

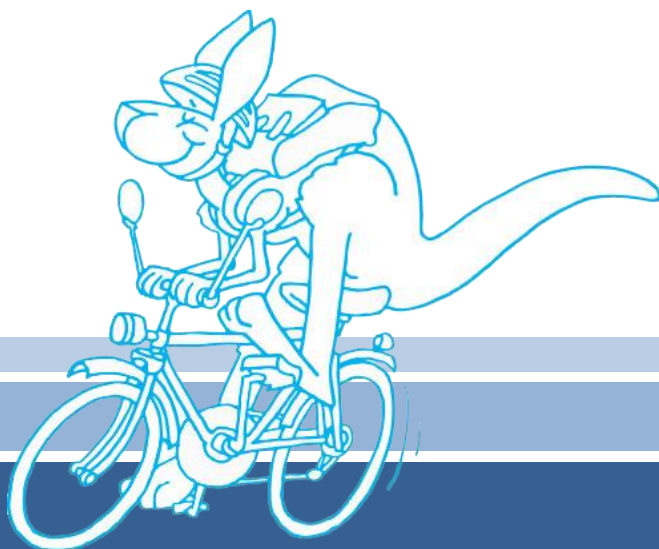


**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

OKkio alla SALUTE

Risultati dell'indagine 2016

REGIONE SARDEGNA



OKkio alla SALUTE nel 2016 è stato realizzato grazie ai finanziamenti del Ministero della Salute/Centro per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (Progetto “OKkio alla SALUTE: Sistema di Sorveglianza nazionale sullo stato ponderale e i comportamenti a rischio nei bambini” e Progetto “Il sistema di sorveglianza nazionale OKkio alla SALUTE: dalla diffusione dei dati della V raccolta al sostegno per la comunicazione dei risultati a vari livelli”)

A cura di: Francesco Macis (referente), Enrichetta Cocco (formatore regionale), Salva Fadda (formatore regionale), Annamaria Marrocu (formatore regionale)

Hanno contribuito alla realizzazione della raccolta dati 2016

- a livello nazionale:

Angela Spinelli, Paola Nardone, Marta Buoncristiano, Laura Lauria, Mauro Bucciarelli, Daniela Pierannunzio, Silvia Andreozzi, Marina Pediconi, Ferdinando Timperi, Enrica Pizzi (Gruppo di coordinamento nazionale - CNESPS, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute – Istituto Superiore di Sanità); Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano (Ministero della Salute); Alessandro Vienna (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca)

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

-a livello regionale:

Maria Antonietta Palmas (referente regionale) Francesco Macis (referente regionale), Maria Rosaria Majorano (referente USR Sardegna e ATP di Cagliari)

-a livello provinciale: Emilio Chessa (ATP di Oristano), M. Bonaria Sini (ATP di Nuoro), Giuseppe Fara (ATP di Sassari)

- a livello aziendale:

Referenti e operatori

ASSL Sassari	Pina Arras (referente), Luisa Demontis, Lucia Lai, Maria Filomena Milia, Maria Grazia Milia, Lisena Vargiu
ASSL Olbia	Giuseppina Meloni (referente), Maria Rita Ara, Guido De Giovanni, Francesca Carboni;
ASSL Nuoro	Salva Fadda (referente), M. Francesca Murineddu, Giuliano Congiu, Antonella Piras
ASSL Lanusei	Ignazio Dei (referente), Andrea Loddo, Marisa Deidda, Bonaria Olanas, Lucia Noli, Cecilia Stochino, Anna Rita Aresu
ASSL Oristano	Anna Maria Marrocu (referente), Roberto Puggioni, Daniela Murru, M. Giovanna Murtas, Giovannino Simbula, Giovanna Spada;
ASSL Sanluri	Marina Donatini (referente), Iginio Pintor, Clara Meli, Rossella Chessa, Annapaola Mameli, Olga Concas.
ASSL Carbonia	Gabriella Carta (referente), Gian Mauro Vinci, M.Paola Corsini, Carlo Atzori, Cecilia Guaita;
ASSL Cagliari	Enrichetta Cocco (referente), Giorgio Carlo Steri, Giovanna Argiolas, Aurelia Linda Floris, Liliana La Licata, Miriam Murgia, Giuseppe Pisano, Maria Dolores Salis, Amalia Usai.

Un ringraziamento particolare ai dirigenti scolastici e agli insegnanti che hanno partecipato intensamente 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, permettendo così di comprendere meglio la situazione dei bambini della nostra Regione, in vista dell'avvio di azioni di promozione della salute.

Copia elettronica del volume può essere richiesta a:

[Francesco Macis](#)

[Assessorato Igiene e Sanità della Regione Sardegna](#)

fmacis@regione.sardegna.it

Sito internet di riferimento per lo studio:

www.epicentro.iss.it/OKkioallasalute

INDICE

Introduzione	5
Metodologia	7
Descrizione della popolazione	9
Lo stato ponderale dei bambini	12
Le abitudini alimentari dei bambini	19
L'uso del tempo dei bambini: l'attività fisica	25
L'uso del tempo dei bambini: le attività sedentarie	30
La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini	32
L'ambiente scolastico e il suo ruolo nella promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica	36
Conclusioni generali	46
Materiali bibliografici	48

INTRODUZIONE

A livello internazionale è ormai riconosciuto che il sovrappeso e l'obesità sono un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie cronico-degenerative e una sfida prioritaria per la sanità pubblica.

In particolare, l'obesità ed il sovrappeso in età infantile hanno delle implicazioni dirette sulla salute del bambino e rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo di gravi patologie in età adulta.

Per comprendere la dimensione del fenomeno nei bambini italiani e i comportamenti associati, a partire dal 2007, il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato lo sviluppo e l'implementazione nel tempo del sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE, coordinato dall'allora Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (attualmente Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute) dell'Istituto Superiore di Sanità, e condotto in collaborazione con le Regioni e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. La sorveglianza è alla base delle strategie italiane in materia di prevenzione e promozione della salute quali il Programma Governativo "Guadagnare salute" e il Piano Nazionale della Prevenzione e, in ambito internazionale, aderisce alla "Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)" della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/monitoring-and-surveillance/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>).

OKkio alla SALUTE, che è passato ad una periodicità di raccolta dati triennale, rispetto alle precedenti di cadenza biennale, ha lo scopo di descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, degli stili alimentari, 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 cinque raccolte dati (2008-9, 2010, 2012, 2014 e 2016) ognuna delle quali ha coinvolto oltre 40.000 bambini e genitori, ed oltre 2000 scuole.

In particolare, in questa edizione 2016, hanno partecipato 2.604 classi, 45.902 bambini e 48.464 genitori, distribuiti in tutte le regioni italiane.

I bambini in sovrappeso sono risultati il 21,3% [IC95% 20,8-21,8], mentre quelli obesi sono il 9,3% [IC95% 8,9-9,6], compresi i bambini gravemente obesi che, da soli, sono il 2,1% [IC95% 1,9-2,3].

Si registrano prevalenze più alte nelle regioni del sud e del centro. Dopo una leggera e progressiva diminuzione del fenomeno osservata negli anni precedenti, nel 2016 si rileva una sostanziale stabilizzazione del fenomeno, sebbene l'obesità continui a mostrare un trend in diminuzione. Persistono tra i bambini le abitudini alimentari scorrette, infatti, l'8% dei bambini salta la prima colazione e il 33% fa una colazione non adeguata (ossia sbilanciata in termini di carboidrati e proteine); il 53% fa una merenda di metà mattina abbondante. Tuttavia si sono osservati dei miglioramenti rispetto al passato: è diminuita la percentuale di genitori che dichiara che i propri figli non consumano quotidianamente frutta e/o verdura (20%) e quella relativa al consumo quotidiano di bevande zuccherate e/o gassate (36%). I valori dell'inattività fisica e dei comportamenti sedentari permangono elevati: il 34% dei bambini pratica attività sportiva strutturata per non più di un'ora a settimana e il 24% fa giochi di movimento per non più di un'ora a settimana. Il 18% non ha fatto attività fisica il giorno precedente l'indagine, il 44% ha la TV in camera, il 41% guarda la TV e/o gioca con i videogiochi/tablet/cellulare per più di 2 ore al giorno e solo un bambino su 4 si reca a scuola a piedi o in bicicletta.

Dati simili a quelli osservati nelle precedenti rilevazioni confermano l'errata percezione dei genitori dello stato ponderale e dell'attività motoria dei propri figli: tra le madri di bambini in sovrappeso o obesi, il 37% ritiene che il proprio figlio sia sotto-normopeso.

Inoltre, grazie alla partecipazione dei dirigenti scolastici e degli insegnanti, è stato possibile raccogliere informazioni sulla struttura degli impianti, sui programmi didattici e sulle iniziative di promozione della sana nutrizione e dell'attività fisica degli alunni in 2.374 plessi di scuole primarie italiane. I principali risultati evidenziano che il 72% delle scuole possiede una mensa; il 51% prevede la distribuzione per la merenda di metà mattina di alimenti salutari (frutta, yogurt ecc.); il 54% delle classi svolge almeno due ore di attività motoria a settimana. Inoltre, poco più di 1 scuola su 3 ha coinvolto i genitori in iniziative favorevoli una sana alimentazione e in quelle riguardanti l'attività motoria.

I questionari di OKkio alla SALUTE sono uno strumento flessibile che ben si presta a rilevare altri importanti indicatori della salute dei bambini; in virtù di ciò, nella rilevazione 2016 sono state introdotte nuove domande in accordo con il Comitato Tecnico della sorveglianza.

Grazie al grande lavoro svolto dai professionisti della salute e della scuola, OKkio alla SALUTE ha permesso di disporre di dati aggiornati e confrontabili sulla prevalenza di sovrappeso e obesità in età infantile, sullo stile di vita dei bambini e sulle attività scolastiche di promozione della salute. Inoltre, nel tempo ha dimostrato di avere caratteristiche di semplicità, affidabilità e flessibilità ed è, quindi, un valido strumento per supportare gli operatori di sanità pubblica nell'identificare i comportamenti a rischio maggiormente diffusi e nel definire le modalità per prevenirli e contrastarli. Nel report vengono presentati i risultati della raccolta dati effettuata nel 2016.

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 lo *screening* e 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 ASSL. 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 ASSL) 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, ASSL 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 ASSL.

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 una versione successiva dei questionari di OKkio alla SALUTE utilizzata nel 2010 e nel 2012. Nel 2014, in accordo con il Comitato Tecnico di OKkio alla SALUTE, sono state introdotte nei questionari quattro nuove domande, una per ogni questionario, riguardanti: l'igiene orale, le ore di sonno dei bambini nei giorni feriali, i bambini che indossano gli occhiali da vista, il rispetto del divieto di fumo negli spazi aperti della scuola. Nel 2016 è stata introdotta l'informazione sull'uso di sale iodato nelle mense, sul parto e i primi mesi di vita dei bambini, sulle abitudini relative alla salute in ambito familiare e sugli incidenti domestici.

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

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

Inoltre i bambini sono stati misurati (peso e statura) da operatori locali addestrati utilizzando bilancia 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 o BMI in inglese), ottenuto come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi al netto della tara dei vestiti e il quadrato dell'altezza espressa in metri, 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 gravemente 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 ed è stato possibile, inoltre, calcolare la quota di bambini gravemente obesi, ovvero con un valore di IMC in età adulta pari o superiore a 35 (Cole et al., 2012)

Le domande rivolte ai genitori hanno indagato alcune abitudini dei propri figli quali: l'attività fisica, i comportamenti sedentari (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.

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 marzo e giugno 2016.

L'inserimento dei dati è stato effettuato dagli stessi operatori sanitari che hanno realizzato la raccolta cartacea delle informazioni, mediante una piattaforma web sviluppata 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 ASSL), 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 tra le 5 rilevazioni sono o non sono statisticamente significative. Data la ridotta numerosità del campione aziendale, rispetto a quello nazionale o regionale, e di conseguenza intervalli di confidenza generalmente più ampi, è necessaria la massima cautela nell'interpretare e commentare i confronti negli anni dei dati al fine di evitare assunzioni e conclusioni errate. Questa annotazione vale in particolar modo per i risultati relativi all'ambiente scolastico, in cui il campione è di circa 20-30 scuole.

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 2016 nella Regione Sardegna hanno partecipato all'indagine il 99% delle scuole ed il 99% delle classi sui 82 plessi scolastici e sulle 87 classi rispettivamente campionate, con un solo rifiuto che ha comportato la sostituzione di un plesso scolastico e una classe a questo appartenente.

**Distribuzione delle classi
per tipologia di comune di appartenenza
Sardegna – OKkio 2016 (N=87 classi)**

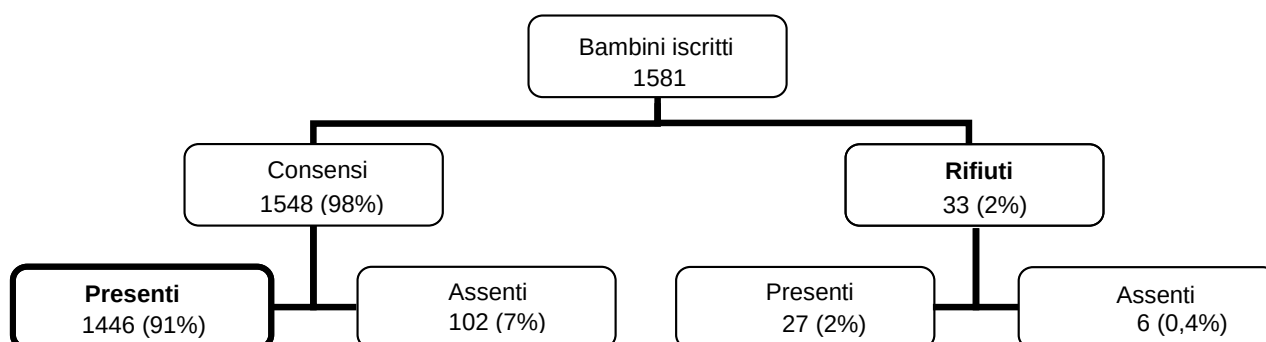
- Le scuole e le classi partecipanti si trovano in comuni con diversa densità di popolazione.
- Per la classificazione della tipologia dei comuni si è seguito il sistema adottato dall'Istat.

Zona abitativa	N	%
≤ 10.000 abitanti	40	46,0
Da 10.000 a più di 50.000 abitanti	21	24,1
> 50.000 abitanti (non metropolitana)	11	12,7
Comuni di area metropolitana (centro e periferia)	15	17,2

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 Regione, in quanto la prevalenza di obesità riscontrata nei bambini misurati potrebbe essere significativamente diversa da quella degli assenti.

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



- Solo il 2% dei genitori ha rifiutato la misurazione dei propri figli. Questo valore è risultato inferiore a quello nazionale (circa 4%), il dato sottolinea una buona gestione della comunicazione tra ASSL, scuola e genitori.
- Nella giornata della misurazione erano assenti 108 bambini pari al 7% del totale di quelli iscritti; generalmente la percentuale di assenti è del 5-10%. La percentuale di assenti tra i consensi in linea con quanto atteso 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 quindi 1446 ovvero il 91% degli iscritti negli elenchi delle classi. L'alta percentuale di partecipazione assicura una rappresentatività del campione molto soddisfacente.
- Hanno risposto al questionario dei genitori 1525 delle famiglie dei 1581 bambini iscritti (96,5%).

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.

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

Età e sesso dei bambini Regione Sardegna – OKkio 2016		
Caratteristiche	n	%
Età in anni		
≤ 7	1	0,1
8	981	69,8
9	433	29,7
≥ 10	5	0,4
Sesso		
Maschi	718	50,9
Femmine	707	49,1

Nella nostra regione il 25% dei bambini indossa gli occhiali.

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 (91%), meno frequentemente dal padre (8%) o da altra persona (1%). Di seguito vengono riportate le caratteristiche di entrambi i genitori dei bambini coinvolti; i capitoli successivi nella maggior parte dei casi presenteranno analisi che tengono conto del livello di istruzione solo della madre che di fatto è la persona che ha risposto più frequentemente al questionario rivolto ai genitori.

- La maggior parte delle madri ha un titolo di scuola superiore (42%) o laurea (21%).
- I padri che hanno un titolo di scuola superiore sono il 38% e la laurea il 12%.
- Il 4% delle madri ed il 2% dei padri sono di nazionalità straniera.
- Il 28% delle madri lavora a tempo pieno.

Con il reddito a disposizione della famiglia, il 45% dei rispondenti dichiara di arrivare a fine mese con qualche difficoltà e il 13% dichiara di arrivarci con molte difficoltà.

