Il rischio di obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre, da 23.9% per titolo di scuola elementare o media, a 20.3% per diploma di scuola superiore, a 12.4% per la laurea.

Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni per caratteristiche demografiche del bambino e della madre (%)			
ASL SALERNO - OKkio 2012			
Caratteristiche	Normo/ sottopeso	Sovrappeso	Obeso
<b>Età</b>			
8 anni	56.7	23.8	19.5
9 anni	52.7	24.3	23
<b>Sesso</b>			
maschi	60.3	21	18.7
femmine	50.9	26.9	22.1
<b>Zona abitativa</b>			
<10.000 abitanti	52.7	28	19.2
10.000-50.000	54.9	19.8	25.3
>50.000	62.4	22.2	15.4
metropolitana / perimetropolitana	-	-	-
<b>Istruzione della madre</b>			
Nessuna, elementare, media	53.7	22.3	23.9
Superiore	54.1	25.6	20.3
Laurea	65.2	22.5	12.4



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

- Dai dati autoriferiti dai genitori emerge che, nella nostra ASL, il 23.7% delle madri è in sovrappeso e il 9.8% è obeso; i padri, invece, sono nel 46.9% sovrappeso e 14.6% obesi.

- Quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso il 23.7% dei bambini risulta in sovrappeso e il 20.7% obeso. Quando almeno un genitore è obeso il 30.2% dei bambini è in sovrappeso e il 35.8% obeso.

### Per un confronto

	Valore assunto usando mediana di riferimento*	Valore aziendale 2008	Valore aziendale 2010	Valore aziendale 2012	Valore regionale 2012	Valore nazionale 2012
Prevalenza di bambini sotto-normopeso	84%	51.7%	56%	55.6%	<b>51,3%</b>	67,2%
Prevalenza di bambini sovrappeso e obesi	16%	48.3%	44%	44.4%	<b>48,7%</b>	32,8%
Prevalenza di bambini sovrappeso	11%	29.9%	27%	24%	<b>27,2%</b>	22,2%
Prevalenza di bambini obesi	5%	18.4%	17%	20.4%	<b>21,5%</b>	10,6%
Mediana di IMC	15,8	18.6	18.1	18	<b>18,7</b>	17,4

### Conclusioni

Rispetto al 2008 e al 2010, in questa terza rilevazione non si sono riscontrati cambiamenti degni di nota. Permane, pertanto, il problema dell'eccesso di peso nella popolazione infantile. Tuttora il confronto con i valori di riferimento internazionali evidenzia la dimensione molto grave del fenomeno. Anche rispetto alla media nazionale, i bambini della Asl SALERNO mostrano un IMC sensibilmente superiore.

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. Di conseguenza, in presenza di una così alta prevalenza del fenomeno ed in assenza di interventi efficaci e tempestivi, le malattie cardio-vascolari aumenteranno sensibilmente nei prossimi anni, interessando sempre più frequentemente la fascia di età dei giovani adulti, con ovvi e prevedibili effetti sia sullo stato di salute dei cittadini che sulle risorse necessarie per affrontare tali complicanze.

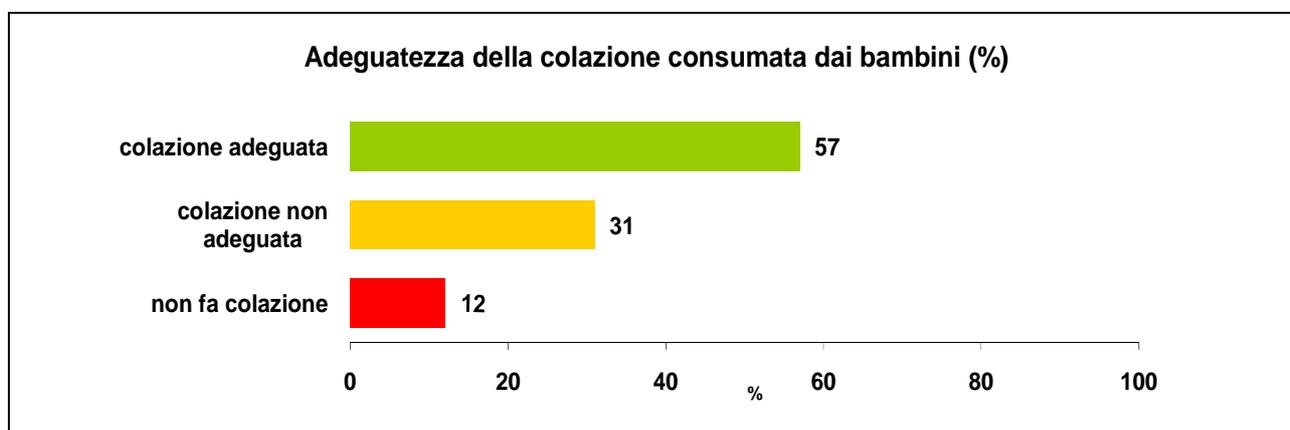
Per cogliere segni di cambiamento nell'andamento del fenomeno e per misurare gli effetti legati agli interventi sulla popolazione che verranno realizzati negli anni a venire, è necessario mantenere una sorveglianza continua del fenomeno: OKkio alla SALUTE rappresenta una risposta a questa esigenza.

## LE ABITUDINI ALIMENTARI DEI BAMBINI

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

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

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

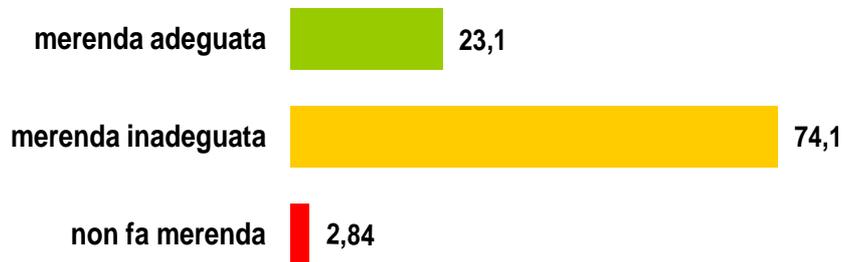


- Nella nostra ASL solo il 57% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata.
- Il 12% non fa colazione (non si registrano differenze significative tra i due sessi: maschi 12.7% versus femmine 11.3%) e il 31% non la fa qualitativamente adeguata. (p=0.3230)
- La prevalenza del non fare colazione è più alta nei bambini di madri con titolo di studio più basso (elementare o media) (p=0.1453)

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

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

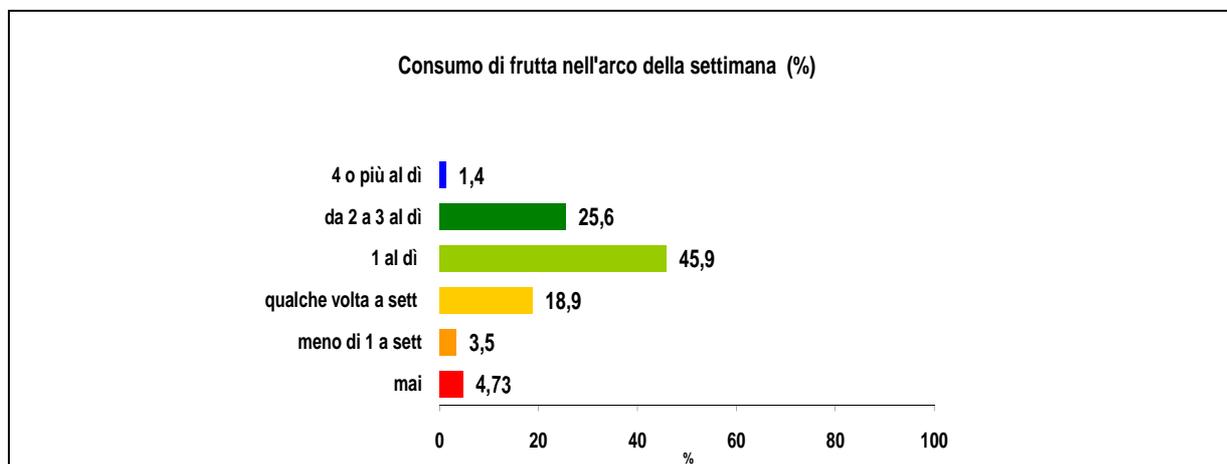
### Adeguatezza della merenda di metà mattina consumata dai bambini (%)



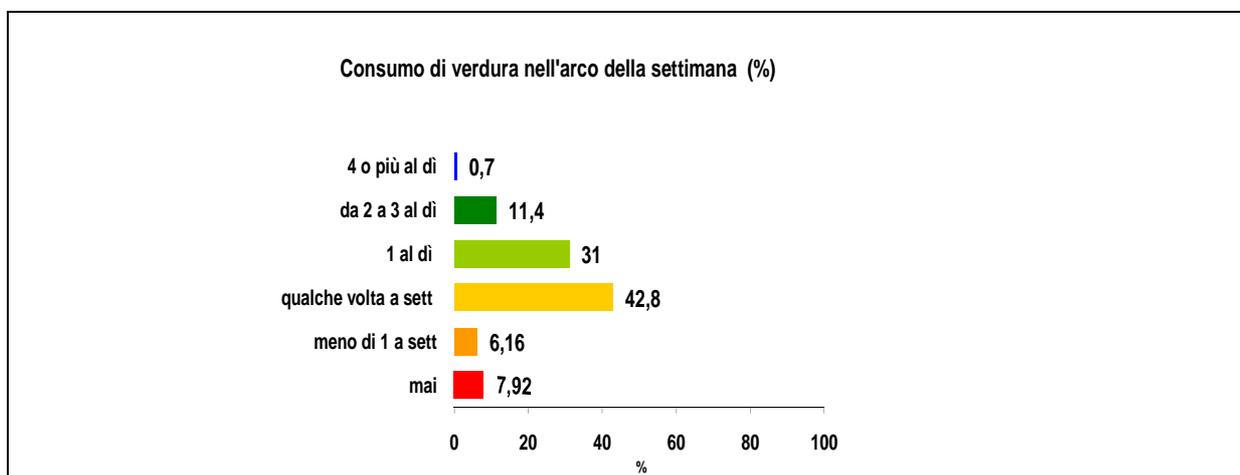
- Nel 12.5% delle classi è stata distribuita una merenda di metà mattina.
- Solo una piccola parte di bambini (23.1%) consuma una merenda adeguata di metà mattina
- La maggior parte dei bambini (74.1%) la fa inadeguata e il 2.8% non la fa per niente.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino ( $p=0.1578$ ) e per livello di istruzione della madre ( $p=0.0893$ ).

