

OKkio alla SALUTE

Risultati dell'indagine 2019

REGIONE PUGLIA



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:

Pietro Pasquale (Regione Puglia), Pina Pacella (SIAN ASL LE Nord), Giacomo Domenico Stingi (SIAN ASL BT)

Hanno contribuito alla realizzazione della raccolta dati 2019**- il gruppo di coordinamento nazionale:**

Angela Spinelli, Paola Nardone, Marta Buoncristiano, Michele Antonio Salvatore, Mauro Bucciarelli, Silvia Andreozzi, Ferdinando Timperi, Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano, Alessandro Vienna.

- il comitato tecnico della sorveglianza:

Marta Buoncristiano, Giulia Cairella, Marcello Caputo, Margherita Caroli, Chiara Cattaneo, Laura Censi, Liliana Coppola, Simona De Introna, Barbara De Mei, Maria Paola Ferro, Daniela Galeone, Mariano Giacchi, Giordano Giostra, Marina La Rocca, Laura Lauria, Gianfranco Mazzearella, Maria Teresa, Menzano, Paola Nardone, Federica Pascali, Anna Rita Silvestri, Daniela Pierannunzio, Michele Antonio Salvatore, Angela Spinelli, Alessandro Vienna.

-a livello regionale:

Referenti Regionali: Onofrio Mongelli (Regione Puglia, Servizio Sicurezza Alimentare e Sanità Veterinaria), Pietro Pasquale (Regione Puglia, Servizio Sicurezza Alimentare e Sanità Veterinaria), Giacomo Domenico Stingi (SIAN ASL BT) e Maria Teresa Balducci (ASL BA).

- a livello regionale:

Ufficio Scolastico Regionale Anna Cammalleri (Direttore Generale USR Puglia), Valentina Romanazzi Ref. USR Puglia per l'Educazione alla Salute.

- a livello aziendale:

ASL BARI Area Metropolitana: Francesco Vito (referente), Maria Grazia Forte, Nicoletta Favuzzi, Matilde Gramegna.

ASL BARI NORD: Rosa Colamaria, Savino Anelli.

ASL BARI SUD: Caterina Spinelli, Francesco Coletta.

ASL Barletta-Andria-Trani: Pantaleo Magarelli (referente), Giacomo Domenico Stingi, Daniela Piacenza, Simona Fregnan, Sara Basile, Vincenzo Marcotrigiano.

ASL Brindisi: Pasquale Fina (referente), Adelaide Sturdà, Maria Anna Tomaselli, Cristina Vecchio.

ASL Foggia: Vincenzo Di Martino, Silvana Marinella Cristalli, Enza Paola Cela.

ASL Lecce: Roberto Carlà (referente), Fernanda Mazzeo, Daniela Lezzi, Katia Novelli, Giuseppe Nuccio, Luciana Nuccio, Pina Pacella.

ASL Taranto: Armando Durante (referente), Tiziana Capogrosso, Anna Rita Cavallo, Domenico Chiaradia, Giuseppina Furio, Silvia Lanzilotti, Rosy Lentini, Cristina Licomati, Sabrina Liuzzi, Maria Domenica Simeone.

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

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

Copia del volume può essere richiesta a:

Dott. Pietro Pasquale

A.P. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Regione Puglia – Sezione Promozione della Salute e del Benessere

Servizio Sicurezza Alimentare e Sanità Veterinaria

Via Gentile 52 - 70123 BARI

e-mail: p.pasquale@regione.puglia.it

Oppure scaricabile da:

<https://www.sanita.puglia.it/>

Sito internet di riferimento per lo studio:

www.epicentro.iss.it/okkioallasalute

Presentazione

Nonostante il momento emergenziale, a causa della pandemia da SARS-CoV-2, la Regione Puglia per il tramite del Dipartimento di Promozione della Salute ha continuato ad attuare il programma internazionale **“Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari”**, finalizzato al contrasto ed alla prevenzione delle malattie croniche ed in particolare di prevenzione attiva e di contrasto della obesità e del sovrappeso.

L’ambito scolastico rappresenta un contesto privilegiato per l’attuazione di interventi di promozione della salute. Nella scuola i bambini trascorrono una quota consistente della loro giornata e possono essere più facilmente raggiunti e coinvolti. Negli ultimi anni, importanti sono le azioni avviate a livello nazionale e regionale che mirano a favorire la collaborazione tra la Scuola e la Sanità, si vedano ad esempio **gli atti Indirizzi di policy integrate per la scuola che promuove salute (approvato il 17/01/2019 in Conferenza Stato-Regioni)** nonché **il Protocollo sancito dalla Regione Puglia e l’Ufficio Scolastico Regionale di cui alla DGR 1702/2011**.

L’attività di prevenzione attiva coniugata alla comunicazione efficace, si è sviluppata nella Regione Puglia e nelle singole ASL della Regione grazie anche al sistema di sorveglianza nazionale **“OKkio alla Salute”**, che nell’anno 2019 ha effettuato per la sesta volta un ciclo di raccolta dei dati relativi alla sorveglianza su alimentazione e stili di vita in età preadolescenziale. La sesta edizione dell’indagine OKkio alla Salute 2019 ha raccolto non solo informazioni sugli stili di vita dei bambini e del loro stato ponderale ma anche informazioni sulla famiglia e sulle iniziative scolastiche riguardanti la nutrizione ed il movimento. Definendo un quadro epidemiologico della distribuzione dell’eccesso ponderale oltre che dei comportamenti a rischio dei bambini della scuola primaria con un dettaglio regionale.

Premesso quanto, sopra gli obiettivi di salute della Regione Puglia, grazie al dato epidemiologico di OKkio 2019, devono essere orientati a contrastare i comportamenti a rischio e la loro evoluzione nel tempo al fine di migliorare la salute dei ragazzi, riducendo i fattori di rischio dei futuri adulti.

Com’è noto infatti gli interventi più efficaci sono caratterizzati da un approccio integrato, in cui i messaggi salutari sono parte di una strategia globale che prevede anche elementi attuativi, quali la distribuzione di alimenti sani, l’erogazione di pasti equilibrati e salutari da parte della ristorazione collettiva scolastica, l’individuazione di tempi e spazi per l’attività fisica extracurricolare ed il coinvolgimento attivo delle famiglie, con l’obiettivo finale di realizzare un contesto favorevole in cui le scelte di salute siano le più facilmente praticabili. Già con Delibera della Giunta Regionale n. 1435 del 02.08.2018, la Regione Puglia infatti adottava **le Linee di indirizzo regionali per la ristorazione scolastica ed aziendale** al fine di facilitare, sin dall’infanzia, l’adozione di abitudini alimentari corrette per la promozione della salute e la prevenzione delle patologie cronico-degenerative (diabete, malattie cardiovascolari, obesità, osteoporosi, ecc.) e dalla necessità di fornire indirizzi uniformi anche in materia di sicurezza alimentare, atteso che tali tipologie di attività sono caratterizzate da un notevole grado di complessità e dalla particolarità di essere destinate, in gran parte, ad una popolazione sensibile.

Si coglie l’occasione per rivolgere **un ringraziamento sincero a tutti coloro che hanno reso possibile la sesta survey di OKkio alla Salute**, che ha visto la fattiva collaborazione tra gli Operatori sanitari dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL **ed i Referenti dell’Ufficio Scolastico Regionale e delle singole Scuole**.

L’Assessore alla Sanità e Benessere Animale
Prof. Pietro Luigi Lopalco

Indice

Indice	6
Prefazione	7
Introduzione	8
Metodologia	10
Descrizione della popolazione	12
Lo stato ponderale	15
Le abitudini alimentari	23
L'attività fisica	30
Le attività sedentarie	37
La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini	40
L'ambiente scolastico e il suo ruolo nella promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica	47
Conclusioni generali	58
Bibliografia essenziale	60

Prefazione

Nel 2019, il sistema di sorveglianza OKkio alla salute è arrivato alla sua sesta edizione. Promosso nel 2007 dal Ministero della Salute nell'ambito del programma europeo "Guadagnare salute-rendere facili le scelte salutari" e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, OKkio alla SALUTE ha come obiettivo generale quello di descrivere, nel tempo, l'evoluzione della situazione nutrizionale dei bambini delle scuole primarie e del loro ambiente scolastico, in relazione alle caratteristiche favorevoli a una corretta nutrizione e un'adeguata attività fisica, onde suggerire azioni preventive appropriate.

In Puglia la prima indagine di OKkio alla SALUTE è stata realizzata in tutte le Aziende sanitarie locali **nell'a.s. 2007-08**, grazie ad una forte collaborazione tra mondo della scuola e mondo della sanità. Questa indagine, ripetuta ogni due anni dal 2008 al 2016, ed ogni 3 anni dal 2016 in poi, raccoglie informazioni su condizione nutrizionale e fattori di rischio nei bambini della terza primaria, analizzando anche alcuni parametri dell'ambiente scolastico che influenzano la salute dei bambini. Essa ha permesso di ottenere dati, aggiornati e confrontabili, circa la prevalenza di sovrappeso e obesità in età infantile, diventando, nel tempo, la più importante fonte di informazione sulla condizione di salute, di benessere, su aspetti nutrizionali e comportamenti a rischio nei bambini di questa fascia di età.

Il presente Report descrive, pertanto, i risultati della sesta indagine effettuata nella Regione Puglia, implementando ed arricchendo quelli già ottenuti con l'indagine precedente.

I dati confermano **un aumento della prevalenza di bambini in eccesso ponderale** che risulta essere nel 2019, il 36,7% rispetto al 35% del 2016. Il dato che allarma di più è che a fronte di una prevalenza di bambini in sovrappeso, 21,6% in calo rispetto ai dati della precedente indagine, è aumentata la prevalenza dei bambini obesi in modo considerevole, da 12,6% del 2016 al 15,1% nel 2019.

Inoltre peggiorano alcuni determinanti che influenzano la condizione di obesità e sovrappeso, aumenta all'11,2% la percentuale di bambini che non fa colazione, aumentano i bambini che fanno una merenda sbagliata, 57,8%, mentre nel 2016 erano il 47%, diminuisce il consumo di frutta e verdura.

I risultati del presente rapporto accrescono ulteriormente la reale e giustificata preoccupazione sul futuro stato di salute della nostra popolazione e suggeriscono il mantenimento di una sorveglianza continua del fenomeno nella nostra popolazione infantile, uniformando le azioni alle direttrici che il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-25 propone per migliorare l'impatto degli interventi.

Il lavoro, realizzato dai Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e coordinato dalla Sezione PSB del Dipartimento per la Promozione della Salute della Regione Puglia, **è il frutto dell'esperienza e della professionalità** degli operatori sanitari, degli operatori del mondo della scuola, nonché del contributo delle famiglie e degli studenti che vi hanno partecipato: a tutti è dovuto un vivo ringraziamento per la preziosa collaborazione che ha reso possibile l'acquisizione di un importante patrimonio informativo al servizio dell'intera collettività.

Il Dirigente della Sezione Promozione
della Salute e del Benessere
Dott. Onofrio Mongelli

Introduzione

Il sovrappeso e l'obesità sono un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie cronico-degenerative e una sfida prioritaria per la sanità pubblica. In particolare, l'eccesso ponderale in giovane età ha implicazioni a breve e a lungo termine sulla salute e rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di patologie in età adulta.

