



OKkio alla SALUTE

**Risultati
dell'indagine 2023**

ASL CN1



OKkio alla SALUTE è un sistema di sorveglianza nazionale istituito presso l'Istituto
Superiore di Sanità (DPCM del 3 marzo 2017, Gazzetta Ufficiale della Repubblica
Italiana del 12 maggio 2017)

A cura di:

Nome Cognome del referente aziendale, Nome Cognome di collaboratori che hanno partecipato alla creazione del report...

Hanno contribuito alla realizzazione della raccolta dati 2023

- il gruppo di coordinamento nazionale:

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

- il comitato tecnico della sorveglianza:

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

-a livello regionale:

Regione Piemonte

Marcello Caputo (referente regionale) Monica Bonifetto, Silvia Cardetti, Bartolomeo Griglio (Dirigente settore regionale)

Ufficio Scolastico Regionale

Laura Bergonzi (Dirigente Ufficio IV), Tiziana Catenazzo (Dirigente Tecnica USR Piemonte), Maria Chiara Grigiane (docente referente inclusione USR Piemonte)

- a livello aziendale:

Referenti e operatori

Asl Cn1 Pietro Luigi Devalle (referente), Marcello Caputo, Massimo Di Lisa, Paola Rapalino, Maria Elena Sacchi, Daniela Giordano, Rosanna Brondino, Silvia Cardetti

Un ringraziamento particolare ai dirigenti scolastici e agli insegnanti: il loro contributo è stato determinante per la buona riuscita della raccolta dei dati qui presentati.

Un ringraziamento alle famiglie e agli alunni che hanno preso parte all'iniziativa, permettendo così di comprendere meglio la situazione dei bambini della nostra ASL.

Copia del volume può essere scaricata da:

www.aslcn1.it

Sito internet di riferimento per lo studio:

www.epicentro.iss.it/okkioallasalute

Indice

Indice	4
Prefazione	Errore. Il segnalibro non è definito.
Introduzione	5
Metodologia	6
Descrizione della popolazione	8
Lo stato ponderale.....	11
Le abitudini alimentari.....	17
L'attività fisica	24
Le attività sedentarie	31
La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini	34
L'ambiente scolastico e il suo ruolo nella promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica	38
Conclusioni generali	50
Bibliografia essenziale	52

Introduzione

Il sovrappeso e l'obesità sono un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie cronico-degenerative e una sfida prioritaria per la sanità pubblica.

Per comprendere la dimensione del fenomeno nei bambini e i comportamenti associati, a partire dal 2007, il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato lo sviluppo del sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE, coordinato dal Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità e condotto in collaborazione con le Regioni e il Ministero dell'Istruzione e del Merito.

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

Da Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPCM del 3 marzo 2017, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 12 maggio 2017), OKkio alla SALUTE è ufficialmente inserito tra i sistemi e i registri di rilevanza nazionale ed è istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità.

OKkio alla SALUTE descrive la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, degli stili alimentari, dell'abitudine all'esercizio fisico dei bambini della III classe primaria e delle attività scolastiche che possono favorire la sana nutrizione e il movimento.

Ad oggi, a livello nazionale, sono state effettuate sette raccolte dati (2008-9, 2010, 2012, 2014, 2016, 2019, 2023) ognuna delle quali ha coinvolto oltre 40.000 bambini e genitori e 2.000 scuole.

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

■ ■ ■ Metodologia

OKkio alla SALUTE è una sorveglianza di popolazione basata su indagini epidemiologiche ripetute a cadenza regolare, su campioni rappresentativi della popolazione in studio. Pertanto è orientata alla raccolta di poche informazioni principalmente su fattori di rischio modificabili, mediante l'utilizzo di strumenti e procedure semplici, accettabili da operatori e cittadini e sostenibili nel tempo.

■ ■ ■ Popolazione in studio e setting di rilevazione

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

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

■ ■ ■ Modalità di campionamento

Il metodo di campionamento è "a grappolo", cioè le classi ("grappoli" o "*cluster*") sono estratte casualmente dalle liste di campionamento predisposte dagli Uffici Scolastici su base regionale o di ASL e tutti i bambini della classe sono inclusi. Per ciascuna scuola la probabilità di veder estratte le proprie classi è proporzionale al numero degli alunni iscritti (metodo della *probability proportional to size*).

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

■ ■ ■ Strumenti e procedure di raccolta dati

Nel 2008 è stata sviluppata la prima versione dei 4 questionari di OKkio alla SALUTE. Negli anni successivi alcune domande del questionario sono state cambiate e sono stati aggiunti ulteriori quesiti a seguito di richieste del Ministero della Salute, del Comitato Tecnico della Sorveglianza e della Childhood Obesity Surveillance Initiative dell'OMS Europa (COSI). I quattro questionari utilizzati per rilevare le informazioni sono: il questionario per i bambini da somministrare in aula, il questionario per i genitori da compilare a casa e due destinati rispettivamente agli insegnanti e ai dirigenti scolastici.

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

Inoltre i bambini sono stati misurati (peso e statura) da operatori locali formati utilizzando bilance e stadiometri standardizzati e di elevata precisione. In caso di esplicito rifiuto dei genitori, il questionario non è stato somministrato e i bambini non sono stati misurati. Non è stata prevista alcuna forma di recupero dei dati riguardanti i bambini assenti, né di sostituzione dei bambini con rifiuto.

Per stimare la prevalenza di sovrappeso e obesità è stato utilizzato l'Indice di Massa Corporea (IMC), ottenuto come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi al netto della tara dei vestiti e il quadrato dell'altezza espressa in metri. Per la definizione del sottopeso, normopeso, sovrappeso, obeso e gravemente obeso si sono utilizzati i valori soglia per l'IMC desunti da Cole et al., come consigliato dalla International Obesity Task Force (IOTF). Nell'analisi dei dati sono stati considerati sottopeso i bambini con un valore di IMC uguale o inferiore a 17 in età adulta ed è stato possibile, inoltre, calcolare la quota di bambini gravemente obesi, ovvero con un valore di IMC in età adulta pari o superiore a 35 (Cole et al., 2012).

Le domande rivolte ai genitori hanno indagato alcune abitudini dei propri figli quali: l'attività fisica, i comportamenti sedentari, gli alimenti consumati, la percezione dello stato nutrizionale e del livello di attività motoria.

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

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

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

Analisi dei dati

L'analisi dei dati è stata finalizzata alla stima delle prevalenze delle variabili rilevate. Per alcune di queste, in particolare per quelle che sono soggette a confronti temporali successivi o con altre realtà territoriali (Regioni o ASL), sono stati calcolati anche gli intervalli di confidenza al 95%. In qualche caso, al fine di identificare differenze sono stati calcolati dei rapporti di prevalenza e realizzati dei test statistici. Nel presente rapporto, dove opportuno, viene indicato se le differenze osservate tra le rilevazioni sono o non sono statisticamente significative. Data la ridotta numerosità del campione aziendale, rispetto a quello nazionale o regionale, e di conseguenza intervalli di confidenza generalmente più ampi, è necessaria la massima cautela nell'interpretare e commentare i confronti negli anni dei dati al fine di evitare conclusioni errate. Questa annotazione vale in particolar modo per i risultati relativi all'ambiente scolastico, in cui il campione è di circa 20-30 scuole per ASL.

Le analisi sono state effettuate usando il software Stata vers.14.2.

Descrizione della popolazione

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

Nella nostra ASL hanno partecipato all'indagine il 100% delle scuole e il 100% delle classi sui 25 plessi scolastici e sulle 27 classi rispettivamente campionate.

Distribuzione delle classi per tipologia di comune di appartenenza ASL CN1 – OKkio 2023 (N=27 classi)

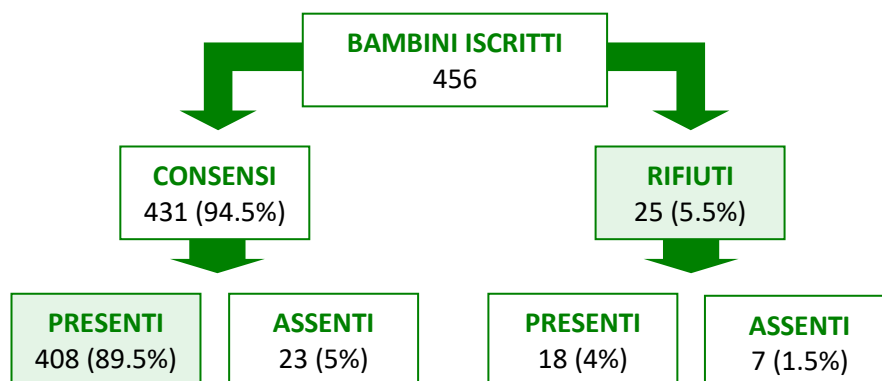
ZONA ABITATIVA	N	%
≤ 10.000 abitanti	17	63
Da 10.000 a più di 50.000 abitanti	7	26
> 50.000 abitanti (non metropolitana)	3	11

- Le scuole e le classi partecipanti si trovano in comuni con una popolazione inferiore o uguale a 10.000 abitanti.
- Per la classificazione della tipologia dei comuni si è seguito il sistema adottato dall'Istat.

Partecipazione dei bambini e delle famiglie allo studio

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

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



- Il 6% dei genitori ha rifiutato la misurazione dei propri figli. Questo valore è superiore a quello delle precedenti rilevazioni (3% circa): tale aumento potrebbe essere dovuto all'adozione di una diversa modalità di raccolta del consenso, che nel 2023 prevedeva l'assenso di entrambi i genitori per poter includere il bambino nell'indagine. La quota di mancanti consensi dell'ASL CN1 è comunque inferiore a quella regionale (9,5%) e nazionale (9,2%) e testimonia della presenza della collaborazione esistente tra ASL e scuola e di una buona gestione della comunicazione fra scuola e genitori.
- Nella giornata della misurazione erano assenti 30 bambini pari al 6.5% del totale di quelli iscritti. La bassa percentuale di assenti tra i consensi rassicura, al pari del favorevole dato sui rifiuti, sull'attiva partecipazione dei bambini e dei genitori.
- I bambini ai quali è stato possibile somministrare il questionario e di cui sono stati rilevati peso e statura sono stati quindi 408 ovvero l'89.5% degli iscritti negli elenchi delle classi. L'alta percentuale di partecipazione assicura una rappresentatività del campione soddisfacente.
- Hanno risposto al questionario dei genitori 430 delle famiglie dei 456 bambini iscritti (94%).

■ ■ ■ Bambini partecipanti: quali le loro caratteristiche?

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

Età e sesso dei bambini - ASL CN1- OKkio 2023

ETÀ	N	%	SESSO	N	%
8 anni	229	57	Maschi	196	49
9 anni	167	42	Femmine	204	51
≥ 10	3	1			

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

■ ■ ■ Genitori partecipanti: chi sono e cosa fanno?

La scolarità dei genitori, usata come indicatore socioeconomico della famiglia, è associata in molti studi allo stato di salute del bambino. Il questionario è stato compilato più spesso dalla madre del bambino (87.4%), meno frequentemente dal padre (12.4%) o da altra persona (0,2%). 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 (50%) o laurea (26%).
- I padri che hanno un titolo di scuola superiore sono il 44% e la laurea il 13%.
- Il 21% delle madri e il 25% dei padri sono di nazionalità straniera.

- Il 39% delle madri lavora a tempo pieno.

Con il reddito a disposizione della famiglia, il 26% dei rispondenti dichiara di arrivare a fine mese con qualche difficoltà e il 4% dichiara di arrivarci con molte difficoltà.

Livello di istruzione, occupazione e nazionalità della madre e del padre ASL CN1 – OKkio 2023

CARATTERISTICHE	MADRE		PADRE	
	N	%	N	%
Grado di istruzione				
Nessuna, elementare, media	99	23.8	174	42.6
Diploma superiore	208	50	180	44.1
Laurea	109	26.2	54	13.2
Nazionalità				
Italiana	329	78.9	315	74.6
Straniera	88	21.1	107	25.4
Lavoro*				
Tempo pieno	144	38.6	-	-
Part time	138	37	-	-
Nessuno	91	24.4	-	-

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

Inoltre, attraverso il questionario dei genitori, sono state raccolte informazioni circa la composizione del nucleo familiare.

Tipologia di famiglia (%) - ASL CN1 – OKkio 2023

TIPOLOGIA DI FAMIGLIA	%
Madre e padre (no altri adulti)	63.9
Solo madre	8.3
Solo padre	1.4
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	1.4
Madre e/o padre con nonni o altri	19.3
Altra sistemazione	5.7
Totale	100

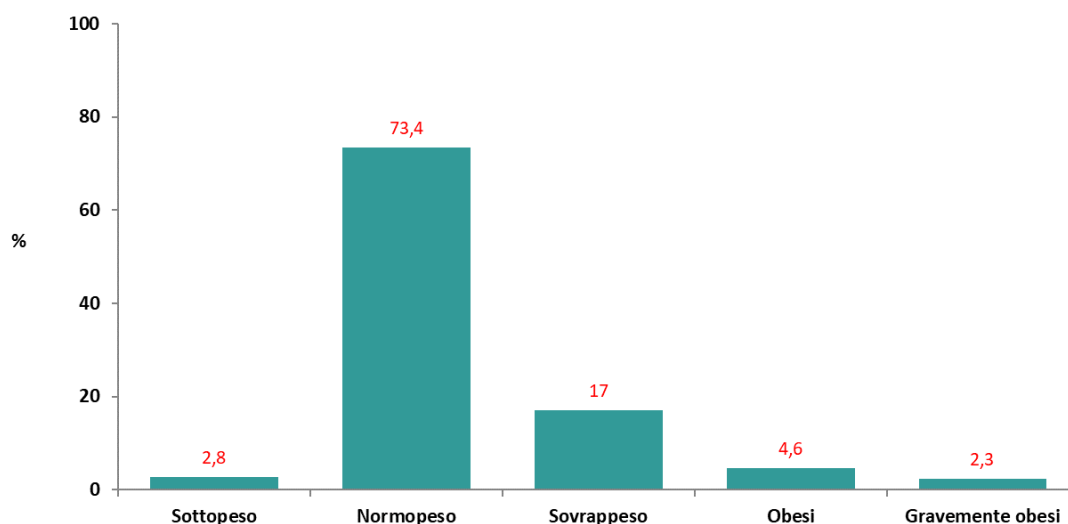
Lo stato ponderale

L'obesità ed il sovrappeso in età evolutiva possono favorire lo sviluppo di gravi patologie quali le malattie cardio-cerebro-vascolari, diabete tipo 2 ed alcuni tumori. Negli ultimi 30 anni la prevalenza dell'obesità nei bambini è drasticamente aumentata e, sebbene da qualche anno in alcuni Paesi si assiste ad una fase di plateau, i valori sono ancora molto elevati.