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

Le linee guida sulla sana alimentazione prevedono l'assunzione di almeno cinque porzioni al giorno di frutta o verdura. Il consumo di frutta e verdura nell'arco della giornata garantisce un adeguato apporto di fibre e sali minerali e consente di limitare la quantità di calorie introdotte. A differenza della prima raccolta dati (2008-09), nel 2010 e nel 2012 il consumo di frutta e verdura è stato richiesto con due domande distinte, una per la frutta e una per la verdura.



- Nella nostra ASL, i genitori riferiscono che solo il 25.6% dei bambini consuma la **frutta** 2-3 al giorno; il 45.9% una sola porzione al giorno.
- Il 27.1% dei bambini mangia frutta meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino e per livello di istruzione della madre.

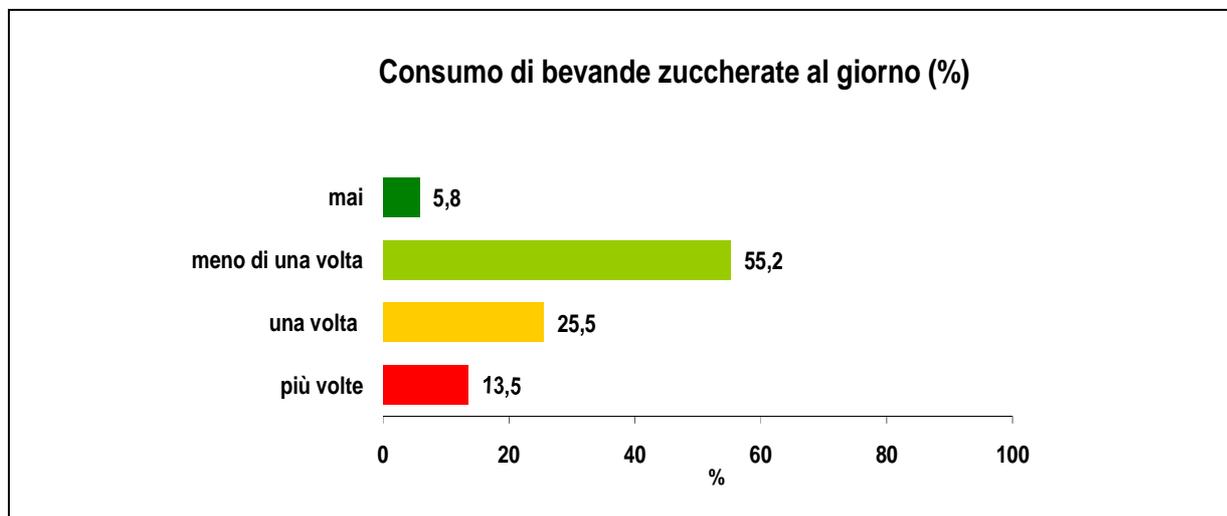


- Nella nostra ASL, i genitori riferiscono che l'11.4% dei bambini consuma **verdura** 2-3 al giorno; il 31% una sola porzione al giorno.
- Il 56.9% dei bambini consuma verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana. Le bambine consumano più verdura rispetto ai bambini\*.
- Non sono emerse differenze per livello di istruzione della madre.

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

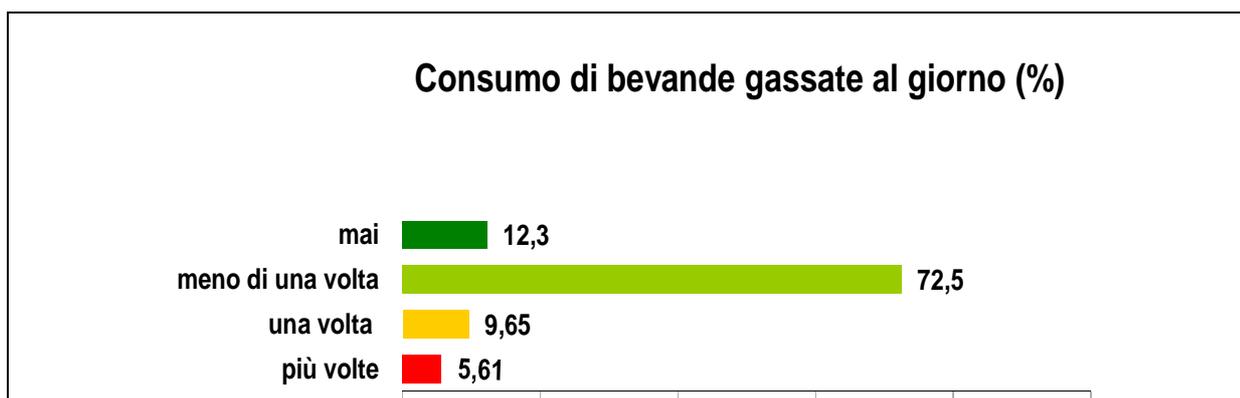
### **Quante bibite zuccherate e gassate al giorno consumano i nostri bambini?**

Mediamente in una lattina di bevanda zuccherata (33 cc) è contenuta una quantità di zuccheri aggiunti pari a 40-50 grammi, fra 5 e 8 cucchiaini, con l'apporto calorico che ne consegue. A differenza della prima raccolta dati (2008-09), il consumo di bevande zuccherate e bevande gassate nel 2010 e nel 2012 è stato indagato con due domande distinte, una per le bevande zuccherate e una per le bevande gassate.



- Nella nostra ASL il 55.2% dei bambini consuma **bevande zuccherate** meno di una volta al giorno e il 5.8% mai .
- Il 25.5% dei bambini assume bevande zuccherate una volta al giorno e il 13.5% più volte.
- Mentre non vi è differenza fra maschi e femmine, la prevalenza di consumo di bibite zuccherate almeno una volta al giorno diminuisce con il crescere della scolarità della madre, da 49.3% per titolo di scuola elementare o media, a 34.6% per diploma di scuola superiore, a 30.9% per la laurea\*.

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



- Nella nostra ASL il 72.5% dei bambini consuma **bevande gassate** meno di una volta al giorno e il 12.3% mai.
- Il 9.7% dei bambini assume bevande gassate una volta al giorno e il 5.6% più volte.
- Mentre non vi è differenza fra maschi e femmine, la prevalenza di consumo di bibite gassate almeno una volta al giorno diminuisce con il crescere della scolarità della madre, da 21.2% per titolo di scuola elementare o media, a 12.5% per diploma di scuola superiore, a 11.3% per la laurea.

## Per un confronto

Prevalenza di bambini che...	Valore desiderabile per i bambini	Valore aziendale 2008	Valore aziendale 2010	Valore aziendale 2012	Valore regionale 2012	Valore nazionale 2012
hanno assunto la colazione al mattino dell'indagine	100%	82%	87%	88%	<b>87,1%</b>	91%
hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine	100%	57%	57%	57%	<b>54,2%</b>	60,4%
hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	100%	5%	27%	23,1%	<b>28,6%</b>	30,5%
assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere	100%	2%	6%	4,3%	<b>4,1%</b>	7,4%
assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno	0%	40%	49%	42,9%	<b>51,1%</b>	44,2%

## Conclusioni

E' dimostrata l'associazione tra stili alimentari errati e sovrappeso ed obesità. Nella nostra ASL con la terza raccolta dei dati, si conferma la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso. Questo rischio per i bambini può essere limitato grazie alla modifica delle abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie.

## L'USO DEL TEMPO DEI BAMBINI: L'ATTIVITÀ FISICA

L'attività fisica è un fattore determinante per mantenere o migliorare la salute dell'individuo essendo in grado di ridurre il rischio di molte malattie cronico-degenerative. È universalmente accettato in ambito medico che un'adeguata attività fisica, associata ad una corretta alimentazione, possa prevenire il rischio di sovrappeso nei bambini. Si consiglia che i bambini facciano attività fisica moderata o intensa ogni giorno per almeno 1 ora. Questa attività non deve essere necessariamente continua ed include tutte le attività motorie quotidiane.

### **Quanti bambini fisicamente non attivi?**

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

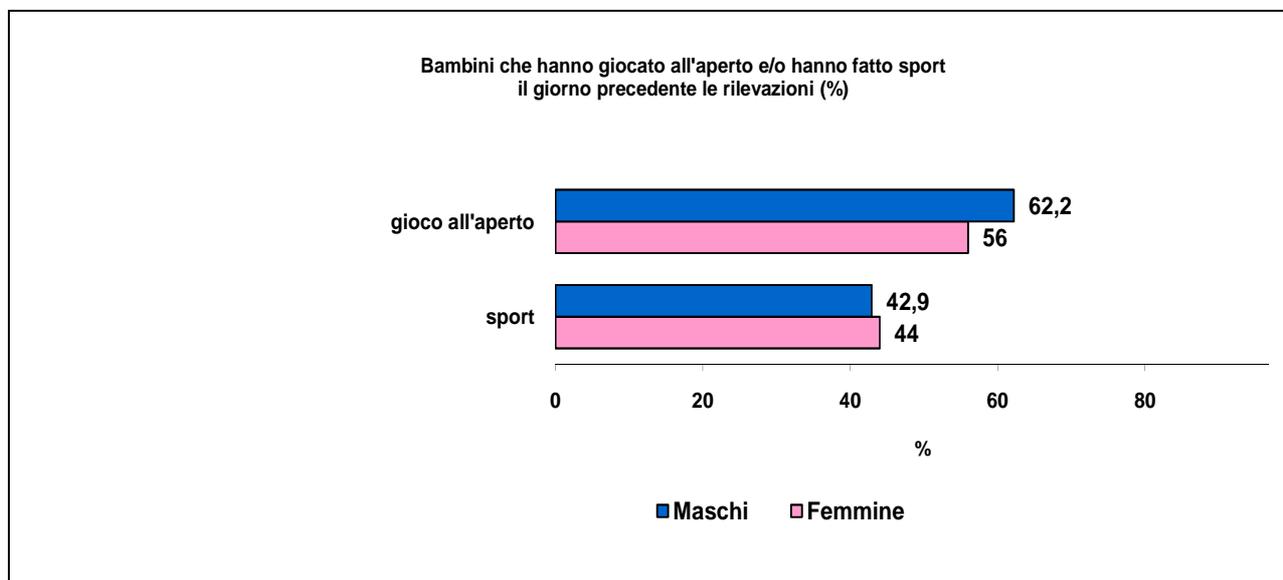
- Nel nostro studio il 20.7% dei bambini risulta non attivo il giorno antecedente all'indagine.
- Solo il 23% ha partecipato ad un'attività motoria curricolare a scuola nel giorno precedente (questo può dipendere dal fatto che il giorno precedente poteva non essere quello in cui era prevista l'ora curricolare).
- Le femmine non attive (18.5%) sono in percentuale minore dei maschi (22.9%).
- La percentuale maggiore di bambini non attivi vive in aree geografiche con più di 50.000 abitanti (30.4%).