Livello di istruzione, occupazione e nazionalità della madre e del padre
Regione Sardegna – OKkio 2016

Caratteristiche	Madre		Padre	
	n	%	n	%
Grado di istruzione				
Nessuna, elementare, media	548	36,9	729	49,5
Diploma superiore	619	42,1	519	38,5
Laurea	303	21,0	169	11,9
Nazionalità				
Italiana	1433	96,0	1414	97,9
Straniera	56	4,0	29	2,1
Lavoro*				
Tempo pieno	385	27,7	-	-
Part time	420	30,5	-	-
Nessuno	554	41,8	-	-

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

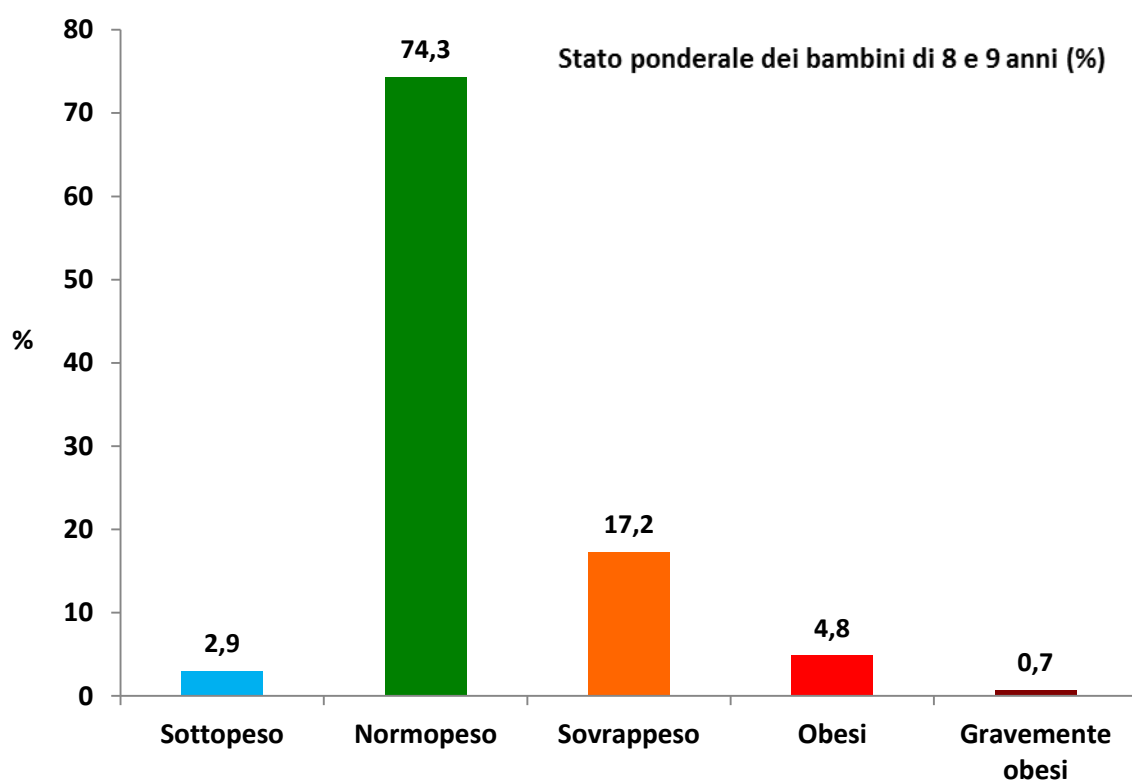
LO STATO PONDERALE DEI BAMBINI

L'obesità ed il sovrappeso in età evolutiva tendono a persistere in età adulta e a favorire lo sviluppo di gravi patologie quali le malattie cardio-cerebro-vascolari, diabete tipo 2 ed alcuni tumori. Negli ultimi 30 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?

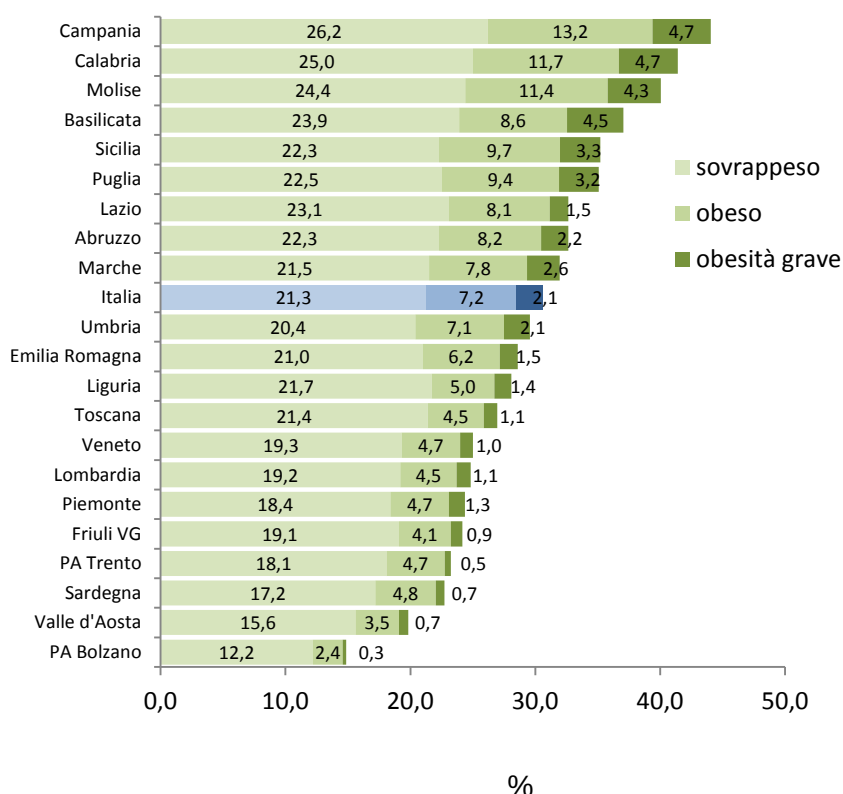
L'indice di massa corporea (IMC) è un indicatore indiretto dello stato di adiposità, semplice da misurare e comunemente utilizzato negli studi epidemiologici per valutare l'eccedenza ponderale (il rischio di sovrappeso e obesità) di popolazioni o gruppi di individui. Si ottiene dal rapporto tra il peso del soggetto espresso in chilogrammi diviso il quadrato della sua altezza espressa in metri. Per la determinazione di sottopeso, normopeso, sovrappeso, obeso e gravemente obeso, sono stati utilizzati i valori soglia proposti da Cole et al. e raccomandati dall'IOTF. 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 Regione lo 0,7% (IC95% 0,4%-1,4%) risulta in condizioni di obesità grave, il 4,8% risulta obeso (IC95% 3,8%-6,1%), il 17,2% sovrappeso (IC95% 15,0%-19,8%), il 74,3% normopeso (IC95% 71,4%-77,0%) e il 2,9% sottopeso (IC95% 2,1%-4,2%).

- Complessivamente il 22,7% 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 in Sardegna sarebbe pari a 18400 circa, di cui 4500 obesi

Sovrappeso+obesità per Regione (%) bambini di 8-9 anni di età della 3° primaria.



- Confrontando i dati regionali delle prevalenze di sovrappeso e obesità, si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali.
- Nel 2016 la Sardegna è risultata tra le regioni più virtuose, con valori di sovrappeso e obesità decisamente inferiori alla media nazionale, preceduta solo dalla provincia autonoma di Bolzano e dalla Valle d'Aosta, e con risultati migliori rispetto al precedente dato regionale di Okkio alla salute 2014.

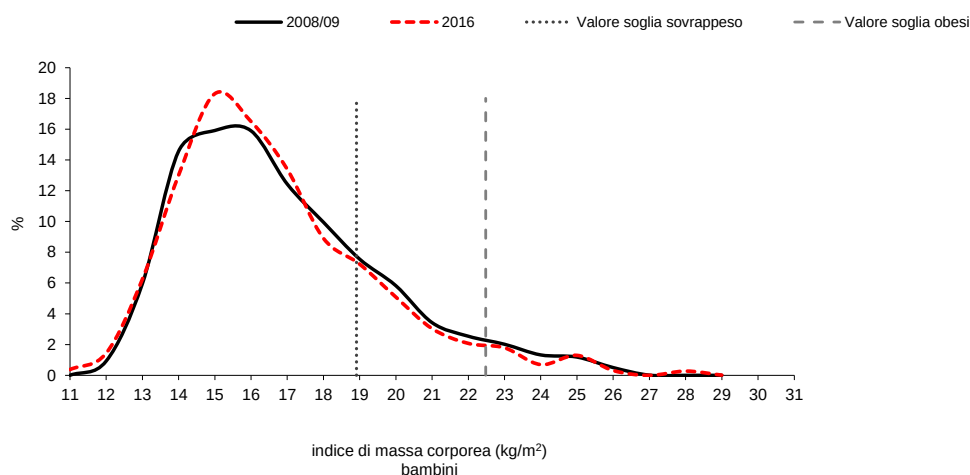
Qual è la distribuzione dell'IMC della popolazione dei bambini studiati rispetto a una popolazione di riferimento?

La mediana (valore centrale) della distribuzione dell'IMC della Sardegna nel 2016 è pari a 16.6 ed è spostata verso destra, equivalente a valori più alti rispetto alla popolazione internazionale di riferimento della stessa età (15,8). L'intervallo interquartile, misura di dispersione, è risultato pari a 3.4

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

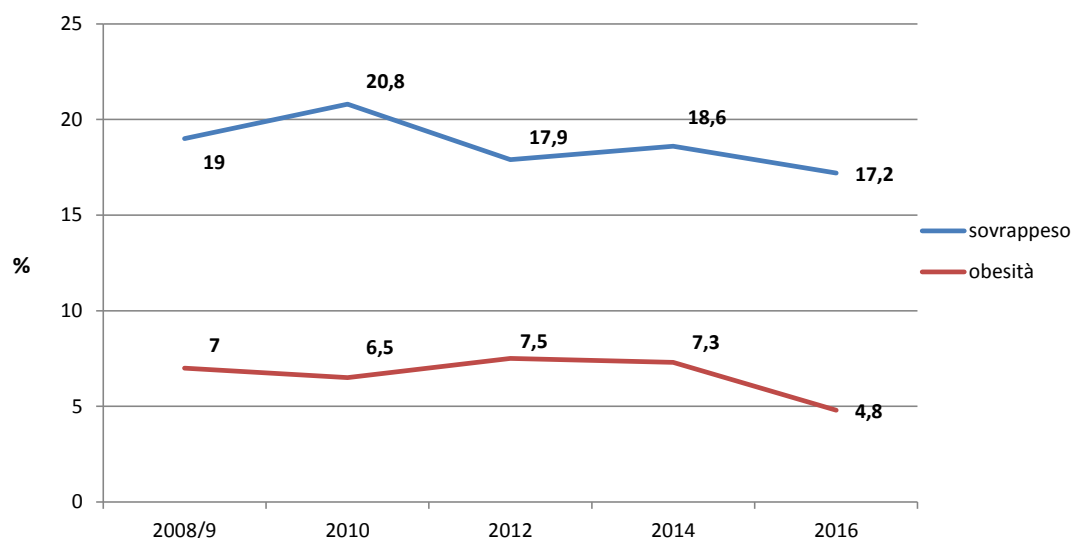
La figura di seguito riportata illustra l'andamento delle distribuzioni dell'indice di massa corporea nei bambini per gli anni 2008/9 e 2016.

IMC	2008/9	2016
Mediana	16,8	16,6



Indice di massa corporea (kg/m^2) dei bambini – Confronto 2008/9 e 2016, OKkio alla SALUTE Sardegna

Come mostrato nella figura di seguito, rispetto alle precedenti rilevazioni in Sardegna si è rilevata una lieve riduzione della percentuale dei bambini sovrappeso, ed in particolare di quelli obesi.



Trend sovrappeso e obesità, OKkio alla SALUTE

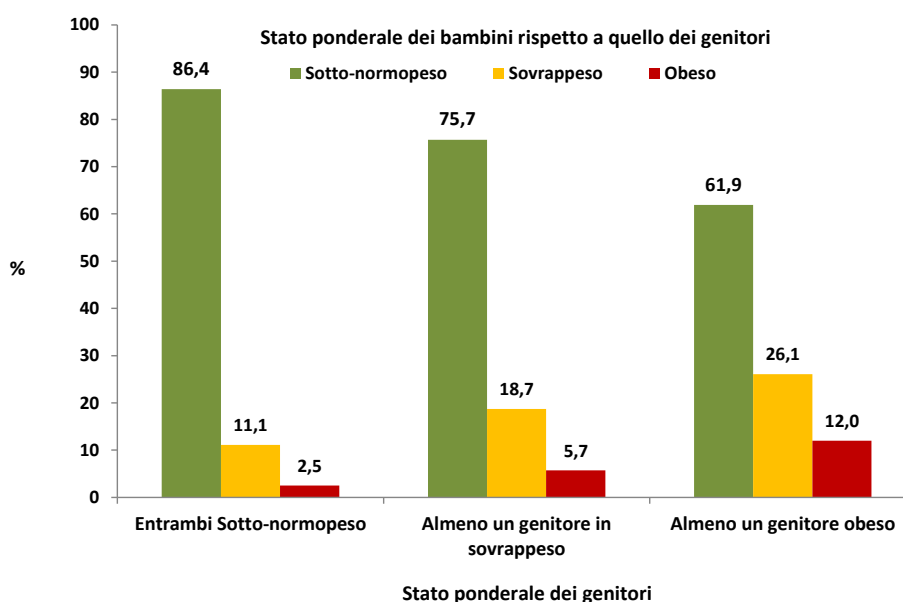
Qual è il rapporto tra IMC, caratteristiche del bambino e dei genitori?

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.

- In Sardegna, le prevalenze di obesità e di sovrappeso sono simili fra i bambini di 8 e 9 anni, la prevalenza del sovrappeso è più alta nelle femmine mentre la prevalenza dell'obesità è maggiore nei maschi.
- I bambini che frequentano le scuole in centri con un numero di abitanti compreso tra 10-50.000 hanno in genere una percentuale più alta di obesi.
- Pur non raggiungendo la significatività statistica, dalle osservazioni effettuate si evince che il rischio di obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre, passando dal 7% per le madri che dichiarano un titolo di scuola elementare o media, al 5% per quelle che dichiarano il diploma di scuola superiore, per arrivare al 3% della laurea.

Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni per caratteristiche demografiche del bambino e della madre (%)
Regione Sardegna - OKkio 2016

Caratteristiche	Normo/ sottopeso	Sovrappeso	Obeso
Età			
8 anni	78,2	16,7	5,1
9 anni	75,0	18,5	6,5
Sesso			
maschi	76,8	16,2	7,0
femmine	77,7	18,4	4,0
Zona abitativa*			
<10.000 abitanti	79,7	15,6	4,7
10.000-50.000	73,7	17,0	9,3
>50.000	77,9	17,7	4,4
metropolitana / perimetropolitana	76,6	19,9	3,4
Istruzione della madre			
Nessuna, elementare, media	74,4	18,7	6,9
Superiore	77,9	17,1	4,9
Laurea	81,3	15,5	3,3



È stato confrontato l'IMC del bambino rispetto a 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 in Sardegna il 18% delle madri sono in sovrappeso, ed il 5% risultano obese; i padri, invece, sono sovrappeso nel 45% dei casi e obesi nel 10%.
- Quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso circa 1 bambino su 5 (19%) risulta in sovrappeso e nel 6% dei casi obeso. Quando, invece, almeno un genitore è obeso, più di 1 bambino su 4 (26%) è in sovrappeso, mentre oltre 1 su 10 (12%) è esso stesso obeso.

Nei giorni di scuola quante ore dormono i nostri bambini?

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

- In Sardegna i bambini dormono in media 9 ore e 29 minuti.

L'11% dei bambini sardi dorme meno di 9 ore. A livello nazionale questo dato è pari al 13%. Diverse fonti in letteratura e le istituzioni internazionali concordano nel raccomandare almeno 9-10 ore quotidiane di sonno per i bambini in età scolare.

Ore di sonno dei bambini Regione Sardegna - OKkio 2016	
Ore e minuti	%
< 9 ore	11
9 ore– 9 ore e 29	26
9 ore e 30 minuti – 9 ore e 59	38
>= 10 ore	25

- Sebbene il dato non sia statisticamente significativo in Sardegna si rileva che la percentuale di bambini sovrappeso-obesi aumenta al diminuire delle ore di sonno.

Per un confronto

	Valore regionale 2008	Valore regionale 2010	Valore regionale 2012	Valore regionale 2014	Valore regionale 2016	Valore nazionale 2016
Prevalenza di bambini sotto-normopeso	74,7%	72,7%	74,6%	74,1%	77,2%	69,2%
[§] Prevalenza di bambini sovrappeso e obesi	25,3%	27,4%	25,4%	25,9%	22,7%	30,6%
Prevalenza di bambini sovrappeso	18,8%	20,8%	17,9%	18,6%	17,2%	21,3%
[§] Prevalenza di bambini obesi	6,5%	6,6%	7,5%	7,3%	5,5%	9,3%
Mediana di IMC	16,8%	16,8%	16,8%	16,6%	16,6%	17,1%

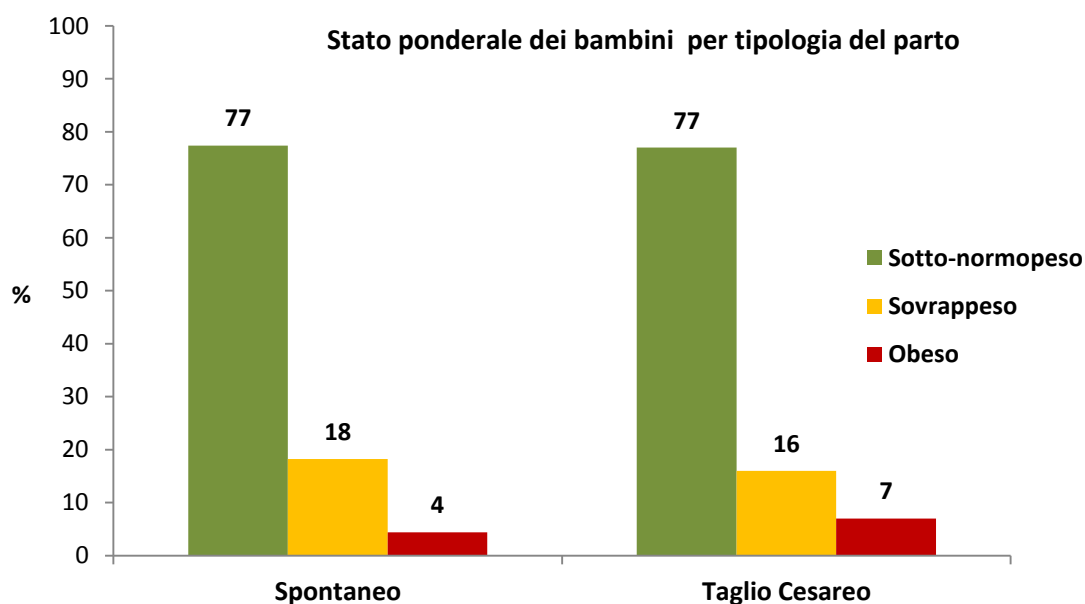
[§] Variabili per le quali è stato effettuato un confronto tra le rilevazioni svolte a livello regionale. La variazione statisticamente significativa ($p < 0,05$) è indicata con **

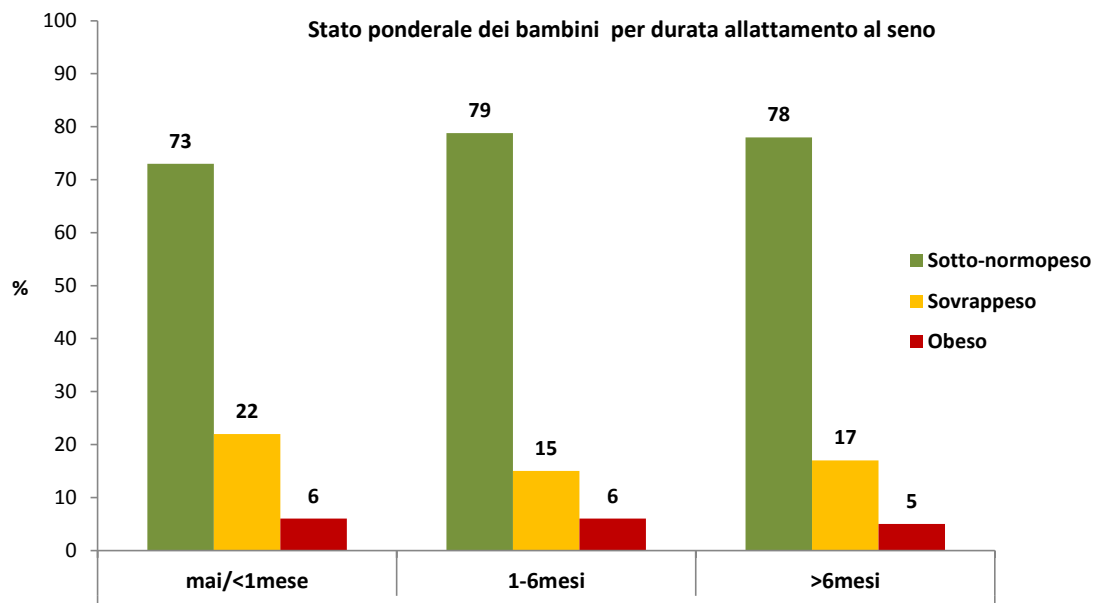
Quali sono le caratteristiche del parto e nei primi mesi di vita?