Quanti sono i bambini in sovrappeso o obesi?

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

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

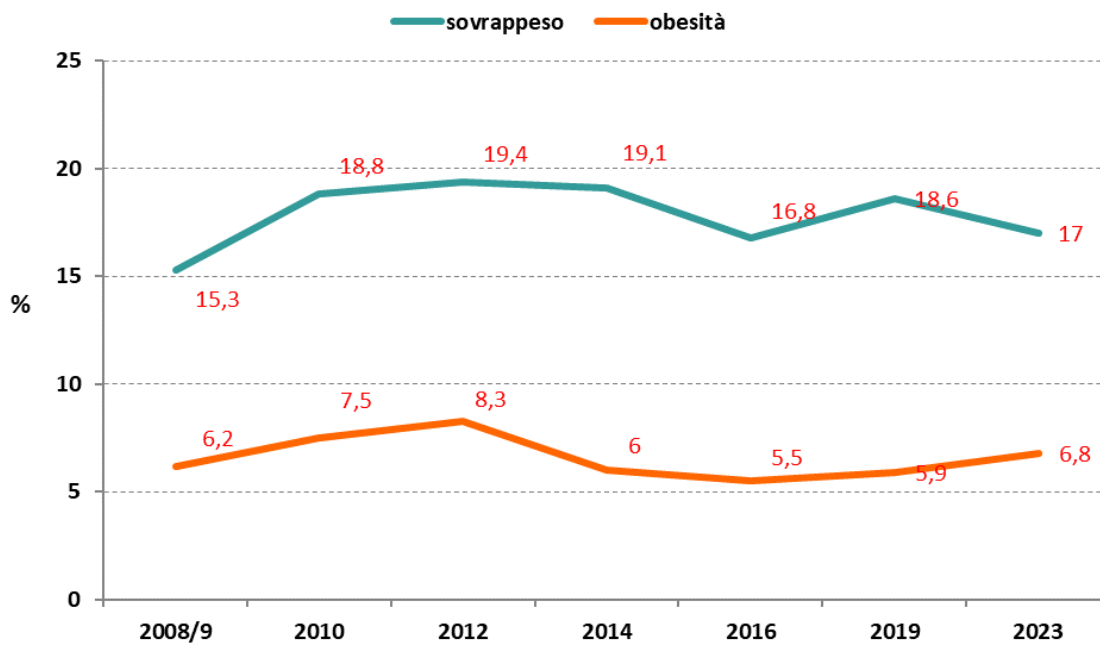


- Tra i bambini della nostra ASL l'2.3% (IC95% 1.1%-4.9%) risulta in condizioni di obesità grave, il 4.6% risulta obeso (IC95% 2.7%-7.5%), il 17% sovrappeso (IC95% 13.3%-21.4%), il 73.4% normopeso (IC95% 68.7%-77.7%) e lo 2.8% sottopeso (IC95% 1.5%-5.2%).
- Complessivamente il 23.8% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità.

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

Rispetto alle precedenti rilevazioni nella nostra ASL si assiste ad una sostanziale stabilità rispetto agli anni precedenti della prevalenza di bambini in sovrappeso e obesi.

Trend aziendale sovrappeso e obesità, ASL CN1, OKkio alla SALUTE



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

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

Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni per caratteristiche demografiche del bambino e della madre (%) – ASL CN1 – OKkio 2023

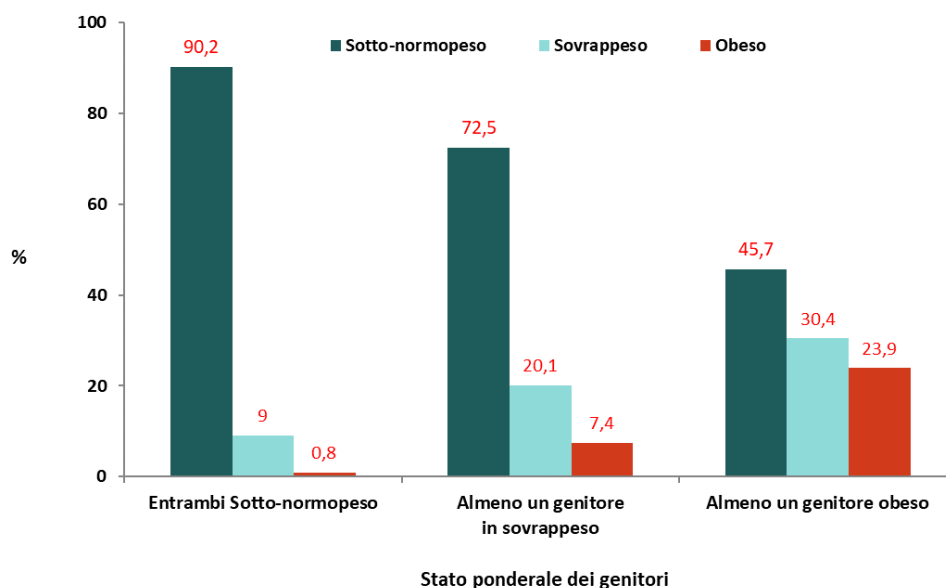
CARATTERISTICHE	NORMO/SOTTOPESO	SOVRAPPESO	OBESO
Età			
8 anni	74.6	18.9	6.6
9 anni	78.4	14.4	7.2
Sesso*			
Maschi	81	12.3	6.7
Femmine	71.5	21.5	7
Zona abitativa			
<10.000 abitanti	74.4	17.5	8.1
10.000-50.000	82.1	14.2	3.8
>50.000	72.1	20.9	7

Istruzione della madre			
Nessuna, elementare, media	66.7	25.8	7.5
Superiore	78	15.1	7
Laurea	81.6	12.6	5.8

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

- Nella ASL, le prevalenze di obesità e di sovrappeso sono simili tra i bambini di 8 e 9 anni, ma le femmine risultano maggiormente in eccesso ponderale.
- Il rischio di eccesso di peso diminuisce con il crescere della scolarità della madre, per il sovrappeso da 26% per titolo di scuola elementare o media, a 13% per la laurea e per l'obesità da 7,5% a 6%.

Stato ponderale dei bambini rispetto a quello dei genitori.



- Dai dati autoriferiti dai genitori emerge che, nella nostra ASL, il 23% delle madri è in sovrappeso e il 7% è obeso; i padri, invece, sono nel 47% sovrappeso e 7% obesi.
- Quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso il 20% dei bambini risulta in sovrappeso e il 7% obeso. Quando almeno un genitore è obeso il 30% dei bambini è in sovrappeso e il 24% obeso.

Nei giorni di scuola quante ore dormono i bambini?

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

Ore di sonno dei bambini, ASL CN1, OKkio alla SALUTE 2023

ORE E MINUTI	%
< 9 ORE	8
9 ore – 9 ore e 29 minuti	32
9 ore e 30 minuti – 9 ore e 59 minuti	37
≥10 ore	23

L'8% dei bambini dorme meno di 9 ore. A livello nazionale questo dato è stato pari al 13%.

- Nella nostra ASL non si evidenziano differenze significative nella percentuale di bambini sovrappeso e obesi nelle ore di sonno.

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

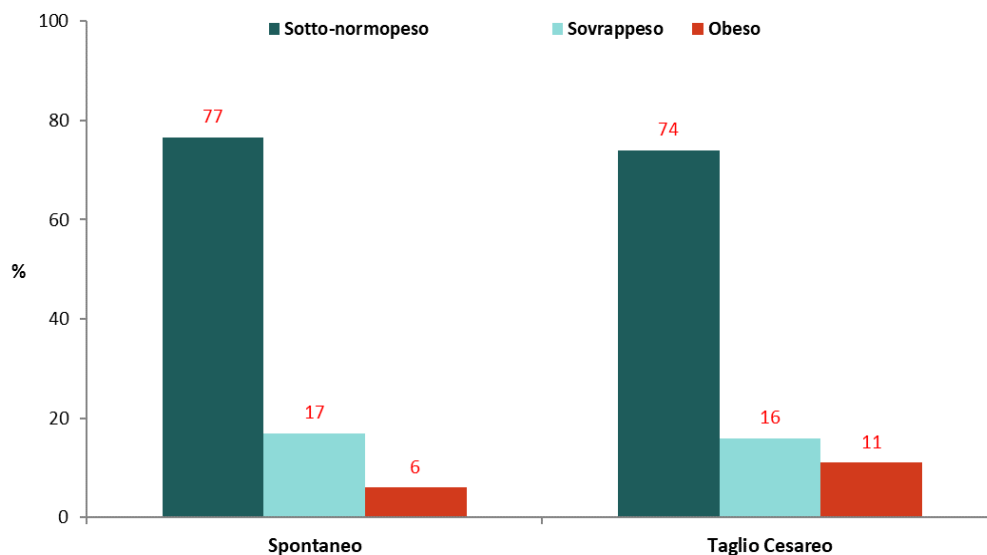
Tra i fattori che vengono indicati in letteratura come potenzialmente associati allo stato ponderale del bambino ve ne sono alcuni che riguardano il parto e i primi mesi di vita. Per tale motivo dal 2016, nel questionario rivolto ai genitori, sono state inserite alcune domande per rilevare, con riferimento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

CARATTERISTICA ALLA NASCITA	MODALITÀ	VALORE AZIENDALE 2023	VALORE NAZIONALE 2023
Tipo di parto	Taglio Cesareo	21.7%	38%
Settimana gestazionale	<37	4.3%	7%
	<33	0.5%	2%
Peso alla nascita (in grammi)	< 2500	7.5%	9%
	2500-3300	49.6%	47%
	3300-4000	36.2%	37%
	≥4000	6.7%	7%
Allattamento al seno	Mai/<1 mese	24.4%	28%
	1-6 mesi	23.9%	26%
	>6 mesi	51.7%	46%

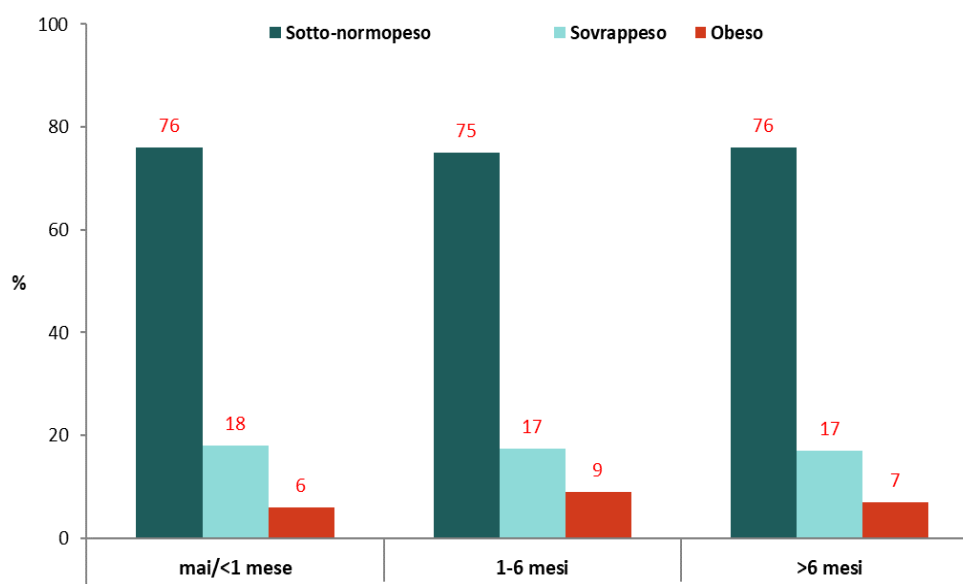
Nei grafici seguenti si riporta lo stato ponderale dei bambini per tipo di parto e per durata dell'allattamento al seno. Sia il tipo di parto che l'allattamento al seno non appaiono associati con lo stato ponderale del bambino

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

Stato ponderale dei bambini per tipologia del parto



Stato ponderale dei bambini per durata allattamento al seno



Inoltre, tra i bambini con peso alla nascita inferiore ai 2500 gr il 18% è risultato sovrappeso e il 4% obeso mentre tra i bambini con peso alla nascita ≥ 4000 gr, i valori sono risultati rispettivamente 19% e 12%.

Per un confronto

	Valori aziendali (%)							VALORE REGIONALE (%)	VALORE NAZIONALE (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2023	2023	2023
Prevalenza di bambini sotto-normopeso	78.5	73.7	72.3	74.8	77.7	75.5	76.2	75.3	71,1
Prevalenza di bambini sovrappeso	15.3	18.8	19.4	19.1	16.8	18.6	17	16.9	19
Prevalenza di bambini obesi	6.2	7.5	8.3	6	5.5	5.9	6.8	7.8	9,8
Prevalenza di bambini sovrappeso e obesi	21.5	26.3	27.7	25.2	22.3	24.5	23.8	24.7	28,8

Conclusioni

In questa settima rilevazione si riduce leggermente la prevalenza di bambini in eccesso ponderale; tale riduzione è dovuta soprattutto a una diminuzione dei bambini in sovrappeso, mentre al contrario, la percentuale di bambini obesi è cresciuta leggermente.