<b>Bambini fisicamente non attivi<sup>#</sup> (%)</b>	
<b>ASL SALERNO- OKkio 2012</b>	
<b>Caratteristiche</b>	<b>Non Attivi<sup>#</sup></b>
<b>Sesso</b>	
maschi	22.9
femmine	18.5
<b>Zona abitativa</b>	
<10.000 abitanti	15.5
10.000-50.000	21.4
>50.000	30.4
metropolitana/perimetropolitana	--

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

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

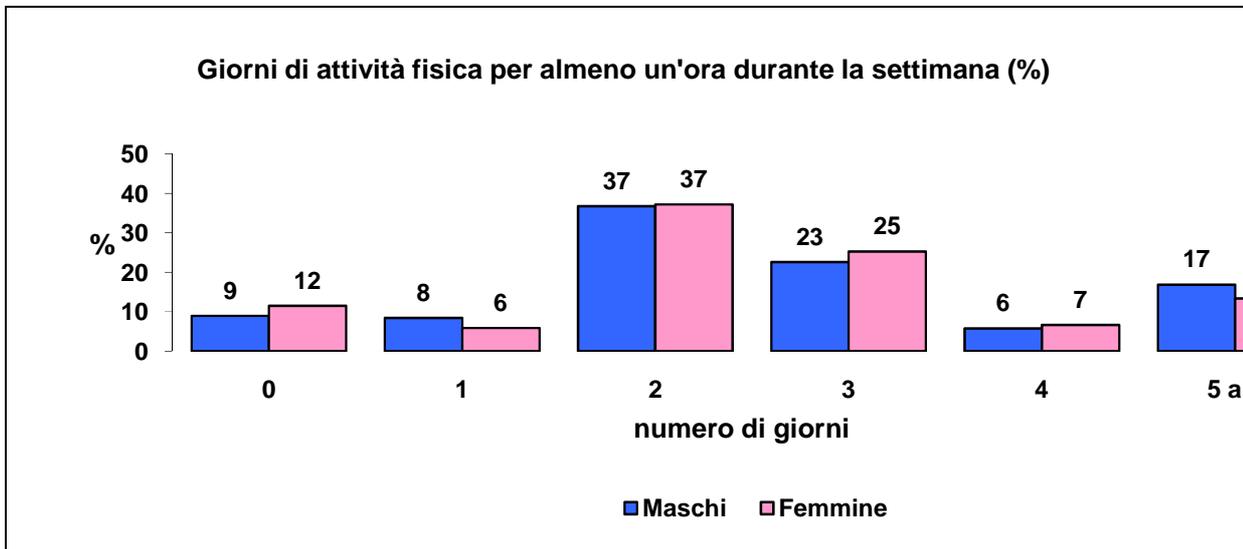
Il pomeriggio dopo la scuola costituisce un periodo della giornata eccellente per permettere ai bambini di fare attività fisica; è quindi molto importante sia il gioco all'aperto che lo sport strutturato. I bambini impegnati in queste attività tendono a trascorrere meno tempo in attività sedentarie (televisione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



- Il 59.1% del totale dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi giocano all'aperto più delle femmine.
- Il 43.4% del totale dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi fanno sport meno delle femmine.

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

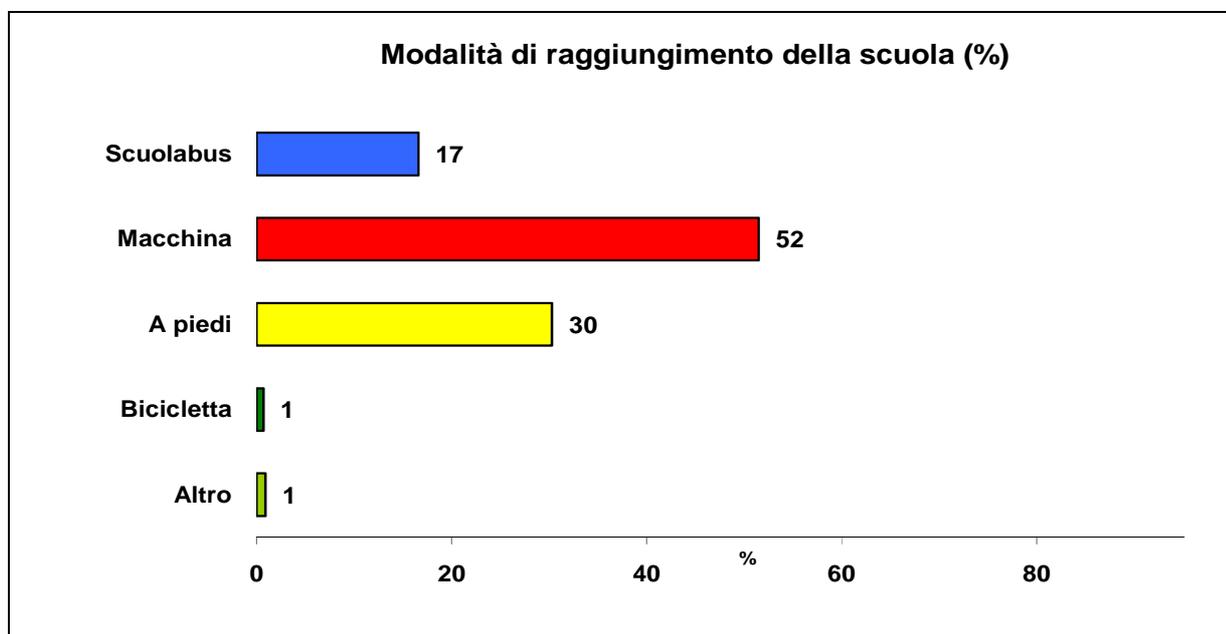
Per stimare l'attività fisica dei bambini si può ricorrere all'informazione fornita dai genitori, ai quali si è chiesto quanti giorni, in una settimana normale, i bambini giocano all'aperto o fanno sport strutturato per almeno un'ora al giorno al di fuori dell'orario scolastico.



- Secondo i loro genitori, nella nostra ASL, circa 4 bambini su 10 (36.6%) fanno un'ora di attività fisica per 2 giorni la settimana, l'11% neanche un giorno e solo il 14.7% da 5 a 7 giorni.
- Non c'è differenza tra i due sessi per i giorni di attività fisica praticata ( $p=0.6734$ ).
- La zona di abitazione non è associata a una diversa frequenza di attività fisica da parte dei bambini. ( $p=0.6793$ )

## Come si recano a scuola i bambini?

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 domicilio dalla scuola.



- Il 31% dei bambini, nella mattina dell'indagine, ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bicicletta; il 69% invece, ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato.
- Non si rilevano differenze degne di nota per sesso e fra le diverse tipologie di zona abitativa.

## Per un confronto

Prevalenza di bambini che...	Valore desiderato per i bambini	Valore aziendale 2008	Valore aziendale 2010	Valore aziendale 2012	Valore regionale 2012	Valore nazionale 2012
Bambini definiti fisicamente non attivi	0%	27%	20%	20.7	22,7%	17,4%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	100%	52.8%	59%	59.1	57,5%	67,2%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	100%	41.6%	55%	43.4	47,5%	46,2%
Bambini che svolgono attività fisica almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni alla settimana	100%	12%	20%	14.7	13,7%	16,1%

## **Conclusioni**

I dati raccolti hanno evidenziato che i bambini della nostra ASL fanno poca attività fisica. Si stima che 1 bambino su 5 risulta fisicamente inattivo senza differenze significative tra i due sessi. Poco più di 1 bambino su 10 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età, anche per ragioni legate al recarsi a scuola con mezzi motorizzati, giocare poco all'aperto e non fare sufficienti attività sportive strutturate.

Rispetto al 2008 e al 2010 non si osservano variazioni statisticamente significative.

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

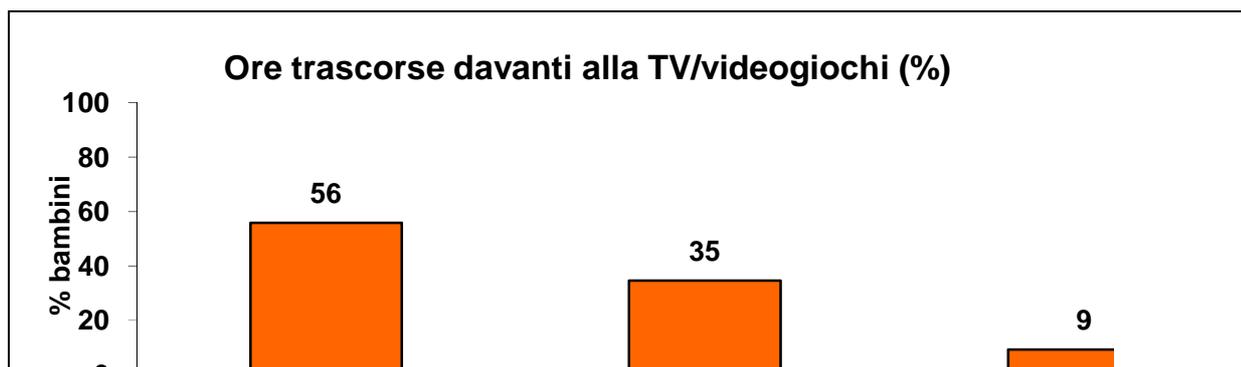
## L'USO DEL TEMPO DEI BAMBINI: LE ATTIVITÀ SEDENTARIE

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

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

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

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



- Nella nostra ASL, i genitori riferiscono che il 55.9% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi da 0 a due ore al giorno, mentre il 34.7% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi per 3 - 4 ore e il 9.3% per almeno 5 ore.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV o videogiochi è più frequente tra i maschi (51.1% versus 38.1%) e non è associata significativamente con l'aumento del livello di istruzione della madre.
- Complessivamente il 61.4% 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 (23.8% versus 17.9% p=0.1048).
- Considerando separatamente il tempo eccedente le 2 ore trascorso guardando la TV e quello superiore alle 2 ore impiegato giocando con i videogiochi, le prevalenze riscontrate sono: > 2 ore TV (21.4%); > 2 ore Videogiochi (3.69%).

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

La televisione e i videogiochi rappresentano una parte importante dell'uso del tempo e delle attività sedentarie nella quotidianità dei bambini. Generalmente si ritiene che vi sia un

rapporto fra le attività sedentarie e la tendenza verso il sovrappeso/obesità, per cui si raccomanda di controllare e limitare, quando necessario, la quantità di tempo che i bambini trascorrono davanti alla televisione o ai videogiochi.