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

Caratteristica alla nascita	modalità	Valore regionale 2016 %	Valore nazionale 2016 %
Tipo di parto	Taglio Cesareo	40.3	40,1
Settimana gestazionale	≤37	13.2	14,5
Peso alla nascita (in grammi)	< 2500 gr	9.1	7,6
	2500-3300 gr	51.5	48,1
	3300-4000 gr	34.5	37,4
	≥4000 gr	4.9	6,9
Allattamento al seno	Mai/<1 mese	18.9	24,1
	1-6 mesi	32.8	33,8
	>6 mesi	48.2	42,2

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





Inoltre, tra i bambini con peso alla nascita inferiore ai 2500 gr il 13% è risultato sovrappeso ed il 6% obeso mentre tra i bambini con peso alla nascita ≥ 4000 gr, i valori sono risultati rispettivamente del 24% e del 13%. Tra i bambini nati a ≤ 37 settimane, le percentuali di sovrappeso e obesi sono inferiori rispetto ai bambini nati dopo questo periodo.

Conclusioni

Rispetto alle quattro scorse rilevazioni (dal 2008 al 2014), in questa quinta rilevazione si è riscontrata, seppure in maniera non statisticamente significativa, una lieve riduzione del numero dei bambini sovrappeso ed obesi. Nonostante questo piccolo miglioramento permanga, pertanto, il problema dell'eccesso di peso nella popolazione infantile sarda. Sebbene, infatti, rispetto alla media nazionale i bambini sardi mostrino un IMC inferiore, il confronto con i valori di riferimento internazionali evidenzia tuttora la dimensione molto grave del fenomeno.

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.

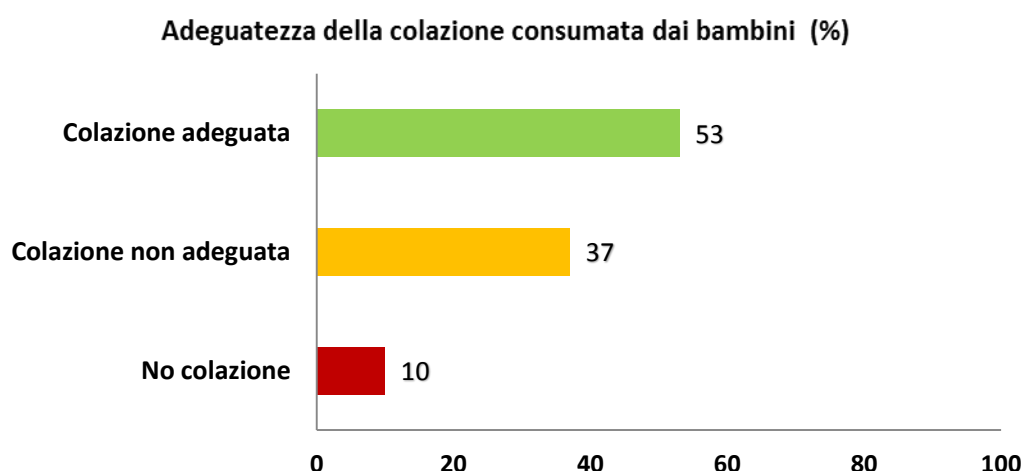
Per cogliere segni di cambiamento nell'andamento del fenomeno e per misurare gli effetti legati agli interventi di popolazione che verranno realizzati negli anni a venire è necessario mantenere una sorveglianza continua del fenomeno nella nostra popolazione infantile. OKKIO alla SALUTE rappresenta una 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 (CREA-NUT), 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).

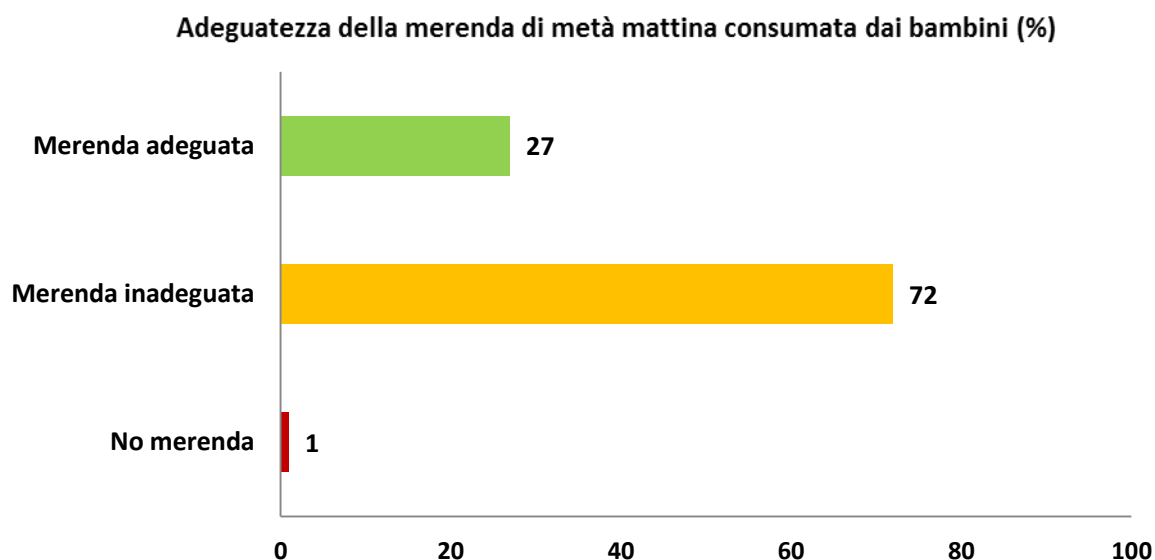


- Nella nostra Regione solo il 53% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata.
- 1 bambino su 10 salta la colazione, tale abitudine è più frequente nelle bambine rispetto ai bambini (10% versus 9%), mentre più di 1 bambino su 3 (37%) non fa una colazione qualitativamente adeguata.
- La prevalenza del non fare colazione è più alta nei bambini di madri che dichiarano un titolo di studio più basso (elementare o media)*.

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

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

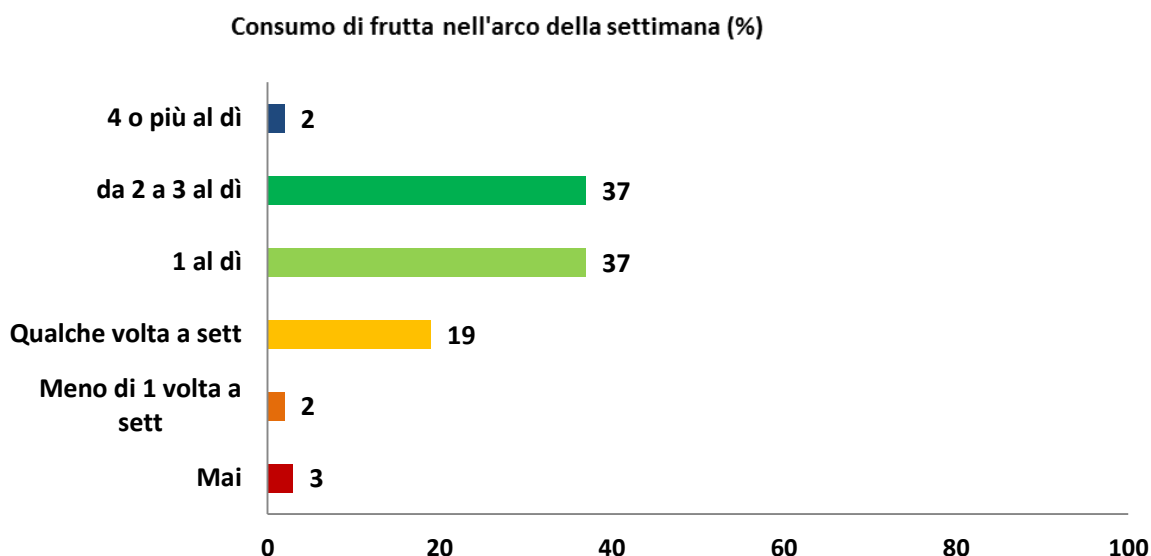
Oggigiorno viene raccomandato che, se è stata assunta una colazione adeguata, venga consumata a metà mattina una merenda contenente circa 100 calorie, che corrispondono in pratica a uno yogurt o a un frutto o a un succo di frutta senza zuccheri aggiunti. Alcune scuole prevedono la distribuzione della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



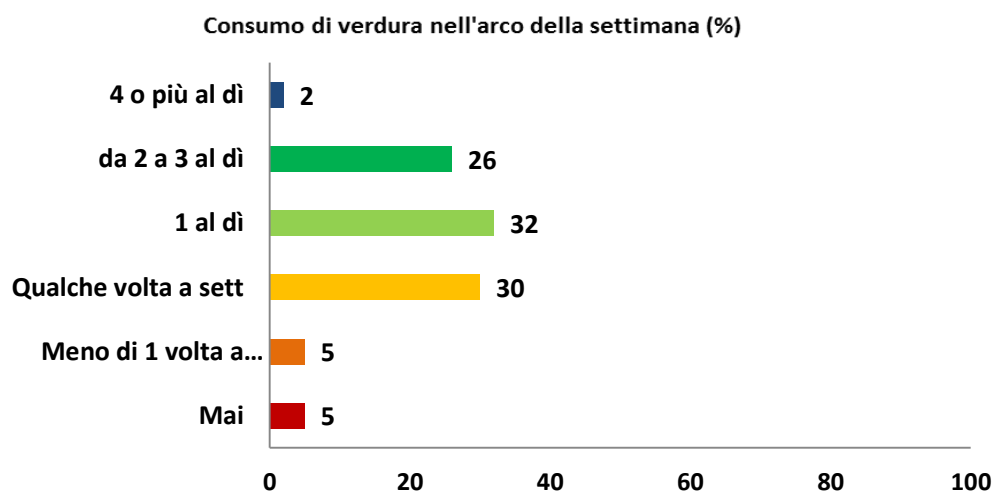
- Nel 22% delle classi è stata distribuita una merenda di metà mattina
- In Sardegna poco più di 1 bambino su 4 (27%) è risultato consumare una merenda adeguata di metà mattina
- La maggior parte dei bambini (72%) la fa inadeguata e l'1% non la fa per niente.
- Riguardo l'abitudine a fare una merenda di metà mattina adeguata non sono emerse differenze statisticamente significative in relazione al sesso, mentre sussistono, stavolta con significatività, rispetto al livello di istruzione dichiarato della madre.

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

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



- Nella nostra Regione, i genitori riferiscono che solo il 37% dei bambini consuma la frutta 2-3 volte al giorno; ed altrettanti una sola porzione al giorno.
- 1 bambino su 4 (24%) dei bambini mangia frutta meno di una volta al giorno, o mai nell'intera settimana.
- Riguardo il consumo di frutta non sono emerse differenze statisticamente significative in relazione al sesso, mentre sono emerse in rapporto al livello di istruzione della madre (la frequenza di consumo di frutta diminuisce col diminuire del livello di istruzione).

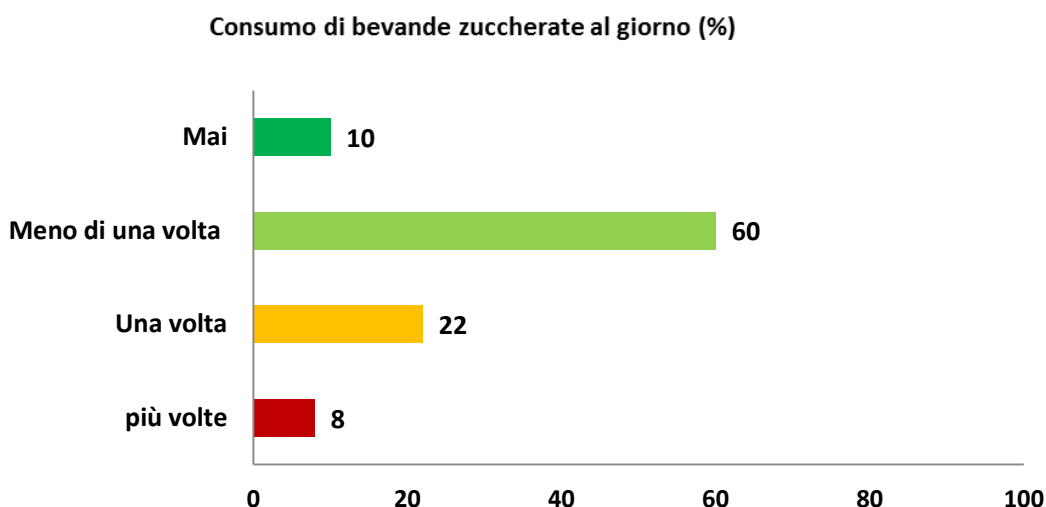


- In Sardegna i genitori riferiscono che 1 bambino su 4 (26%) dei bambini consuma verdura 2-3 volte al giorno; mentre 1 su 3 (32%) una sola porzione al giorno.
- Il 40% dei bambini consuma verdura meno di una volta al giorno, o mai nell'intera settimana.

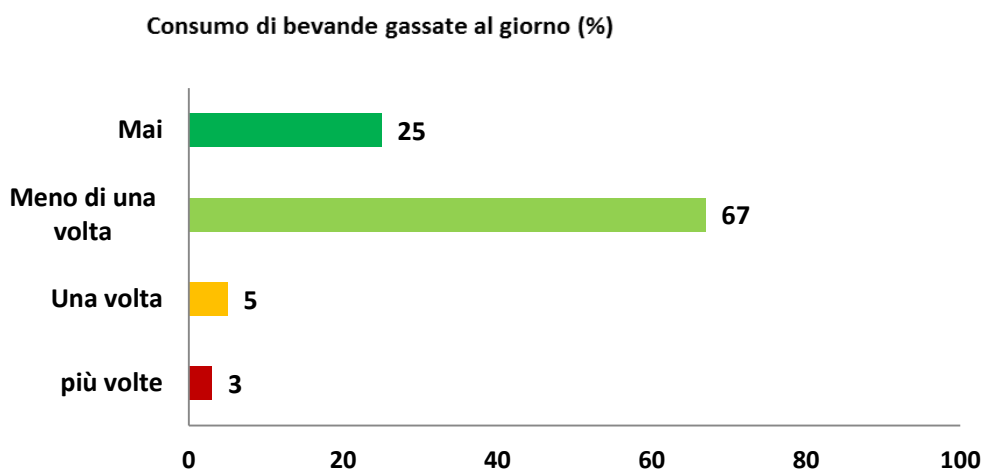
- Riguardo il consumo di verdura sono emerse differenze statisticamente significative sia relativamente al sesso (i maschi consumano meno verdura delle femmine) sia relativamente al livello di istruzione della madre (i figli di madri laureate consumano più verdura dei figli di madri con licenza elementare o media).

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

Mediamente in una lattina di bevanda zuccherata (33 cl) è contenuta una quantità di zuccheri aggiunti pari a 40-50 grammi, ovvero 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 dal 2010 ad oggi è stato indagato con due domande distinte, una per le bevande zuccherate e una per le bevande gassate.



- Nella nostra Regione il 70% dei bambini consuma delle bevande zuccherate meno di una volta al giorno o mai.
- Più di 2 bambini su 10 (22%) assumono bevande zuccherate una volta al giorno, e quasi 1 su 10 (8%) più volte al giorno.
- Relativamente al consumo di bibite zuccherate, sebbene non siano state riscontrate differenze statisticamente significative, nei valori puntuali del campione i maschi ne consumano più delle femmine per la frequenza "almeno una volta al giorno". Il valore diminuisce in maniera statisticamente significativa con il crescere della scolarità della madre, passando dal 41% per titolo di scuola elementare o media, al 26% per diploma di scuola superiore, al 19% di chi dichiara la laurea.