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

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

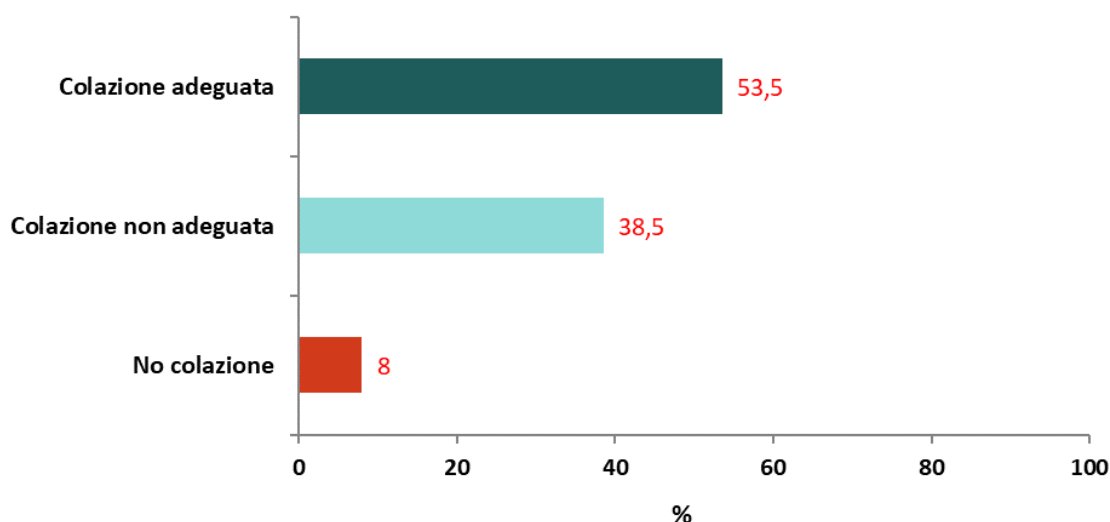
Le abitudini alimentari

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

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

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

Adeguatezza della colazione consumata dai bambini (%)



- Da quanto riportato dai bambini sulla colazione effettuata il giorno della rilevazione, nella nostra ASL il 53.5% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata.
- L'8% non fa colazione (più le bambine rispetto ai bambini, 9.4% versus 6.6%)* e il 38.5% non la fa qualitativamente adeguata.
- Non ci sono differenze significative nella prevalenza del non fare colazione nei bambini di madri con differente titolo di studio.

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

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

Frequenza della colazione in una settimana tipica (%)

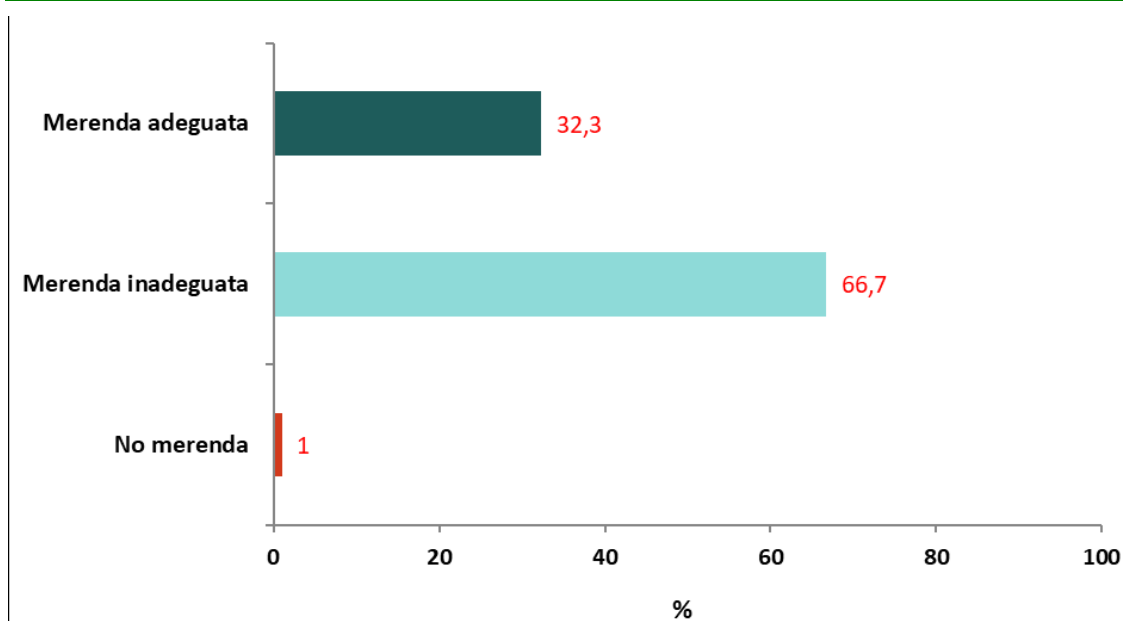
FREQUENZA	%
Ogni giorno	74.2
Quasi tutti i giorni della settimana (4-6 giorni)	9.6
Qualche giorno a settimana (1-3 giorni)	12.4
Mai	3.8

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

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

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

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

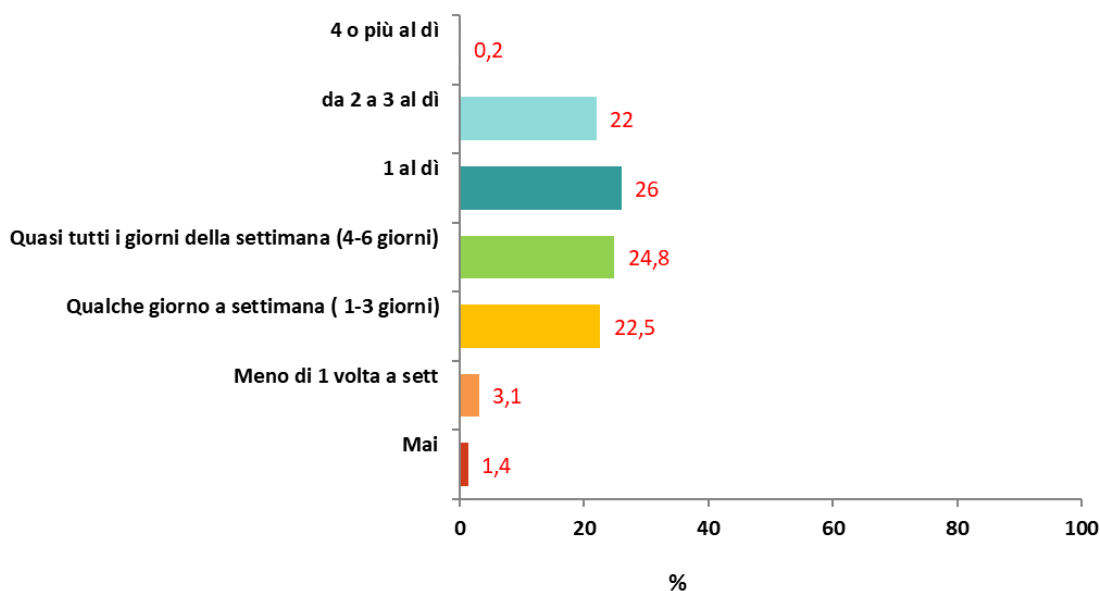


- Nel 22% delle classi è stata distribuita una merenda di metà mattina
- Solo un terzo dei bambini (32,3%) consuma una merenda adeguata di metà mattina
- La maggior parte dei bambini (66,7%) la fa inadeguata e l'1% non la fa.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino e per livello di istruzione della madre.

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

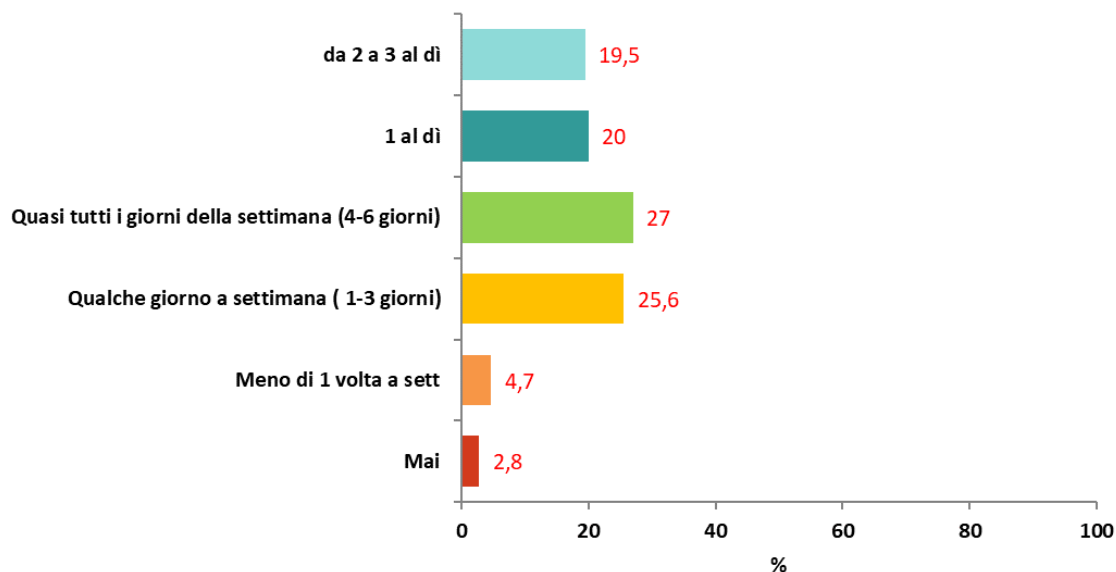
Le linee guida sulla sana alimentazione prevedono l'assunzione di almeno cinque porzioni al giorno di frutta o verdura. Il consumo di frutta e verdura nell'arco della giornata garantisce un adeguato apporto di fibre e sali minerali e consente di limitare la quantità di calorie introdotte.

Consumo di frutta nell'arco della settimana (%)



- Nella nostra ASL, i genitori riferiscono meno di un quarto dei bambini (22%) consuma la **frutta** 2-3 volte al giorno e il 26% una sola volta al giorno.
- Il 4.5% dei bambini mangia frutta meno di una volta a settimana o mai.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino. Il consumo di frutta aumenta all'aumentare livello di istruzione della madre.

Consumo di verdura nell'arco della settimana (%)



- Nella nostra ASL, i genitori riferiscono che il 19.5% dei bambini consuma **verdura** 2-3 al giorno; il 20% una sola volta al giorno.
- Il 7,5% dei bambini consuma verdura meno di una volta a settimana o mai.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino. Il consumo di verdura è lievemente maggiore nei bambini le cui madri hanno un livello di istruzione più alto.
- Il 50% dei bambini consuma almeno due volte al giorno frutta e/o verdura.

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

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

ASL CN1, OKkio alla SALUTE 2023

FREQUENZA DI CONSUMO	SUCCHI DI FRUTTA 100% FRUTTA	BIBITE CONF. CONTENENTI ZUCCHERO (tè, aranciata, cola, succhi di frutta, ecc.)	BIBITE CONF. A RIDOTTO CONTENUTO DI ZUCCHERO (cola light/zero, ecc.)	LEGUMI	SNACK SALATI (patatine, pop corn, noccioline, ecc.)	SNACK DOLCI (merendine, biscotti, caramelle, torte, ecc.)
Mai	17,9%	15.5%	63.5%	16.3%	9.8%	2.4%
meno di una volta a settimana	27.1%	40.9%	27.3%	30.5%	41.2%	11%
qualche giorno (1-3 giorni)	36.9%	30.4%	7.3%	47.3%	39.3%	32.6%
quasi tutti i giorni (4-6 giorni)	9.9%	8.5%	0.9%	4.4%	6.6%	30.5%
una volta al giorno tutti i giorni	5.4%	2.8%	0.9%	1%	2.6%	19%
più volte al giorno tutti i giorni	2.8%	1.9%	0%	0.5%	0.5%	4.5%

- Nella nostra ASL il 8.5% dei bambini assume bevande zuccherate confezionate contenenti zucchero quasi tutti i giorni e il 5% tutti i giorni, anche più volte al giorno.
- Il 46.8% dei bambini consuma i legumi o meno di una volta a settimana o mai.
- Il consumo di snack "tutti i giorni", in alcuni casi anche più volte al giorno, è rispettivamente del 3% per gli snack salati e del 24% per gli snack dolci.
- Non vi è differenza fra maschi e femmine per le diverse categorie di alimenti; la prevalenza di consumo di snack salati diminuisce con il crescere della scolarità della madre.

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

L'abitudine di lavarsi i denti è essenziale per la prevenzione della carie dentale e dell'igiene del cavo orale. Il 86.5% dei bambini della nostra ASL ha dichiarato di essersi lavato i denti la sera precedente l'indagine. A livello nazionale questo dato è risultato pari all' 84%. Nella nostra ASL i genitori hanno riportato che il 24.8% dei bambini lava i denti non più di una volta al giorno (dato nazionale 30%).

I cambiamenti salutarì adottati in famiglia

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

Nella nostra ASL i comportamenti salutarì più frequentemente adottati sono risultati:

- ridurre il sale durante la preparazione dei pasti (44.3%),
- non aggiungere sale a tavola (34%),
- limitare il consumo di snack salati (46.4%)
- ridurre il consumo di alimenti già pronti/in scatola (52.9%)
- aumentare il consumo di verdura e ortaggi (68.1)
- inserire la frutta come spuntino (57.1%)

Meno diffusi invece sono stati:

- leggere con maggiore attenzione le etichette nutrizionali (21,8%)
- acquistare pane poco salato (6,8%)

Alla domanda sulla frequenza di utilizzo del sale iodato, il 54.5% dei rispondenti dichiara di usarlo sempre (dato nazionale: 57%).