- Nella nostra ASL il 37.2% dei bambini ha guardato la TV la mattina prima di andare a scuola.
- L' 81.5% dei bambini ha guardato la televisione o ha utilizzato videogiochi il pomeriggio del giorno precedente e il 78.8% la sera.
- Solo il 6.9% dei bambini non ha guardato la TV o utilizzato i videogiochi nelle 24 ore antecedenti l'indagine, mentre il 18.8% lo ha fatto in un periodo della giornata, il 44% in due periodi e il 30.2% ne ha fatto uso durante la mattina, il pomeriggio e la sera.
- L'esposizione a tre momenti di utilizzo di TV e/o videogiochi è più frequente tra le femmine (75.5% versus 64%) e non è associata con l'aumento del livello di istruzione della madre.

### Per un confronto

	Valore desiderabile per i bambini	Valore aziendale 2008	Valore aziendale 2010	Valore aziendale 2012	Valore regionale 2012	Valore nazionale 2012
Bambini che trascorrono al televisore o ai videogiochi più di 2 ore al giorno	0%	58.8%	53%	44%	50,6%	35,6%
Bambini con televisore in camera	0%	67.3%	61%	61.4%	71,4%	44,0%

### Conclusioni

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

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

Queste attività sedentarie sono sicuramente favorite dal fatto che ben oltre la metà dei bambini dispone di un televisore in camera propria, anche se di fatto più della metà dei bambini ottempera alle raccomandazioni sul tempo da dedicare alla televisione o ai videogiochi (meno di 2 ore al giorno di TV o videogiochi).

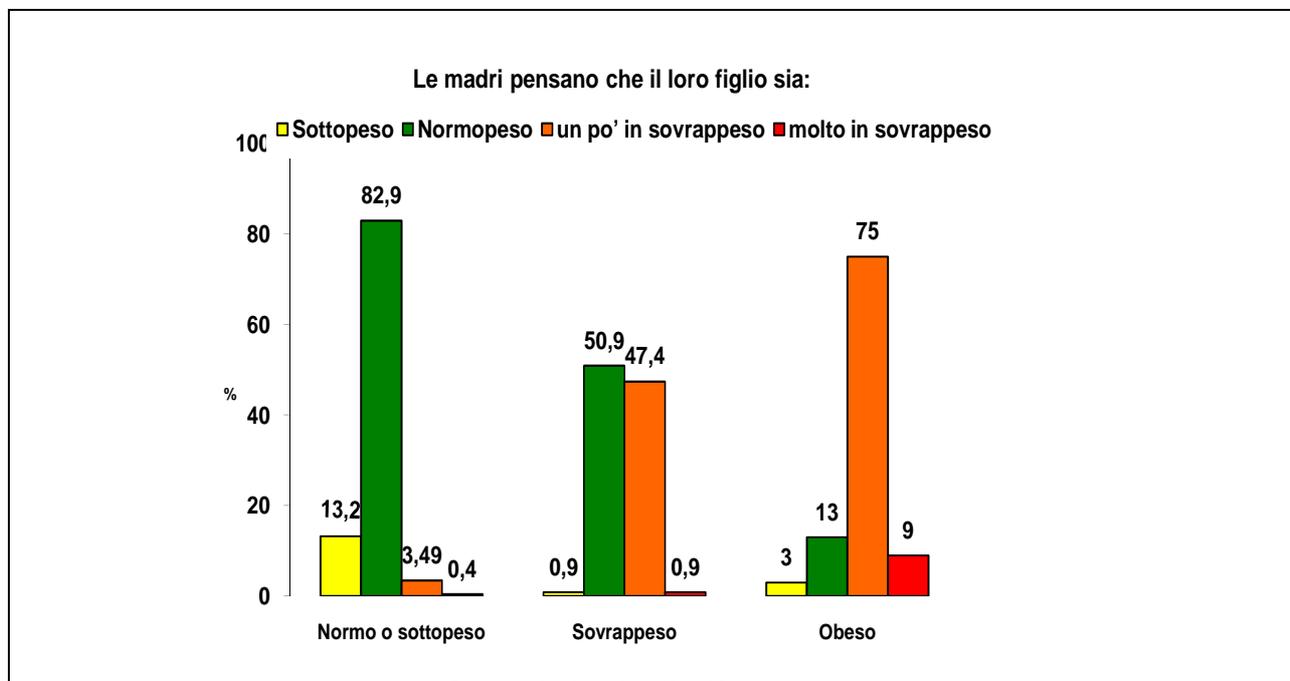
Rispetto al 2008 e al 2010 non si osservano variazioni significative.

## LA PERCEZIONE DELLE MADRI SULLA SITUAZIONE NUTRIZIONALE E SULL'ATTIVITÀ FISICA DEI BAMBINI

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

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

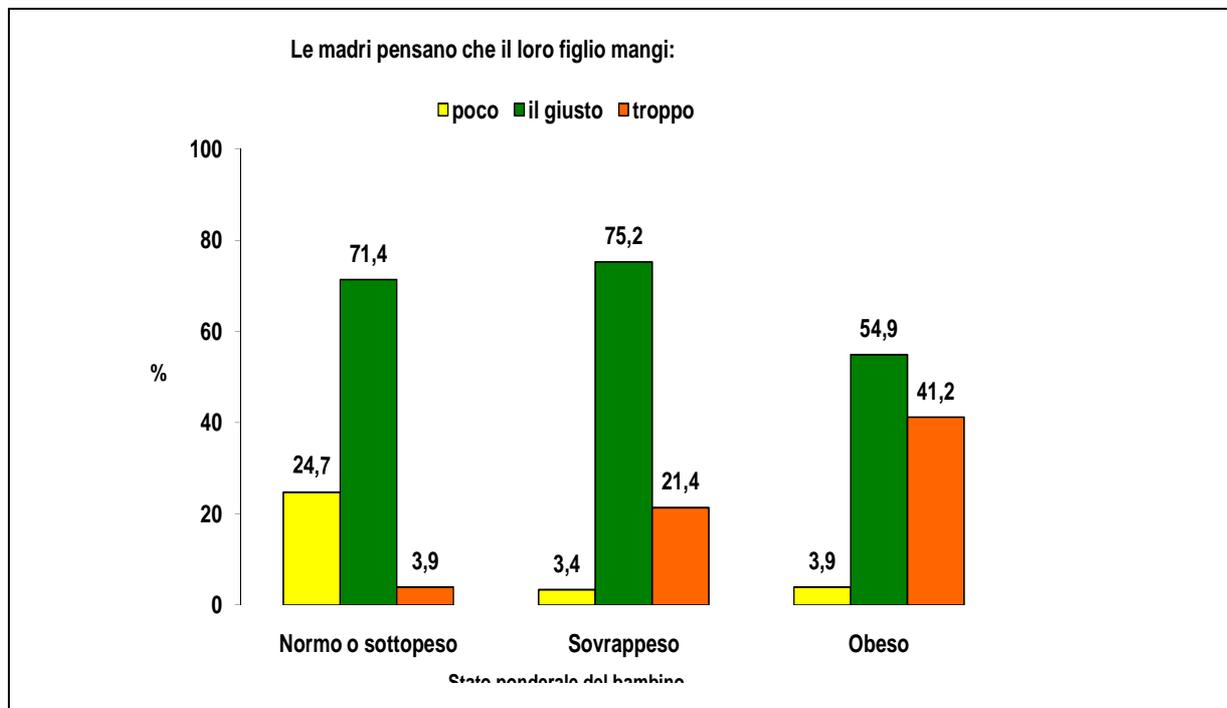
Alcuni studi hanno dimostrato che i genitori possono non avere un quadro corretto dello stato ponderale del proprio figlio. Questo fenomeno è particolarmente importante nei bambini sovrappeso/obesi che vengono al contrario percepiti come normopeso.



- Nella nostra ASL ben il 51.8% delle madri di bambini sovrappeso e il 16% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso o sottopeso.
- Nelle famiglie con bambini in sovrappeso, la percezione non cambia in rapporto al sesso del bambino. Analoga situazione si presenta nelle famiglie di bambini obesi.
- Sia per i bambini in sovrappeso che per i bambini obesi l'accuratezza della percezione non è in relazione alla scolarità della madre.

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

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

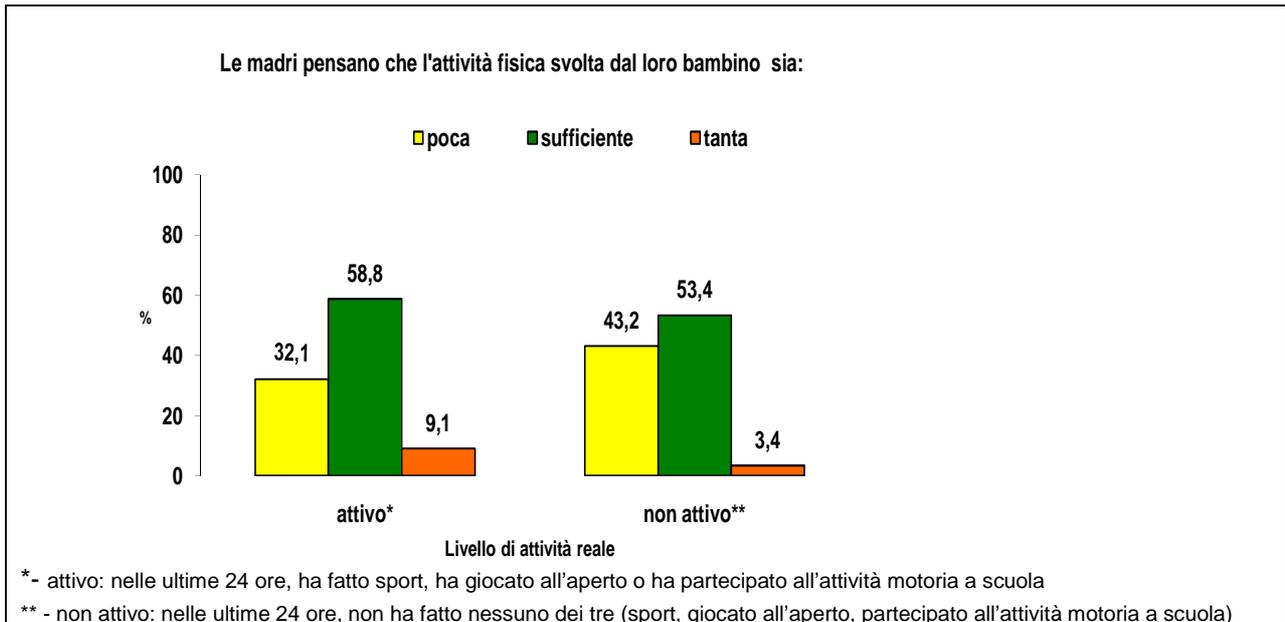


- Solo il 21.4% delle madri di bambini sovrappeso e il 41.2% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo\*.
- Considerando i bambini in sovrappeso e obesi insieme, l'opinione della madre relativamente al troppo cibo assunto dal figlio varia da 35.8% per i maschi a 26.8% per le femmine ( $p=0.4$ ) e, prendendo in considerazione il livello scolastico della madre, varia da 37.3% per la bassa scolarità al 27.6% per le madri laureate ( $p=0.3463$ ).