- Nella nostra Regione 2 bambini su 3 (67%) consumano bevande gassate meno di una volta al giorno, o mai.
- Il 5% dei bambini assume bevande gassate una volta al giorno ed il 3% più volte al giorno.
- I maschi consumano più bevande gassate delle femmine (10% versus 6%), e la prevalenza di consumo di bibite gassate almeno una volta al giorno, diminuisce con il crescere della scolarità della madre, dal 15% per titolo di scuola elementare o media, al 4% per diploma di scuola superiore, al 3% per la laurea. Tali differenze sono risultate statisticamente significative

Per un confronto

Prevalenza di bambini che...	Valore regionale 2008	Valore regionale 2010	Valore regionale 2012	Valore regionale 2014	Valore regionale 2016	Valore nazionale 2016
§ hanno assunto la colazione al mattino dell'indagine	89,0%	90,0%	91,9%	91,9%	90,4%	92,1%
§ hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine	58,0%	53,0%	58,5%	56,0%	53,1%	59,1%
hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	2,0%	17,0%	18,4%	32,9%	27,1%	43,2%
assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere	3,0%	9,0%	10,7%	10,8%	11,0%	8,5%
assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno	37,0%	49,0%	39,5%	36,5%	31,3%	36,3%

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

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

L'abitudine di lavarsi i denti è essenziale per la prevenzione della carie dentale e dell'igiene del cavo orale.

- Il 76% dei bambini della nostra regione ha dichiarato di essersi lavato i denti la sera precedente l'indagine. A livello nazionale questo dato è risultato pari all'83%;
- Il 61% dei bambini ha effettuato la sua prima visita dal dentista all'età di 3-6 anni;
- In Sardegna i genitori hanno riportato che:
 - il 21% dei bambini lava i denti non più di una volta al giorno; dato nazionale= 32%
 - il 20% dei bambini non è mai stato visitato da un dentista; dato nazionale= 14%
 - l'11 % dei bambini che hanno effettuato almeno una visita dal dentista, avevano meno di 3 anni alla prima visita; dato nazionale 9%.

I cambiamenti salutarì adottati in famiglia

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

Tra i comportamenti salutarì abitualmente adottati, i 3 più frequenti a livello nazionale sono risultati l'aumento del consumo di verdura e ortaggi (66%), la riduzione del consumo di cibi pronti o in scatola (60%) e l'inserimento della frutta come spuntino (53%).

Anche in Sardegna i comportamenti salutarì più frequentemente adottati sono risultati il consumo di verdura e ortaggi (67%) e la riduzione del consumo di cibi pronti o in scatola (61%), con valori peraltro sovrapponibili a quelli nazionali, in aggiunta si è rilevata la riduzione del consumo di snack salati (55%), e la più attenta lettura delle etichette nutrizionali (37%).

Alla domanda sulla frequenza di utilizzo del sale iodato, solo il 35% dei rispondenti dichiara di usarlo sempre, contro un dato nazionale del 53%.

Conclusioni

E' dimostrata l'associazione tra stili alimentari errati e sovrappeso ed obesità. Nella nostra Regione con questa quinta raccolta dati, si conferma la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e che sono fortemente predisponenti all'aumento di peso

Sebbene dal 2008 al 2014 si sia riscontrata una lieve positiva modifica delle abitudini alimentari, l'edizione 2016 non ha confermato il trend, eccezion fatta solo per la diminuzione dei bambini che giornalmente consumano bibite zuccherate e/o gassate. Tale abitudine passa da circa la metà dei bambini nella rilevazione 2010 a circa un bambino su 3 nella rilevazione 2016. Dal confronto coi dati nazionali risalta la scarsa abitudine dei bambini sardi nel fare un spuntino di metà mattina adeguato. Tale fenomeno può innescare un circolo vizioso nell'alimentazione giornaliera ed essere predisponente per sovrappeso e obesità

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 sono 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 e attività sportiva strutturata e ha giocato 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 18% dei bambini risulta non attivo il giorno antecedente all'indagine.
- Solo il 20% tuttavia ha partecipato ad un'attività motoria curricolare a scuola nel giorno precedente (questo può dipendere dal fatto che il giorno precedente poteva non essere quello in cui era prevista l'ora curricolare).
- Le femmine non attive (19%) sono in percentuale maggiore dei maschi (18%).
- La percentuale maggiore dei bambini non attivi vive in aree geografiche non metropolitane con più di 50.000 abitanti (23%).

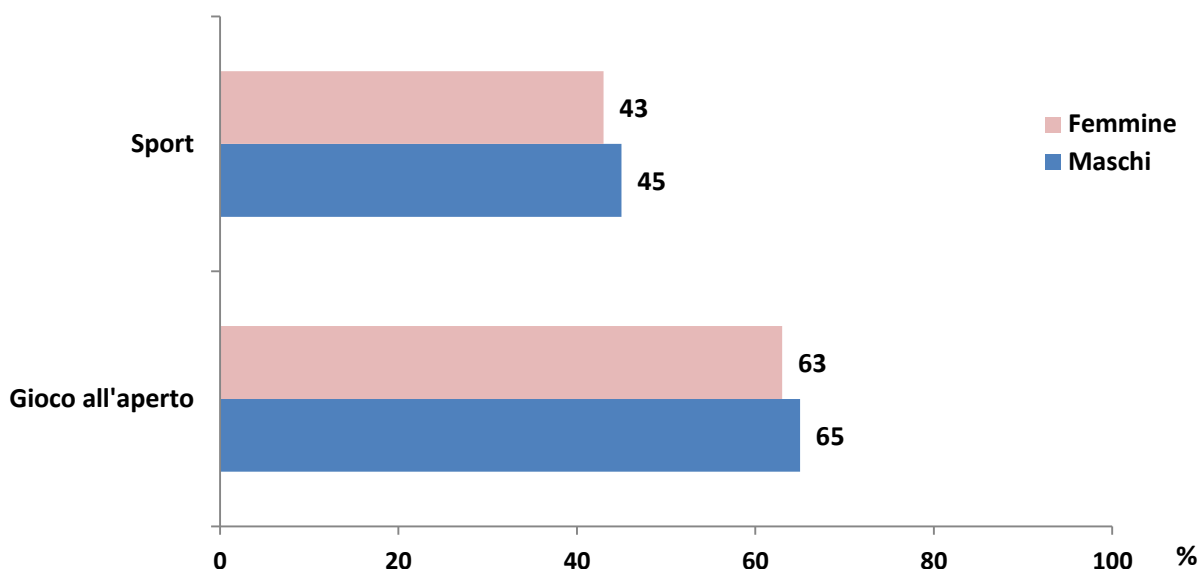
Bambini fisicamente non attivi[#] (%) Regione Sardegna - OKkio 2016	
Caratteristiche	Non Attivi[#]
Sesso	
maschi	18
femmine	18.6
Zona abitativa	
<10.000 abitanti	17.4
10.000-50.000	16.5
>50.000	22.6
metropolitana/perimetropolitana	14.6

[#] Il giorno precedente non hanno svolto attività motoria a scuola e attività sportiva strutturata e non hanno giocato 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/ videogiochi/tablet/cellulare) e quindi a essere meno esposti al sovrappeso/obesità.

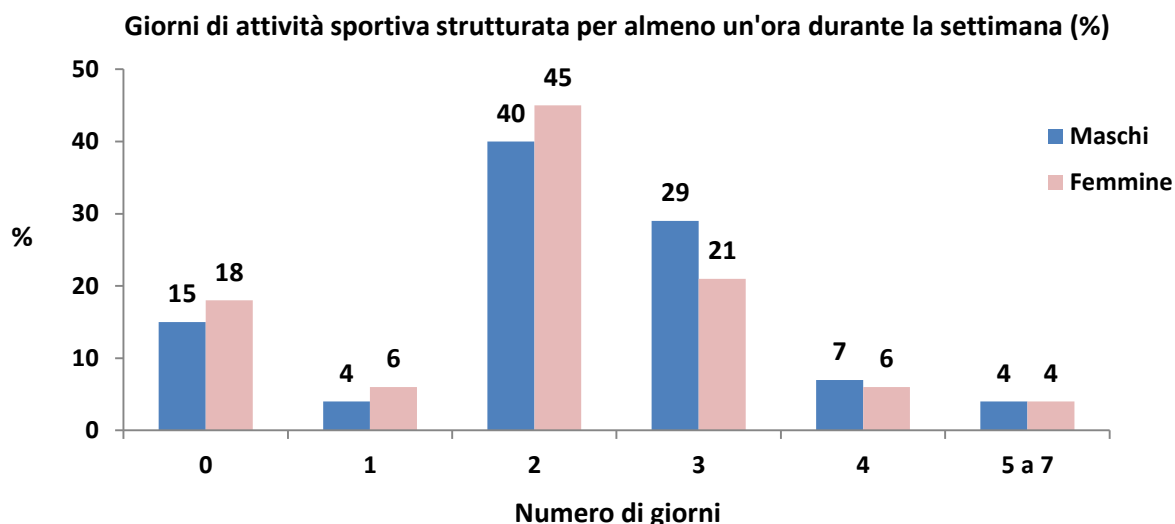
Bambini che hanno giocato all'aperto e/o fatto sport il giorno precedente le rilevazioni (%)



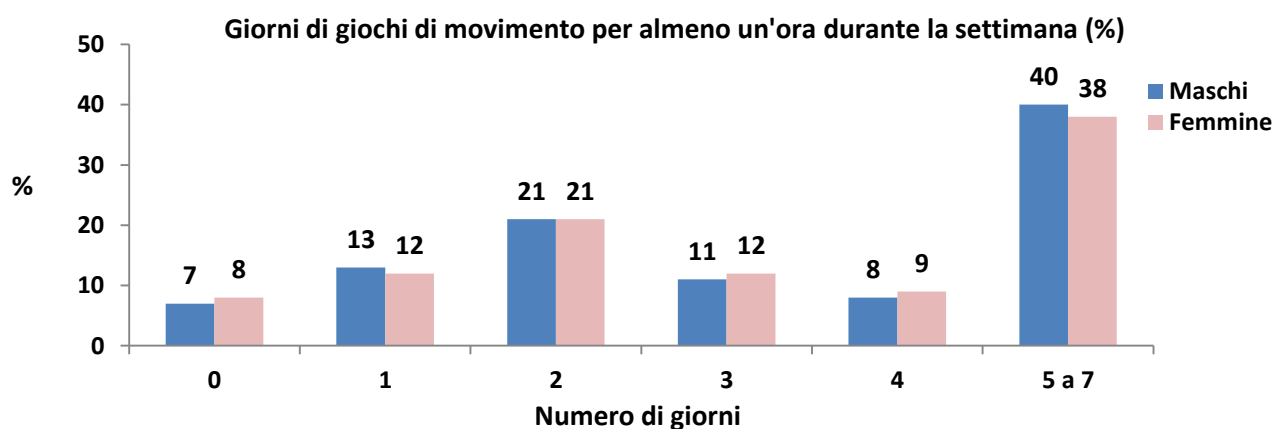
- Il 64% del totale dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine.
- Il 44% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine.
- Dall'indagine è emerso come i maschi facciano sport e giochino all'aperto più delle femmine, anche se la differenza non è comunque risultata statisticamente significativa.

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. In questa rilevazione l'attività fisica è stata indagata separatamente distinguendo tra attività sportiva strutturata e giochi di movimento.



- Secondo i genitori in Sardegna circa 4 bambini su 10 (43%) fanno almeno un'ora di attività sportiva strutturata per 2 giorni la settimana, meno di 1 su 5 (18%) neanche un giorno e solo il 4% da 5 a 7 giorni.
- Per quanto riguarda i giochi di movimento, circa 2 bambini su 10 fanno almeno un'ora di attività per 2 giorni la settimana, l'8% neanche un giorno e solo 4 bambini su 10 da 5 a 7 giorni.
- I maschi fanno giochi di movimento e attività sportiva strutturata più giorni delle femmine

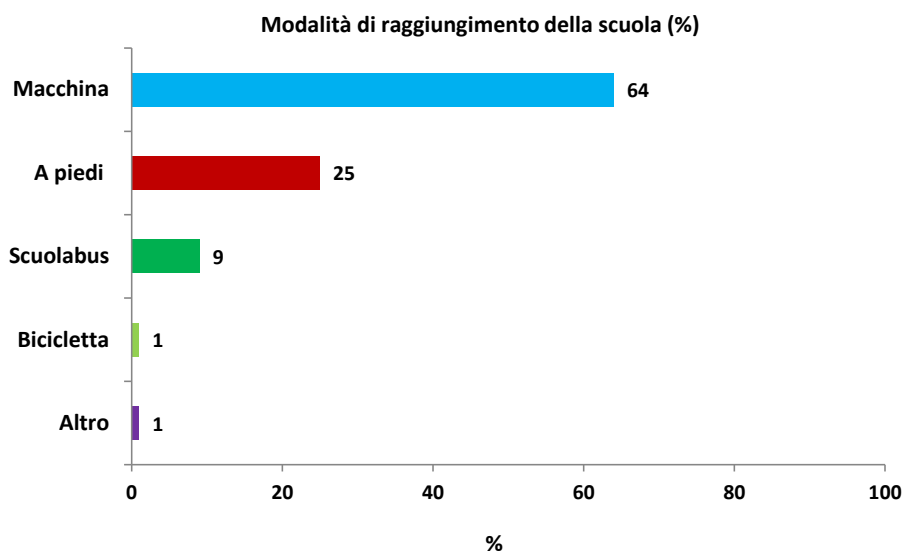


- La zona di abitazione è associata a una diversa frequenza di attività sportiva e a una diversa frequenza di giochi di movimento da parte dei bambini:
I bambini delle zone a più alta densità abitativa praticano meno giochi di movimento* rispetto ai bambini dei centri urbani con meno di 10.000 abitanti, mentre i bambini delle aree metropolitane svolgono una maggiore attività sportiva strutturata*.

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

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 loro domicilio dalla scuola.



- 1 bambino su 4 (26%), nella mattina dell'indagine, ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bicicletta mentre il 73% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato.
- Non si rilevano differenze degne di nota fra le diverse tipologie di zona abitativa.

Per un confronto

Prevalenza di bambini che...	Valore regionale 2008	Valore regionale 2010	Valore regionale 2012	Valore regionale 2014	Valore regionale 2016	Valore nazionale 2016
[§] Bambini definiti fisicamente non attivi**	32,0%	21,0%	21,5%	17,9%	18,2%	17,7%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	48,0%	61,0%	62,6%	67,2%	64,0%	66,4%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	35,0%	40,0%	39,1%	40,1%	44,4%	44,8%

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

Conclusioni

I dati raccolti hanno evidenziato che i bambini sardi fanno poca attività fisica. Si stima che 1 bambino su 5 risulti fisicamente inattivo, maggiormente le femmine rispetto ai maschi. Solo 6 bambini su 10 hanno un livello di attività fisica raccomandato per la loro età (attività fisica per un'ora tutti i giorni), anche per ragioni legate al recarsi a scuola con mezzi motorizzati, giocare poco all'aperto e non fare sufficienti attività sportive strutturate.

Va tuttavia evidenziato che il trend dei dati nella nostra regione registra un decremento statisticamente significativo della percentuale di bambini non attivi (32% del 2008 vs 18% nel 2016) e che è cresciuto il tempo dedicato al gioco all'aperto e all'attività fisica strutturata.

Le scuole e le famiglie dovrebbero aumentare la collaborazione per la realizzazione di condizioni e di iniziative che incrementino la naturale predisposizione dei bambini all'attività fisica.

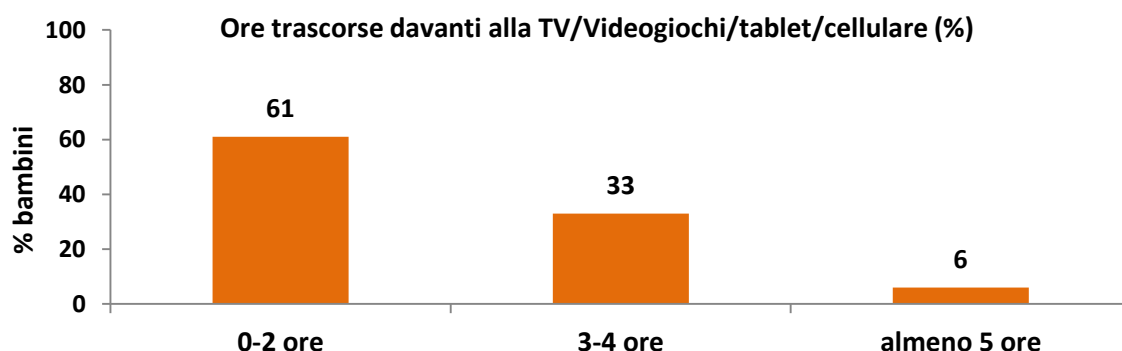
L'USO DEL TEMPO DEI BAMBINI: LE ATTIVITÀ SEDENTARIE

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 a causa prevalentemente del mancato introito di calorie legati ai cibi assunti durante tali momenti.

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

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

I seguenti dati mostrano la somma del numero di ore che i bambini trascorrono a guardare la TV e/o a giocare con i videogiochi/tablet/cellulare in un normale giorno di scuola, 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 Regione, i genitori riferiscono che il 61% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi/tablet/cellulare da 0 a 2 ore al giorno, mentre il 33% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi/tablet/cellulare da 3 a 4 ore, ed il 6% per almeno 5 ore.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV o videogiochi/tablet/cellulare è più frequente tra i maschi (47% versus 31%) e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre*.
- Complessivamente il 31% 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 (19% versus 12%)*.
- Considerando separatamente il tempo eccedente le 2 ore trascorso guardando la TV e quello superiore alle 2 ore impiegato giocando con i videogiochi/tablet/cellulare, le prevalenze riscontrate sono: > 2 ore TV (14%); > 2 ore videogiochi/tablet/cellulare (4%).