Per un confronto

	Valori aziendali (%)							VALORE REGIONALE	VALORE NAZIONALE
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2023	2023 (%)	2023 (%)
hanno assunto la colazione al mattino dell'indagine	93%	95%	93%	92%	95.5%	94.5%	92%	91,6%	89%
hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine	63%	62%	65%	64%	59.9%	56.5%	53.5%	53,7%	53%
hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	7%	27%	24%	38%	22.9%	47.9%	32.3%	30,1%	32%
assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere	2%	11%	11%	12%	16%	9.9%	7.8%	7,8%	5%
assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno	42%	46%	40.4%	38%	32.5%	24.5%	19.7%	24,4%	25%

Conclusioni

Nella nostra ASL con la settima raccolta dei dati, si conferma la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso.

Rispetto alle rilevazioni precedenti, si rileva una progressiva riduzione di alcune abitudini salutari: l'assunzione di una colazione adeguata la mattina dell'indagine e il consumo di 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, in particolare rispetto al 2016.

Si evidenzia una riduzione consistente nel solo 2023 del consumo della merenda adeguata. L'andamento di tale dato può essere spiegato anche alla luce della quota di classi in cui, nella mattina dell'indagine, è stata distribuita la merenda (sempre considerata salutare quando distribuita dalla scuola). In effetti nel 2023 è stata distribuita una merenda di metà mattina nel 22% delle classi campionate (6 classi), mentre nella rilevazione precedenti la merenda era stata distribuita in una percentuale molto superiore di classi nel 2019 (41,7% nel 2019) e inferiore nelle rilevazioni precedenti (12,5% nel 2016; 33% nel 2014).

Rispetto agli anni precedenti risulta però diminuita l'abitudine relativa al consumo quotidiano di bibite zuccherate e/o gasate.

L'adozione di abitudini alimentari non adeguate e/o predisponenti l'aumento di peso rappresenta un fattore di rischio per la salute dei bambini, che può essere limitato grazie alla modifica delle abitudini familiari.

L'attività fisica

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

Quanti bambini sono fisicamente non attivi?

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

Bambini fisicamente non attivi# (%) - ASL CN1- OKkio 2023

CARATTERISTICHE	NON ATTIVI
Sesso	
Maschi	16.5
Femmine	17.2
Zona abitativa*	
<10.000 abitanti	16.1
10.000-50.000	24.3
>50.000	2.3

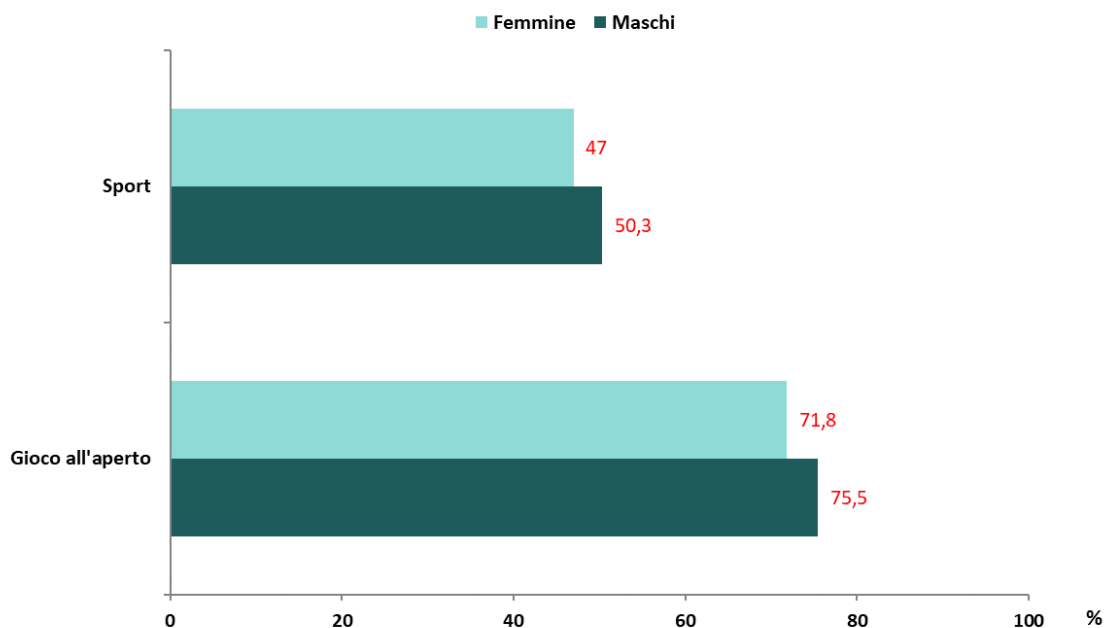
Il giorno precedente non hanno svolto attività motoria a scuola e attività sportiva strutturata e non hanno giocato all'aperto nel pomeriggio

- Nel nostro studio il 16.8% dei bambini risulta non attivo il giorno antecedente all'indagine.
- Il 25.2% 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 (17.2%) sono in percentuale lievemente maggiore dei maschi (16.5%).
- La percentuale maggiore di bambini non attivi vive in aree geografiche con 10.000-50.000 abitanti (24.3%).

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

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

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

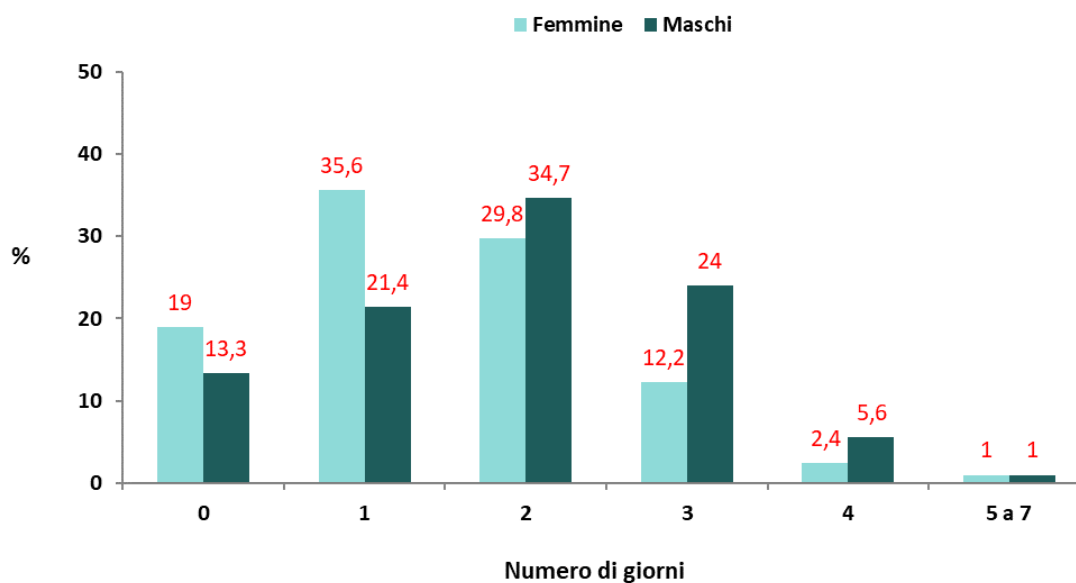


- Il 73.7% del totale dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi giocano all'aperto leggermente più delle femmine.
- Il 48.5% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi fanno sport più delle femmine.

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

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

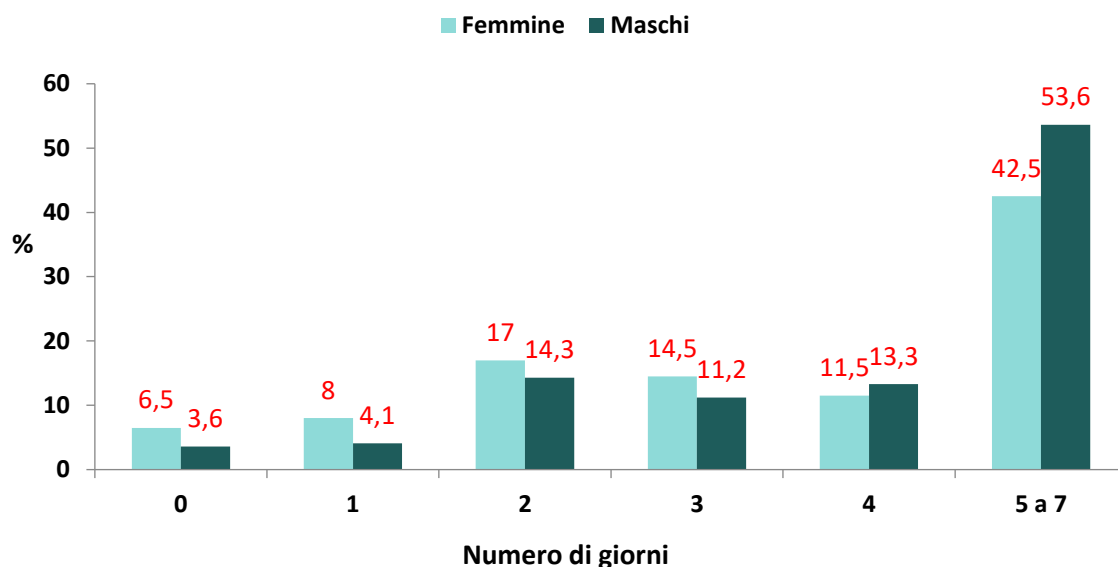
Giorni di attività sportiva strutturata per almeno un'ora durante la settimana (%)



- Secondo i genitori, nella nostra ASL, circa 3 bambini su 10 (32.5%) fanno almeno un'ora di attività sportiva strutturata per 2 giorni la settimana, il 17.2% neanche un giorno e solo l'1% da 5 a 7 giorni.
- I maschi fanno attività sportiva strutturata più giorni delle femmine*.
- La zona di abitazione non è associata a una diversa frequenza di attività sportiva strutturata da parte dei bambini.

* p < 0,05

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



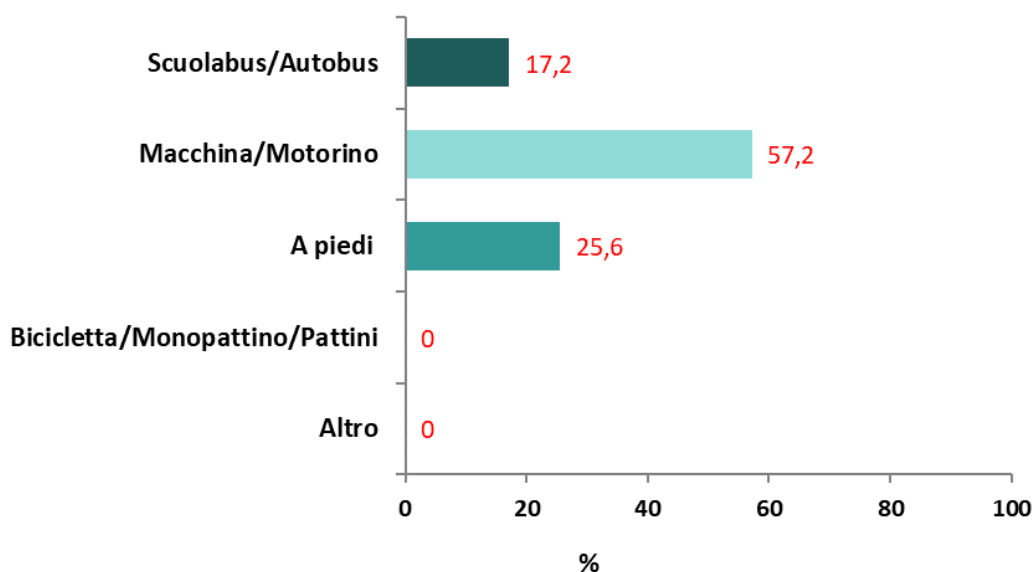
- Per quanto riguarda il tempo dedicato ai giochi di movimento, nella nostra ASL, circa 2 bambini su 10 (22%) fa giochi di movimento per almeno un'ora meno di 3 giorni a settimana, il 4.8% neanche un giorno mentre il 47.2 % da 5 a 7 giorni.
- Si rileva una leggera differenza di genere, non significativa dal punto di vista statistico, per cui i maschi fanno giochi di movimento più giorni delle femmine.
- La zona di abitazione non è associata a una diversa frequenza di giochi di movimento da parte dei bambini.
- Il 16,8% dei bambini non ha svolto attività fisica o giochi di movimento il giorno precedente l'indagine.

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

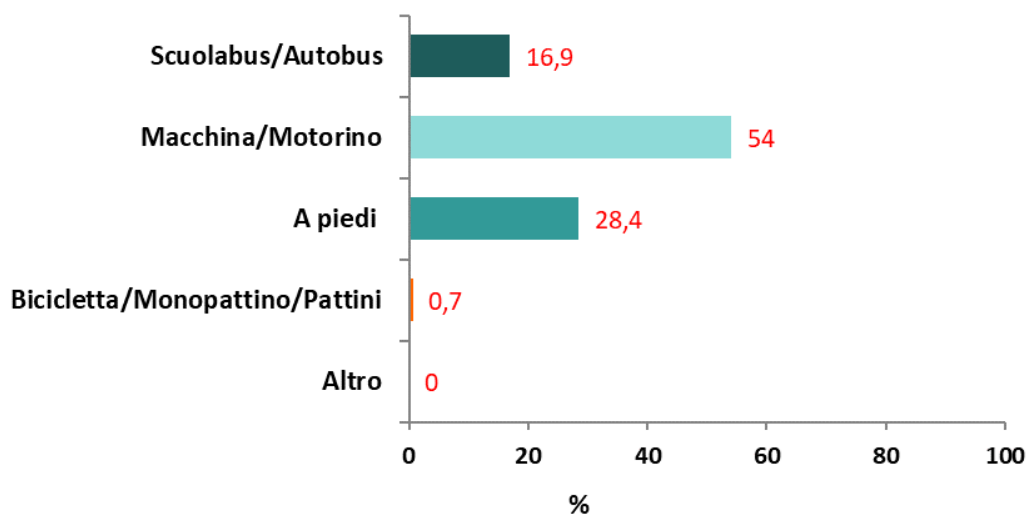
Un altro modo per rendere fisicamente attivi i bambini è far loro percorrere il tragitto casa-scuola a piedi o in bicicletta, compatibilmente con la distanza del loro domicilio dalla scuola. Nel 2023 i bambini hanno risposto a questa domanda riferendosi al giorno in cui si è svolta la rilevazione; a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

- Il 21.4 % dei bambini, nella mattina dell'indagine, ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini (indicatore del PNP); invece, il 78.3% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato.
- Non si rilevano differenze degne di nota per sesso e fra le diverse tipologie di zona abitativa.