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

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

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



- All'interno del gruppo di bambini non attivi, il 53.4% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e il 3.4% molta attività fisica.
- Limitatamente ai bambini non attivi, l'opinione della madre che l'attività fisica praticata dal figlio sia sufficiente va dal 56.5% per i maschi al 50% per le femmine ( $p=0.7$ ) e, considerando il livello scolastico della madre, varia dal 50% per la bassa scolarità al 76.2 per le madri laureate ( $p=0.1$ ).

## Per un confronto

Madri che percepiscono...	Valore desiderabile	Valore aziendale 2008	Valore aziendale 2010	Valore aziendale 2012	Valore regionale 2012	Valore nazionale 2012
in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è sovrappeso	100%	47%	43%	48.3%	41,9	51,3%
in modo adeguato lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è obeso	100%	83.8%	83%	84%	82,4	87,8%
l'assunzione di cibo del proprio figlio come "poco o giusto", quando questo è sovrappeso o obeso	da ridurre	69.7%	75%	69.4%	69,2	70,8%
l'attività fisica del proprio figlio come scarsa, quando questo risulta inattivo	da aumentare	54.7%	39%	43.2%	49%	39,6%

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

## Conclusioni

Nella nostra ASL è molto diffusa (oltre 1 genitore su 3) nelle madri di bambini con sovrappeso/obesità una sottostima dello stato ponderale del proprio figlio che non coincide con la misura rilevata. Inoltre molti genitori, in particolare di bambini sovrappeso/obesi, sembrano non valutare correttamente la quantità di cibo assunta dai propri figli. La situazione è simile per la percezione delle madri del livello di attività fisica dei propri figli: solo 1 genitore su 2 ha una percezione che sembra coincidere con la situazione reale.

Rispetto al 2008 e al 2010 non si osservano variazioni statisticamente significative.

## L'AMBIENTE SCOLASTICO E IL SUO RUOLO NELLA PROMOZIONE DI UNA SANA ALIMENTAZIONE E DELL'ATTIVITÀ FISICA

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

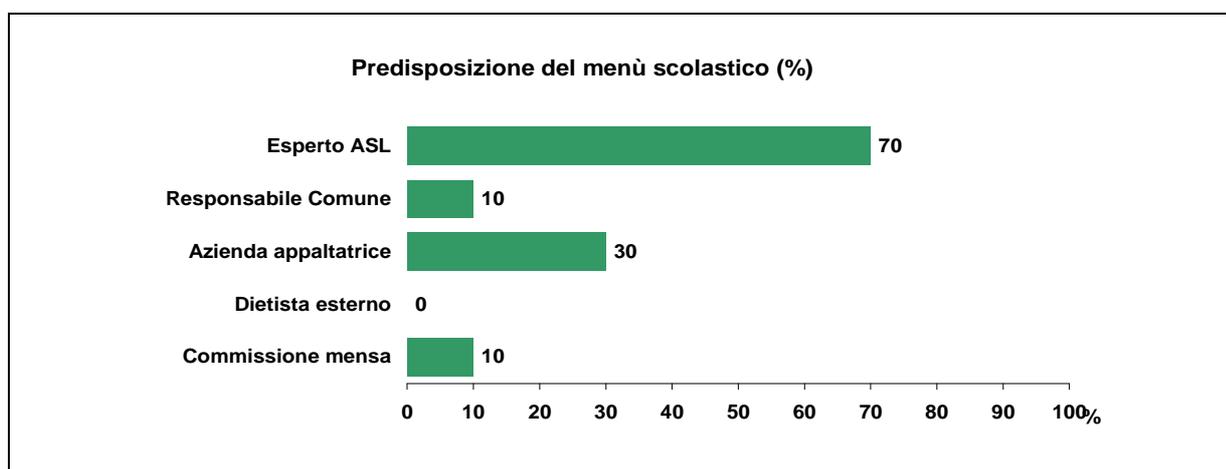
La scuola rappresenta, inoltre, l'ambiente ideale per seguire nel tempo l'evoluzione dello stato ponderale dei bambini e per creare occasioni di comunicazione con le famiglie che determinino un loro maggior coinvolgimento nelle iniziative di promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica dei bambini.

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

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

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

- Nella nostra ASL il 31.3% delle scuole campionate, ha una mensa scolastica funzionante.
- Nelle scuole dotate di una mensa, il 22.2% di esse sono aperte almeno 5 giorni la settimana.
- La mensa viene utilizzata mediamente dal 67% dei bambini.

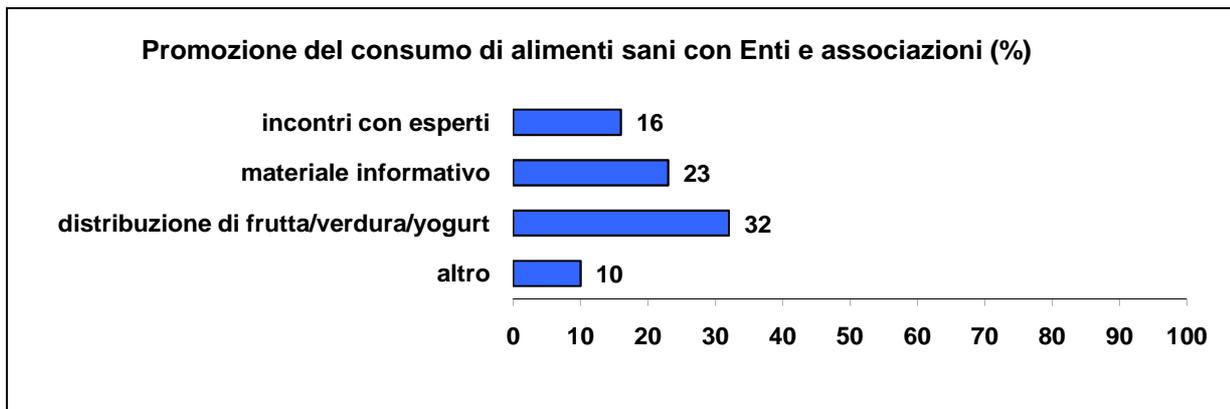


- La definizione del menù scolastico è più frequentemente stabilita da un esperto dell'ASL, seguito da un'azienda appaltatrice e da un responsabile del Comune.
- Secondo il giudizio dei dirigenti scolastici l'80% delle mense risulta essere adeguato per i bisogni dei bambini.

## ***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. In alcune di queste esperienze viene associato anche l'obiettivo dimostrativo ed educativo degli alunni.

- Nella nostra ASL, le **scuole** che distribuiscono ai bambini frutta o latte o yogurt, nel corso della giornata, sono il 50%.
- In tali **scuole**, la distribuzione si effettua prevalentemente a metà mattina (93%).
- Durante l'anno scolastico il 48.4% delle **classi** ha partecipato ad attività di promozione del consumo di alimenti sani all'interno della scuola con Enti e/o associazioni.
- 



- In questo anno scolastico il 32.3% delle **classi** ha partecipato alla distribuzione di frutta, verdura o yogurt come spuntino.
- Il 22.6% delle **classi** ha ricevuto materiale informativo.
- il 16.1% delle **classi** ha organizzato incontri con esperti esterni alla scuola.

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

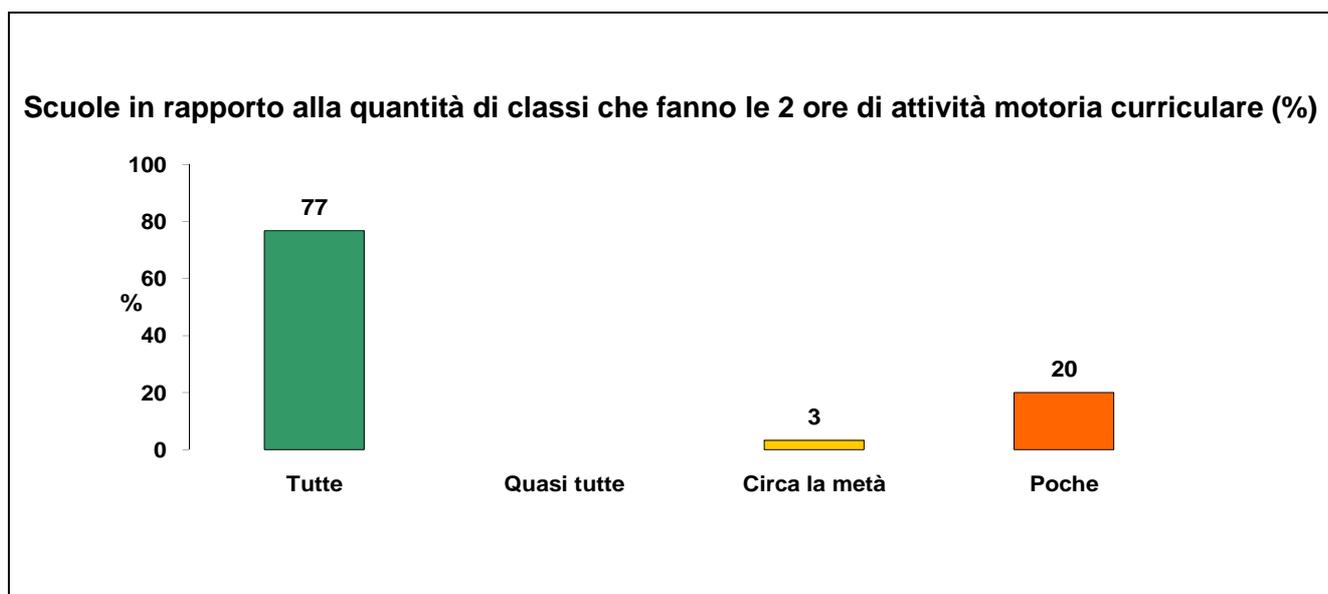
Lo sviluppo di sovrappeso e obesità nei bimbi può essere favorito dalla presenza nelle scuole di distributori automatici di merendine o bevande zuccherate di libero accesso agli alunni.

- I distributori automatici di alimenti sono presenti nel 16% delle scuole; il 9.7% è accessibile sia agli adulti che ai bambini.
- All'interno del gruppo di scuole con distributori automatici, il 60% mette a disposizione succhi di frutta, frutta fresca, o yogurt.