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

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

La televisione e i videogiochi/tablet/cellulare 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/tablet/cellulare.

- In Sardegna il 42% dei bambini ha guardato la TV la mattina prima di andare a scuola.
- 4 bambini su 5 (80%) hanno guardato la televisione o utilizzato videogiochi/tablet/cellulare il pomeriggio del giorno precedente l'indagine, il 77% la sera prima.
- Solo l'8% dei bambini non ha guardato la TV o utilizzato i videogiochi/tablet/cellulare nelle 24 ore antecedenti l'indagine. Il 18% lo ha fatto una volta durante la giornata, il 41% due ed il 33% ne ha fatto uso mattina, pomeriggio e sera.
- L'esposizione a tre momenti di utilizzo di TV e/o videogiochi/tablet/cellulare è più frequente tra i maschi (38% versus 28%)* e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre*.

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

Per un confronto

	Valore regionale 2008	Valore regionale 2010	Valore regionale 2012	Valore regionale 2014	Valore regionale 2016	Valore nazionale 2016
Bambini che trascorrono al televisore o ai videogiochi/tablet/cellulare più di 2 ore al giorno*	43,0%	38,0%	34,5%	31,6%	39,2%	41,2%
Bambini con televisore in camera	33,0%	30,0%	29,9%	26,5%	31,4%	43,6%

* nel 2016 è stata aggiunta alla domanda specifica "tablet/cellulari" che potrebbe aver in parte modificato la risposta data

Conclusioni

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

Rispetto alle raccomandazioni, meno di 2 ore al giorno di TV o videogiochi/tablet/cellulare, molti bambini eccedono ampiamente nell'uso della TV e dei videogiochi/tablet/cellulare, 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 circa 1 bambino su 3 dispone di un televisore in camera propria. Tutti questi fattori fanno sì che solo 6 bambini su 10 di fatto ottemperano alle raccomandazioni sul tempo da dedicare alla televisione o ai videogiochi/tablet/cellulare.

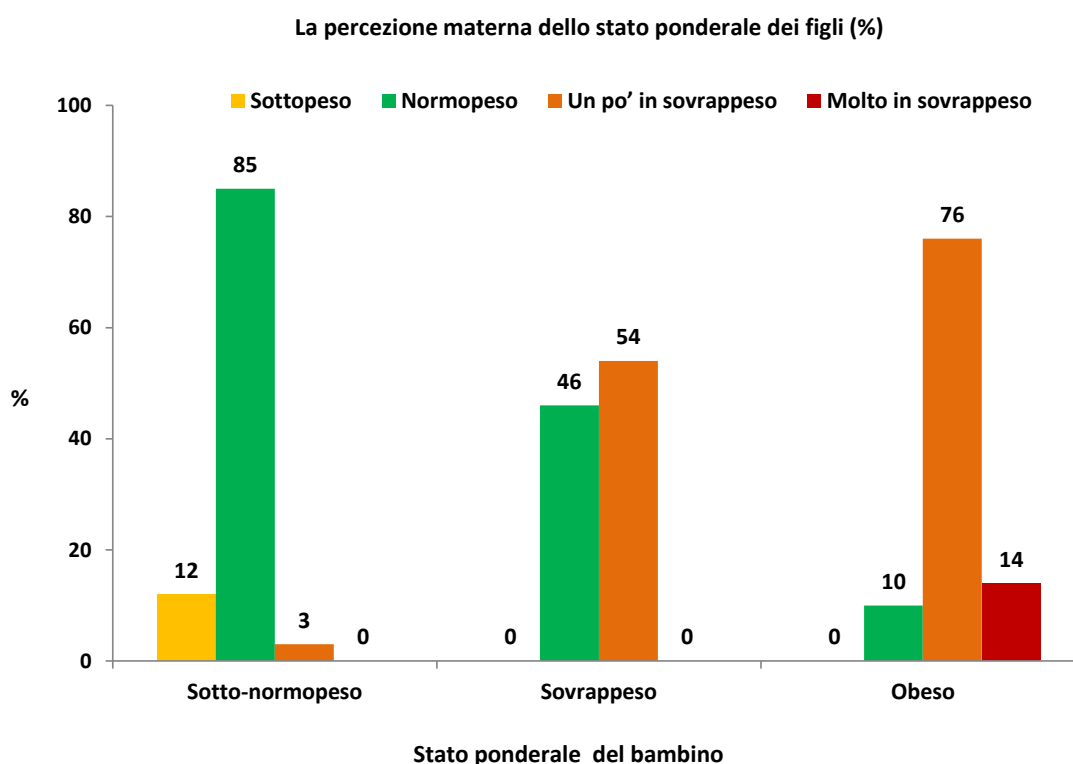
Dopo l'incoraggiante decremento registrato dal 2008 al 2014 il valore percentuale del tempo trascorso dai nostri bambini in attività sedentarie è nuovamente aumentato nel 2016.

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?

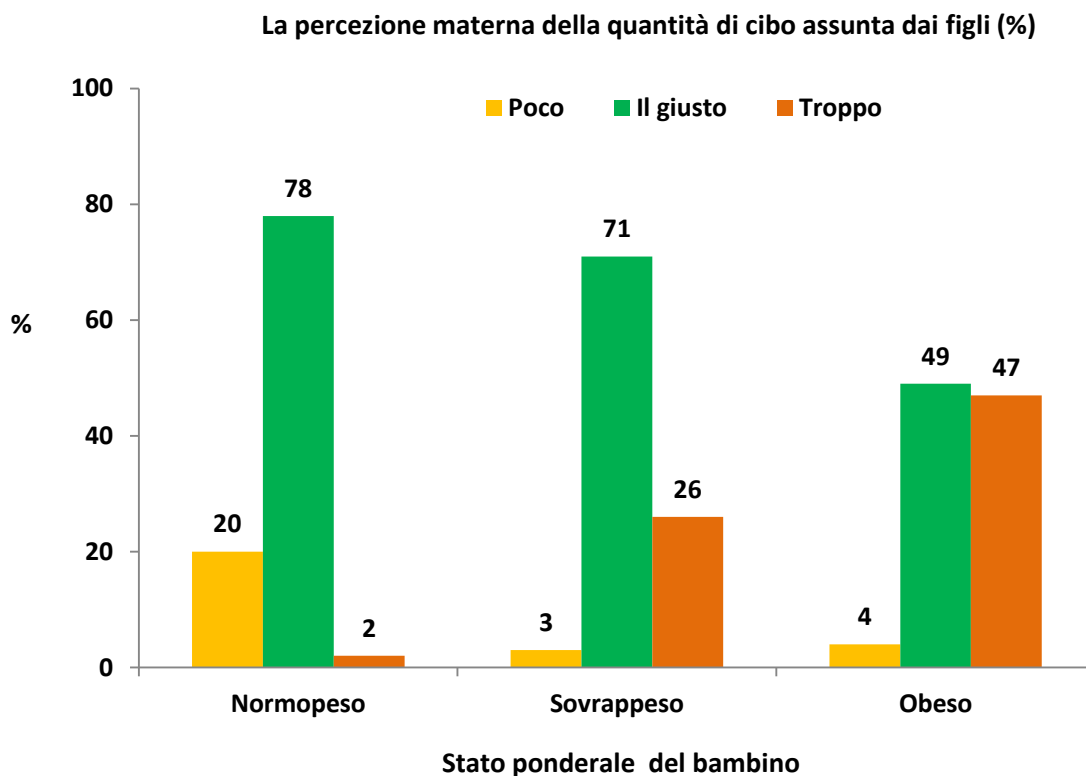
Alcuni studi hanno dimostrato che i genitori possono non avere un quadro corretto dello stato ponderale del proprio figlio. Questo fenomeno è particolarmente importante nei bambini sovrappeso/obesi che vengono al contrario percepiti come normopeso.



- Nella nostra Regione quasi la metà (45%) delle madri di bambini sovrappeso, ed il 10% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso o addirittura sottopeso.
- Pur non mostrando significatività statistica, nelle famiglie con bambini in sovrappeso, la percezione è lievemente più accurata per le femmine rispetto ai maschi. Nelle famiglie di bambini obesi invece percezione è lievemente più accurata per i maschi rispetto le femmine.
- Per i bambini in sovrappeso e obesi la percezione non risulta influenzata dalla scolarità della madre.

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

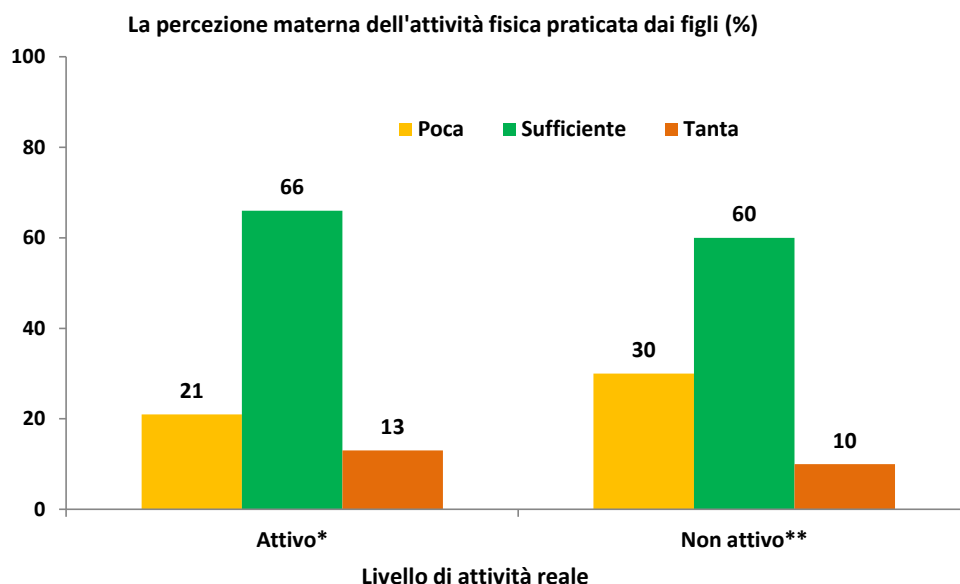
La percezione della quantità di cibo assunto dai propri figli può anche influenzare la probabilità di operare cambiamenti positivi. Anche se vi sono molti altri fattori determinanti di sovrappeso e obesità, l'eccessiva assunzione di cibo può contribuire al problema.



- Solo una madre di bambini sovrappeso su quattro (26%) e poco meno della metà delle mamme di bambini obesi (47%) ritiene che il proprio bambino mangi troppo.
- Considerando insieme i bambini in sovrappeso ed obesi, non è stata constatata nessuna differenza sostanziale per sesso dei bambini o per livello scolastico della madre.

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.



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

** Non Attivo: nelle ultime 24 non ha fatto nessuno dei tre (sport, gioco all'aperto, attività motoria a scuola)

- All'interno del gruppo di bambini non attivi, il 60% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica ed il 10% molta attività fisica.
- Limitatamente ai non attivi, non è stata constatata sostanziale differenza in relazione al sesso dei bambini o al livello scolastico della madre.

Madri che percepiscono...	Valore regionale 2008	Valore regionale 2010	Valore regionale 2012	Valore regionale 2014	Valore regionale 2016	Valore nazionale 2016
§ in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è sovrappeso	62,0%	58,0%	54,4%	64,1%	54,5%	49,2%
in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è obeso	97,0%	89,0%	88,3%	91,9%	90,5%	87,4%
l'assunzione di cibo del proprio figlio come "poco o giusto", quando questo è sovrappeso o obeso	69,0%	67,0%	69,5%	65,2%	69,1%	69,7%
l'attività fisica del proprio figlio come scarsa, quando questo risulta inattivo	44,0%	40,0%	35,1%	36,0%	30,0%	38,3%

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

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

Gli incidenti domestici

Come più volte sottolineato, il sistema di sorveglianza OKkio alla Salute dà l'opportunità di indagare eventuali tematiche considerate di particolare interesse per la sanità pubblica. In particolare, la rilevazione 2016 è stata l'occasione per indagare anche il fenomeno degli incidenti domestici e l'attenzione che gli viene data da parte degli operatori sanitari.

E' stato chiesto ai genitori se avessero mai ricevuto informazioni da parte delle istituzioni sanitarie sulla prevenzione degli incidenti domestici. A livello nazionale, l'83% dei rispondenti ha dichiarato di non aver mai ricevuto alcuna informazione; nella nostra Regione tale valore è risultato pari all'84%.

Alla domanda se si fossero mai rivolti al personale sanitario a causa di incidenti domestici di cui è stato vittima il bambino, a livello nazionale si sono registrate le seguenti risposte: 9% sì, al pediatra/altro medico; 22% sì, al pronto soccorso; 8% sì, ad entrambi. Nella nostra Regione le percentuali di risposta sono state rispettivamente: 9%, 17%, 8%.

Conclusioni

Nella nostra Regione 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 in sede di raccolta dati. 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 3 ha una percezione che sembra coincidere con la situazione reale.

Rispetto alle precedenti rilevazioni si è avuto un leggero miglioramento da parte delle madri nella valutazione relativa alla scarsa attività fisica del bambino, quando questi è risultato inattivo.

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.

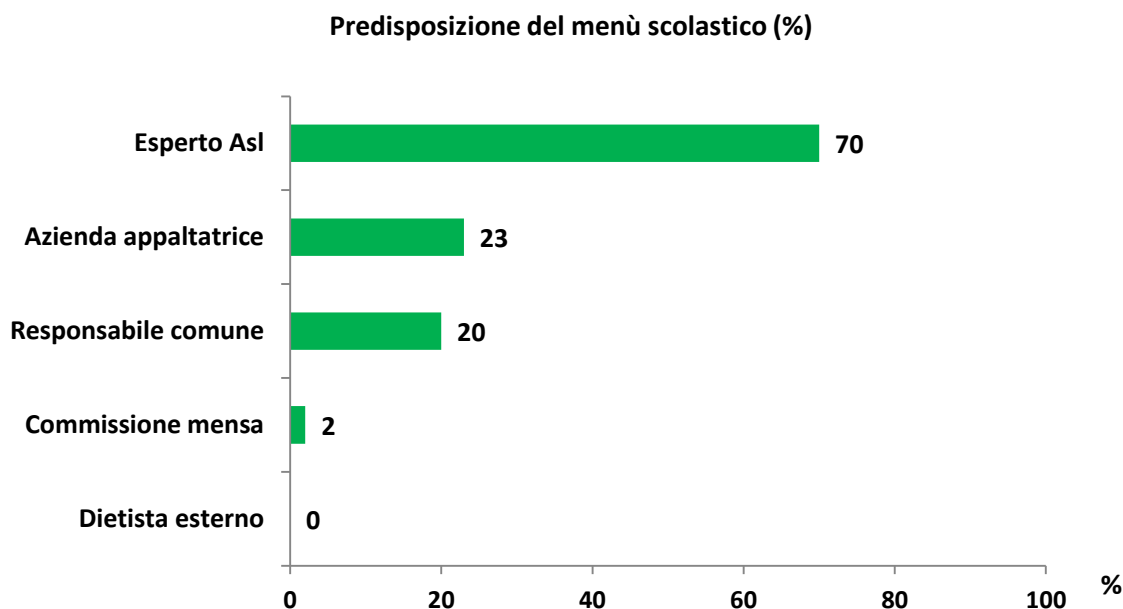
La scuola rappresenta, inoltre, l'ambiente ideale per seguire nel tempo l'evoluzione dello stato ponderale dei bambini e per creare occasioni di comunicazione con le famiglie che determinino un loro maggior coinvolgimento nelle iniziative di promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica 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 Regione il 69% delle scuole campionate ha una mensa scolastica funzionante.
- Tra quelle dotate di mensa, l'85% sono aperte almeno 5 giorni la settimana.
- La mensa viene utilizzata mediamente da 2 bambini su 3 (66%).

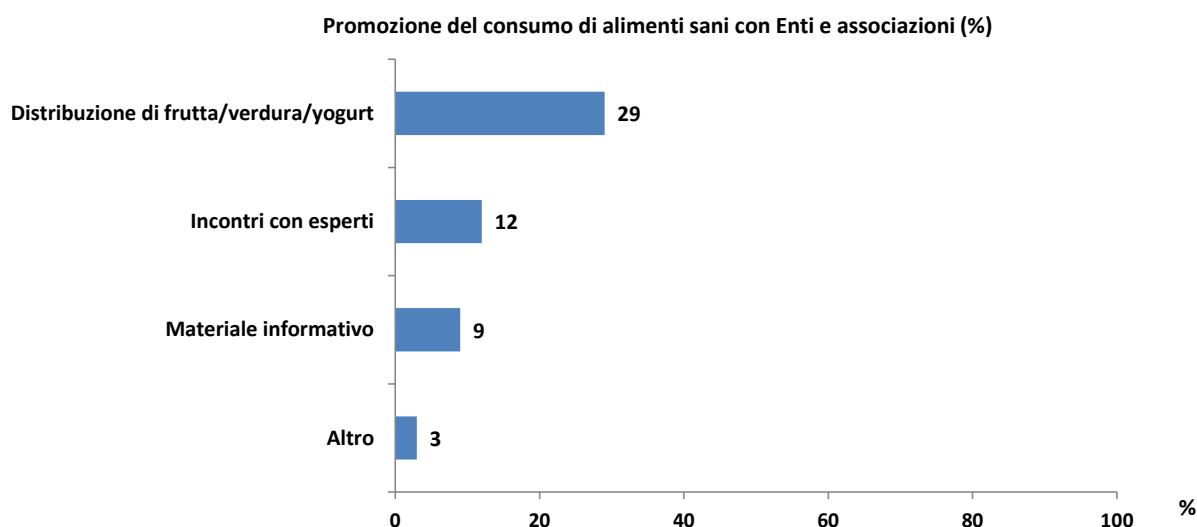


- La somma del grafico risulta oltre il 100% a causa delle risposte multiple presenti. Emerge come la definizione del menù scolastico sia più frequentemente stabilita da un esperto della ASSL, seguito dal responsabile comunale e infine dall'azienda appaltatrice. Nessuna scuola ha riportato menù definiti da un dietista esterno.
- Secondo il giudizio dei dirigenti scolastici il 91% 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.