Percorso casa-scuola (%) riferito dai genitori



Percorso scuola-casa (%) riferito dai genitori



Secondo i genitori, nel tragitto casa-scuola il 25,6% dei bambini si è recato a scuola a piedi; invece, il 74,4% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato. Per il ritorno il 70,9% dei bambini ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato e il 29,1% è tornato a piedi/bicicletta/monopattino.

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

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

Motivi che impediscono di recarsi a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini (%)
ASL CN1- OKkio 2023

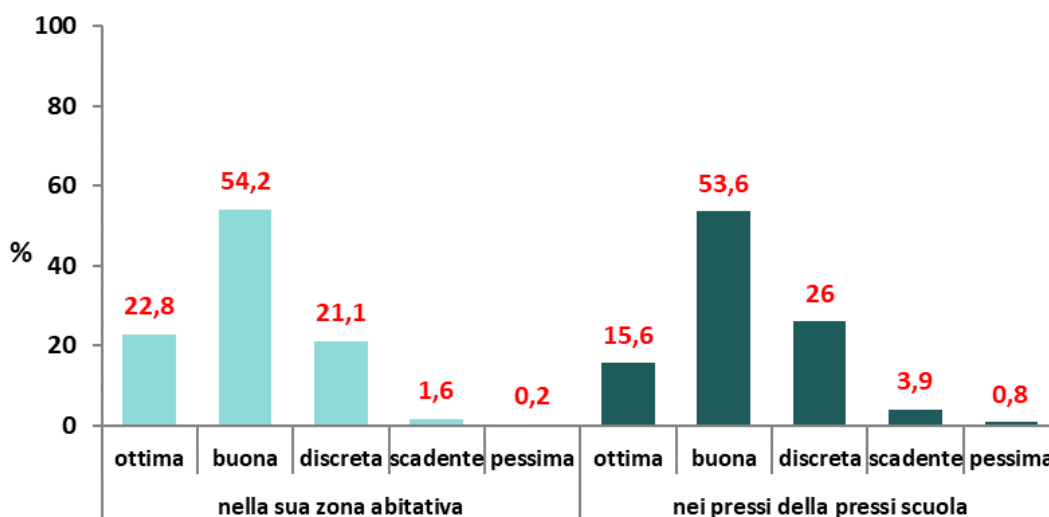
MOTIVI	%
Strada non sicura	15.9
Distanza eccessiva	52.6
Il bambino si muove già abbastanza durante la giornata	1.9
Mancanza di tempo	27.8

Nella nostra ASL, la maggior parte dei genitori indica come motivo principale la distanza eccessiva (52.6%) e la mancanza di tempo (27,8%).

■ ■ ■ Come viene percepita la qualità dell'aria dai genitori?

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

Percezione della qualità dell'aria (%)



Per un confronto

	Valori aziendali (%)							VALORE NAZIONALE 2023 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2023	
Bambini definiti fisicamente non attivi (indicatore del PNP)	25%	16%	14%	12%	10.8%	13.4%	16.9%	19%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	55%	72%	79%	78%	75%	74.6%	73.7%	63%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	39%	48%	53%	51.5%	49%	47.1%	48.5%	45%
Bambini che si recano a scuola a piedi e/o bicicletta	27%	31%	28%	26%	31%	29.3%	25.6%	27%

■ ■ ■ Conclusioni

I dati raccolti hanno evidenziato che i bambini della nostra ASL fanno poca attività fisica. Si stima che poco meno di 2 bambini su 10 risultino fisicamente inattivi, maggiormente le femmine rispetto ai maschi. Poco meno di un bambino su 2 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età; all'inattività contribuiscono anche ragioni legate al recarsi a scuola con mezzi motorizzati, giocare poco all'aperto e non fare sufficienti attività sportive strutturate.

Rispetto alle precedenti rilevazioni non si notano cambiamenti rilevanti.

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

Le attività sedentarie

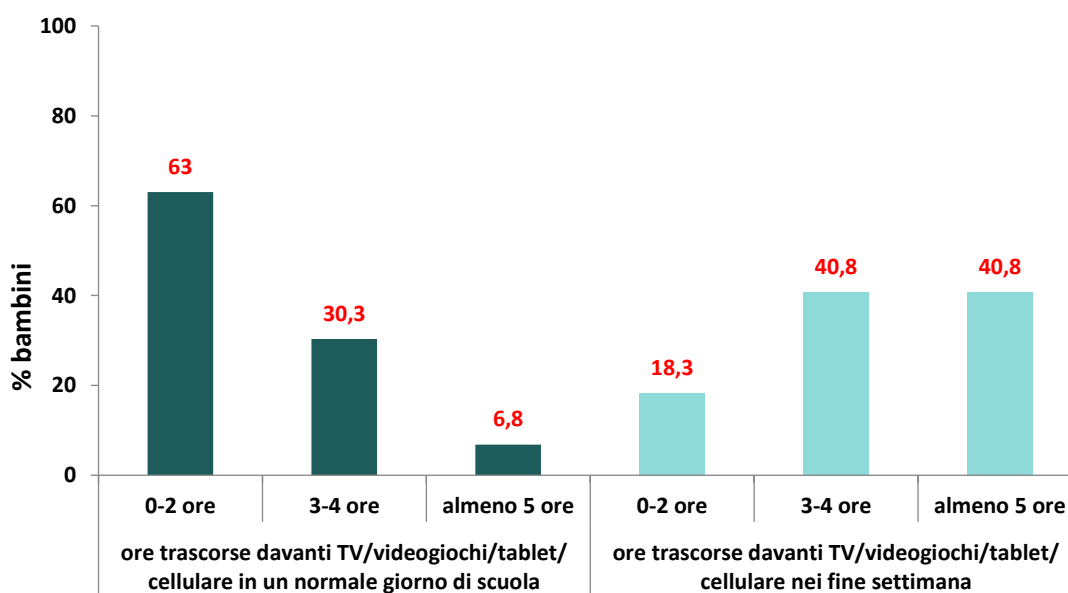
La crescente disponibilità di televisori, videogiochi e dispositivi elettronici, insieme ai profondi cambiamenti nella composizione e nella cultura della famiglia, ha contribuito ad aumentare il numero di ore trascorse in attività sedentarie. Pur costituendo un'opportunità di divertimento e talvolta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

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

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

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

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



- Nella nostra ASL, in particolare nei giorni di scuola i genitori riferiscono che il 63% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi/tablet/cellulare da 0 a due 2 ore al giorno, mentre il 30.3% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi/tablet/cellulare per 3 a 4 ore e il 6.8% per almeno 5 ore. Un'esposizione più prolungata si riscontra nel fine settimana, in cui la percentuale di bambini che trascorrono più di 3 ore davanti a TV o videogiochi/tablet/cellulare sale all'81.6%.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV o videogiochi/tablet/cellulare è lievemente più frequente tra i maschi (38.7% versus 3.8%), anche se non in modo significativo, e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre*.
- Complessivamente il 29.4% dei bambini ha un televisore nella propria camera.
- Considerando separatamente il tempo dedicato alle due attività, si rileva che la percentuale di bambini che trascorre più di 2 ore davanti alla TV è pari al 10.2%, mentre quella relativa l'utilizzo di videogiochi/tablet/cellulare è 5.3%.

*p < 0,05

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

Nella nostra ASL il 34.3% dei bambini ha guardato la TV o ha utilizzato videogiochi/tablet/cellulare la mattina prima di andare a scuola, il 66.7% il pomeriggio del giorno precedente e il 73.8% la sera.

Solo il 9.6% dei bambini non ha guardato la TV o utilizzato i videogiochi/tablet/cellulare nelle 24 ore antecedenti l'indagine, mentre il 28.3% lo ha fatto in un periodo della giornata, il 39.6% in due periodi e il 22.5% ne ha fatto uso durante la mattina, il pomeriggio e la sera.

L'utilizzo di TV e/o videogiochi/tablet/cellulare è più frequente tra i maschi (25.9% versus 19.2%) e tende a diminuire con l'aumento del livello di istruzione della madre: entrambe le relazioni non sono tuttavia significative.

Per un confronto

	Valori aziendali (%)							VALORE REGIONALE	VALORE NAZIONALE
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2023	2023 (%)	2023 (%)
Bambini che trascorrono al televisore o ai videogiochi/tablet/cellulare più di 2 ore al giorno (durante un normale giorno di scuola)	33%	29%	28%	30%	35%	36.5%	37.1%	37,0%	45%
Bambini con televisore in camera	29%	33%	28%	24%	30.5%	28.1%	29.4%	35,9%	42%

Conclusioni

Nella nostra ASL i bambini trascorrono molto tempo in attività sedentarie, principalmente davanti agli schermi: di fatto due bambini su 3 ottemperano alle raccomandazioni sul tempo da dedicare alla televisione o ai videogiochi/tablet/cellulare (meno di 2 ore al giorno di TV o videogiochi/tablet/cellulare) in un normale giorno di scuola. Il tempo trascorso davanti agli schermi aumenta nel fine settimana e in questo caso meno di un bambino su cinque rispetta le raccomandazioni.

Queste attività sedentarie sono sicuramente favorite dal fatto che quasi 3 bambini su 10 dispongono di un televisore in camera propria.

Rispetto alle precedenti rilevazioni non si riscontrano differenze significative nelle abitudini relative all'uso di schermi.

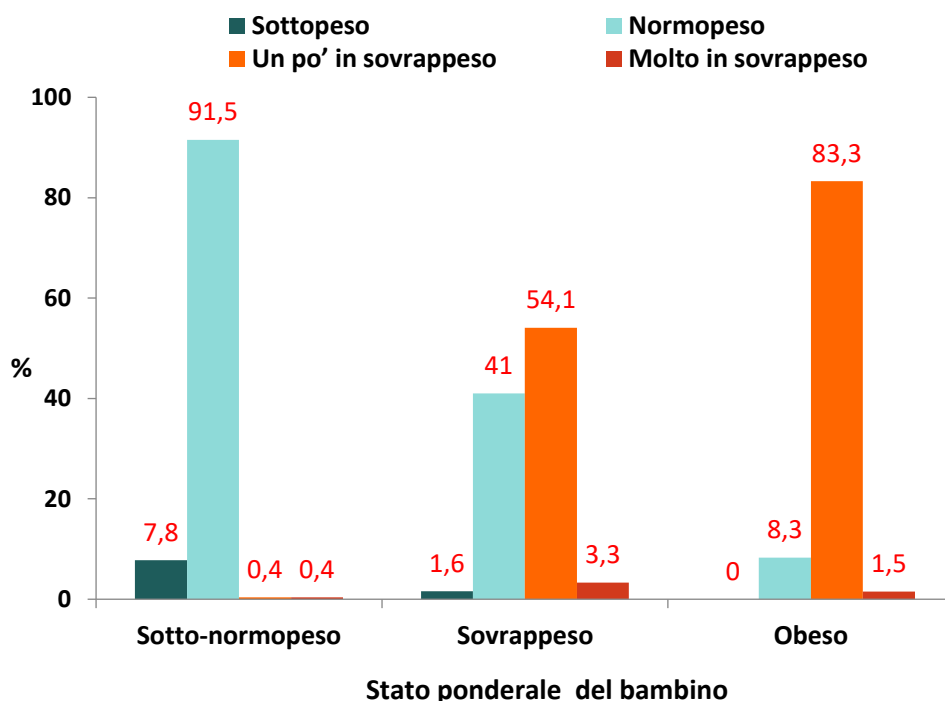
La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini

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

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

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

La percezione materna dello stato ponderale dei figli (%)



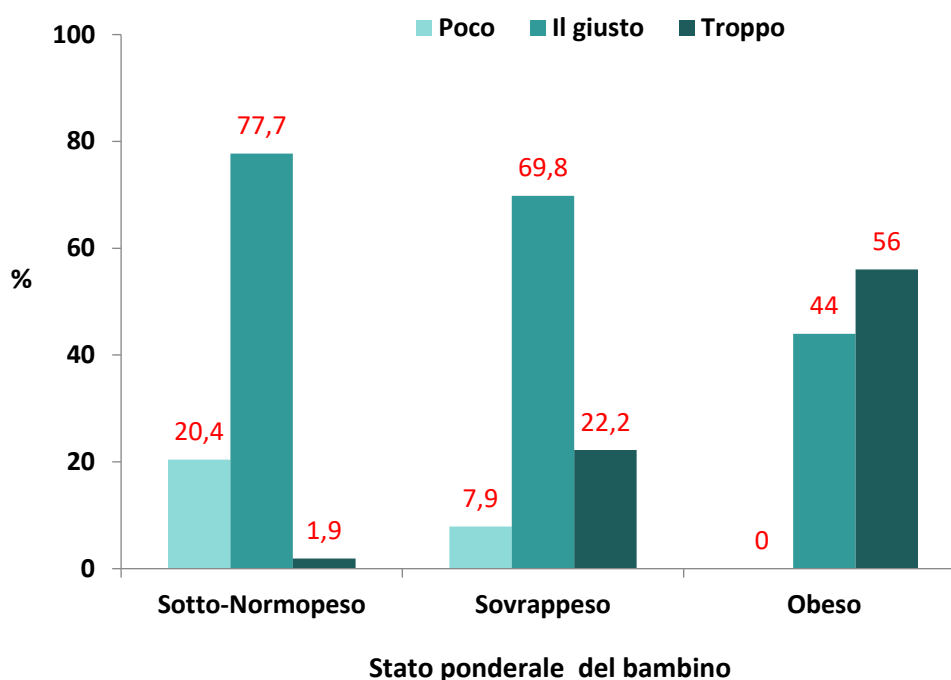
- Nella nostra ASL ben il 41% delle madri di bambini sovrappeso e l'8.3% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso o sottopeso.
- Nelle famiglie con bambini in sovrappeso, la percezione non cambia in rapporto al sesso del bambino o in relazione al livello di scolarità della madre.
- Analoga situazione si presenta nelle famiglie di bambini obesi.