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

La sorveglianza è alla base delle strategie italiane in materia di prevenzione e promozione della salute quali il Programma Governativo "Guadagnare salute" e il Piano Nazionale della Prevenzione e, in ambito internazionale, aderisce alla "Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/monitoring-and-surveillance/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>).

Da Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPCM del 3 marzo 2017, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 12 maggio 2017), OKkio alla SALUTE è ufficialmente inserito tra i sistemi e i registri di rilevanza nazionale ed è istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità. OKkio alla SALUTE descrive la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, degli stili alimentari, dell'abitudine all'esercizio fisico dei bambini della III classe primaria e delle attività scolastiche che possono favorire la sana nutrizione e il movimento.

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

In particolare, nel 2019 hanno partecipato 2.735 classi, 47.543 bambini e 50.502 genitori, distribuiti in tutte le regioni italiane.

I bambini in sovrappeso sono il 20,4% [IC95%19,9-20,9] e i bambini obesi sono il 9,4% [IC95%9,0-9,7] dei soggetti investigati; in particolare i bambini gravemente obesi da soli sono il 2,4% [IC95% 2,3-2,6]. Persistono tra i bambini le abitudini alimentari scorrette, infatti, l'8,7% dei bambini salta la prima colazione e il 35,6% fa una colazione non adeguata (ossia sbilanciata in termini di carboidrati e proteine); il 55,3% fa una merenda di metà mattina abbondante. Il 24,4% dei genitori dichiara che i propri figli non consumano quotidianamente frutta e/o verdura e il 25,4% dichiara che i propri figli consumano quotidianamente bevande zuccherate e/o gassate. I valori dell'inattività fisica e dei comportamenti sedentari permangono elevati: il 20,3% dei bambini non ha fatto attività fisica il giorno precedente l'indagine, il 43,5% ha la TV in camera, il 44,5% guarda la TV e/o gioca con i videogiochi/tablet/cellulare per più di 2 ore al giorno e solo un bambino su 4 si reca a scuola a piedi o in bicicletta. Dati simili a quelli osservati nelle precedenti rilevazioni confermano l'errata percezione dei genitori dello stato ponderale e dell'attività motoria dei propri figli: tra le madri di bambini in sovrappeso o obesi, il 40,3% ritiene che il proprio figlio sia sottopeso o 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 2.477 plessi di scuole primarie italiane. I principali risultati evidenziano che il 75% delle scuole possiede una mensa; il 43% prevede la distribuzione per la merenda di metà mattina di alimenti salutari (frutta,

yogurt, ecc.). Inoltre, 1 scuola su 3 ha coinvolto i genitori in iniziative favorevoli a una sana alimentazione e in quelle riguardanti l'attività motoria.

Nel report vengono presentati i risultati della raccolta dati effettuata nel 2019 nella Regione Puglia e riportati gli indicatori presenti nel Piano Nazionale della Prevenzione.

Metodologia

OKkio alla SALUTE è una sorveglianza di popolazione, basata su indagini epidemiologiche ripetute a cadenza regolare, su campioni rappresentativi della popolazione in studio.

Pertanto è orientata alla raccolta di poche informazioni principalmente su fattori di rischio modificabili, mediante l'utilizzo di strumenti e procedure semplici, accettabili da operatori e cittadini e sostenibili dai sistemi di salute.

Popolazione in studio

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

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

Modalità di campionamento

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

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

Strumenti e procedure di raccolta dati

Nel 2008 è stata sviluppata la prima versione dei 4 questionari di OKkio alla SALUTE. Negli anni successivi alcune domande del questionario sono state cambiate e sono stati aggiunti ulteriori quesiti a seguito di richieste del Ministero della Salute, del Comitato Tecnico della Sorveglianza e della Childhood Obesity Surveillance Initiative dell'OMS Europa (COSI). Nel 2019 sono state introdotte alcune domande riguardanti la percezione dell'ambiente (in particolare l'inquinamento dell'aria) e l'inclusione dell'educazione ambientale tra le attività scolastiche; sono stati inoltre modificati alcuni quesiti sulla base delle indicazioni del COSI. I quattro questionari sono: uno da somministrare ai bambini in aula, uno per i genitori da compilare a casa e due destinati rispettivamente agli insegnanti e ai dirigenti scolastici.

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

Inoltre i bambini sono stati misurati (peso e statura) da operatori locali addestrati utilizzando bilancia e stadiometri standardizzati e di elevata precisione. In caso di esplicito rifiuto dei genitori, il questionario non è stato somministrato e i bambini non sono stati misurati. Non è

stata prevista alcuna forma di recupero dei dati riguardanti i bambini assenti, né di sostituzione dei bambini con rifiuto.

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

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

Alcuni dati sulle caratteristiche dell'ambiente scolastico, in grado di influire favorevolmente sulla salute dei bambini, sono stati raccolti attraverso i due questionari destinati ai dirigenti scolastici e agli insegnanti. La collaborazione intensa e positiva tra operatori sanitari e istituzioni scolastiche ha permesso un ampio coinvolgimento dei bambini e dei loro genitori contribuendo alla buona riuscita dell'iniziativa.

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

La raccolta dei dati è avvenuta in tutte le regioni tra marzo e giugno 2019.

L'inserimento dei dati è stato effettuato dagli stessi operatori sanitari che hanno realizzato la raccolta delle informazioni, mediante una piattaforma web sviluppata ad hoc.

Analisi dei dati

L'analisi dei dati è stata finalizzata, principalmente, alla stima delle prevalenze delle variabili rilevate. Per alcune di queste, in particolare per quelle che sono soggette a confronti temporali successivi o con altre realtà territoriali (Regioni o ASL), sono stati calcolati anche gli intervalli di confidenza al 95%. In qualche caso, al fine di identificare differenze, sono stati calcolati dei rapporti di prevalenza e realizzati dei test statistici.

Nel presente rapporto, dove opportuno, viene indicato se le differenze osservate tra le 6 rilevazioni sono o non sono statisticamente significative. Data la ridotta numerosità del campione aziendale, rispetto a quello nazionale o regionale, e di conseguenza gli intervalli di confidenza generalmente più ampi, è necessaria la massima cautela nell'interpretare e commentare i confronti negli anni dei dati al fine di evitare conclusioni errate. Questa annotazione vale in particolar modo per i risultati relativi all'ambiente scolastico, in cui il campione è di circa 20-30 scuole per ASL.

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

Descrizione della popolazione

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

Nel 2019 nella Regione Puglia hanno partecipato all'indagine il 100% delle scuole e il 100% delle classi sui 129 plessi scolastici e sulle 149 classi rispettivamente campionate.

Distribuzione delle classi per tipologia di comune di appartenenza Regione Puglia– OKkio 2019(N=149 classi)

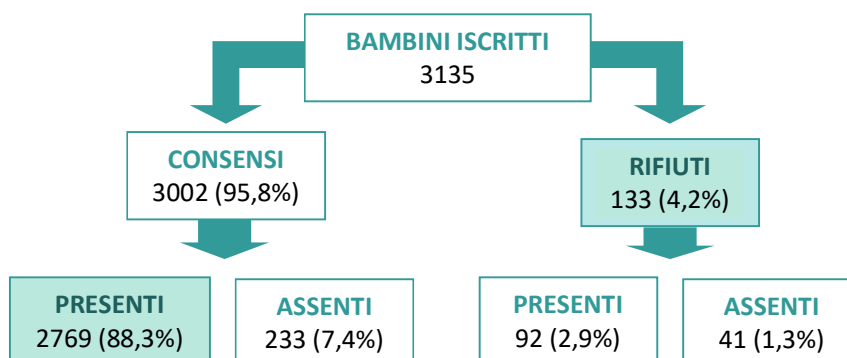
ZONA ABITATIVA	N	%
≤ 10.000 abitanti	21	14,1
Da 10.000 a più di 50.000 abitanti	52	34,9
> 50.000 abitanti (non metropolitana)	47	31,5
Comuni di area metropolitana (centro e periferia)	29	19,5

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

Partecipazione dei bambini e delle famiglie allo studio

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

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



- Solo il 4,2% dei genitori ha rifiutato la misurazione dei propri figli. Questo valore è risultato inferiore a quello nazionale (circa 5%). Questo dato sottolinea una buona gestione della comunicazione tra ASL, scuola e genitori.
- Nella giornata della misurazione erano assenti 274 bambini pari al 8,7% 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 2769 ovvero l'88,3% degli iscritti negli elenchi delle classi. L'alta percentuale di partecipazione assicura una rappresentatività del campione soddisfacente.
- Hanno risposto al questionario dei genitori 2923 delle famiglie dei 3135 bambini iscritti (93,2%).

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 - RegionePuglia – OKkio 2019

ETÀ	N	%
<7 anni	8	0,4
8 anni	1876	71,2
9 anni	775	27,8
≥ 10	13	0,6

SESSO	N	%
Maschi	1366	50,4
Femmine	1359	49,6

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

Genitori partecipanti: chi sono e cosa fanno? _____

La scolarità dei genitori, usata come indicatore socioeconomico della famiglia, è associata in molti studi allo stato di salute del bambino. Il questionario è stato compilato più spesso dalla madre del bambino (85,6%), meno frequentemente dal padre (13,7%) o da altra persona (0,7%). Di seguito vengono riportate le caratteristiche di entrambi i genitori dei bambini coinvolti; i capitoli successivi nella maggior parte dei casi presenteranno analisi che tengono conto del livello di istruzione solo della madre che di fatto è la persona che ha risposto più frequentemente al questionario rivolto ai genitori.

- La maggior parte delle madri ha un titolo di scuola superiore (43,1%) o laurea (21,2%).
- I padri che hanno un titolo di scuola superiore sono il 42,9% e la laurea il 16,3%.
- Il 2,4% delle madri e il 4,6% dei padri sono di nazionalità straniera.
- Il 27,6% delle madri lavora a tempo pieno.

Con il reddito a disposizione della famiglia, il 40% dei rispondenti dichiara di arrivare a fine mese con qualche difficoltà e il 7% dichiara di arrivarci con molte difficoltà.

Livello di istruzione, occupazione e nazionalità della madre e del padre
Regione Puglia–OKkio 2019

CARATTERISTICHE	MADRE		PADRE	
	N	%	N	%
Grado di istruzione				
Nessuna, elementare, media	973	35,7	1099	40,8
Diploma superiore	1244	43,1	1156	42,9
Laurea	517	21,2	372	16,3
Nazionalità				
Italiana	2597	97,6	2605	95,4
Straniera	61	2,4	120	4,6
Lavoro*				
Tempo pieno	665	27,6	-	-
Part time	652	28,3	-	-
Nessuno	1057	44	-	-

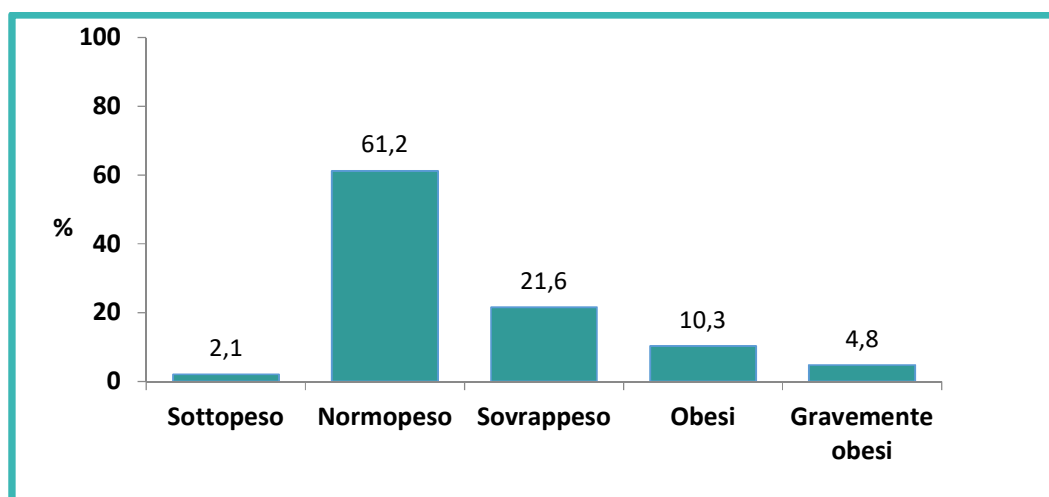
* Informazione raccolta solo sulla persona che compila il questionario; essendo la madre colei che lo compila nella grande maggioranza dei casi, il dato non è calcolabile per il padre.