- In Sardegna, le scuole che distribuiscono ai bambini frutta, latte o yogurt nel corso della giornata, sono circa un terzo (36%).
- In tali scuole, la distribuzione si effettua esclusivamente a metà mattina (100%).
- Durante l'anno scolastico 1 classe su 3 (34%) 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 29% delle classi ha partecipato alla distribuzione di frutta, verdura o yogurt come spuntino.
- Il 9% delle classi ha ricevuto materiale informativo.
- il 12% 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.

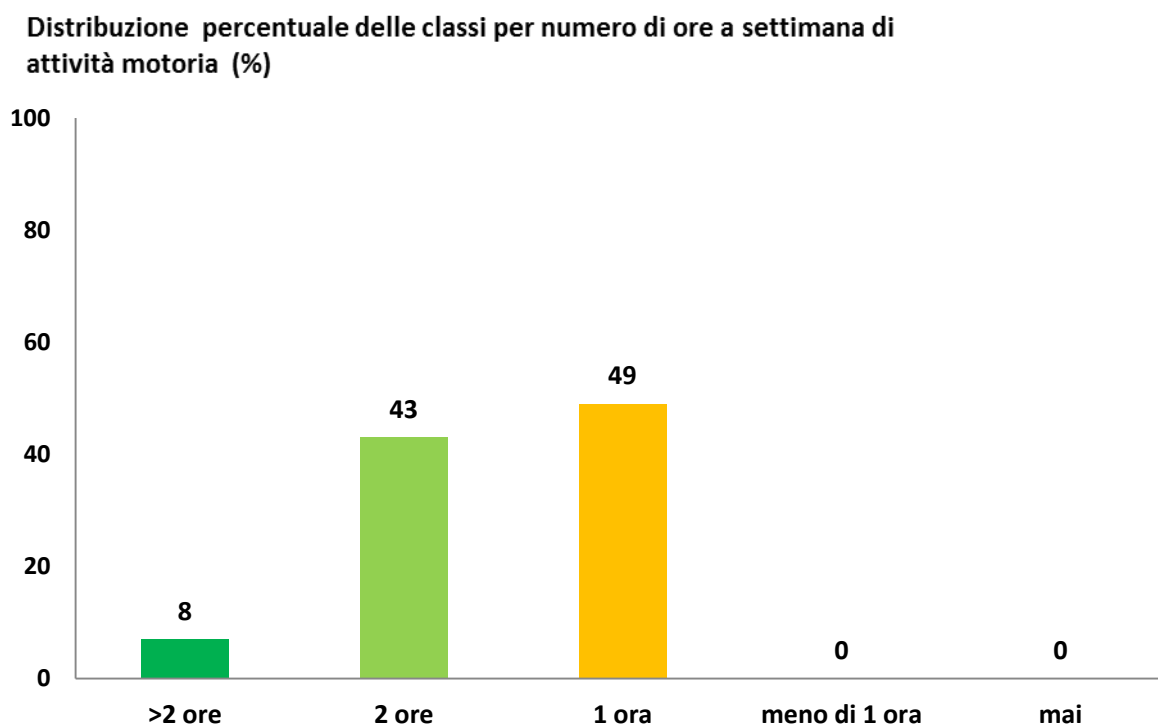
- I distributori automatici di alimenti sono presenti in un terzo delle scuole (33%); ed il 5% è accessibile sia agli adulti che ai bambini.
- All'interno del gruppo di scuole con distributori automatici, solo il 42% mette a disposizione succhi di frutta, frutta fresca, o yogurt.

La partecipazione della scuola all'educazione fisica dei bambini

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

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

Nel questionario destinato alla scuola viene chiesto quante classi, e con quale frequenza, svolgono educazione fisica all’interno dell’orario scolastico. Nel 2016 la domanda è stata riformulata in modo diverso rispetto alle precedenti rilevazioni, di conseguenza, i risultati non sono direttamente confrontabili. Nel grafico si presenta la distribuzione percentuale delle classi (e non delle scuole) per ore di attività motoria effettuate a settimana.

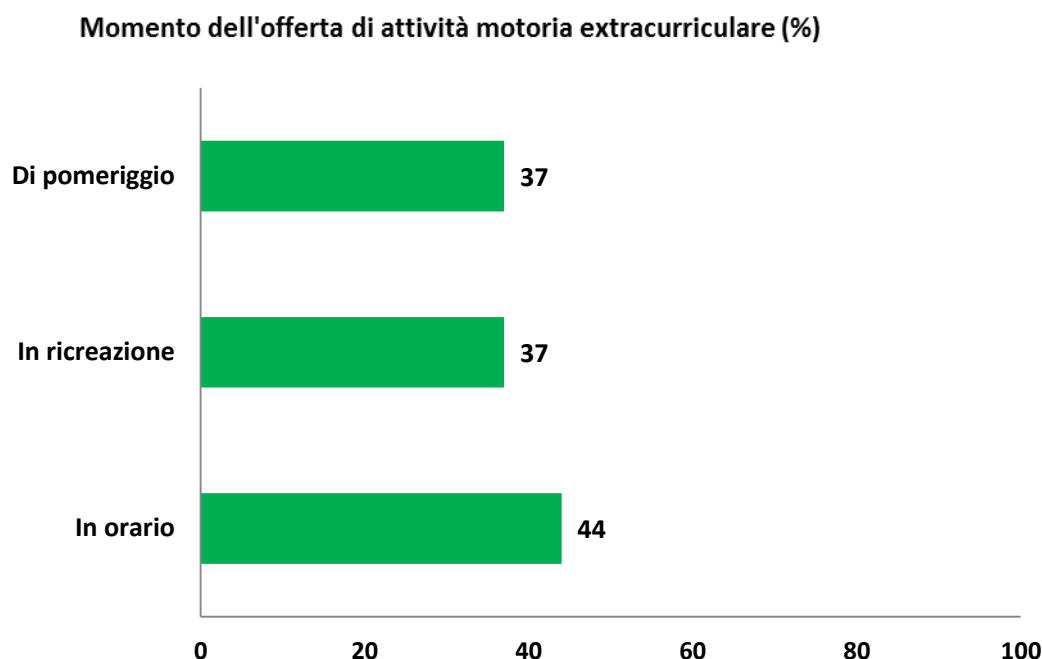


- Complessivamente, nel 51% delle classi analizzate, si svolgono normalmente almeno 2 ore di attività motoria a settimana, mentre non si è rilevato in nessun caso meno di un’ora di attività fisica a settimana.

Le scuole offrono l'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 (cioè quella offerta dalla scuola) 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 extracurricolare sono il 58%.



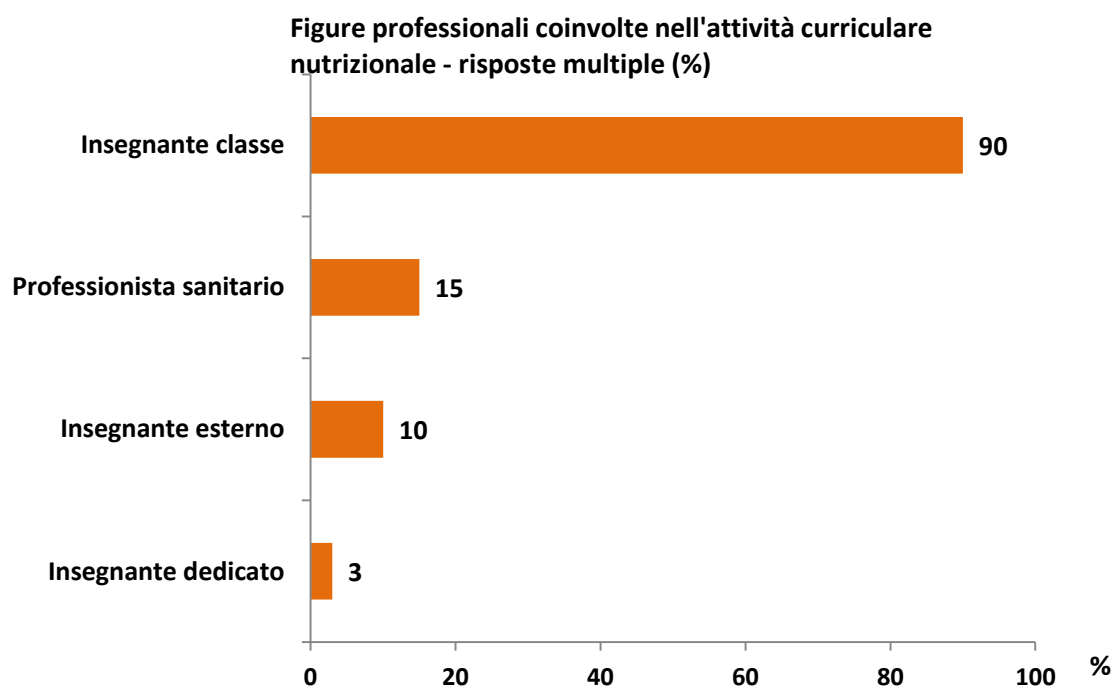
- Laddove offerta, l'attività motoria viene svolta più frequentemente durante l'orario scolastico, in seconda battuta equamente sia nel pomeriggio che in ricreazione.
- Queste attività si svolgono più frequentemente nel giardino (58%), in palestra (50%), in corridoio (15%), in piscina (12%), in aula (12%) oppure in altra struttura sportiva (4%).

Il miglioramento delle attività curriculari 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 73% delle scuole campionate nella nostra Regione.

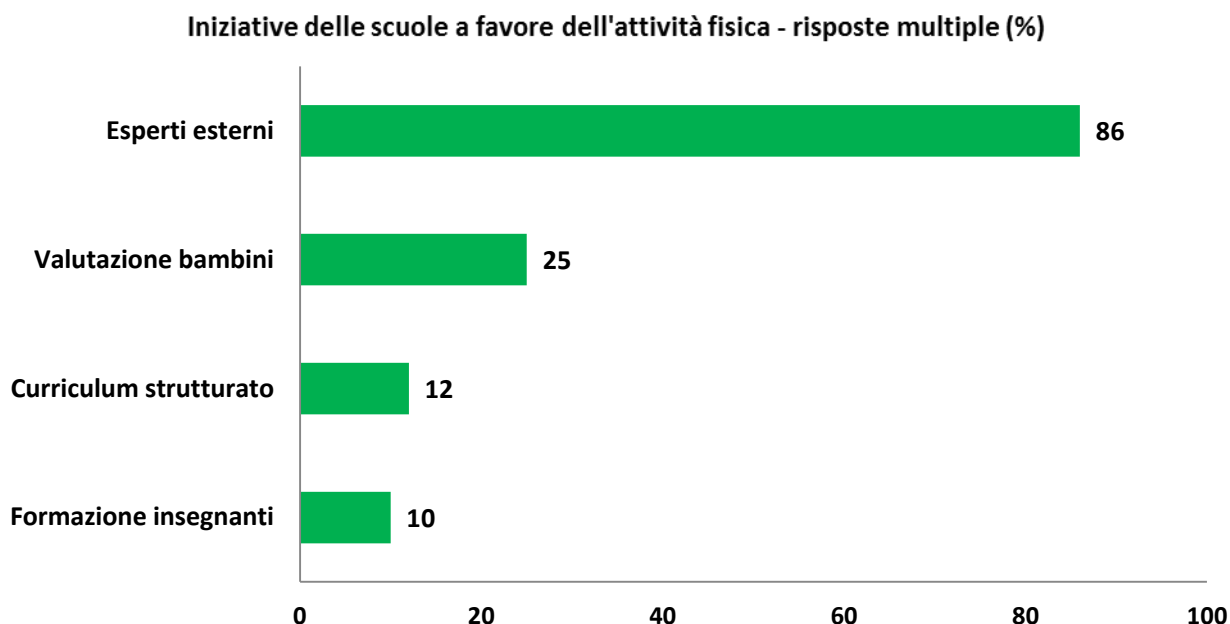


- In tali scuole, la figura più frequentemente coinvolta è l'insegnante di classe. Molto meno comune è il coinvolgimento di altri insegnanti o di un professionista sanitario della ASL.

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 l'89% delle scuole ha cominciato a realizzare almeno un'attività.



- In tali attività, viene più frequentemente coinvolto un esperto esterno (86%); in un quarto dei casi (25%) è stata effettuata la valutazione delle abilità motorie dei bambini, nel 12% lo sviluppo di un curriculum strutturato e nel 10% la formazione degli insegnanti.

Quante scuole utilizzano il sale iodato nella mensa e ne promuovono il consumo?

In questa edizione 2016 sono state introdotte alcune nuove domande relative all'uso del sale iodato nelle scuole. Circa un terzo (36%) dei dirigenti scolastici in Sardegna ha dichiarato che nella mensa del proprio Istituto si utilizza sempre il sale iodato per cucinare e/o per condire; dato nazionale= 70%.

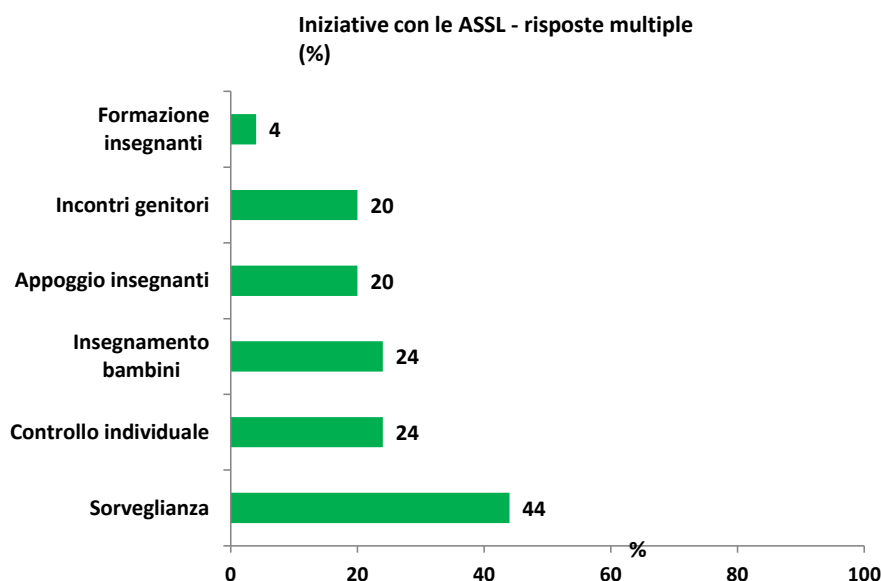
A livello nazionale, oltre il 6% delle scuole ha aderito ad iniziative di comunicazione per la riduzione del consumo di sale e/o per la promozione del sale iodato. Nella nostra Regione tale valore è pari al 5%.

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

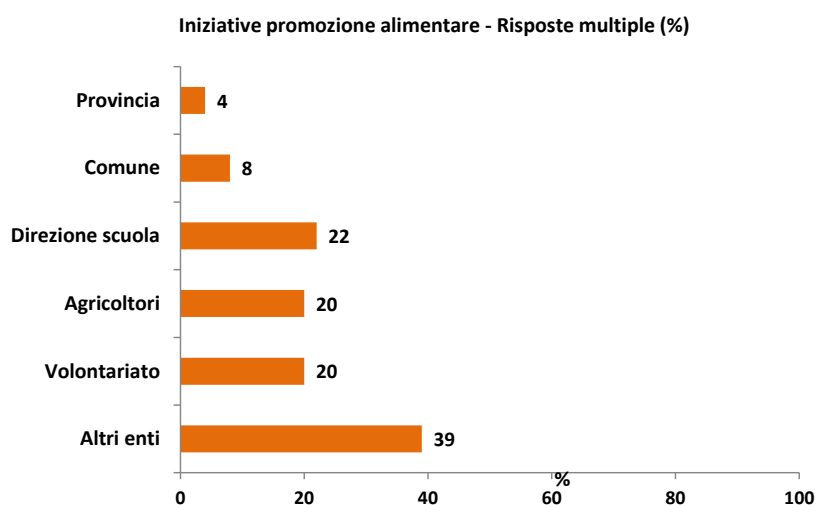
Nella scuola sono attive iniziative finalizzate alla promozione di stili di vita salutari realizzate in collaborazione con Enti o Associazioni?

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 27% delle scuole, e di promozione dell'attività fisica nel 6%.



- Tale collaborazione si realizza più frequentemente attraverso la sorveglianza, l'insegnamento diretto agli alunni ed il loro controllo individuale, gli incontri con i genitori, l'appoggio tecnico agli insegnanti e, raramente, la loro formazione.