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

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

Tradizionalmente il curriculum scolastico raccomanda 2 ore settimanali di attività motoria per i bambini delle scuole elementari. Attualmente è obbligatoria una sola ora a settimana e non sempre l'attività motoria è svolta in accordo con quanto suggerito nel curriculum.

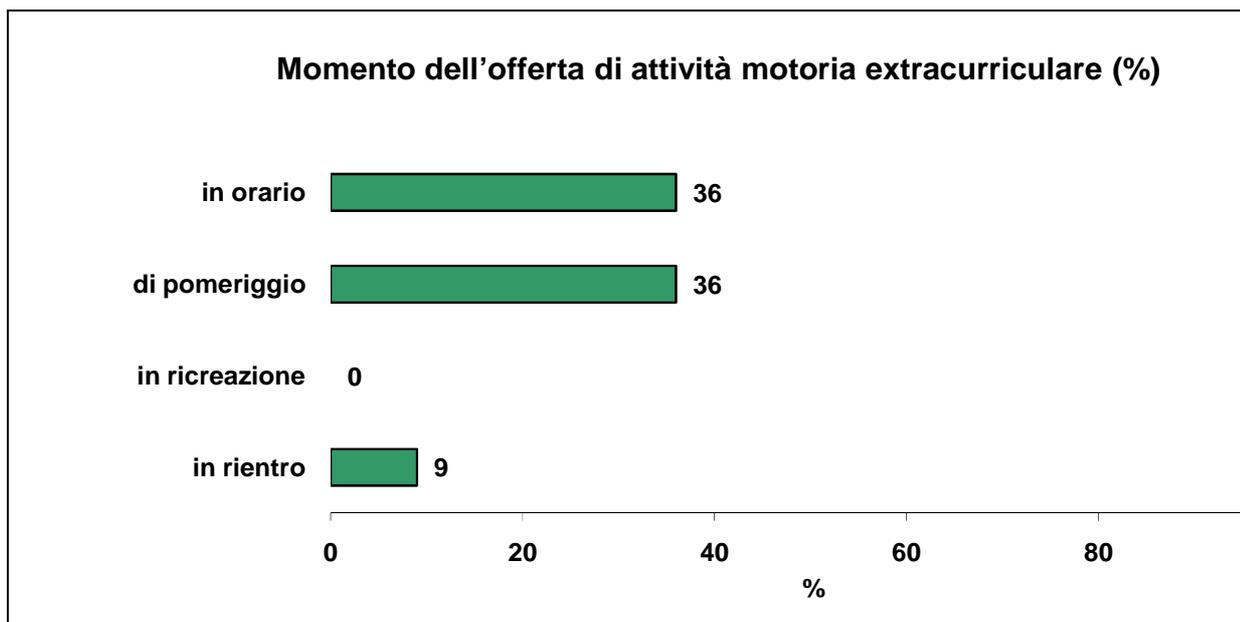


- La maggioranza (77%) delle scuole dichiara che tutte le classi svolgono normalmente le 2 ore di attività motoria, sebbene il 23% riferisca che circa la metà (3%) o poche (20%) classi fanno le 2 ore raccomandate.
- Le ragioni principalmente addotte a spiegazione del mancato svolgimento dell'attività motoria curriculare includono: struttura dell'orario scolastico (25%), mancanza di una palestra (50%), insufficienza della palestra (12.5%), mancanza o inagibilità di spazi esterni (12.5%) e scelta del docente (12.5%).

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

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

- Le scuole che offrono agli alunni la possibilità di effettuare all'interno della scuola occasioni di attività motoria, oltre le 2 ore raccomandate, sono il 34.4%.



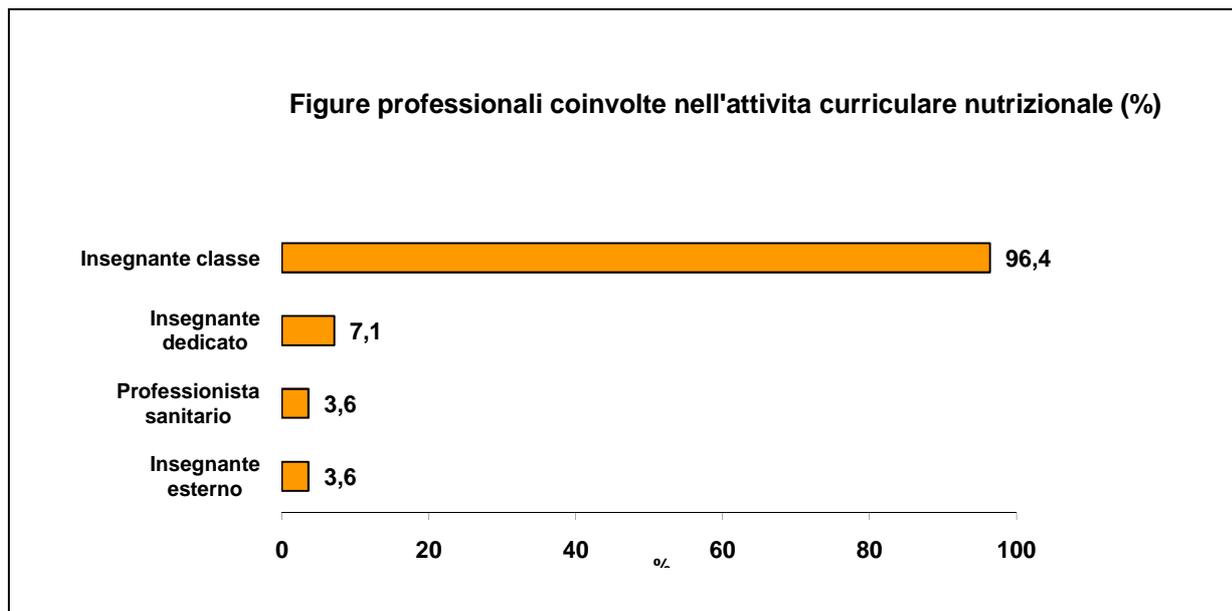
- Laddove offerta, l'attività motoria viene svolta più frequentemente durante l'orario scolastico o nel pomeriggio.
- Queste attività si svolgono più frequentemente in palestra (40%), nel giardino (20%), in piscina (10%), in altra struttura sportiva (50%).

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

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

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

- L'attività curriculare nutrizionale è prevista dal 87.5% delle scuole campionate nella nostra ASL.

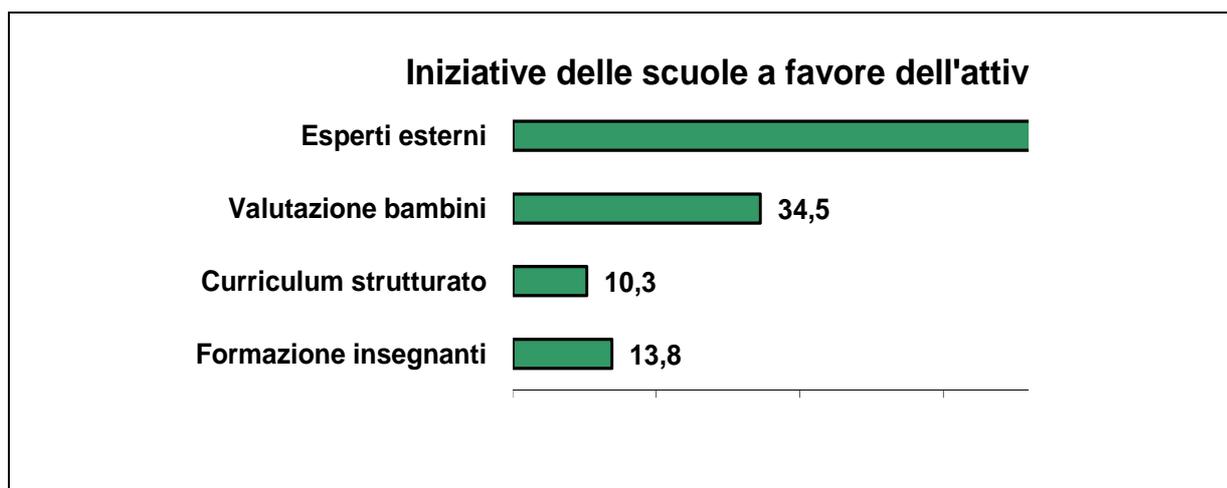


- In tali scuole, la figura più frequentemente coinvolta è l'insegnante di classe. Molto meno comune è il coinvolgimento di altri insegnanti o della ASL.

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

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

- Nel nostro campione, il 90.6% delle scuole ha cominciato a realizzare almeno un'attività.



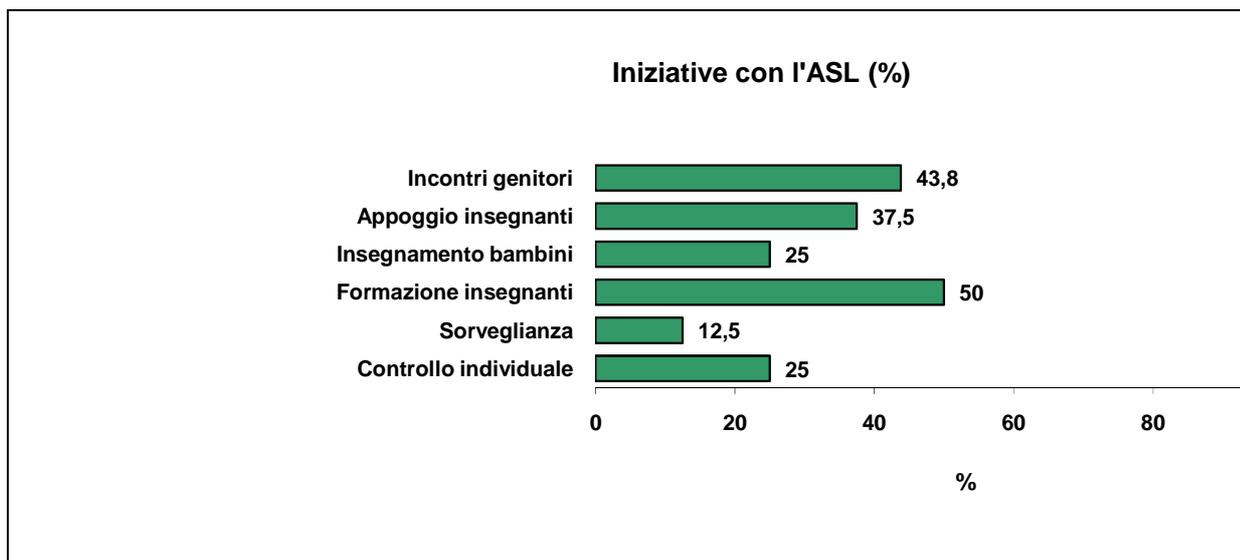
- In tali attività, viene frequentemente coinvolto un esperto esterno; nel 34.5% dei casi è stata effettuata la valutazione delle abilità motorie dei bambini, nel 10.3% lo sviluppo di un curriculum strutturato e nel 13.8% la formazione degli insegnanti.