Lo stato ponderale

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 30anni la prevalenza dell'obesità nei bambini è drasticamente aumentata e, sebbene da qualche anno in alcuni Paesi si assista ad una fase di plateau, i valori sono ancora molto elevati.

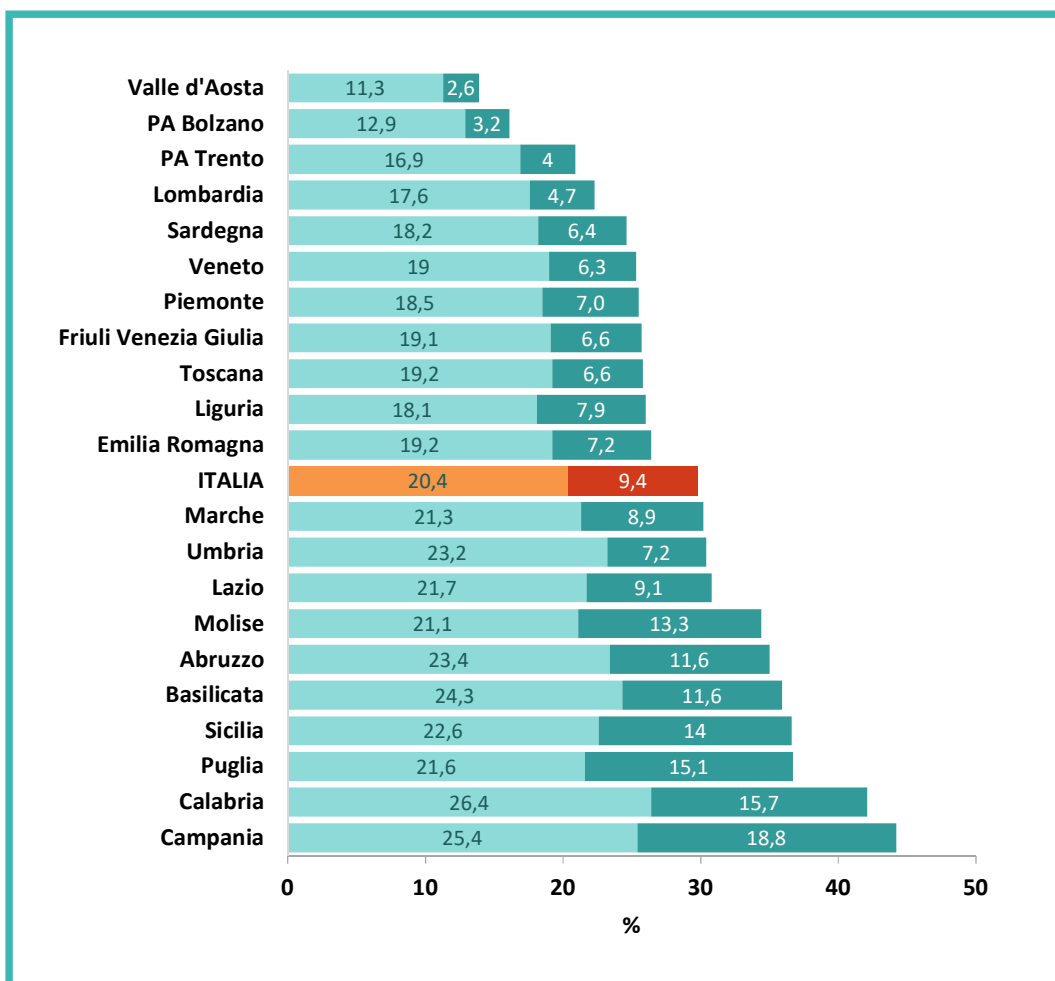
Quanti sono i bambini in sovrappeso o obesi?

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.



- Tra i bambini della nostra Regione il 4,8% (IC95% 3,9%-5,9%) risulta in condizioni di obesità grave, il 10,3% risulta obeso (IC95% 9,1%-11,7%), il 21,6% sovrappeso (IC95% 19,8%-23,5%), il 61,2% normopeso (IC95% 59%-63,5%) e il 2,1% sottopeso (IC95% 1,4%-3,05%).
- Complessivamente il 36,7% 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 nella Regione sarebbe pari a 81.316, di cui obesi 33.457.

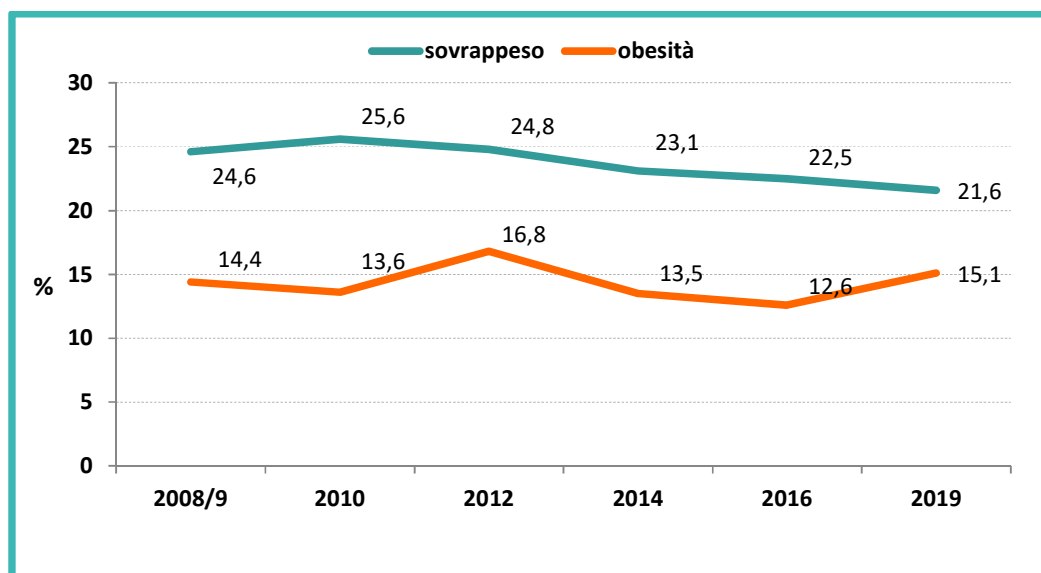
**Sovrappeso e obesità per Regione (%) nei bambini di 8-9 anni che frequentano la 3^a primaria.
OKkio alla SALUTE 2019**



- Confrontando i dati regionali delle prevalenze di sovrappeso e obesità, si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali.
- La Regione Puglia si colloca a livello basso, con valori di sovrappeso e obesità maggiori di quelli nazionali.

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

Rispetto alle precedenti rilevazioni nella regione Puglia, si assiste ad una diminuzione progressiva della prevalenza di bambini in sovrappeso, mentre aumenta la prevalenza di bambini obesi.



Trend regionale della prevalenza di sovrappeso e obesità, Regione Puglia, 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.

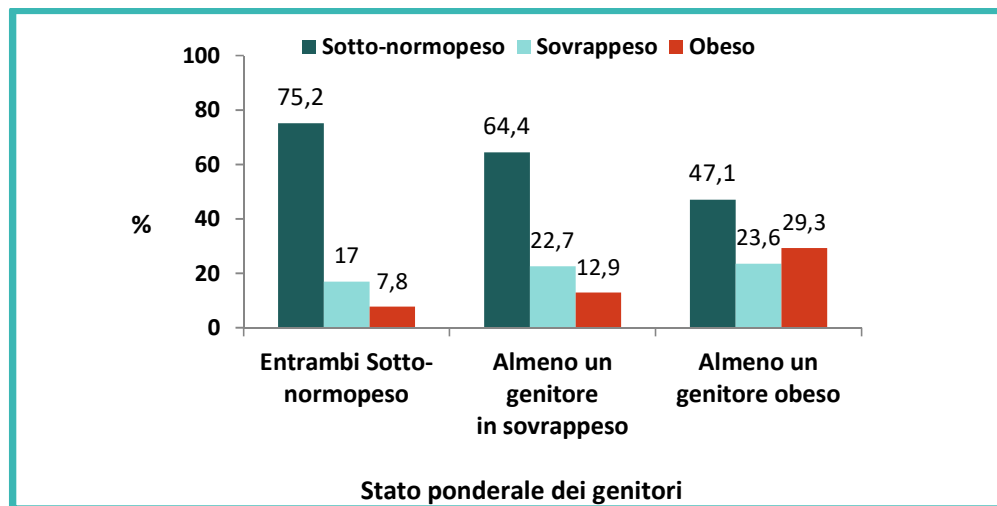
Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni per caratteristiche demografiche del bambino e della madre (%) –RegionePuglia– OKkio 2019

CARATTERISTICHE	NORMO/SOTTOPESO	SOVRAPPESO
Età		
8 anni	63,1	21,4
9 anni	63,8	22,3
Sesso		
Maschi	62,1	21,1
Femmine	64,4	22,2
Zona abitativa		
<10.000 abitanti	60,4	21,8
10.000-50.000	63,8	21,6
>50.000	60,9	23,6
metropolitana/perimetropolitana	65,7	20,1
Istruzione della madre*		
Nessuna, elementare, media	59,8	21,3
Superiore	64,2	21,9
Laurea	68,6	19,8

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

- Nella Regione Puglia, le prevalenze di obesità e di sovrappeso sono simili tra i bambini di 8 e 9 anni e tra maschi e femmine.
- Bambini che frequentano scuole in centri con <10.000 abitanti sono in genere più frequentemente obesi (17,8%).
- Il rischio di obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre, da 18,9% per titolo di scuola elementare o media, a 13,9% per diploma di scuola superiore, a 11,5% per la laurea

Stato ponderale dei bambini rispetto a quello dei genitori.