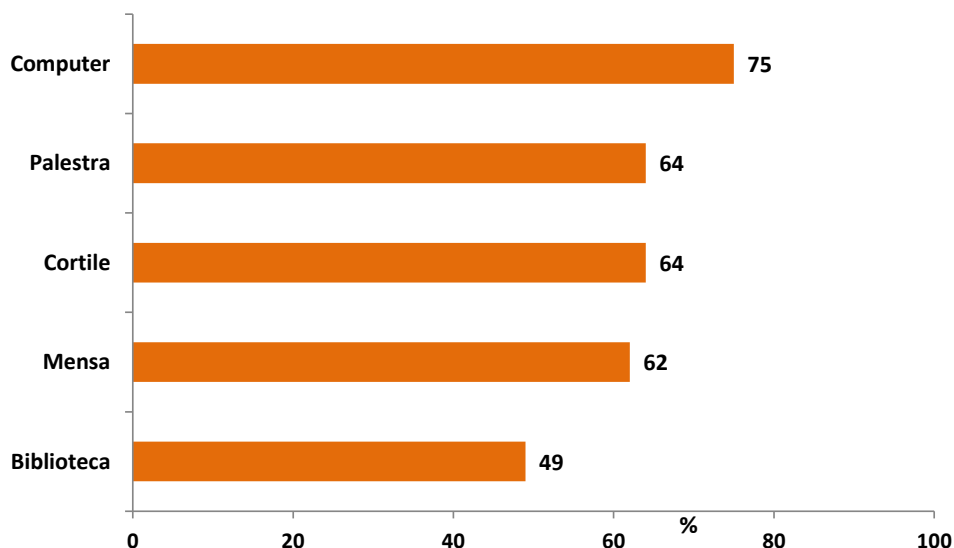
- Oltre la ASL, i soggetti che hanno prevalentemente organizzato iniziative di promozione alimentare nelle scuole sono la direzione scolastica/insegnanti, le Associazioni di agricoltori/allevatori/ volontariato, il Comune e la Provincia

Risorse a disposizione della scuola

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

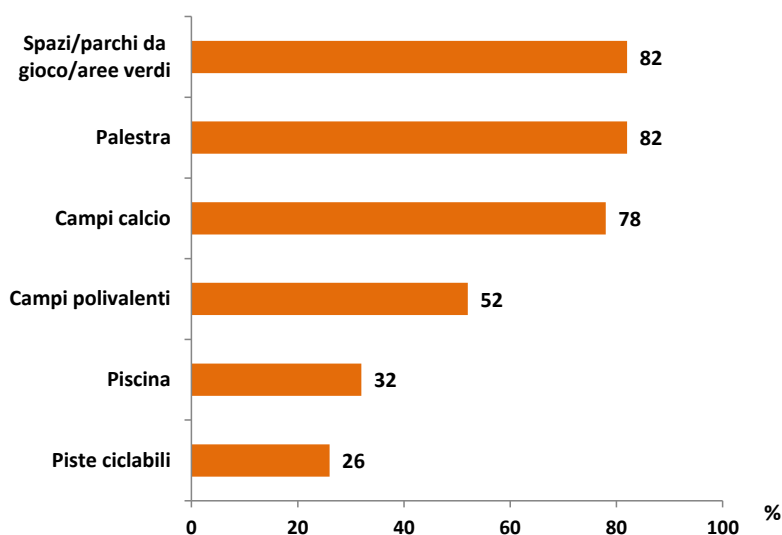
Per poter svolgere un ruolo nella promozione della salute dei bambini, la scuola necessita di risorse adeguate nel proprio plesso e nel territorio.

Risorse adeguate presenti nel plesso - risposte multiple (%)



- Secondo i dirigenti scolastici il 75% delle scuole dispone di computer adeguati ai compiti richiesti, il 64% possiede una palestra e un cortile adeguati, il 62% una mensa, mentre meno della metà (49%) ritiene di disporre di una biblioteca adeguata al compito.

Risorse presenti nel plesso o nelle vicinanze - risposte multiple (%)



- L'82% delle scuole ha la palestra nelle vicinanze o all'interno della propria struttura. Sono presenti nelle vicinanze dell'edificio scolastico spazi aperti (82%) e campi da calcio (78%).
- Risultano meno presenti i campi polivalenti (52%), le piscine (32%) e le piste ciclabili (26%).

La scuola e il divieto di fumo negli spazi aperti

La legge n°128 del Dicembre 2013, che disciplina la “*Tutela della salute nelle scuole*”, estende il divieto di fumo nelle scuole anche nelle aree all’aperto di pertinenza delle istituzioni. Pertanto le istituzioni scolastiche, statali e paritarie dovranno adeguarsi a quanto legiferato.

In Sardegna l’84% dei dirigenti scolastici dichiara di non aver avuto “mai” difficoltà nell’applicare la legge sul divieto di fumo negli spazi aperti della scuola (rispetto al 76% a livello nazionale); per contro il 2% degli stessi dichiara di aver incontrato difficoltà “quasi sempre”.

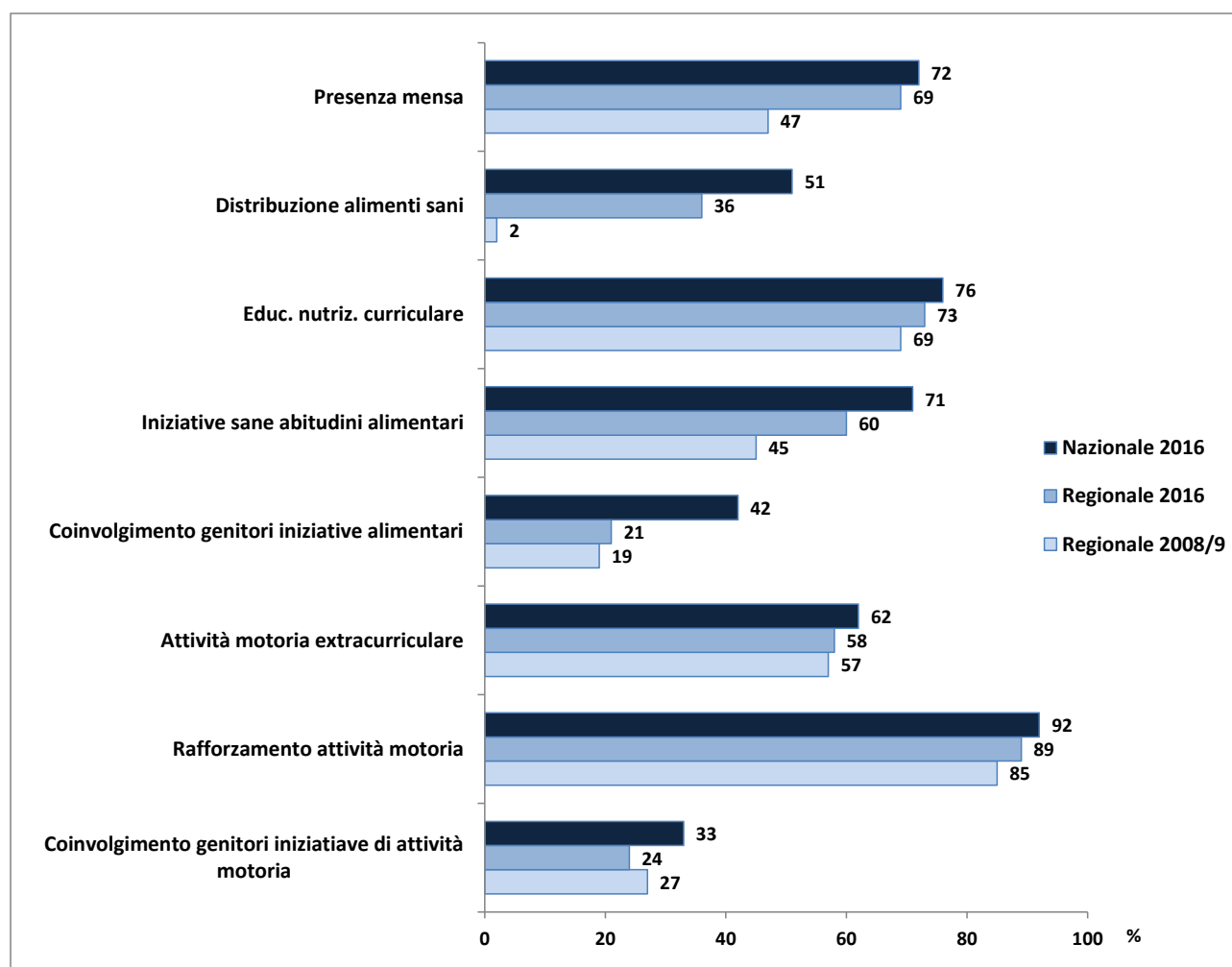
Coinvolgimento delle famiglie

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

Le iniziative rivolte alla promozione di una sana abitudine alimentare nei bambini vedono il coinvolgimento attivo della famiglia nel 21% delle scuole campionate nello studio, e quelle rivolte alla promozione dell’attività motoria nel 24%.

Per un confronto

Nel grafico di seguito sono riportati i confronti con i dati regionali 2008/9, 2016 e nazionali del 2016. Dato il numero esiguo delle scuole campionate a livello aziendale, e di conseguenza intervalli di confidenza generalmente più ampi, è necessaria la massima cautela nell’interpretare e commentare i confronti.



Conclusioni

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 mirino ad aspetti diversi della salute del bambino, quali alimentazione, attività fisica, prevenzione di fattori di rischio legati all'età, con l'obiettivo generale di promuovere l'adozione di stili di vita più sani. 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 mettere 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. Mentre, rispetto ai valori regionali e nazionali dal 2008, si riscontra il crescente impegno della scuola in diversi ambiti per la promozione dell'attività motoria e di sane abitudini alimentari, le iniziative riguardanti quest'ultimo settore sono distanti dai valori riscontrati a livello nazionale, così come il coinvolgimento dei genitori sembra ancora troppo esiguo per la realizzazione di una solida rete di promozione della salute.

CONCLUSIONI GENERALI

OKkio alla SALUTE ha permesso di raccogliere informazioni rappresentative in tempi brevi e a costi limitati, creando, 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. 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 almeno due ore di attività motoria settimanale a tutti gli alunni, mentre da Okkio 2016 si è rilevato come tali pratiche si attestino rispettivamente nel 22% e nel 50% dei casi. 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. Quando il Ministero della Salute, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, l'Istituto Superiore di Sanità e le Regioni hanno 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 era duplice: far conoscere le dimensioni del fenomeno obesità tra le nuove generazioni e fornire suggerimenti per scelte di stili di vita salutari.

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

I risultati della quinta raccolta dati di OKkio alla SALUTE, presentati in questo rapporto, mostrano nella nostra Regione una lieve riduzione del numero dei bambini sovrappeso, ma nonostante tale valore sia inferiore alla media nazionale, il confronto con i valori internazionali di riferimento evidenzia tuttora la dimensione molto grave del fenomeno.

Si conferma la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari fortemente predisponenti all'aumento di peso. Il trend di miglioramento osservato nelle scorse rilevazioni ha subito una battuta d'arresto, sebbene alcuni comportamenti facciano intravedere una maggiore consapevolezza ed attenzione da parte dei genitori verso alcune tipologie di alimenti ad alta densità calorica, ma povere sotto l'aspetto nutrizionale, come ad esempio le bibite zuccherate e/o gassate, il cui consumo scende da 1 bambino su 2 della scorsa rilevazione ad 1 su 3 della rilevazione attuale.

Riguardo l'attività fisica Okkio 2016 mostra come ancora si sia lontani dai valori raccomandati, 1 bambino su 5 è inattivo, e solo 6 su 10 fanno l'attività fisica raccomandata per la loro età. Va sottolineato che si potrebbe avere un significativo miglioramento anche solo modificando alcuni stili di vita, come ad esempio: recarsi a scuola a piedi o in bicicletta e non con mezzi motorizzati, oppure giocare all'aperto. Okkio 2016, infatti, ci dice che 2 bambini su 3 sono accompagnati a scuola in macchina, e sempre 2 bambini su 3 hanno giocato all'aperto il giorno precedente l'intervista.

Va tuttavia evidenziato che nel corso delle rilevazioni la percentuale dei bambini non attivi è costantemente calata, passando da uno su tre nel 2008 a meno di 1 su 5 nel 2016.

Le attività sedentarie rimangono un problema per i bambini sardi, con 4 bambini su 10 che usano TV, videogiochi o affini oltre due ore al giorno. Tali attività sono favorite dal fatto che 1 bambino su

3 ha la TV in camera. Dopo il decremento registrato nelle rilevazioni dal 2008 al 2014 il trend ha invertito la rotta riprendendo, almeno per questa rilevazione, ad aumentare.

Rimane ampiamente diffusa una sottostima dell'eccesso ponderale del proprio figlio o dell'attività fisica svolta, infatti oltre 1 madre su 3 tra quelle che hanno un bambino o bambina sovrappeso (o obeso) ritiene corretta la quantità di cibo assunta o l'attività fisica svolta. Anche in questo caso dopo un trend positivo manifestatosi nelle rilevazioni dal 2008 al 2014, la rilevazione 2016 ha mostrato un'inversione della tendenza.

In relazione all'ambiente scolastico ed il suo ruolo si riscontra un crescente impegno della scuola in diversi ambiti, sia per la promozione dell'attività motoria sia delle sane abitudini alimentari, sebbene proprio relativamente a quest'ultimo aspetto si sia ancora indietro rispetto ai valori nazionali. Analogamente anche il coinvolgimento dei genitori risulta ancora troppo esiguo per la realizzazione di una solida rete di promozione della salute.

Per facilitare il processo di cambiamento verso stili di vita e abitudini alimentari più vicini ai modelli indicati dalla letteratura scientifica come protettivi per la salute, 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.

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 almeno 2 ore di attività motoria 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

- ◇ World Health Organization. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. 2016; disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/en/> (ultima consultazione maggio 2017).
- ◇ Knai C, Petticrew M, Mays N. The childhood obesity strategy. BMJ. 2016;354:i4613.
- ◇ Brennan LK, Brownson RC, Orleans CT. Childhood obesity policy research and practice: evidence for policy and environmental strategies. Am J Prev Med. 2014;46(1):e1-16.
- ◇ EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020; disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf (ultima consultazione maggio 2017).
- ◇ Hendriks AM, Kremers SP, Gubbels JS, Raat H, de Vries NK, Jansen MW. Towards health in all policies for childhood obesity prevention. J Obes. 2013;2013.
- ◇ World Health Organization. Population-based approaches to childhood obesity prevention. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva: WHO, 2012.
- ◇ Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Indicazioni per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione, settembre 2012 ; disponibile all'indirizzo: http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/8afacbd3-04e7-4a65-9d75-cec3a38ec1aa/prot7734_12_all2.pdf (ultima consultazione novembre 2014).
- ◇ Aranceta Bartrina J. Public health and the prevention of obesity: failure or success? Nutr Hosp. 2013;28 Suppl 5:128-37. Foltz JL, May AL, Belay B, Nihiser AJ, Dooyema CA, Blanck HM. Population-level intervention strategies and examples for obesity prevention in children. Annu Rev Nutr. 2012;32:391-415.
- ◇ Wu Y, Lau BD, Bleich S, Cheskin L, Boult C, Segal JB, Wang Y. Future Research Needs for Childhood Obesity Prevention Programs: Identification of Future Research Needs From Comparative Effectiveness Review No. 115.
- ◇ Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Linee guida per l'educazione alimentare, 2015; disponibile all'indirizzo: http://www.istruzione.it/allegati/2015/MIUR_Linee_Guida_per_l'Educazione_Alimentare_2015.pdf (ultima consultazione maggio 2017).
- ◇ 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.
- ◇ Ministero della Salute. Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica, 2010; disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1248_allegato.pdf (ultima consultazione maggio 2017).
- ◇ Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. La sfida dell'obesità nella Regione europea dell'OMS e le strategie di risposta. Compendio. Geneva: WHO; 2007. Traduzione italiana curata dal Ministero della Salute e dalla Società Italiana di Nutrizione Umana, stampata nel 2008. <http://www.sinu.it/documenti/OMS%20La%20Sfida%20dell%27Obesit%C3%A0%20e%20le%20Strategie%20di%20Risposta%20CCM%20SINU.pdf> (ultima consultazione maggio 2017).
- ◇ 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 (ultima consultazione maggio 2017).

- ◇ 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. (ultima consultazione maggio 2017).

Epidemiologia della situazione nutrizionale e progressione sovrappeso/obesità

- ◇ Nardone P, Spinelli A, Buoncristiano M, Lauria L, Pizzi E, Andreozzi S e Galeone D. Il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2014. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. (Supplemento 1, al n. 3 vol. 29 del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità).
- ◇ Spinelli A, Nardone P, Buoncristiano M, Lauria L, Andreozzi S, Galeone D. (Ed.). Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: dai risultati 2012 alle azioni. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/11).
- ◇ Lombardo FL, Spinelli A, Lazzeri G, Lamberti A, Mazzarella G, Nardone P, Pilato V, Buoncristiano M, Caroli M. Severe obesity prevalence in 8- to 9-year-old Italian children: a large population-based study. Eur J Clin Nutr. 2014.
- ◇ Wijnhoven T, van Raaij J M and Breda J. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative- Implementation of round 1 (2007/2008) and round 2 (2009/2010). WHO; 2014.
- ◇ Wijnhoven TM, van Raaij JM, Sjöberg A, Eldin N, Yngve A, Kunešová M, Starc G, Rito AI, Duleva V, Hassapidou M, Martos E, Pudule I, Petrauskiene A, Sant'Angelo VF, Hovengen R, Breda J. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: School Nutrition Environment and Body Mass Index in Primary Schools. Int J Environ Res Public Health. 2014;11(11):11261-85.
- ◇ Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Starc G, Hassapidou M, Spiroski I, Rutter H, Martos É, Rito AI, Hovengen R, Pérez-Farinós N, Petrauskiene A, Eldin N, Braeckvelt L, Pudule I, Kunešová M, Breda J. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6-9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. BMC Public Health 2014; 7 (14):806.
- ◇ Rossen LM, Talih M. Social determinants of disparities in weight among US children and adolescents. Ann Epidemiol. 2014;24(10):705-713.
- ◇ Gualdi-Russo E, Zaccagni L, Manzon VS, Masotti S, Rinaldo N, Khyatti M. Obesity and physical activity in children of immigrants. Eur J Public Health. 2014;24 Suppl 1:40-6.
- ◇ Lazzeri G, Giacchi MV, Spinelli A, Pammolli A, Dalmasso P, Nardone P, Lamberti A, Cavallo F. Overweight among students aged 11-15 years and its relationship with breakfast, area of residence and parents' education: results from the Italian HBSC 2010 cross-sectional study. Nutr J. 2014;13:69.
- ◇ Ng M, Fleming T et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 Lancet. 2014;384(9945):766-81.
- ◇ Angela Spinelli, Paola Nardone, Anna Lamberti, Marta Buoncristiano, Daniela Galeone e il gruppo OKkio alla SALUTE. Obesità e sovrappeso nei bambini italiani: il sistema di sorveglianza "OKkio alla salute". Not Ist Super Sanità 2013;26(12):3-8.
- ◇ Bracale R, Milani L, Ferrara E, Balzaretto C, Valerio A, Russo V, Nisoli E, Carruba MO. Childhood obesity, overweight and underweight: a study in primary schools in Milan. Eat Weight Disord. 2013;18(2):183-91.
- ◇ 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. (Rapporti 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;11(1):2-10.