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

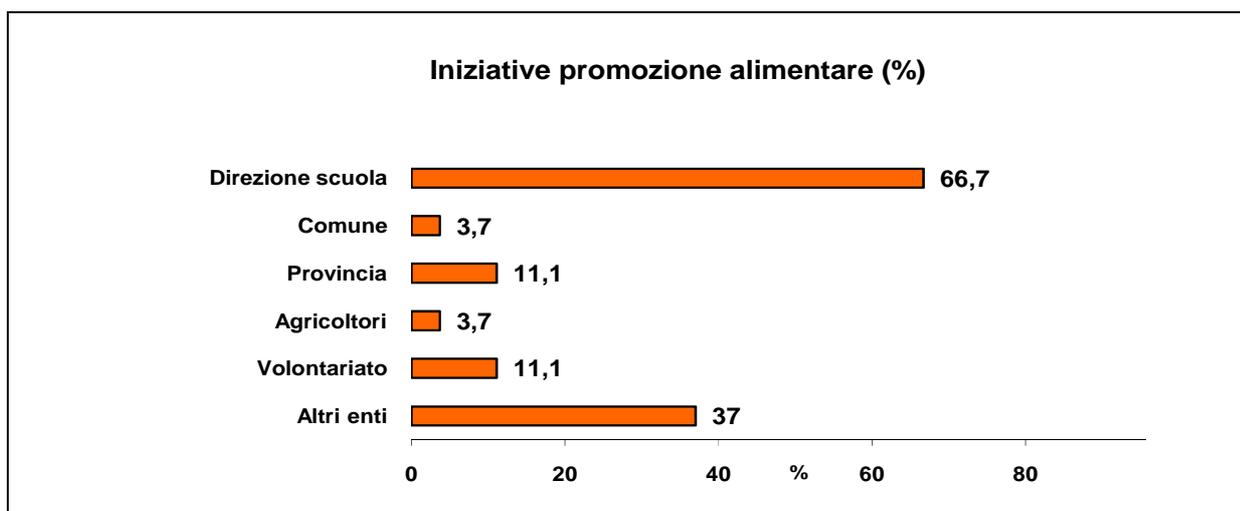
### ***Nella scuola sono attive iniziative finalizzate alla promozione di stili di vita salutari realizzate in collaborazione con Enti o Associazioni?***

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 nutrizionale nel 46.7% delle scuole e nella promozione dell'attività fisica nel 23.3% delle scuole.



- Tale collaborazione si realizza più frequentemente attraverso degli incontri con i genitori, l'appoggio tecnico agli insegnanti o la loro formazione e con l'insegnamento diretto agli alunni.

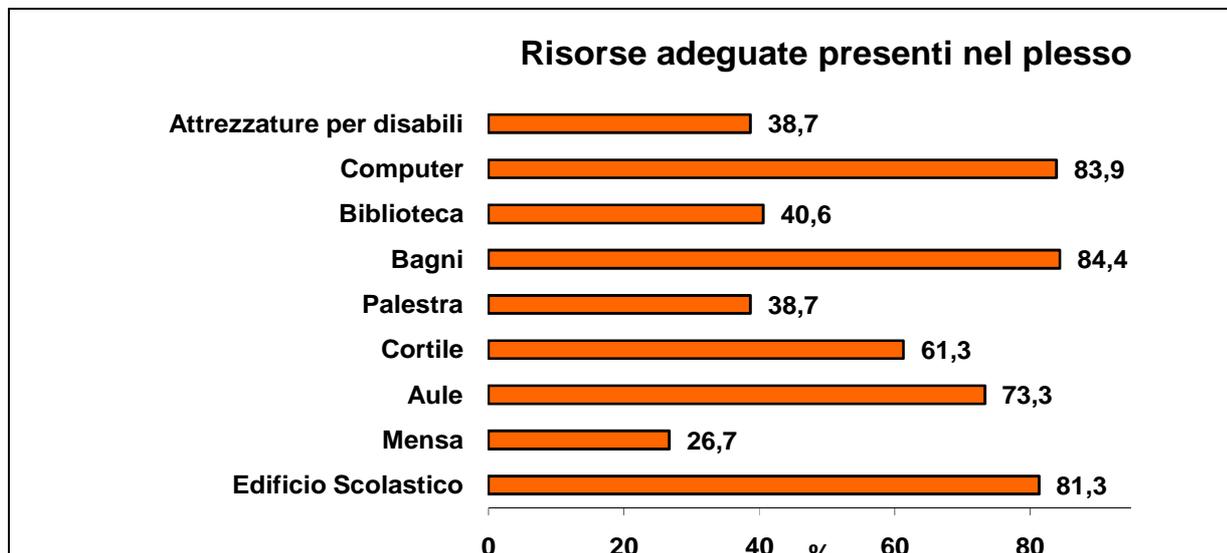


- Oltre la ASL, gli enti e le associazioni che hanno prevalentemente organizzato iniziative di promozione alimentare nelle scuole sono la direzione scolastica/insegnanti, Enti vari, la Provincia e le Associazioni di volontariato o di agricoltori/allevatori.

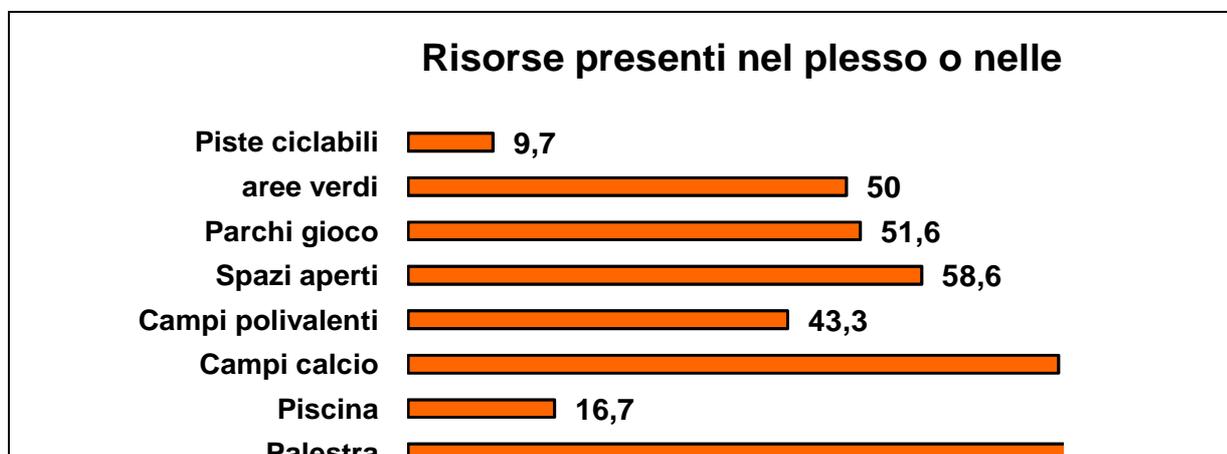
## Risorse a disposizione della scuola

### *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.



- Secondo i dirigenti scolastici, solo il 38.7% delle scuole possiede una palestra adeguata, il 26.7% una mensa adeguata e il 38.7% ha le attrezzature per disabili.



- L'84% delle scuole ha la palestra nelle vicinanze o all'interno della propria struttura.
- Sono presenti nelle vicinanze dell'edificio scolastico spazi aperti (59%) e campi da calcio (74%).
- Risultano poco presenti la piscina (17%), le piste ciclabili (10%).

## Coinvolgimento delle famiglie

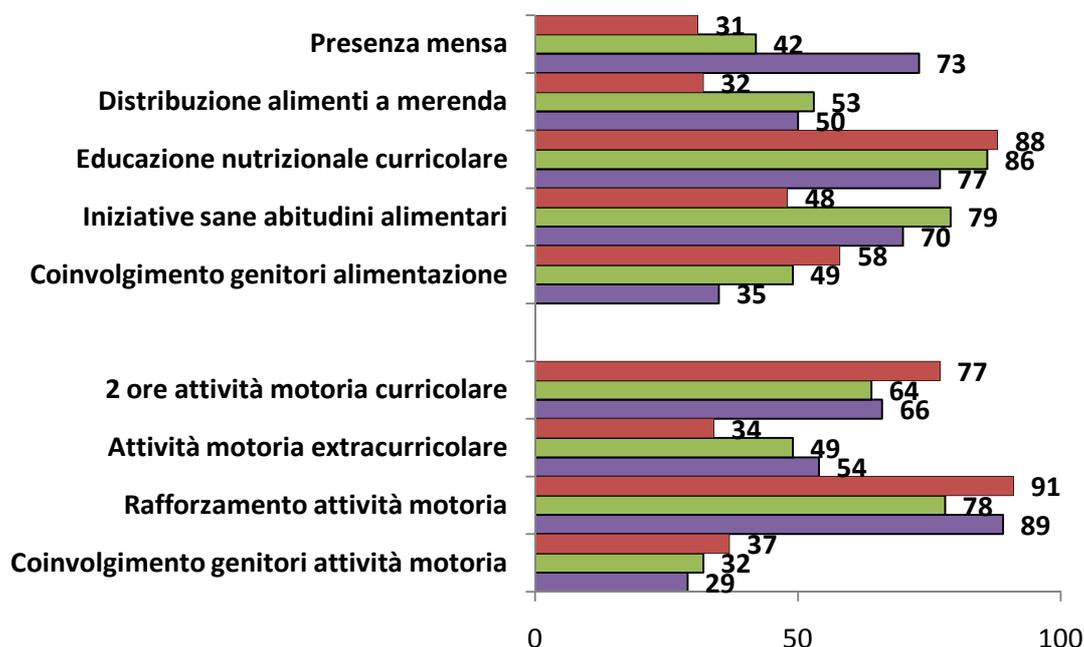
### *In quante scuole si constata un coinvolgimento attivo dei genitori nelle iniziative di promozione di stili di vita sani?*

Le iniziative rivolte alla promozione di una sana abitudine alimentare nei bambini, vedono il coinvolgimento attivo della famiglia nel 58% delle scuole campionate nello studio e quelle rivolte alla promozione dell'attività motoria nel 37%.

#### Per un confronto

Nel grafico di seguito sono riportati i confronti con i dati regionali e nazionali del 2012. Dato il numero esiguo delle scuole campionate a livello aziendale, e di conseguenza intervalli di confidenza generalmente più ampi, è necessaria la massima cautela nell'interpretare e commentare i confronti.