- Dai dati autoriferiti dai genitori emerge che, nella nostra Regione, il 26% delle madri è in sovrappeso e l'8,8% è obesa; i padri, invece, sono nel 46,2% in sovrappeso e 14,9% obesi.
- Quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso il 22,7% dei bambini risulta in sovrappeso e il 12,9% obeso. Quando almeno un genitore è obeso il 23,6% dei bambini è in sovrappeso e il 29,3% 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, Regione Puglia, OKkio alla SALUTE

ORE E MINUTI	Sotto-normopeso	Sovrappeso-obeso
	%	%
< 9 ore	58,8	41,2
9 ore – 9 ore e 29 minuti	64,9	35,1
9 ore e 30 minuti – 9 ore e 59 minuti	67,1	32,9
≥10 ore	64,6	35,4

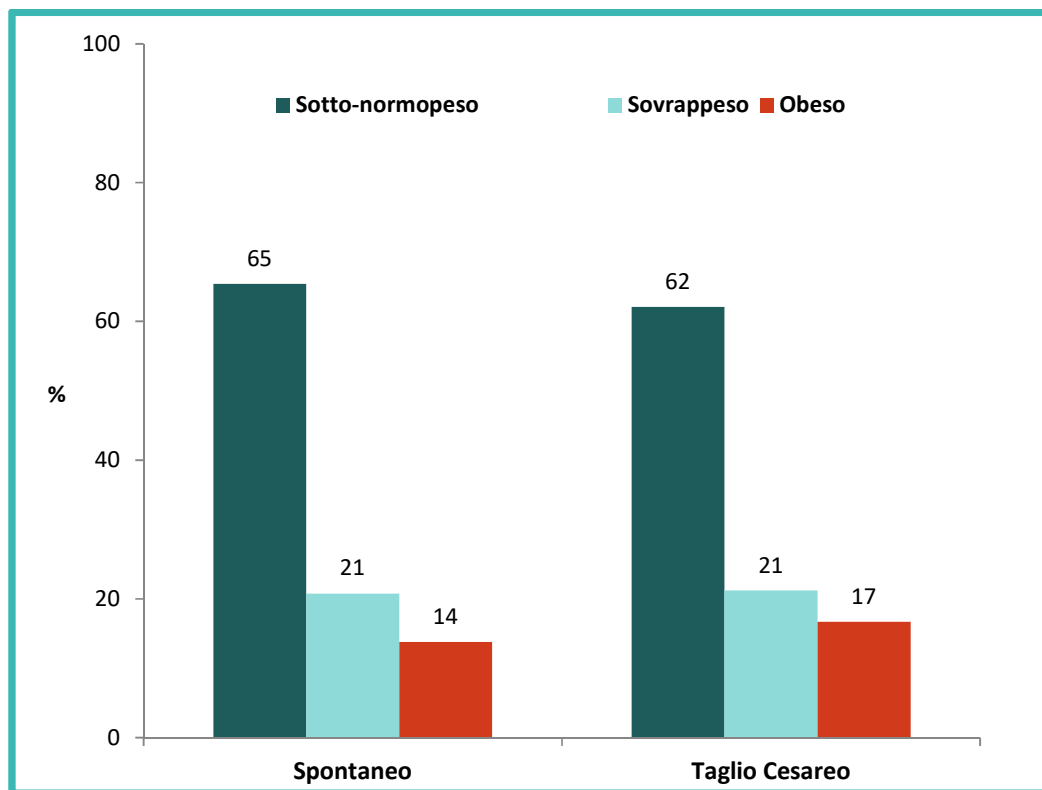
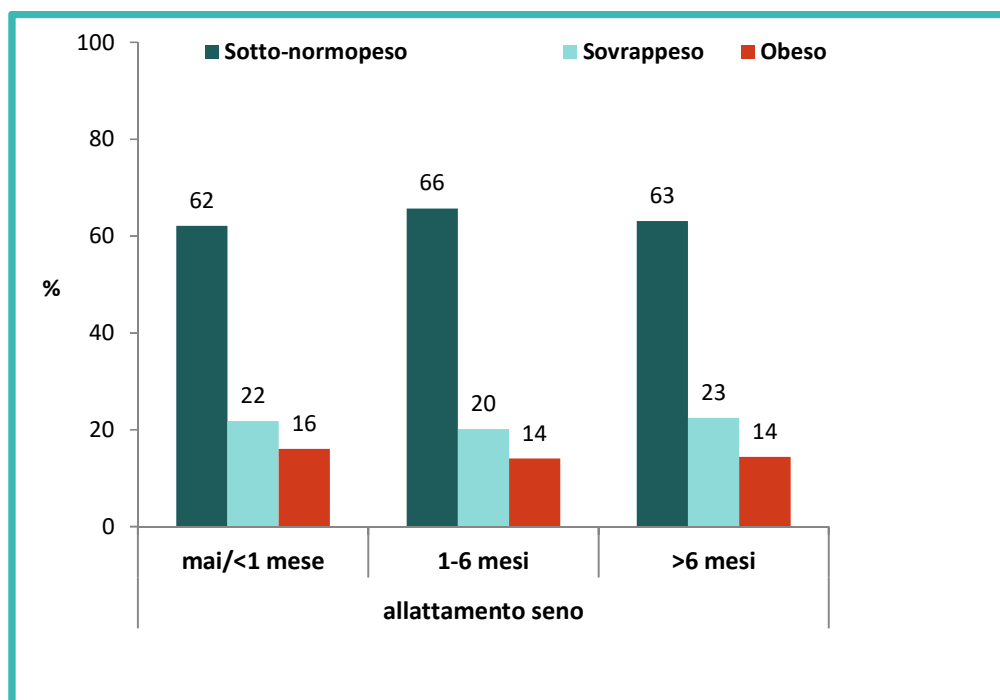
- Il 26% dei bambini dorme meno di 9 ore. A livello nazionale questo dato è stato pari al 13%.
- Nella nostra regione la percentuale di bambini sovrappeso-obesi aumenta al diminuire delle ore di sonno.

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

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

CARATTERISTICA ALLA NASCITA	MODALITÀ	VALORE REGIONALE 2019	VALORE NAZIONALE 2019
Tipo di parto	Taglio Cesareo	45,5%	40,1%
Settimana gestazionale	<37	8,5%	14,5%
Peso alla nascita (in grammi)	< 2500	7,8%	7,6%
	2500-3300	47,7%	48,1%
	3300-4000	38,2%	37,4%
	≥4000	6,3%	6,9%
Allattamento al seno	Mai/<1 mese	30,5%	24,1%
	1-6 mesi	29,4%	33,8%
	>6 mesi	40,1%	42,%

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

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 21,6% è risultato sovrappeso e l'11,5% obeso, mentre tra i bambini con peso alla nascita ≥ 4000 gr, i valori sono risultati rispettivamente 23% e 25,9%.

Tra i bambini nati a ≤ 37 settimane, le percentuali di sovrappeso e obesità sono maggiori rispetto ai bambini nati dopo questa età gestazionale; parimenti si riscontra nei bambini nati dopo il termine delle 42 settimane una percentuale maggiore sia di sovrappeso (24,5%) che di obesità (18%).

Per un confronto

	Valori regionali (%)						VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	
Prevalenza di bambini sotto-normopeso	61%	61%	58%	63%	65%	63,3%	70,2%
Prevalenza di bambini sovrappeso	25%	26%	25%	23%	23%	21,6%	20,4%
§Prevalenza di bambini obesi**	14%	14%	17%	14%	13%	15,1%	9,4%
§Prevalenza di bambini sovrappeso e obesi**	39%	39%	42%	37%	35%	36,7%	29,8%

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

Conclusioni

In questa sesta rilevazione non si sono riscontrati particolari cambiamenti. Permane, in ogni caso, il problema dell'eccesso di peso nella popolazione infantile, che vede una lenta decrescita della percentuale di sovrappeso, in linea con i risultati delle scorse edizioni, di contro vede un preoccupante aumento percentuale dei bambini obesi.

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

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

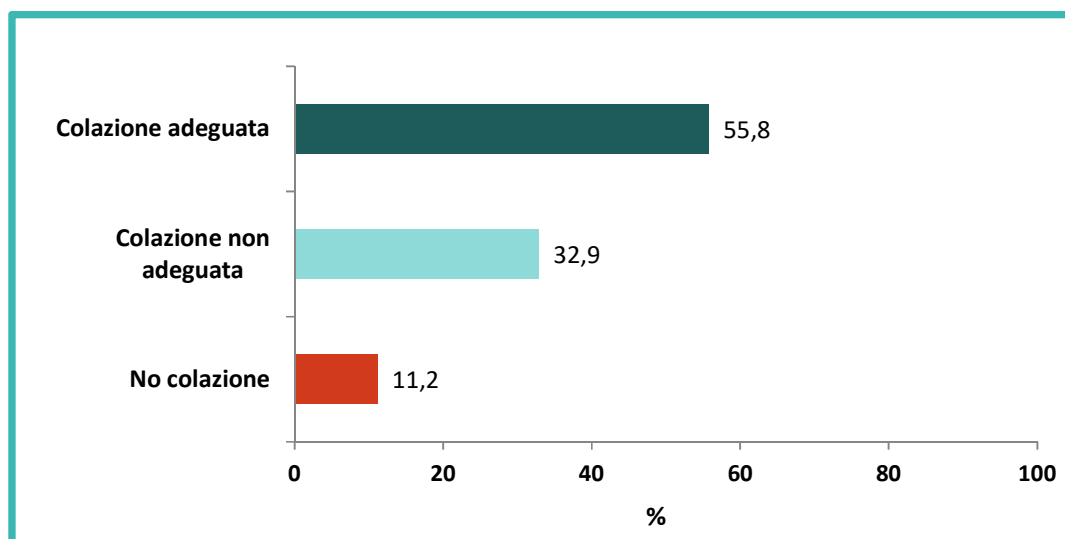
Le abitudini alimentari

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

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

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

Adeguatezza della colazione consumata dai bambini (%)



- Da quanto riportato dai bambini sulla colazione effettuata il giorno della rilevazione, nella nostra Regione solo il 55,8% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata.
- L' 11,2% non fa colazione (più nei bambini rispetto alle bambine, 12,2% versus 10,2%) e il 32,9% non la fa qualitativamente adeguata.
- La prevalenza del non fare colazione è più bassa nei bambini di madri con titolo di studio più alto (laurea/master/dottorato) *.

* 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".

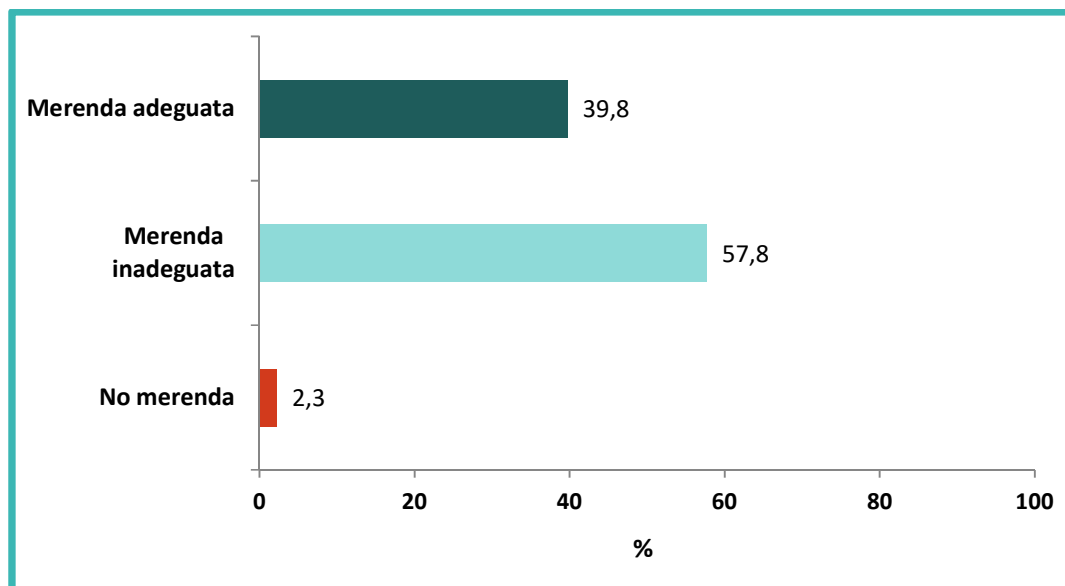
Frequenza della colazione in una settimana tipica (%)

FREQUENZA	%
Ogni giorno	63,4
Quasi tutti i giorni della settimana (4-6 giorni)	13,6
Qualche giorno a settimana (1-3 giorni)	16,4
Mai	6,6

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?