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.

IMC: curve di riferimento e studi pregressi

- ◇ Cacciari E, Milani S, Balsamo A, et al. Italian cross-sectional growth charts for height, weight and BMI (2 to 20 yr). *J. Endocrinol. Invest.* 2014;29(7):581-593.
- ◇ Gonzalez-Casanova I, Sarmiento OL, Gazmararian JA, Cunningham SA, Martorell R, Pratt M, Stein AD. Comparing three body mass index classification systems to assess overweight and obesity in children and adolescents. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;33(5):349-55.
- ◇ de Onis M, Martínez-Costa C, Núñez F, Nguefack-Tsague G, Montal A, Brines J. Association between WHO cut-offs for childhood overweight and obesity and cardiometabolic risk. *Public Health Nutr.* 2013;16(4):625-30.
- ◇ Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric Obesity* 2012; 7:284–294.
- ◇ Rolland-Cachera MF. Towards a simplified definition of childhood obesity? A focus on the extended IOTF references. *Pediatr. Obes.* 2012;7(4):259-60.
- ◇ de Onis M, Onyango A, Borghi E, Siyam A, Blössner M, Lutter C. Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards. *Public Health Nutr.* 2012;15(9):1603-10.
- ◇ Katzmarzyk PT, Shen W, Baxter-Jones A, Bell JD, Butte NF, Demerath EW, Gilsanz V, Goran MI, Hirschler V, Hu HH, Maffei C, Malina RM, Müller MJ, Pietrobelli A, Wells JC. Adiposity in children and adolescents: correlates and clinical consequences of fat stored in specific body depots. *Pediatric obesity* 2012;7(5):e42-61.
- ◇ Monasta L, Lobstein T, Cole TJ, Vigneroná J, Cattaneo A. Defining overweight and obesity in pre-school children: IOTF reference or WHO standard? *Obes Rev.* 2011;12(4):295-300.
- ◇ Rolland-Cachera MF and The European Childhood Obesity Group. Childhood obesity: current definitions and recommendations for their use. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2011; 6: 325–331.
- ◇ de Onis M, Lobstein T. Defining obesity risk status in the general childhood population: which cut-offs should we use? *Int. J. Pediatr. Obes.* 2010;5(6):458-60.

- ◇ WHO AnthroPlus for personal computers Manual: Software for assessing growth of the world's children and adolescents. Geneva: WHO, 2009.
- ◇ Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 2007; 28 (335):194.
- ◇ de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization* 2007;85:660–667.
- ◇ Kuczmarski RJ, Ogden CL, Guo SS, et al. 2000 CDC growth charts for the United States: methods and development. *Vital Health Stat* 11 2002;246:1–190.
- ◇ Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000; 320:1240-1243.
- ◇ Dietz WH, Bellizzi MC. Introduction: the use of body mass index to assess obesity in children. *Am. J. Clin. Nutr.* 1999;70(1):123S-5S.

Fattori di rischio modificabili

- ◇ Valerio G, Balsamo A, Baroni MG, Brufani C, Forziato C, Grugni G, Licenziati MR, Maffei C, Miraglia Del Giudice E, Morandi A, Pacifico L, Sartorio A, Manco M; on the behalf of the Childhood Obesity Group of the Italian Society of Pediatric Endocrinology and Diabetology.. Childhood obesity classification systems and cardiometabolic risk factors: a comparison of the Italian, World Health Organization and International Obesity Task Force references. *Ital J Pediatr.* 2017 Feb 4;43(1):19
- ◇ Lau EY, Barr-Anderson DJ, Forthofer M, Saunders RP, Pate RR. Associations Between Home Environment and After-School Physical Activity and Sedentary Time Among 6th Grade Children. *Pediatr Exerc Sci.* 2014.
- ◇ Xiao Q, Keadle SK, Hollenbeck AR, Matthews CE. Sleep Duration and Total and Cause-Specific Mortality in a Large US Cohort: Interrelationships With Physical Activity, Sedentary Behavior, and Body Mass Index. *Am J Epidemiol.* 2014;180(10):997-1006.
- ◇ Mytton OT, Nnoaham K, Eyles H, Scarborough P, Ni Mhurchu C. Systematic review and meta-analysis of the effect of increased vegetable and fruit consumption on body weight and energy intake. *BMC Public Health.* 2014;14:886.
- ◇ Appelhans BM, Fitzpatrick SL, Li H, Cail V, Waring ME, Schneider KL, Whited MC, Busch AM, Pagoto SL. The home environment and childhood obesity in low-income households: indirect effects via sleep duration and screen time. *BMC Public Health.* 2014;14:1160.
- ◇ Tandon P, Grow HM, Couch S, Glanz K, Sallis JF, Frank LD, Saelens BE. Physical and social home environment in relation to children's overall and home-based physical activity and sedentary time. *Prev Med.* 2014;66:39-44.
- ◇ Olafsdottir S, Berg C, Eiben G, Lanfer A, Reisch L, Ahrens W, Kourides Y, Molnár D, Moreno LA, Siani A, Veidebaum T, Lissner L. Young children's screen activities, sweet drink consumption and anthropometry: results from a prospective European study. *Eur J Clin Nutr.* 2014;68(2):223-8.
- ◇ Stamatakis E, Coombs N, Jago R, Gama A, Mourão I, Nogueira H, Rosado V, Padez C. Associations between indicators of screen time and adiposity indices in Portuguese children. *Prev Med.* 2013;56(5):299-303.
- ◇ Pate RR, O'Neill JR, Liese AD, Janz KF, Granberg EM, Colabianchi N, Harsha DW, Condrasky MM, O'Neil PM, Lau EY, Taverno Ross SE. Factors associated with development of excessive fatness in children and adolescents: a review of prospective studies. *Obes Rev.* 2013;14(8):645-58.

- ◇ Morgan RE. Does consumption of high-fructose corn syrup beverages cause obesity in children? *Pediatr Obes.* 2013;8(4):249-54.
- ◇ Fakhouri TH, Hughes JP, Brody DJ, Kit BK, Ogden CL. Physical activity and screen-time viewing among elementary school-aged children in the United States from 2009 to 2010. *JAMA Pediatr.* 2013;167(3):223-9.
- ◇ Te Morenga L, Mallard S, Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ.* 2012;346:e7492.
- ◇ Davis CL, Pollock NK, Waller JL, Allison JD, Dennis BA, Bassali R, Meléndez A, Boyle CA, Gower BA. Exercise dose and diabetes risk in overweight and obese children: a randomized controlled trial. *JAMA* 2012;308(11):1103-12.
- ◇ 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. (Rapporti ISTISAN 12/42).
- ◇ Hooper L, Abdelhamid A, Moore HJ, Douthwaite W, Skeaff CM, Summerbell CD. Effect of reducing total fat intake on body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ.* 2012;345:e7666.
- ◇ Kral TV, Rauh EM. Eating behaviors of children in the context of their family environment. *Physiol Behav.* 2010;100(5):567-73.

Interventi e linee guida per l'azione

- ◇ Valerio G, Cunti A, Sabatano F, Pasolini O, Iannone L. Guida alla attività fisica per la salute per i docenti della scuola primaria. 2012; disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/obesita/pdf/guida%20attivit%C3%A0%20fisica%20per%20la%20salute.pdf> (ultima consultazione maggio 2017)
- ◇ Martin A, Saunders DH, Shenkin SD, Sproule J. Lifestyle intervention for improving school achievement in overweight or obese children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Mar 14;3:CD009728.
- ◇ Kovács E, Siani A, Konstabel K, Hadjigeorgiou C, de Bourdeaudhuij I, Eiben G, Lissner L, Gwozdz W, Reisch L, Pala V, Moreno LA, Pigeot I, Pohlabeln H, Ahrens W, Molnár D; IDEFICS consortium. Adherence to the obesity-related lifestyle intervention targets in the IDEFICS study. *Int J Obes (Lond).* 2014;38 Suppl 2:S144-51.
- ◇ Guerra PH, Nobre MR, da Silveira JA, Taddei JA. School-based physical activity and nutritional education interventions on body mass index: a meta-analysis of randomised community trials - project PANE. *Prev Med.* 2014;61:81-9.
- ◇ Dobbins M, Husson H, DeCorby K, LaRocca RL. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013.
- ◇ Fairclough SJ, Hackett AF, Davies IG, Gobbi R, Mackintosh KA, Warburton GL, Stratton G, van Sluijs EM, Boddy LM. Promoting healthy weight in primary school children through physical activity and nutrition education: a pragmatic evaluation of the CHANGE! randomised intervention study. *BMC Public Health.* 2013;13:626.
- ◇ Moss A, Smith S, Null D, Long Roth S, Tragoudas U. Farm to School and Nutrition Education: Positively Affecting Elementary School-Aged Children's Nutrition Knowledge and Consumption Behavior. *Child Obes.* 2013;9(1):51-6.
- ◇ Silveira JA, Taddei JA, Guerra PH, Nobre MR. The effect of participation in school-based nutrition education interventions on body mass index: a meta-analysis of randomized controlled community trials. *Prev Med.* 2013;56(3-4):237-43.

- ◇ Wright K, Giger JN, Norris K, Suro Z. Impact of a nurse-directed, coordinated school health program to enhance physical activity behaviors and reduce body mass index among minority children: a parallel-group, randomized control trial. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(6):727-37.
- ◇ Mostafavi R, Ziaee V, Akbari H, Haji-Hosseini S. The Effects of SPARK Physical Education Program on Fundamental Motor Skills in 4-6 Year-Old Children. *Iran J Pediatr*. 2013;23(2):216-9.
- ◇ Breslin G, Brennan D, Rafferty R, Gallagher AM, Hanna D. The effect of a healthy lifestyle programme on 8-9 year olds from social disadvantage. *Arch Dis Child*. 2012;97(7):618-24.
- ◇ van Grieken A, Ezendam NP, Paulis WD, van der Wouden JC, Raat H. Primary prevention of overweight in children and adolescents: a meta-analysis of the effectiveness of interventions aiming to decrease sedentary behaviour. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2012;9:61.
- ◇ Brandstetter S, Klenk J, Berg S, Galm C, Fritz M, Peter R, Prokopchuk D, Steiner RP, Wartha O, Steinacker J, Wabitsch M. Overweight prevention implemented by primary school teachers: a randomised controlled trial. *Obes Facts*. 2012;5(1):1-11.
- ◇ Hendrie GA, Brindal E, Corsini N, Gardner C, Baird D, Golley RK. Combined home and school obesity prevention interventions for children: what behavior change strategies and intervention characteristics are associated with effectiveness? *Health Educ Behav*. 2012;39(2):159-71.
- ◇ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). School health guidelines to promote healthy eating and physical activity. *MMWR Recomm Rep*. 2011;60(RR-5):1-76.
- ◇ Plachta-Danielzik S, Landsberg B, Lange D, Langn se K, M ller MJ. [15 years of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). Results and its importance for obesity prevention in children and adolescents]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2011;54(3):304-12.
- ◇ Van Cauwenberghe E, Maes L, Spittaels H, van Lenthe FJ, Brug J, Oppert JM, De Bourdeaudhuij I. Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: systematic review of published and 'grey' literature. *Br J Nutr*. 2010;103(6):781-97.
- ◇ Taylor RW, McAuley KA, Barbezat W, Strong A, Williams SM, Mann JI. APPLE Project: 2-y findings of a community-based obesity prevention program in primary school age children. *Am J Clin Nutr*. 2007;86(3):735-42.

Incidenti domestici:

- ◇ ISTAT. La vita quotidiana. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/archivio/66990> (ultima consultazione maggio 2017).
- ◇ Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA). Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/casa/?lang=1&id=144&tipo=11> (ultima consultazione maggio 2017).

Consumo del sale iodato:

- ◇ Campanozzi A, Avallone S, Barbato A, Iacone R, Russo O, De Filippo G, D'Angelo G, Pensabene L, Malamisura B, Cecere G, Micillo M, Francavilla R, Tetro A, Lombardi G, Tonelli L, Castellucci G, Ferraro L, Di Biase R, Lezo A, Salvatore S, Paoletti S, Siani A, Galeone D, Strazzullo P; MINISAL-GIRCSI Program Study Group. High sodium and low

potassium intake among Italian children: relationship with age, body mass and blood pressure. PLoS One 2015;10(4)

- ◇ Patel D, Cogswell ME, John K, Creel S, Ayala C. Knowledge, Attitudes, and Behaviors Related to Sodium Intake and Reduction Among Adult Consumers in the United States. Am J Health Promot 2015
- ◇ He FJ, Wu Y, Feng XX, Ma J, Ma Y, Wang H, Zhang J, Yuan J, Lin CP, Nowson C, MacGregor GA. School based education programme to reduce salt intake in children and their families (School-EduSalt): cluster randomised controlled trial. BMJ 2015;350:h770
- ◇ Girardet JP, Rieu D, Bocquet A, Bresson JL, Briend A, Chouraqui JP, Darmaun D, Dupont C, Frelut ML, Hankard R, Goulet O, Simeoni U, Turck D, Vidailhet M; Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. [Salt intake in children]. Arch Pediatr 2014;21(5):521-8.
- ◇ Cappuccio F, Capewell S, Lincoln P, et al. Policy options to reduce population salt intake. BMJ 2011;343:1-8
- ◇ World Health Organization. Reducing salt intake in populations. In: WHO Forum and Technical Meeting, Paris, 5-7 October 2006. Geneva: World Health Organization; 2007

Allattamento:

- ◇ Jarpa MC, Cerda LJ, Terrazas MC, Cano CC. Breastfeeding as a protective factor against overweight and obesity among pre-school children. Rev Chil Pediatr 2015;86(1):32-7
- ◇ Pudla KJ, González-Chica DA, Vasconcelos Fde A. Effect of breastfeeding on obesity of schoolchildren: influence of maternal education. Rev Paul Pediatr 2015;33(3):295-302
- ◇ van der Willik EM, Vrijkotte TG, Altenburg TM, Gademan MG, Kist-van Holthe J. Exclusively breastfed overweight infants are at the same risk of childhood overweight as formula fed overweight infants. Arch Dis Child 2015;100(10):932-7
- ◇ Scott JA, Ng SY, Cobiac L. The relationship between breastfeeding and weight status in a national sample of Australian children and adolescents. BMC Public Health 2012;12:107
- ◇ Aguilar Cordero MJ, Sánchez López AM, Madrid Baños N, Mur Villar N, Expósito Ruiz M, Hermoso Rodríguez E. Breastfeeding for the prevention of overweight and obesity in children and teenagers; systematic review. Nutr Hosp 2014;31(2):606-20
- ◇ Moss BG, Yeaton WH. Early childhood healthy and obese weight status: potentially protective benefits of breastfeeding and delaying solid foods. Matern Child Health J 2014;18(5):1224-32

Taglio cesareo:

- ◇ Blustein J, Liu J. Time to consider the risks of caesarean delivery for long term child health. BMJ 2015;350
- ◇ Carrillo-Larco RM, Miranda JJ, Bernabé-Ortiz A. Delivery by caesarean section and risk of childhood obesity: analysis of a Peruvian prospective cohort. PeerJ 2015;3:e1046
- ◇ Pei Z, Heinrich J, Fuertes E, Flexeder C, Hoffmann B, Lehmann I, Schaaf B, von Berg A, Koletzko S; Influences of Lifestyle-Related Factors on the Immune System and the Development of Allergies in Childhood plus Air Pollution and Genetics (LISApplus) Study Group. Caesarean delivery and risk of childhood obesity. J Pediatr 2014;164(5):1068-1073
- ◇ Salehi-Abargouei A, Shiranian A, Ehsani S, Surkan PJ, Esmailzadeh A. Caesarean delivery is associated with childhood general obesity but not abdominal obesity in Iranian elementary school children. Acta Paediatr. 2014;103(9):e383-7

- ◇ Li HT, Zhou YB, Liu JM. The impact of cesarean section on offspring overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Int J Obes (Lond)* 2013;37(7):893-9
- ◇ Flemming K, Woolcott CG, Allen AC, Veugelers PJ, Kuhle S. The association between caesarean section and childhood obesity revisited: a cohort study. *Arch Dis Child* 2013;98(7):526-32
- ◇ Goldani MZ, Barbieri MA, da Silva AA, Gutierrez MR, Bettiol H, Goldani HA. Cesarean section and increased body mass index in school children: two cohort studies from distinct socioeconomic background areas in Brazil. *Nutr J.* 2013;12:104

Status socio-econimico:

- ◇ Petrauskienė A, Žaltauskė V, Albavičiūtė E. Family socioeconomic status and nutrition habits of 7-8 year old children: cross-sectional Lithuanian COSI study. *Ital J Pediatr.* 2015;41(1):34
- ◇ Shrewsbury V, Wardle J. Socioeconomic status and adiposity in childhood: a systematic review of cross-sectional studies 1990-2005. *Obesity (Silver Spring)*. 2008;16(2):275-84
- ◇ ISTAT. Indicatore sintetico di deprivazione. Disponibile all'indirizzo: http://noi-italia2015.istat.it/index.php?id=7&user_100ind_pi1%5Bid_pagina%5D=107&cHash=3800d68643df55f949571ef09e9e2a33 (ultima consultazione maggio 2017).