* $p < 0,05$

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

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

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

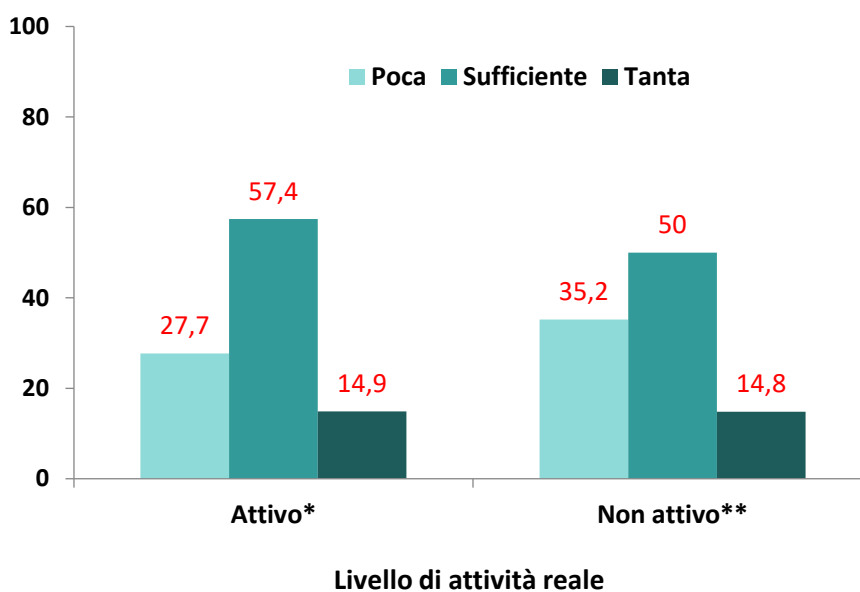


- Il 77,7% delle madri di bambini sovrappeso ritiene che il proprio bambino mangi il giusto o poco, lo pensa il 44% delle madri di bambini obesi
- Considerando i bambini in sovrappeso e obesi insieme, non è stata constatata nessuna differenza per sesso dei bambini o per livello scolastico della madre.

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

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

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



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

** 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 50% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e il 14.8% molta attività fisica.
- Limitatamente ai non attivi non è stata constatata nessuna differenza nella percezione materna per sesso dei bambini o livello scolastico della madre.

Per un confronto

	Valori aziendali (%)							VALORE NAZIONALE 2023 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2023	
in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è sovrappeso	63%	57%	51%	56%	50%	66.2%	57.4%	41%
in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è obeso	100%	100%	93%	96%	87%	84.2%	91.7%	91%
l'assunzione di cibo del proprio figlio come "poco o giusto", quando questo è sovrappeso o obeso	75%	68%	56%	70%	67%	60%	68.2%	73%
l'attività fisica del proprio figlio come scarsa, quando questo risulta inattivo	56%	41%	40%	26%	41%	38.6%	35.2%	40%

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

Gli incidenti domestici

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

È stato chiesto ai genitori se avessero mai ricevuto informazioni da parte delle istituzioni sanitarie sulla prevenzione degli incidenti domestici. A livello nazionale, l'87% dei rispondenti ha dichiarato di non aver mai ricevuto alcuna informazione; nella nostra ASL tale valore è risultato pari a 82.7%.

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

Nella nostra ASL le percentuali di risposta sono state: Sì al pediatra/altro medico 9.2%, sì, al pronto soccorso 22.1%, sì, ad entrambi 5.3%.

Conclusioni

Nella nostra ASL è molto diffusa (più di 2 genitori su 5) nelle madri di bambini con sovrappeso/obesità una sottostima dello stato ponderale del proprio figlio. Inoltre molti genitori, in particolare di bambini sovrappeso/obesi, non valutano correttamente la quantità di cibo assunta dai propri figli, sottostimandola. La situazione è simile per la percezione 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 sembra in miglioramento la percezione delle madri rispetto allo stato ponderale dei propri figli quando questi risultano obesi, mentre è meno accurata quella delle madri di bambini sovrappeso.

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

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

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

La partecipazione della scuola all'alimentazione dei bambini

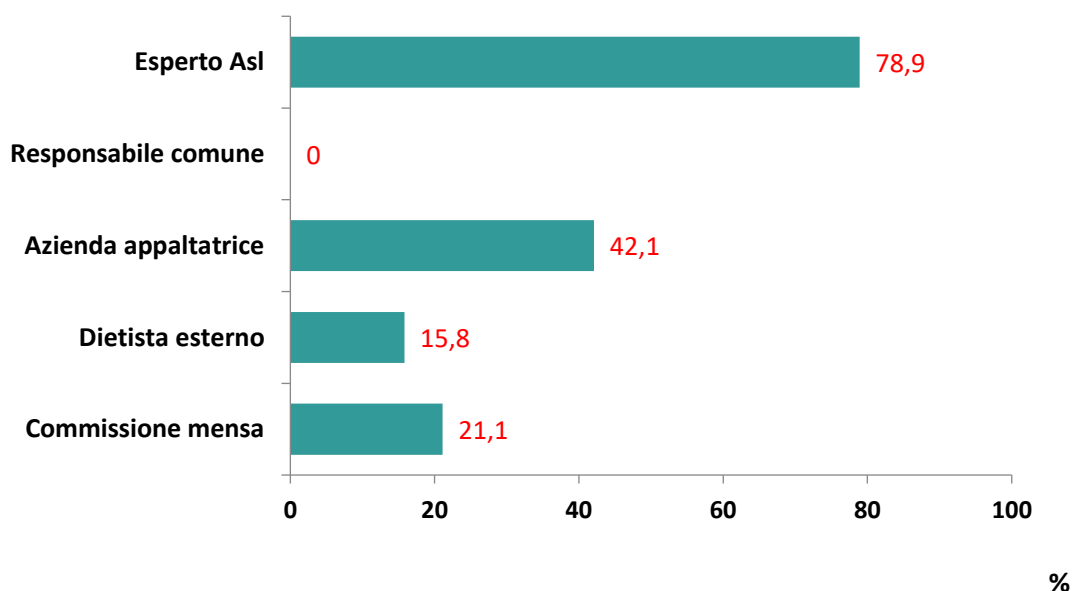
Quante scuole sono dotate di mensa e quali sono le loro modalità di funzionamento?

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

Nella nostra ASL l'83.3% delle scuole campionate ha una mensa scolastica funzionante.

Nelle scuole dotate di una mensa, il 27.8% di esse sono aperte almeno 5 giorni la settimana.

Predisposizione del menù scolastico (%)



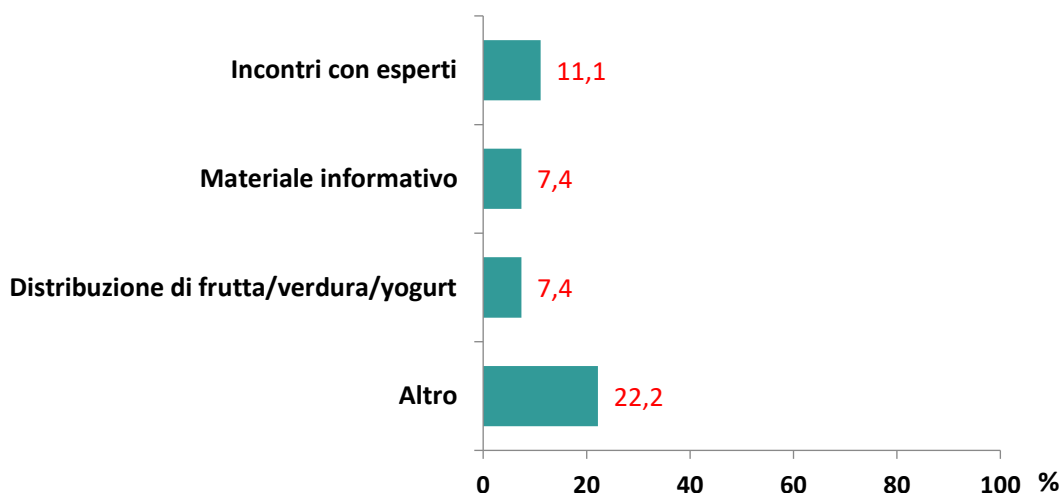
- La definizione del menù scolastico è più frequentemente stabilita da un esperto dell'ASL, seguito da un'azienda appaltatrice. Secondo il giudizio dei dirigenti scolastici il 90% delle mense risulta essere adeguato per i bisogni dei bambini.

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

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

- Nella nostra ASL, le **scuole** che distribuiscono ai bambini frutta o latte o yogurt, nel corso della giornata, sono il 33.3%.
- In tali **scuole**, la distribuzione si effettua prevalentemente a metà mattina (87.5%).
- Durante l'anno scolastico il 40.7% delle **classi** ha partecipato ad attività di promozione del consumo di alimenti sani all'interno della scuola con Enti e/o associazioni.

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



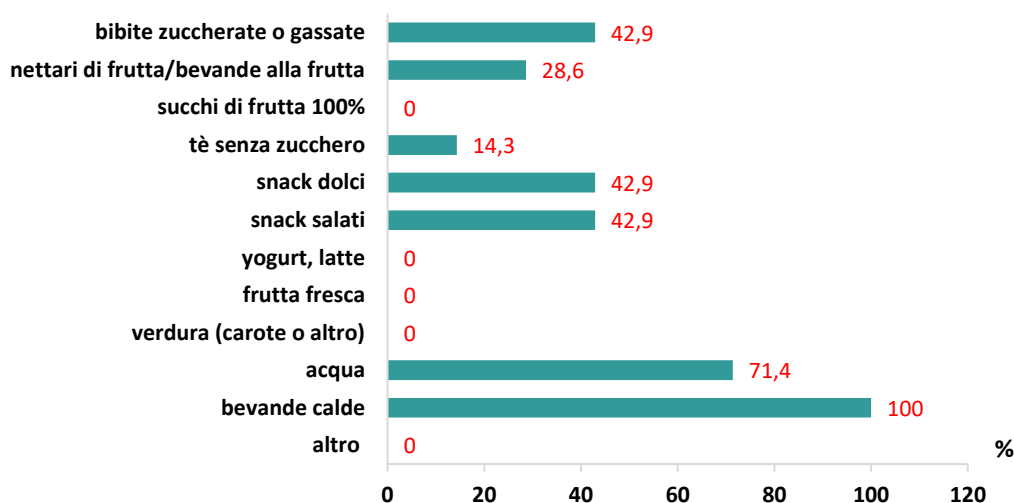
- In questo anno scolastico il 7.4% delle **classi** ha partecipato alla distribuzione di frutta, verdura o yogurt come spuntino.
- Il 7.4% delle **classi** ha ricevuto materiale informativo.
- L'11.2% delle **classi** ha organizzato incontri con esperti esterni alla scuola.

Sono segnalati dei distributori automatici?

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

- I distributori automatici di alimenti sono presenti nel 29.2% delle scuole, in tutti i casi tuttavia sono accessibili solo agli adulti.
- All'interno del gruppo di scuole con distributori automatici, il 28.6% mette a disposizione succhi di frutta 100% frutta, nettari/bevande alla frutta, frutta fresca, yogurt o latte.

Alimenti presenti nei distributori automatici (%)



Nella nostra ASL gli alimenti maggiormente frequenti nei distributori automatici sono bevande calde, acqua, snack dolci e salati e bibite zuccherate o gassate.

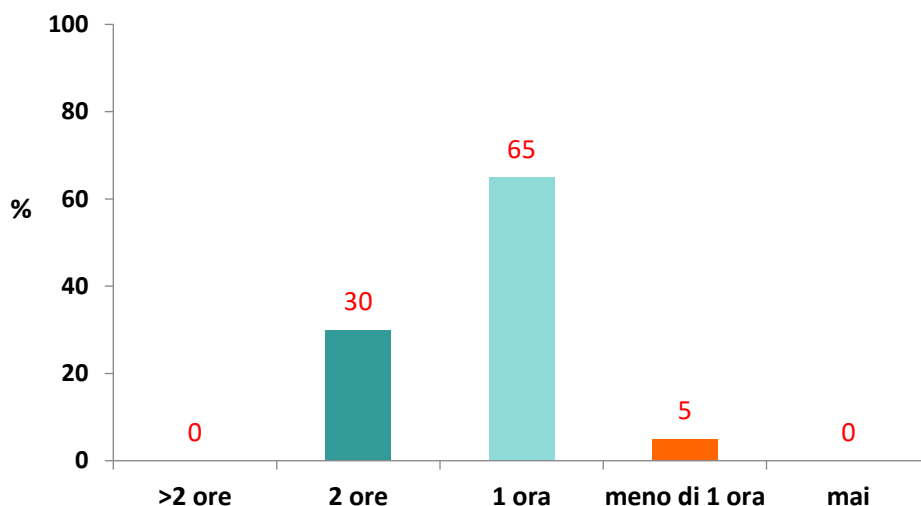
La partecipazione della scuola all'educazione fisica dei bambini

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

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

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

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



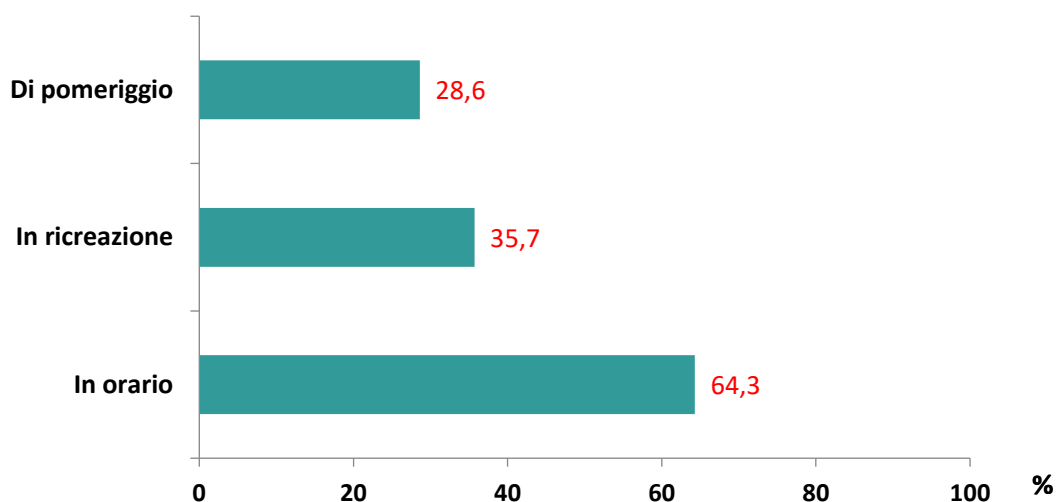
- Complessivamente, nel 30% delle classi delle nostre scuole si svolgono normalmente almeno 2 ore di educazione fisica a mentre sono poche le classi in cui si fa meno di un'ora a settimana (5%).