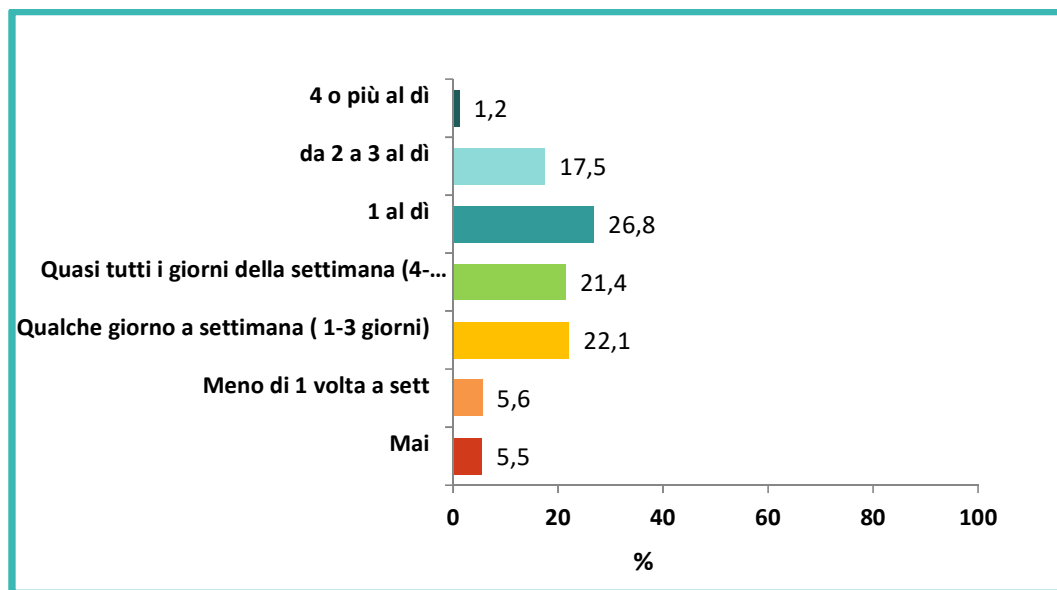
Oggi giorno si raccomanda che venga consumata a metà mattina una merenda contenente circa 100 calorie, che corrispondono in pratica a uno yogurt o a un frutto o a un succo di frutta senza zuccheri aggiunti. La merenda fornita dalla scuola agli alunni è stata considerata adeguata.

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

- Nel 29,6% delle classi è stata distribuita una merenda di metà mattina.
- Solo una piccola parte di bambini (39,8%) consuma una merenda adeguata di metà mattina.
- La maggior parte dei bambini (57,8%) la fa inadeguata e il 2,3% non la fa per niente.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino e per livello di istruzione della madre.

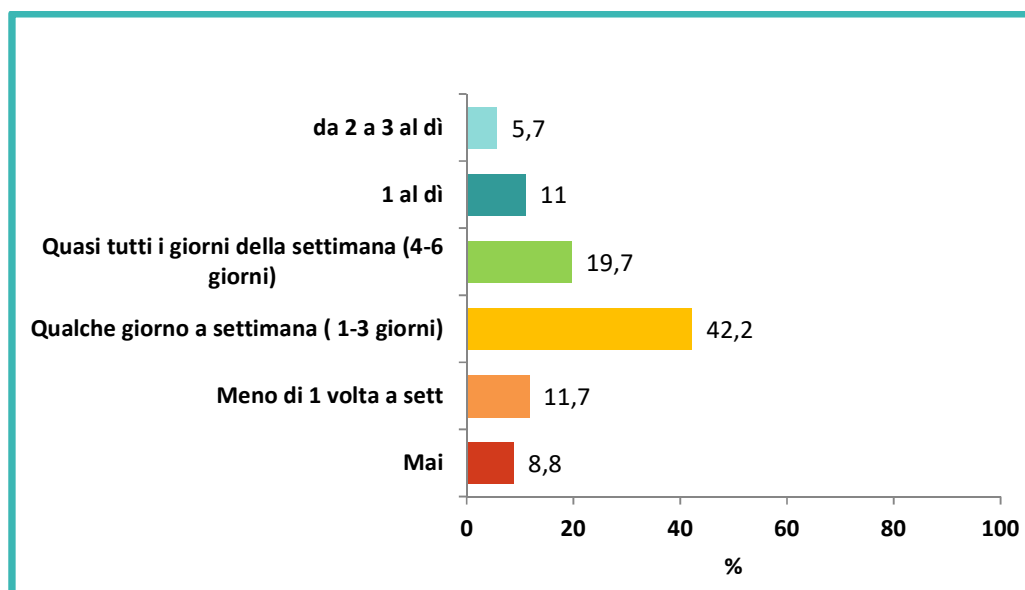
Quante porzioni di frutta e verdura mangiano i nostri bambini al giorno?

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 Regione, i genitori riferiscono che solo il 17,5% dei bambini consuma la **frutta** 2-3 volte al giorno e il 26,8% una sola volta al giorno.
- Il 11,1% dei bambini mangia frutta meno di una volta a settimana o mai.
- Non sono emerse differenze nel consumo di frutta per sesso del bambino, mentre si osserva una più alta percentuale di bambini che consuma frutta 2-3 volte al giorno, con il crescere del livello di istruzione della madre.



Consumo di verdura nell'arco della settimana (%)

- Nella nostra Regione, i genitori riferiscono che solo il 5,7% dei bambini consuma **verdura** 2-3 al giorno; l' 11% una sola volta al giorno.
- Il 20,5% dei bambini consuma verdura meno di una volta a settimana o mai.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino, mentre la percentuale dei bambini che consuma più verdura è più alta con l'aumentare del livello di istruzione della madre.
- Il 32,1% 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 bevande? _____

L'alimentazione può influenzare lo stato ponderale. Il consumo di bibite zuccherate e/o gassate nel 2019 è stato indagato con modalità diverse rispetto al passato e con l'aggiunta della categoria dei succhi di frutta 100% frutta e delle bibite a ridotto contenuto di zucchero. Inoltre, nell'ultima rilevazione di OKkio alla SALUTE sono state aggiunte altre categorie di alimenti che non erano stati mai indagati prima, ovvero i legumi, gli snack salati e dolci.

Regione Puglia, OKkio alla SALUTE 2019

FREQUENZA DI CONSUMO	SUCCHI DI FRUTTA 100% FRUTTA	BIBITE CONF. CONTENENTI ZUCCHERO (tè, arancata, cola, succhi di frutta, ecc.))	BIBITE CONF. A RIDOTTO CONTENUTO DI ZUCCHERO (cola light/zero, ecc.)	LEGUMI	SNACK SALATI (patatine, pop corn, noccioline, ecc.)	SNACK DOLCI (merendine, biscotti, caramelle, torte, ecc.)
Mai	16%	25,3%	63,8%	10,3%	10%	3,9%
meno di una volta a settimana	23,3%	37,2%	22,4%	18,8%	41%	16%
qualche giorno (1-3 giorni)	35,7%	24,3%	10,6%	64,8%	36,9%	34,4%
quasi tutti i giorni (4-6 giorni)	13,2%	6,6%	1,8%	4,7%	7,7%	25,3%
una volta al giorno tutti i giorni	8,3%	4%	0,7%	0,8%	2,6%	14,5%
più volte al giorno tutti i giorni	3,5%	2,6%	0,7%	0,6%	1,9%	5,9%

- Nella nostra Regione il 6,6% dei bambini assume bevande zuccherate confezionate contenenti zucchero quasi tutti i giorni.
- Il 30% dei bambini non consuma mai legumi o meno di una volta a settimana
- Il consumo di snack salati e dolci “più volte al giorno, tutti i giorni” è riportato rispettivamente del 1,9% e del 5,9%
- Mentre non vi è differenza fra maschi e femmine per le diverse categorie di alimenti, la prevalenza di consumo di bibite confezionate contenenti zucchero una volta al giorno tutti i giorni diminuisce con il crescere della scolarità della madre.

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

L'abitudine di lavarsi i denti è essenziale per la prevenzione della carie dentale e dell'igiene del cavo orale. Il 75,2% 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%. Nella nostra Regione i genitori hanno riportato che il 29,7% dei bambini lava i denti non più di una volta al giorno, percentuale lievemente inferiore rispetto al dato nazionale (31%).

I cambiamenti salutarì adottati in famiglia

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

Nella nostra Regione i comportamenti salutarì più frequentemente adottati sono risultati: ridurre il sale durante la preparazione dei pasti (43,5%), non aggiungere sale a tavola (26,6%), limitare il consumo di snack salati (48,4%), leggere con maggiore attenzione le etichette nutrizionali (31,6%), ridurre il consumo di alimenti già pronti o in scatola (53,8%), aumentare il

consumo di verdura e ortaggi (61,2%), acquistare pane poco salato (10,1%), inserire la frutta come spuntino (52,9%).

Per un confronto

	Valori regionali (%)						VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	
§ hanno assunto la colazione al mattino dell'indagine	88%	90%	90%	88%	91%	88,7%	91,3%
§ hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine**	61%	62%	61%	58%	60%	55,8%	55,7%
hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	12%	26%	25%	31%	51%	39,8%	41,2%
assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere	2%	3%	4%	4%	5%	2,9%	5,7%
assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno	36%	42%	40%	38%	31%	25,2%	25,4%

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

Conclusioni

Nella nostra Regione, con la sesta raccolta dei dati, si conferma la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso. Questo rischio per i bambini può essere limitato grazie alla modifica delle abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie. Invece si conferma la diminuzione del consumo di bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno al di sotto della media nazionale.

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. Le raccomandazioni internazionali consigliano 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, inclusa la scuola. Nel nostro studio, il bambino è considerato non attivo se non ha svolto almeno 1 ora di attività fisica il giorno precedente all'indagine (cioè, attività motoria a scuola e attività sportiva strutturata e ha giocato all'aperto nel pomeriggio). L'inattività fisica è stata studiata non come abitudine, ma solo in termini di prevalenza puntuale riferita al giorno precedente all'indagine.