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



## Conclusioni

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

## CONCLUSIONI GENERALI

---

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

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

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

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

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

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

I risultati della terza raccolta dati di OKkio alla SALUTE, presentati in questo rapporto, mostrano nella nostra ASL la persistenza di un alto livello di sovrappeso/obesità, di cattive abitudini alimentari e stili di vita che non favoriscono l'attività fisica. Rispetto ai dati delle raccolte precedenti non sembrano esserci state significative variazioni pur registrandosi, tuttavia, un sentito impegno dell'istituzione scolastica per la promozione di stili di vita sani non supportato da una sufficiente attuazione dei programmi pratici dovuta, probabilmente, all'inadeguatezza delle strutture e a problemi interni all'organizzazione scolastica.

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

### **Operatori sanitari**

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

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

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

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

### **Operatori scolastici**

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

Seguendo la sua missione, la scuola dovrebbe estendere e migliorare le attività di educazione nutrizionale dei bambini, già oggi oggetto di intervento da parte di alcune scuole. Per essere efficace tale educazione deve focalizzarsi, da una parte sulla valorizzazione del ruolo attivo del bambino, della sua responsabilità personale e sul potenziamento delle *life skills*, dall'altra, sull'acquisizione di conoscenze e del rapporto fra nutrizione e salute individuale, sulla preparazione, conservazione e stoccaggio degli alimenti.

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

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

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

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

### **Genitori**

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

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

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

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

**Leaders, decisori locali e collettività**

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

## MATERIALI BIBLIOGRAFICI

---

- **Politica e strategia di salute**

- ◇ Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, Gortmaker SL. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet* 2011; 378: 804–14.
- ◇ Wang YC, McPherson K, Marsh T, Gortmaker SL, Brown M. Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK. *Lancet* 2011; 378:815-25.
- ◇ Hall KD, Sacks G, Chandramohan D, Chow CC, Wang YC, Gortmaker SL, Swinburn BA. Quantification of the effect of energy imbalance on bodyweight. *Lancet* 2011; 378: 826–37.
- ◇ Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, Carter R, Mabry PL, Finegood DT, Huang T, Marsh T, Moodie ML. Changing the future of obesity: science, policy, and action. *Lancet* 2011; 378:838-47.
- ◇ Focusing on obesity through a health equity lens <http://www.equitychannel.net/uploads/REPORT%20-%20Focusing%20on%20Obesity%20through%20a%20Health%20Equity%20Lens%20-%20Edition%202.pdf>. Ultima consultazione: 09/08/2010.
- ◇ Terry T.-K. Huang et al., Transforming research strategies for understanding and preventing obesity. *JAMA* 2008;300:1811-3.
- ◇ James WP. The epidemiology of obesity: the size of the problem. *J Intern Med.* 2008;263:336-52.
- ◇ Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. *La sfida dell'obesità nella Regione europea dell'OMS e le strategie di risposta. Compendio.* Geneva: WHO; 2007. Traduzione italiana curata dal Ministero della Salute e dalla Società Italiana di Nutrizione Umana, stampata nel 2008. <http://www.sinu.it/documenti/OMS%20La%20Sfida%20dell'Obesita%C3%A0%20e%20le%20Strategie%20di%20Risposta%20CCM%20SINU.pdf>. ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response.* WHO; Geneva 2007. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/74746/E90711.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf). ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ Caballero B. The global epidemic of obesity: an overview. *Epidemiol Rev.* 2007;29:1-5.
- ◇ Ministero della Salute, 2007 “Guadagnare salute”: Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 4 maggio 2007. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. *Gazzetta Ufficiale* n. 117 del 22 maggio 2007. [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_605\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf). ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ World Health Organization. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic.* WHO Technical Report Series No. 894. Geneva: WHO; 2000.
- ◇ Sito internet: International Obesity Task Force: <http://www.ionf.org/> ultima consultazione 09/08/2010.

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

- ◇ Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Rito AI, Hovengen R, Kunesova M, Starc G, Rutter H, Sjöberg A, Petrauskiene A, O'Dwyer U, Petrova S, Farrugia Sant'angelo V, Wauters M, Yngve A, Rubana IM, Breda J. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6-9-year-old children. *Pediatr Obes.* 2012.
- ◇ Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S, Galeone D. (Ed.). Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2010. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporto ISTISAN 12/14)
- ◇ Binkin N, Fontana G, Lamberti A, Cattaneo C, Baglio G, Perra A, Spinelli A. A national survey of the prevalence of childhood overweight and obesity in Italy. *Obes Rev.* 2010 Jan;11(1):2-10.
- ◇ Censi L, D'Addesa D, Galeone D, Andreozzi S, Spinelli A (Ed.). Studio ZOOM8: l'alimentazione e l'attività fisica dei bambini della scuola primaria. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporto ISTISAN 12/42).
- ◇ Singh GK. et al. Changes in state-specific childhood obesity and overweight prevalence in the United States from 2003 to 2007. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010;164:598-607.
- ◇ Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del "Sistema di Sorveglianza PASSI". Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): risultati 2007. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/31). <http://www.iss.it/binary/publ/cont/0931.pdf>. ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ CNESPS, ISS <http://www.epicentro.iss.it/passi/passi05-06.asp> ultima consultazione 09/08/2010
- ◇ Cynthia L. Ogden et al. The Epidemiology of Obesity. *Gastroenterology* 2007;132:2087–2102.
- ◇ Maffeis C. et al. Prevalence of overweight and obesity in 2- to 6-year-old Italian children. *Obesity*; 2006;14:765-9.
- ◇ Gargiulo L, Gianicolo S, Brescianini S. Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza. ISTAT. Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno "Informazione statistica e politiche per la promozione della salute", Roma, 10-11 settembre 2005. Roma, 2004. p. 25-44.
- ◇ Vignolo M. et al. Overweight and obesity in a group of Italian children and adolescents: prevalence estimates using different reference standards. *Ital J Pediatr* 2004; 30:53–57.
- ◇ Livingstone B. Epidemiology of childhood obesity in Europe. *Eur J Pediatr* 2000;159 Suppl 1:S14-34.
- ◇ Must A. et al. Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999; 23 Suppl 2:S2-11.
- ◇ Parsons TJ. et al. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999; 23 Suppl 8:S1-107.

- **Metodo di studio**

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

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

- ◇ 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 and The European Childhood Obesity Group. Childhood obesity: current definitions and recommendations for their use. International Journal of Pediatric Obesity, 2011; 6: 325–331.
- ◇ Cole TJ. Et al. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. BMJ 2007 28;335:194.
- ◇ Mercedes de Onis et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin of the World Health Organization 2007;85:660–667.
- ◇ Cacciari E. et al. Italian cross-sectional growth charts for height,weight and BMI (6-20y) European J Clin Nutr 2002;56:171-180.
- ◇ ColeTJ. et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. BMJ 2000;320:1240-1243.
- ◇ Dietz WH, Robinson TN. Use of the body mass index (BMI) as a measure of overweight in children and adolescents. J Pediatr 1998; 132: 191-193.

- **Fattori di rischio modificabili**

- ◇ Veerman JL. et al. By how much would limiting TV food advertising reduce childhood obesity? Eur J Public Health 2009;19: 365-9.
- ◇ Steffen LM. et al. Overweight in children and adolescents associated with TV viewing and parental weight: Project HeartBeat! Am J Prev Med 2009;37:S50-5.
- ◇ Day RS. et al. Nutrient intake, physical activity, and CVD risk factors in children: Project HeartBeat! Am J Prev Med 2009;37:25-33.
- ◇ Kipping RR. et al. Obesity in children. Part 1: Epidemiology, measurement, risk factors, and screening. BMJ 2008; 15:337:a1824.
- ◇ Roblin L. Childhood obesity: food, nutrient, and eating-habit trends and influences. Appl Physiol Nutr Metab 2007;32:635-45.
- ◇ Lumeng JC. et al. Shorter sleep duration is associated with increased risk for being overweight at ages 9 to 12 years. Pediatrics 2007; 120:1020-9.
- ◇ Johnson-Taylor WL, Everhart JE. Modifiable environmental and behavioural determinants of overweight among children and adolescents: report of a workshop. Obesity 2006;14:929-66.

- ◇ James J. et al. Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 22;328:1237.
- ◇ Phillips SM. Et al. Energy-dense snack food intake in adolescence: longitudinal relationship to weight and fatness. *Obes Res* 2004;12:461-72.
- ◇ Berkey CS. Et al. Longitudinal study of skipping breakfast and weight change in adolescents. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003;27:1258-66.
- ◇ Bradley RH., Corwyn RF. Socioeconomic status and child development. *Annu Rev Psychol* 2002;53:371–99.
- ◇ MaryHackie and Bowles CL. Maternal Perception of Their Overweight Children, *Public Health Nursing* 2007;24:538–546.
- ◇

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

- ◇ Luckner H, Moss JR, Gericke CA. Effectiveness of interventions to promote healthy weight in general populations of children and adults: a meta-analysis. *Eur J Public Health*. 2012;22(4):491-7.
- ◇ Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, Armstrong R, Prosser L, Summerbell CD. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(12):CD001871.
- ◇ Lavelle HV, Mackay DF, Pell JP. Systematic review and meta-analysis of school-based interventions to reduce body mass index. *J Public Health (Oxf)*. 2012;34(3):360-9.
- ◇ Brown T, Summerbell C. Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Obes Rev* 2009;10:110-41.
- ◇ Khambalia AZ, Dickinson S, Hardy LL, Gill T, Baur LA. A synthesis of existing systematic reviews and meta-analyses of school-based behavioural interventions for controlling and preventing obesity. *Obes Rev*. 2012;13(3):214-33.
- ◇ Dobbins M. et al. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18 (Review), *The Cochrane Library* 2009.
- ◇ Beets MW. et al. After-school program impact on physical activity and fitness: a meta-analysis. *Am J Prev Med* 2009;36:527-37.
- ◇ Condon EM. et al. School meals: types of foods offered to and consumed by children at lunch and breakfast. *J Am Diet Assoc* 2009;109:S67-78.
- ◇ Gonzalez W. et al. Restricting snacks in U.S. elementary schools is associated with higher frequency of fruit and vegetable consumption. *J Nutr* 2009;139:142-4.
- ◇ Summerbell CD. et al. Interventions for preventing obesity in children (Review), *The Cochrane Library* 2008, Issue 2.
- ◇ De Sa J, Lock K. Will European agricultural policy for school fruit and vegetables improve public health? A review of school fruit and vegetable programmes. *Eur J Public Health*. 2008;18:558-68.
- ◇ Kipping RR. et al. Obesity in children. Part 2: Prevention and management. *BMJ* 2008;337: 1848.

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