Le scuole offrono l'opportunità di praticare attività fisica oltre quella curricolare all'interno della struttura scolastica?

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

- Le scuole che offrono agli alunni la possibilità di effettuare all'interno dell'edificio scolastico occasioni di attività fisica sono il 58.3%.

Momento dell'offerta di attività motoria extracurriculare (%)



- Laddove offerta, l'attività fisica viene svolta più frequentemente **durante l'orario scolastico**.
- Queste attività si svolgono più frequentemente **in palestra (76.9%)**, **nel giardino (46.2%)**, **in piscina (15.4%)**, in **altra struttura sportiva (15,4%)**.

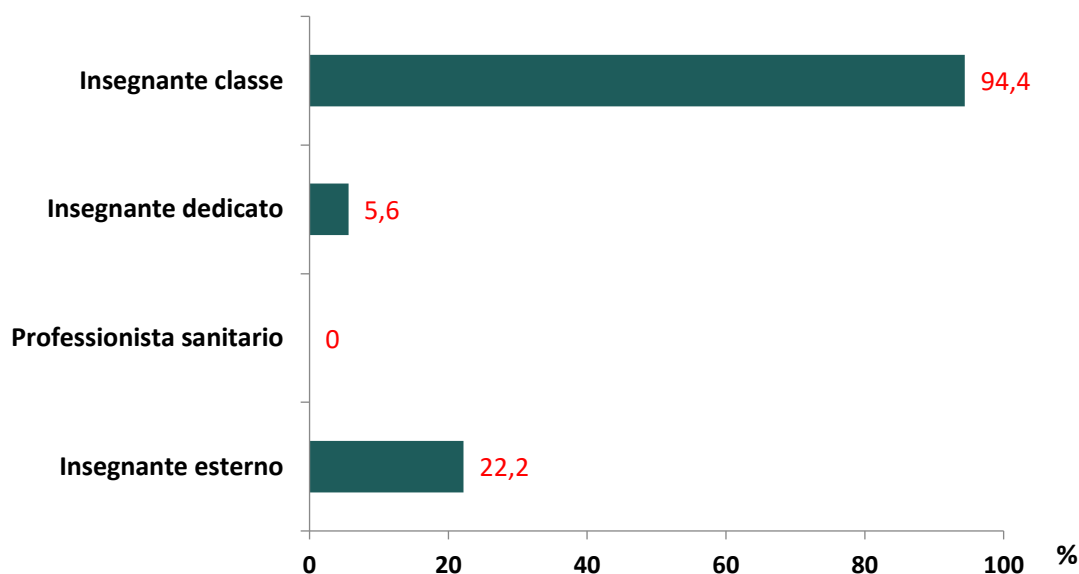
Il miglioramento delle attività curricolari a favore dell'alimentazione e dell'attività motoria dei bambini

■ ■ ■ Quante scuole prevedono nel loro curriculum l'educazione alimentare?

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

- L'educazione alimentare è prevista nell'attività curriculare del **72%** delle scuole campionate nella nostra ASL.

Figure professionali coinvolte nell'attività curriculare nutrizionale (%)



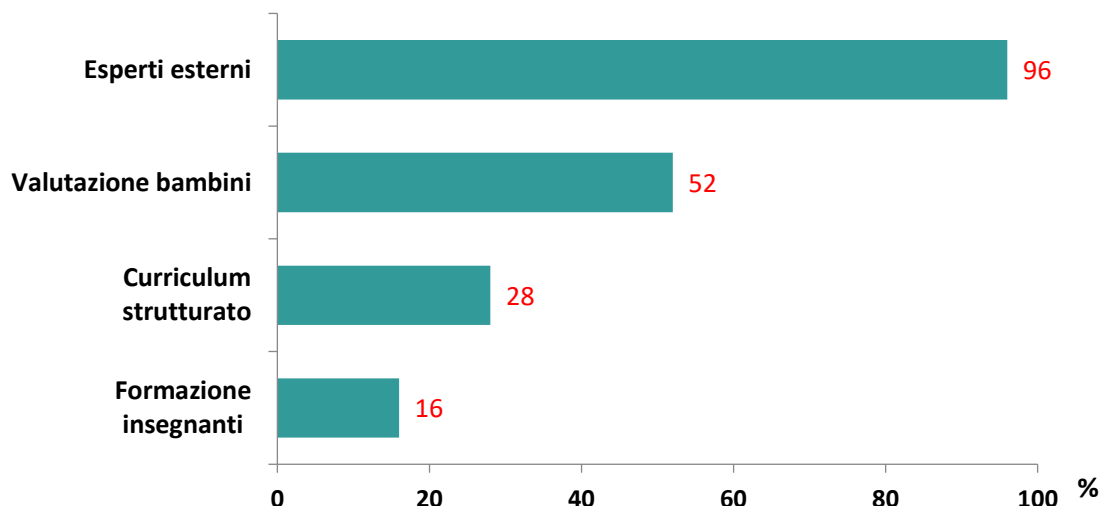
- In tali scuole, la figura più frequentemente coinvolta è **l'insegnante di classe**. Molto meno comune è il coinvolgimento **di altri insegnanti o della ASL**.

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

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

- Nel nostro campione, il 100% delle scuole ha cominciato a realizzare almeno un'attività.

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



- In tali attività, viene **frequentemente** coinvolto un esperto esterno; nel **52%** dei casi è stata effettuata la valutazione delle abilità motorie dei bambini, nel **28%** lo sviluppo di un curriculum strutturato e nel **16%** la formazione degli insegnanti.

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

A livello nazionale, il 5,3% delle scuole ha aderito ad iniziative di comunicazione per la riduzione del consumo di sale e/o per la promozione del sale iodato. Nella nostra ASL tale valore è pari a 4,6%.

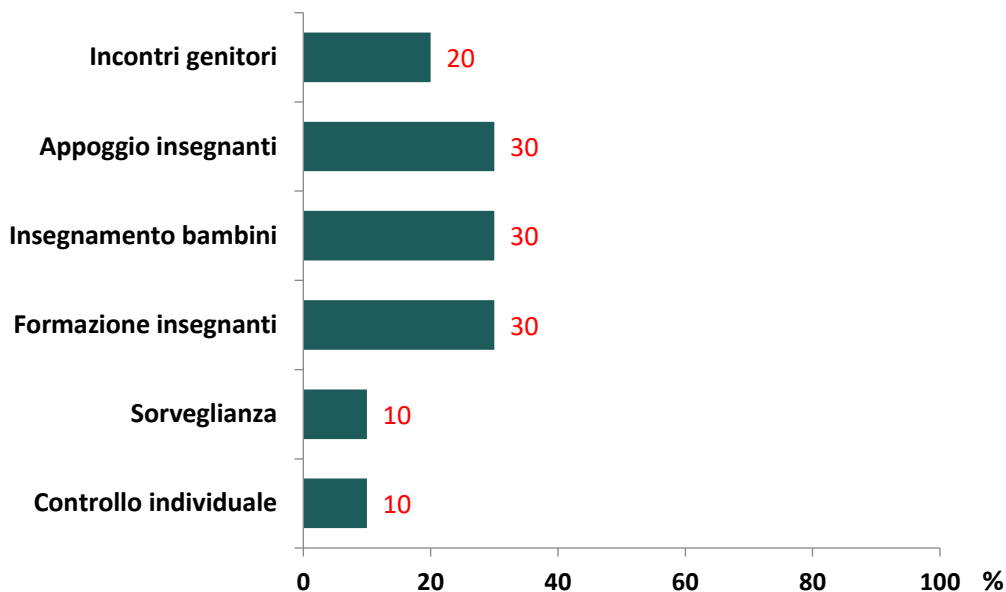
Le attività di promozione dell'alimentazione e dell'attività fisica dei bambini

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

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

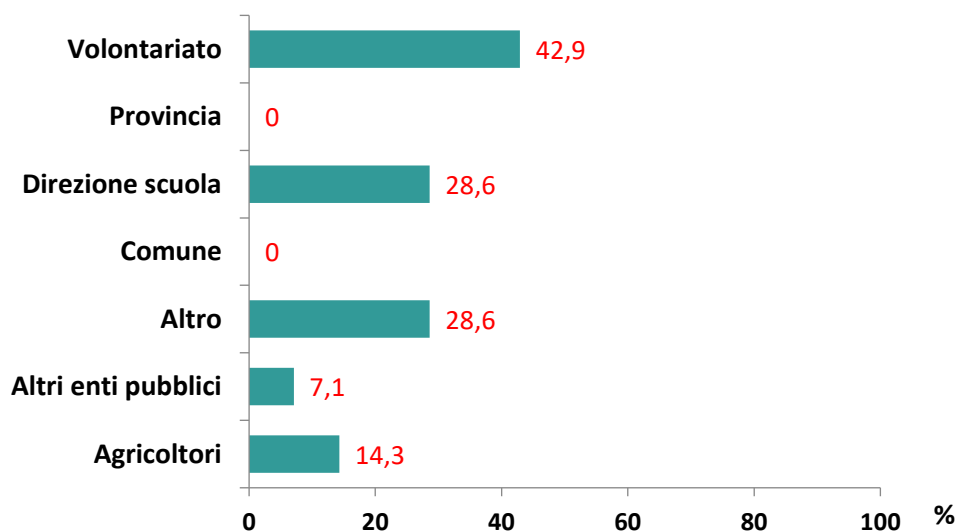
- I Servizi Sanitari della ASL costituiscono un partner privilegiato e sono coinvolti nella realizzazione di programmi di educazione alimentare nel **40%** delle scuole e nella promozione dell'attività fisica nel **4%** delle scuole.

Iniziative con le ASL (%)



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

Iniziative promozione alimentare (%)



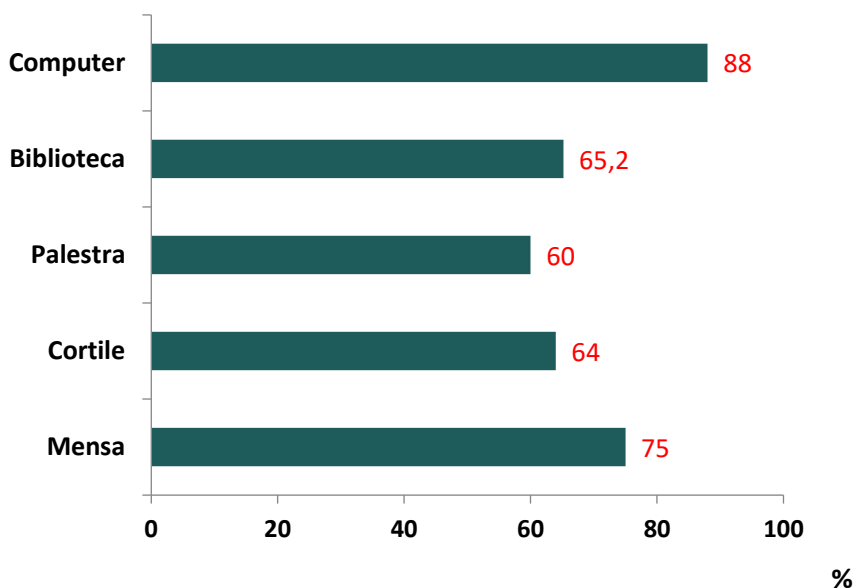
- Oltre la ASL, gli enti e le associazioni che hanno prevalentemente organizzato iniziative di promozione alimentare nelle scuole sono il volontariato, la direzione scolastica/insegnanti e altre associazioni/enti.