Bambini fisicamente non attivi[#] (%) - Regione Puglia- OKkio 2019

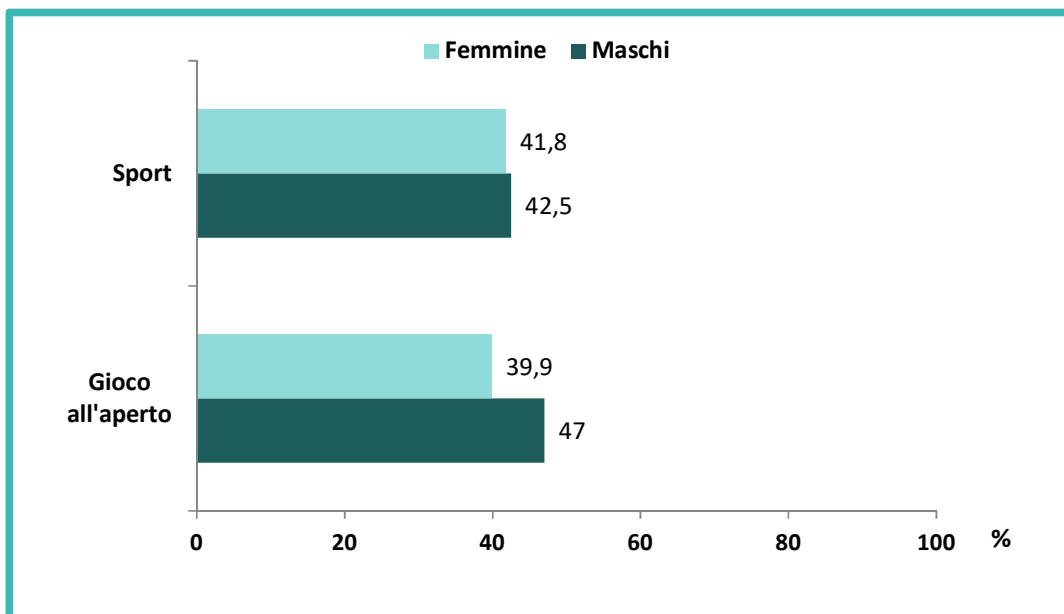
CARATTERISTICHE	NON ATTIVI
Sesso	
Maschi	27,7
Femmine	31,7
Zona abitativa	
<10.000 abitanti	18,8
10.000-50.000	27,7
>50.000	32,3
metropolitana/perimetropolitana	33,7

[#] 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 30% dei bambini risulta non attivo il giorno antecedente all'indagine.
- Solo il 22% 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 (31,7%) sono in percentuale maggiore dei maschi (27,7%).
- La percentuale maggiore di bambini non attivi vive nelle aree geografiche con >50.000 abitanti (32,3) e nell'area metropolitana/perimetropolitana (33,7%).

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.

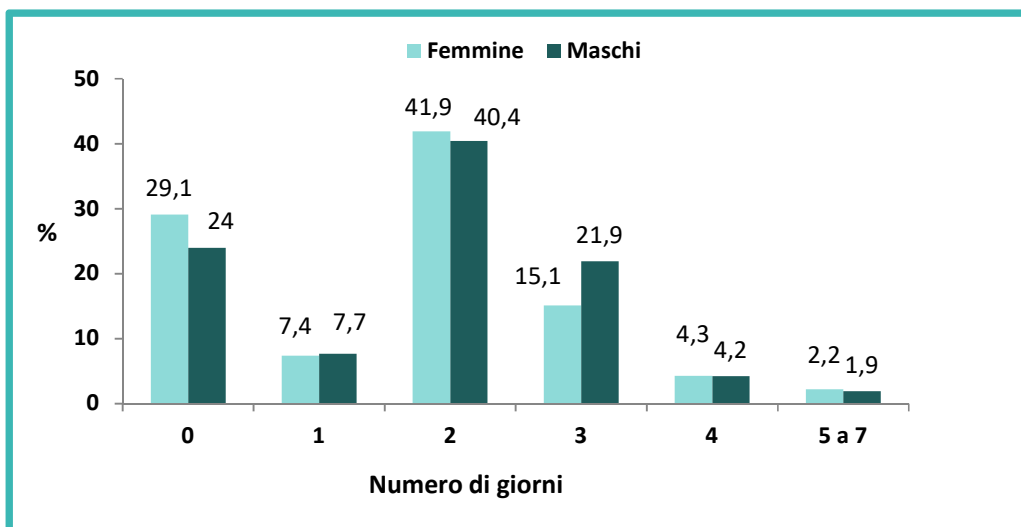


Bambini che hanno giocato all'aperto e/o fatto sport il giorno precedente le rilevazioni (%)

- Il 43,5% del totale dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi giocano all'aperto più delle femmine.
- Il 42% 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?

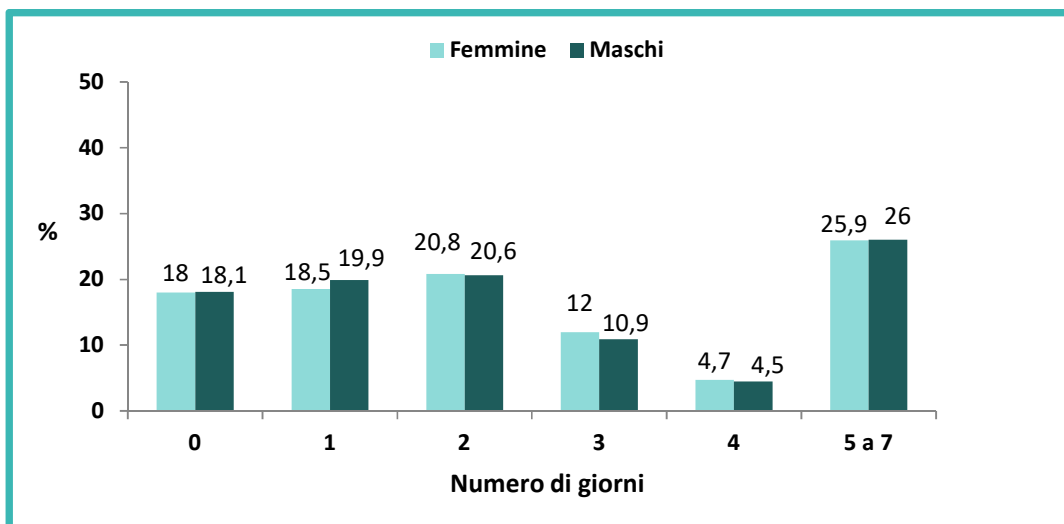
Per stimare l'attività fisica dei bambini si utilizza l'informazione fornita dai genitori, ai quali si è chiesto quanti giorni, in una settimana normale, i bambini giocano all'aperto o fanno sport strutturato per almeno un'ora al giorno al di fuori dell'orario scolastico. Nel questionario 2019 è stato inoltre richiesto ai genitori di riportare, secondo le indicazioni dell'OMS, il totale delle ore a settimana che i bambini dedicano a queste attività.



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

- Secondo i genitori, nella nostra Regione, circa 4 bambini su 10 (41%) fanno almeno un'ora di attività sportiva strutturata per 2 giorni la settimana, il 27% neanche un giorno e solo il 2% da 5 a 7 giorni.
- I giorni attività sportiva strutturata sono uguali sia per i maschi che per le 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 (%)

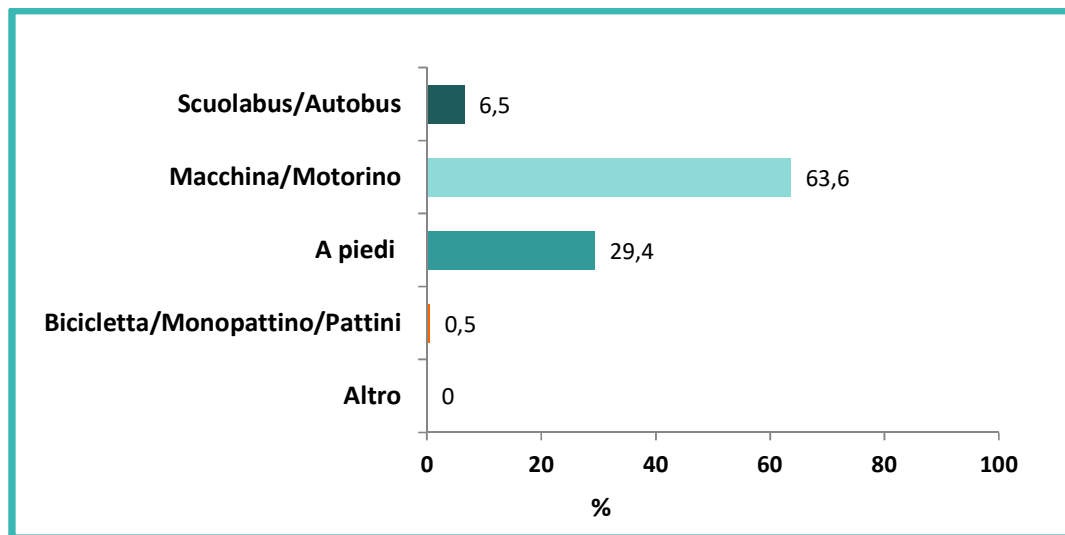
- Per quanto riguarda il tempo dedicato ai giochi di movimento, nella nostra Regione, circa 2 bambini su 10 (20%) fanno almeno un'ora di attività per 2 giorni la settimana, il 18% neanche un giorno e solo il 26% da 5 a 7 giorni.
- Non c'è distinzione di genere per la frequenza di giochi di movimento

- La zona di abitazione non è associata a una diversa frequenza di giochi di movimento da parte dei bambini.
- Il 30% dei bambini non ha svolto attività fisica o giochi di movimento il giorno precedente l'indagine.

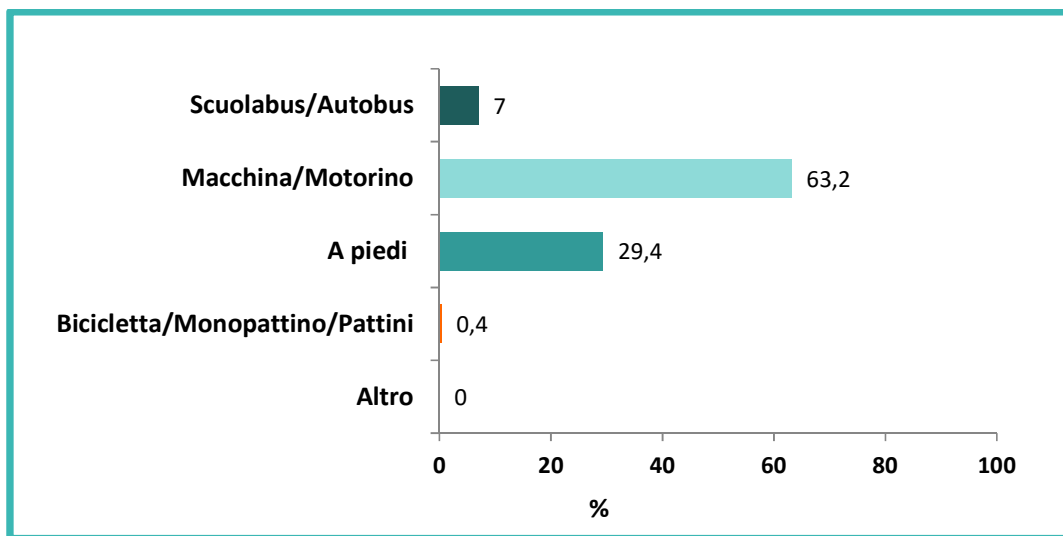
Come si recano a scuola i bambini (percorso casa scuola e viceversa)?

Un altro modo per rendere fisicamente attivi i bambini è far loro percorrere il tragitto casa-scuola a piedi o in bicicletta, compatibilmente con la distanza del loro domicilio dalla scuola. Nel 2019 i bambini hanno risposto a questa domanda riferendosi al giorno in cui si è svolta la rilevazione; a completamento di questa informazione, come accade nel COSI, ai genitori è stato chiesto come solitamente i bambini si recano/tornano da scuola.

- Il 30% 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 70% 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 30% dei bambini si è recato a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini; invece, il 70% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato. Per il ritorno il 70% dei bambini ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato e il 30% è tornato a piedi/bicicletta/monopattino.

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

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

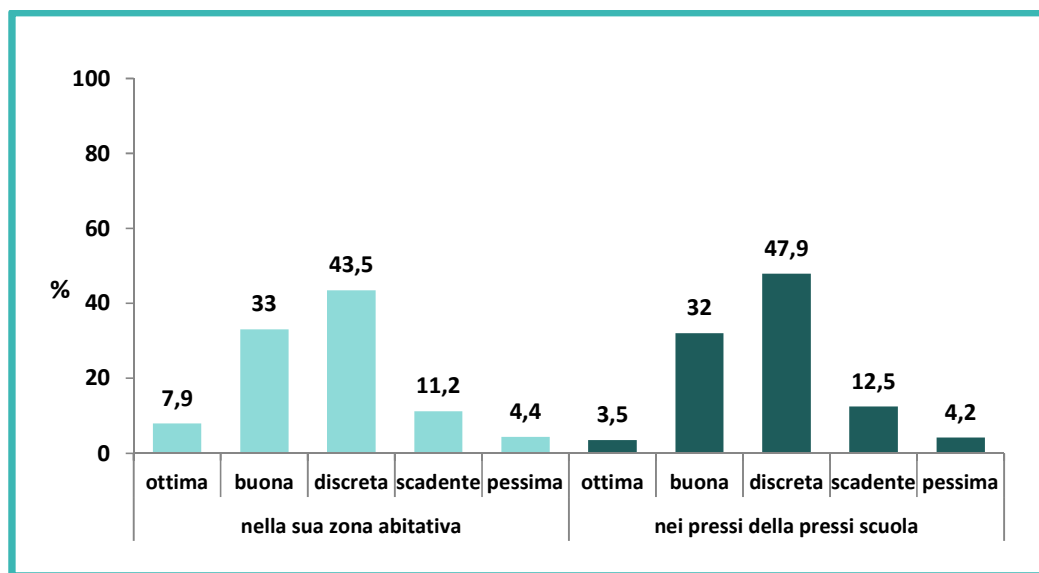
Motivi che impediscono di recarsi a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini (%) Regione Puglia- OKkio 2019

MOTIVI	%
Strada non sicura	20,1
Distanza eccessiva	52,7
Il bambino si muove già abbastanza durante la giornata	2,9
Mancanza di tempo	28,5

Nella nostra Regione, la maggior parte dei genitori (52,7%) indica come motivo principale la distanza eccessiva.

Come viene percepita la qualità dell'aria dai genitori?

Nel questionario rivolto al genitore adottato nel 2019, su richiesta del Comitato Tecnico di OKkio alla SALUTE e di un gruppo di ricerca dell'ISS che da anni si occupa di temi di salute connessi all'ambiente, sono state inserite due domande sulla percezione della qualità dell'aria nei pressi dell'abitazione e della scuola frequentata dai propri figli.



Percezione della qualità dell'aria (%)

Per un confronto

	Valori regionali (%)						VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	
[§] Bambini definiti fisicamente non attivi (indicatore del PNP)	29%	27%	27%	25%	28%	30%	20,3%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	47%	52%	48%	49%	48%	43,5%	61,4%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	37%	44%	42%	45%	41%	42%	43,7%
Bambini che si recano a scuola a piedi e/o bicicletta	32%	32%	31%	30,8%	30%	29,2%	26,4%

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

Conclusioni

I dati raccolti hanno evidenziato che i bambini della nostra Regione fanno poca attività fisica. Si stima che 1 bambino su 3 risulta fisicamente inattivo, senza distinzione di genere. Appena poco più di 2% dei bambini ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età, anche per ragioni legate al recarsi a scuola con mezzi motorizzati, giocare poco all'aperto e non fare sufficienti attività sportive strutturate.

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

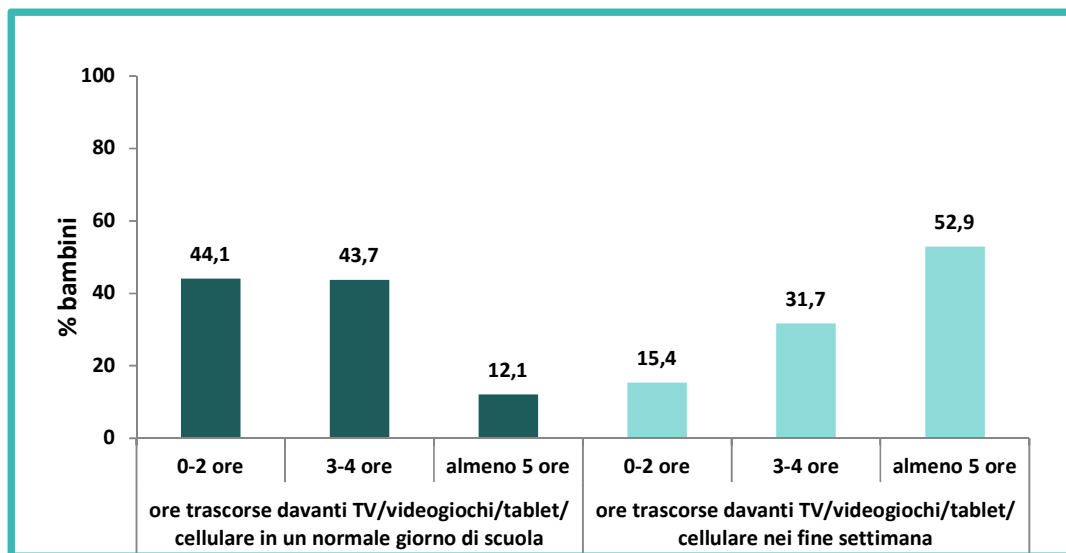
La crescente disponibilità di televisori, videogiochi e dispositivi elettronici, insieme ai profondi cambiamenti nella composizione e nella cultura della famiglia, ha contribuito ad aumentare il numero di ore trascorse in attività sedentarie. Pur costituendo un'opportunità di divertimento e talvolta 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.

Nel questionario 2019 rivolti ai genitori è stata modificata la modalità con cui viene rilevato il tempo speso guardando la TV o davanti ad un dispositivo elettronico; al genitore è stato infatti richiesto di indicare il numero preciso di ore e minuti che il proprio figlio trascorre in attività davanti a uno schermo durante un normale giorno di scuola e nel fine settimana.

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



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

- Nella nostra Regione, in particolare nei giorni di scuola i genitori riferiscono che il 44,1% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi/tablet/cellulare da 0 a due 2 ore al giorno, mentre il 43,7% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi/tablet/cellulare per 3 a 4 ore e il 12,1% per almeno 5 ore. Valori più alti si riscontrano nel fine settimana, poiché il 52,9% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi/tablet/cellulare, per almeno 5 ore.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV o videogiochi/tablet/cellulare è più frequente tra i maschi (61% versus 50%) e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre*.
- Complessivamente il 60% 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 (16% versus 13,8%).
- Considerando separatamente il tempo dedicato alle due attività, si rileva che la percentuale di bambini che trascorre più di 2 ore davanti alla TV è pari al 15,1%, mentre quella relativa l'utilizzo di videogiochi/tablet/cellulare è 12,7%.

*p < 0,05

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

Nella nostra Regione il 40% dei bambini ha guardato la TV o ha utilizzato videogiochi/tablet/cellulare la mattina prima di andare a scuola, il 81,3% il pomeriggio del giorno precedente e il 77,3% la sera precedente.

Solo il 6,1% dei bambini non ha guardato la TV o utilizzato i videogiochi/tablet/cellulare nelle 24 ore antecedenti l'indagine, mentre il 19,3% lo ha fatto in un periodo della giornata, il 44,2% in due periodi e il 30,4% 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 (35,5% versus 25,3%)* e non è associata con l'aumento del livello di istruzione della madre.

*p < 0,05

Per un confronto

	Valori regionali (%)						VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	
Bambini che trascorrono al televisore o ai videogiochi/tablet/cellulare più di 2 ore al giorno (durante un normale giorno di scuola)	62%	50%	47%	59%	49%	55,8%	44,5%
Bambini con televisore in camera	53%	54%	56%	56%	52%	58,8%	43,5%

Conclusioni _____

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

Queste attività sedentarie sono sicuramente favorite dal fatto che più della metà dei bambini dispone di un televisore in camera propria. Tutti questi fattori fanno sì che solo 1 bambino su 10 di fatto ottemperi alle raccomandazioni sul tempo da dedicare alla televisione o ai videogiochi/tablet/cellulare (meno di 2 ore al giorno di TV o videogiochi/tablet/cellulare).

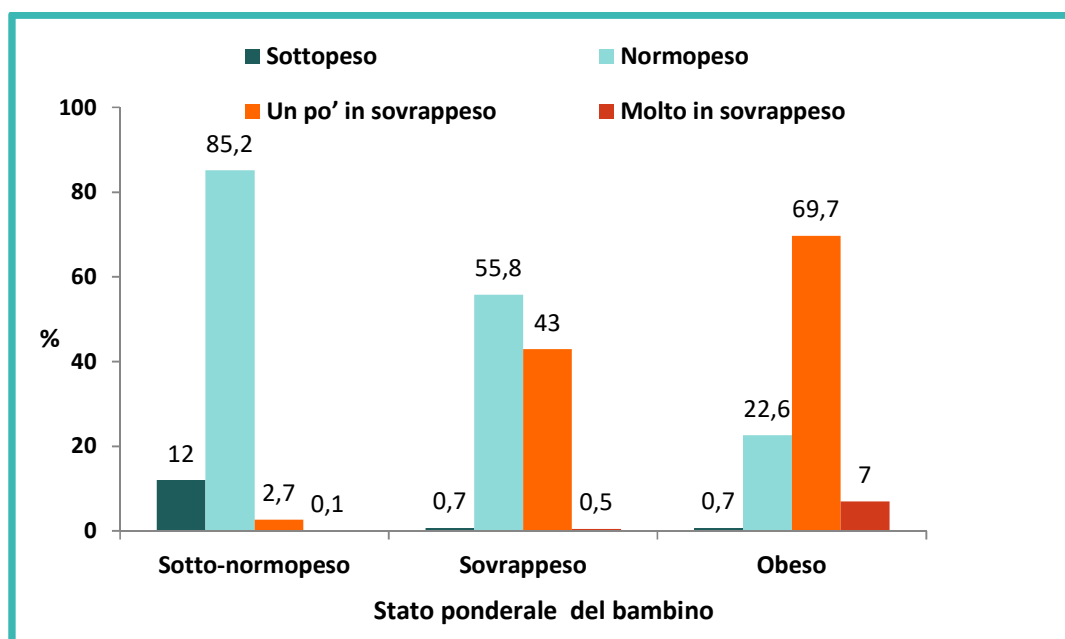
Rispetto alle precedenti rilevazioni, soprattutto se si confrontano i dati ottenuti nel 2016, la percentuale di bambini dediti ad attività sedentarie per un tempo maggiore a quello massimo raccomandato è aumentata, azzerando il miglioramento ottenuto dal 2008 e registrato in ogni rilevazione successiva.