Risorse a disposizione della scuola

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

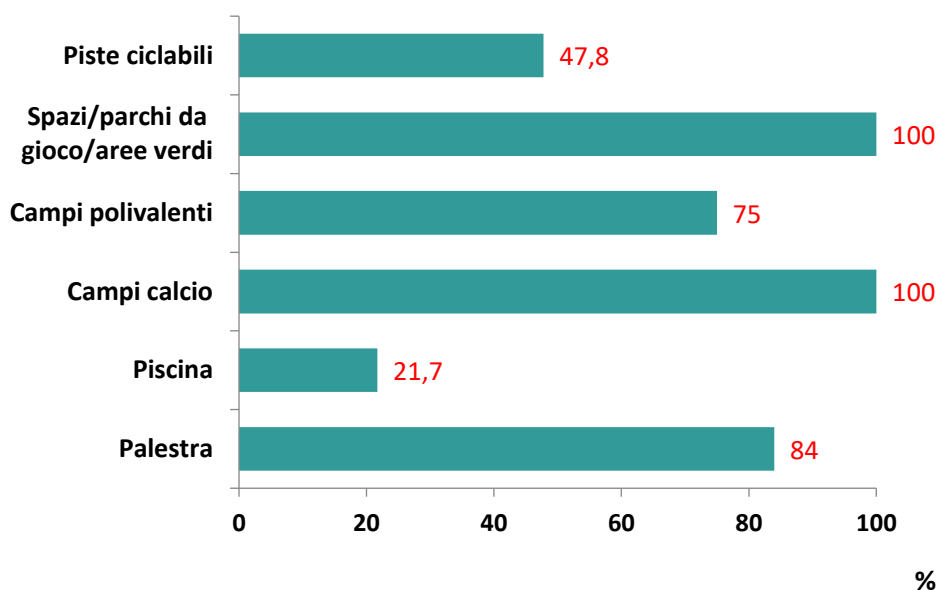
Per poter svolgere un ruolo nella promozione della salute dei bambini, la scuola necessita di risorse adeguate nel proprio plesso e nel territorio.

Risorse adeguate presenti nel plesso (%)



- Secondo i dirigenti scolastici, vi è una buona adeguatezza delle risorse presenti nel plesso.

Risorse presenti nel plesso o nelle vicinanze (%)



- L'84% delle scuole ha la palestra nelle vicinanze o all'interno della propria struttura.
- Sono presenti nelle vicinanze dell'edificio scolastico **spazi aperti/parchi da gioco/aree verdi** (100%) e **campi da calcio** (100%), ma anche campi polivalenti (75%) e piste ciclabili (47.8%)
- Risultano poco presenti le **piscine** (21.7%).

La scuola e il divieto di fumo negli spazi aperti

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

- Nella nostra ASL, il **92%** dei dirigenti scolastici dichiara di non aver avuto “mai” difficoltà nell'applicare la legge sul divieto di fumo negli spazi aperti della scuola (rispetto al 76,1% a livello nazionale); per contro il 4% degli stessi dichiara di aver incontrato difficoltà “sempre”.

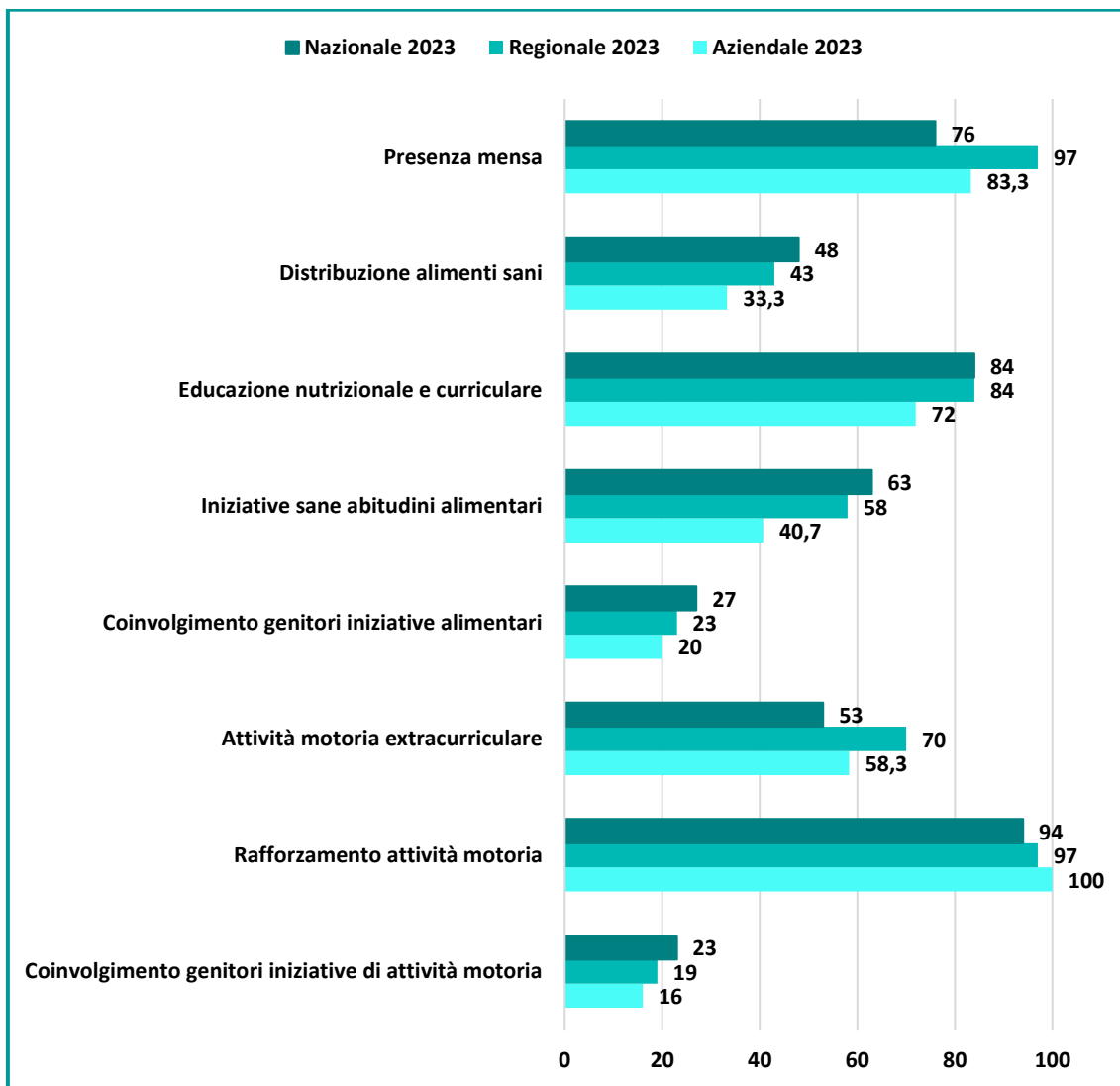
Coinvolgimento delle famiglie

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

Le iniziative di promozione di sane abitudini alimentari e di attività motoria nei bambini coinvolgono attivamente la famiglia rispettivamente nel 20% e nel 16% delle scuole campionate.

Per un confronto

Nel grafico di seguito sono riportati i confronti con i dati regionali e nazionali del 2023. 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

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

■ ■ ■ Conclusioni generali

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

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

Un primo passo per la promozione di sani stili di vita è stato avviato a partire dal 2009- 2010. Il Ministero della Salute, il Ministero dell'Istruzione e del merito, l'Istituto Superiore di Sanità e le Regioni hanno infatti elaborato e distribuito in ogni Regione e ASL alcuni materiali di comunicazione e informazione rivolti a specifici target: bambini, genitori, insegnanti e scuole che hanno partecipato a OKkio alla SALUTE.

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

I risultati dell'ultima raccolta dati di OKkio alla SALUTE, presentati in questo rapporto, mostrano nella nostra ASL **la persistenza di un alto livello di sovrappeso/obesità e di cattive abitudini alimentari e di stili di vita che non favoriscono l'attività fisica. Rispetto ai dati delle raccolte precedenti.....**

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

■ ■ ■ Operatori sanitari

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

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

■ ■ ■ Operatori scolastici

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

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

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

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

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

■ ■ ■ Genitori

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

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

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

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

■ ■ ■ Leaders, decisori locali e collettività

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

■ ■ ■ Bibliografia essenziale

■ ■ ■ Politica e strategia di salute

- Ministero della Salute. Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie. 2021; disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5693_1_file.pdf
- Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. 2020; disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf
- Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Linee guida per l'educazione alimentare, 2015; disponibile all'indirizzo: http://www.istruzione.it/allegati/2015/MIUR_Linee_Guida_per_l%27Educazione_Alimentare_2015.pdf
- World Health Organization. Report of the commission on ending childhood obesity. 2016; disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204176>.
- Breda J, Farrugia Sant'Angelo V, Duleva V, Galeone D, Heinen M, Kelleher CC et al. Mobilizing governments and society to combat obesity: reflections on how data from the WHO European childhood obesity surveillance initiative are helping to drive policy progress. *Obes Rev.* 2021;22(S6):e13217. doi: 10.1111/obr.13217.
- Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. La sfida dell'obesità nella Regione europea dell'OMS e le strategie di risposta. Compendio. World Health Organization, Ginevra, Svizzera; 2007. Traduzione italiana curata dal Ministero della Salute e dalla Società Italiana di Nutrizione Umana, stampata nel 2008; disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328775/9789289014076-ita.pdf>
- Ministero della Salute, 2007 "Guadagnare salute": Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 4 maggio 2007. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22 maggio 2007. http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf.
- World Health Organization. Global nutrition targets 2025: childhood overweight policy brief (WHO/NMH/NHD/14.6). Geneva, Svizzera, 2014, disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.6>
- STOP, Science and Technology in childhood Obesity Policy. STOP Policy Briefs. 2020, disponibili all'indirizzo: <https://www.stopchildobesity.eu/policy-briefs/>
- World Health Organization. Assessing the existing evidence base on school food and nutrition policies: a scoping review. Geneva, Svizzera, 2021; disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025646>
- World Health Organization. Implementing school food and nutrition policies: a review of contextual factors. Geneva, Svizzera, 2021; disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240035072>
- World Health Organization. WHO acceleration plan to stop obesity. Geneva, Svizzera, 2023; disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075634>

■ ■ ■ Epidemiologia della situazione nutrizionale e progressione sovrappeso/ obesità

- WHO Regional Office for Europe. WHO European regional obesity report 2022. Copenhagen, Danimarca, 2022; disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353747>.
- WHO Regional Office for Europe. Report on the fifth round of data collection, 2018–2020: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Copenhagen, Danimarca, 2022; disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-6594-46360-67071>.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2017;390(10113):2627-2642.
- Lauria L, Spinelli A, Buoncristiano M, Nardone P, Decline of childhood overweight and obesity in Italy from 2008 to 2016: results from 5 rounds of the population-based surveillance system. *BMC Public Health*. 2019 May 21;19(1):618
- Spinelli A, Buoncristiano M, Nardone P, Starc G, Hejgaard T, Benedikt Júlíusson P, Fismen A-S, Weghuber D, Music Milanovic S, García-Solano M, et al. Thinness, overweight, and obesity in 6- to 9-year-old children from 36 countries: The World Health Organization European Childhood Obesity Surveillance Initiative—COSI 2015–2017. *Obes. Rev.* 2021, 22 (Suppl. S6), e13214.
- Fismen A-S, Buoncristiano M, Williams J, Helleve A, Abdrakhmanova S, Bakacs M, Holden Bergh I, Boymatova K, Duleva V, Fijałkowska A, et al. Socioeconomic differences in food habits among 6- to 9-year-old children from 23 countries— WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI 2015/2017). *Obes. Rev.* 2021, 22 (Suppl. S6), e13211.
- Music Milanovic S, Buoncristiano M, Križan H, Rathmes G, Williams J, Hyska J, Duleva V, Zamrazilová H, Hejgaard T, Jørgensen M.B, et al. Socioeconomic disparities in physical activity, sedentary behavior and sleep patterns among 6- to 9-year-old children from 24 countries in the WHO European region, 2021. *Obes. Rev.* 2021, 22 (Suppl. S6), e13209.
- Buoncristiano M, Williams J, Simmonds P, Nurk E, Ahrens W, Nardone P, Rito A.I, Rutter H, Bergh I.H, Starc G, et al. Socioeconomic inequalities in overweight and obesity among 6- to 9-year-old children in 24 countries from the World Health Organization European region. *Obes. Rev.* 2021, 22 (Suppl. S6), e13213.
- Istituto Superiore di Sanità, EpiCentro-Epidemiology for Public Health. OKkio Alla SALUTE. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/en/okkioallasalute/>
- Nardone P, Spinelli A, Ciardullo S, Salvatore M.A, Andreozzi S, Galeone D (Eds.). *Obesità e Stili di Vita dei Bambini: OKkio Alla SALUTE 2019; Rapporti ISTISAN 22/27*; Istituto Superiore di Sanità: Roma, Italy, 2022; disponibile all'indirizzo: <https://www.iss.it/documents/20126/6682486/22-27+web.pdf/659d3d23-9236-e3ff-fbbf-0e06360e3e71?t=1670838825602>
- Nardone P, Spinelli A, Buoncristiano M, Andreozzi S, Bucciarelli M, Giustini M, Ciardullo S. On behalf of the EPaS-ISS Group. Changes in Food Consumption and Eating Behaviours

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

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

■ ■ ■ IMC: curve di riferimento e studi pregressi

- de Onis M, Lobstein T. Defining obesity risk status in the general childhood population: which cut-offs should we use?. *Int J Pediatr Obes*. 2010;5(6):458-46.
- de Onis M, Martínez-Costa C, Núñez F, Nguefack-Tsague G, Montal A, Brines J. Association between WHO cut-offs for childhood overweight and obesity and cardiometabolic risk. *Public Health Nutr*. 2013;16(4):625-30.
- Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric Obesity* 2012; 7:284–294.
- Rolland-Cachera MF. Towards a simplified definition of childhood obesity? A focus on the extended IOTF references. *Pediatr. Obes*. 2012;7(4):259-60.
- de Onis M, Onyango A, Borghi E, Siyam A, Blössner M, Lutter C. Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards. *Public Health Nutr*. 2012;15(9):1603-10.
- de Onis M, Lobstein T. Defining obesity risk status in the general childhood population: which cut-offs should we use? *Int. J. Pediatr. Obes*. 2010;5(6):458-60.
- Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 2007; 28 (335):194.
- de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization* 2007;85:660–667.
- Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000; 320:1240-1243.
- Breda J, McColl K, Buoncristiano M, Williams J, Abdrakhmanova Z, Abdurrahmonova Z et al. Methodology and implementation of the WHO childhood obesity surveillance initiative (COSI). *Obes Rev*. 2021;22(S6):e13215.