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

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

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

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



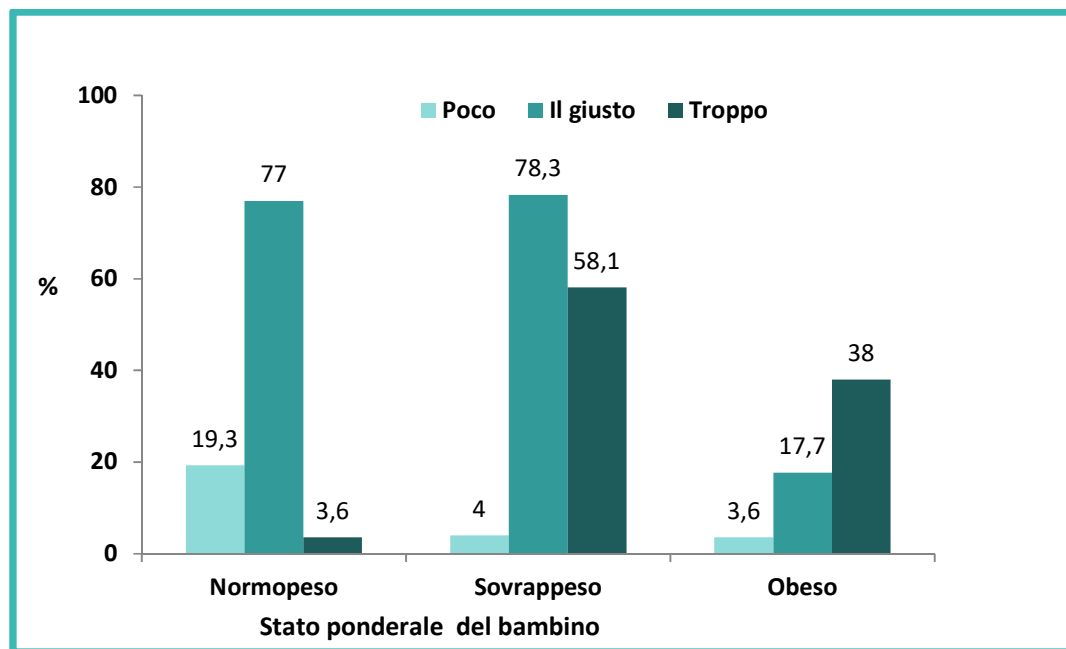
La percezione materna dello stato ponderale dei figli (%)

- Nella nostra Regione ben il 56,5% delle madri di bambini sovrappeso e il 23,3% 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. Analoga situazione si presenta nelle famiglie di bambini obesi.
- Per i bambini in sovrappeso, la percezione è tanto più accurata quanto maggiore è la scolarità della madre.
- Per i bambini obesi, la percezione non cambia in base alla scolarità della madre.

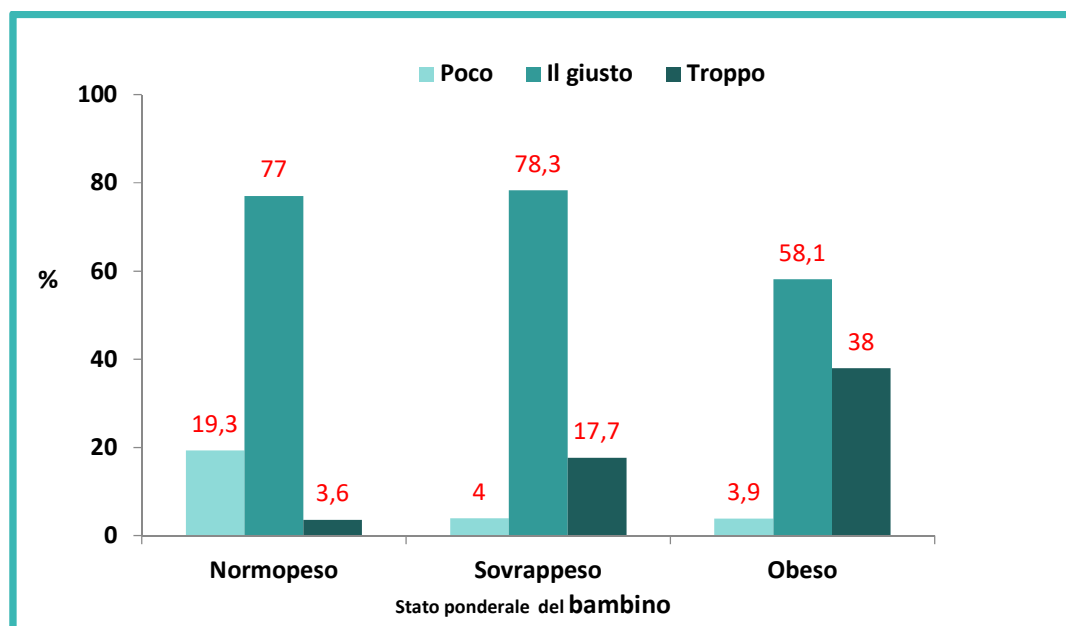
* $p < 0,05$

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

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



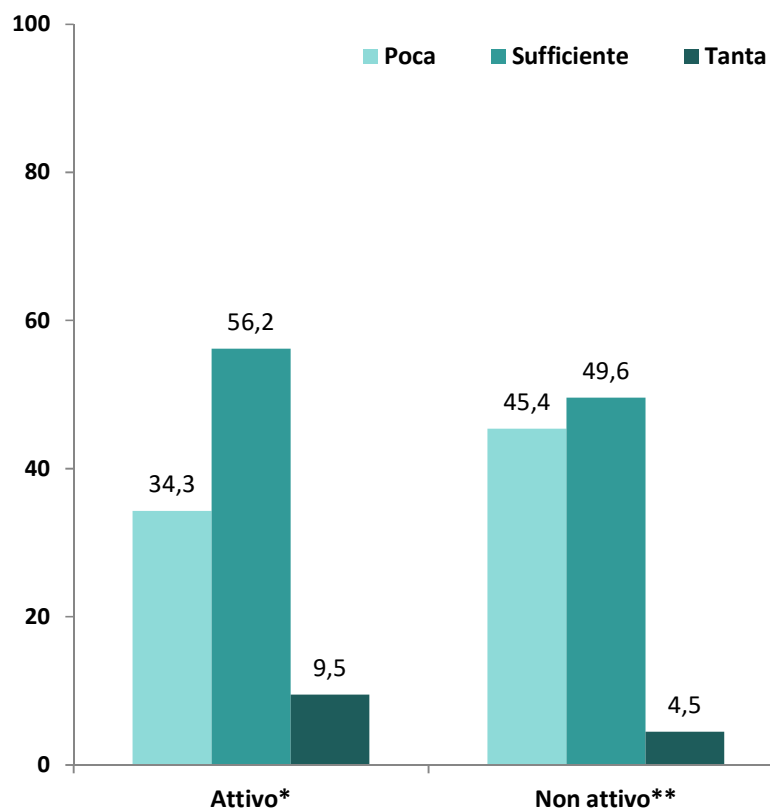
La percezione materna della quantità di cibo assunta dai figli (%)



- Solo il 17,7% delle madri di bambini sovrappeso e il 38% di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo.
- Considerando i bambini in sovrappeso e obesi insieme, non è stata constatata nessuna differenza per sesso dei bambini o per livello scolastico della madre.

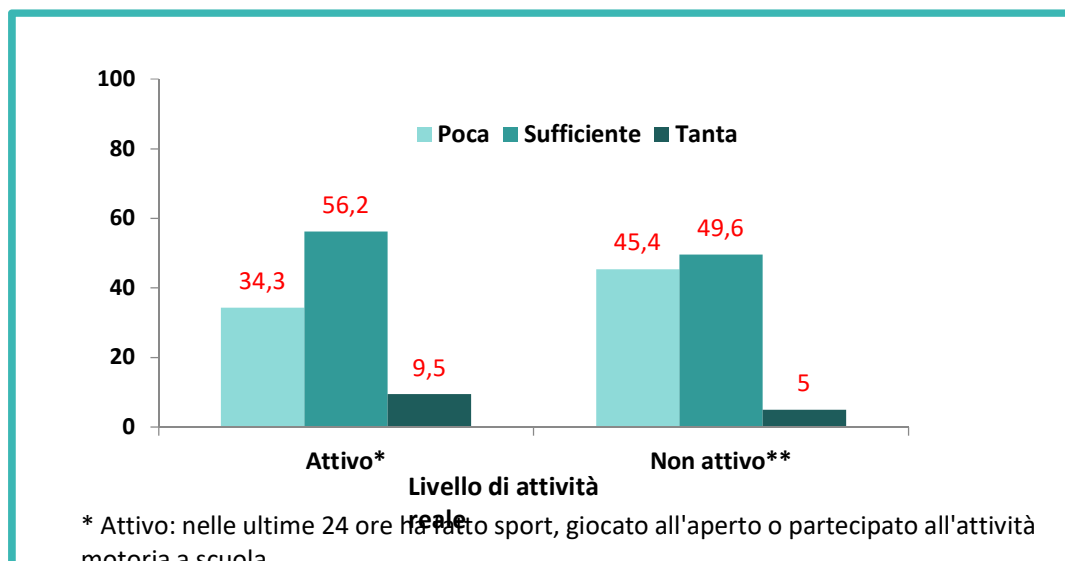
Qual è la percezione della madre rispetto all'attività fisica svolta dal figlio? _____

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

**Livello di attività reale**

* 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)



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

- All'interno del gruppo di bambini non attivi, il 49,7% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e il 4,5% molta attività fisica.
- Limitatamente ai non attivi non è stata constatata nessuna differenza per sesso dei bambini o livello scolastico della madre.

Per un confronto

MADRI CHE PERCEPISCONO	Valori regionali (%)						VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	
§ in modo adeguato lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è sovrappeso	48%	42%	38%	43%	45%	43,5%	46,9%
in modo adeguato lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è obeso	91%	89%	85%	85%	85%	70,4%	86,0%
l'assunzione di cibo del proprio figlio come "poco o giusto", quando	69%	75%	73%	75%	72%	73,8%	69,9%

questo è sovrappeso o
obeso

l'attività fisica del proprio figlio come scarsa, quando questo risulta inattivo	58%	49%	50%	47%	40%	45,4%	46,9%
---	-----	-----	-----	-----	-----	-------	-------

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

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

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'85% dei rispondenti ha dichiarato di non aver mai ricevuto alcuna informazione; nella nostra Regione tale valore è risultato pari a 87%.

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; 20% sì, al pronto soccorso; 8% sì, ad entrambi. Nella nostra Regione le percentuali di risposta sono state rispettivamente: 11,8%, 17,5%, 6,4%.

Conclusioni

Nella nostra Regione è molto diffusa (2 genitori su 3) 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. La situazione è simile per la percezione delle madri del livello di attività fisica dei propri figli: solo 1 genitore su 2 ha una percezione che sembra coincidere con la situazione reale.

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

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

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

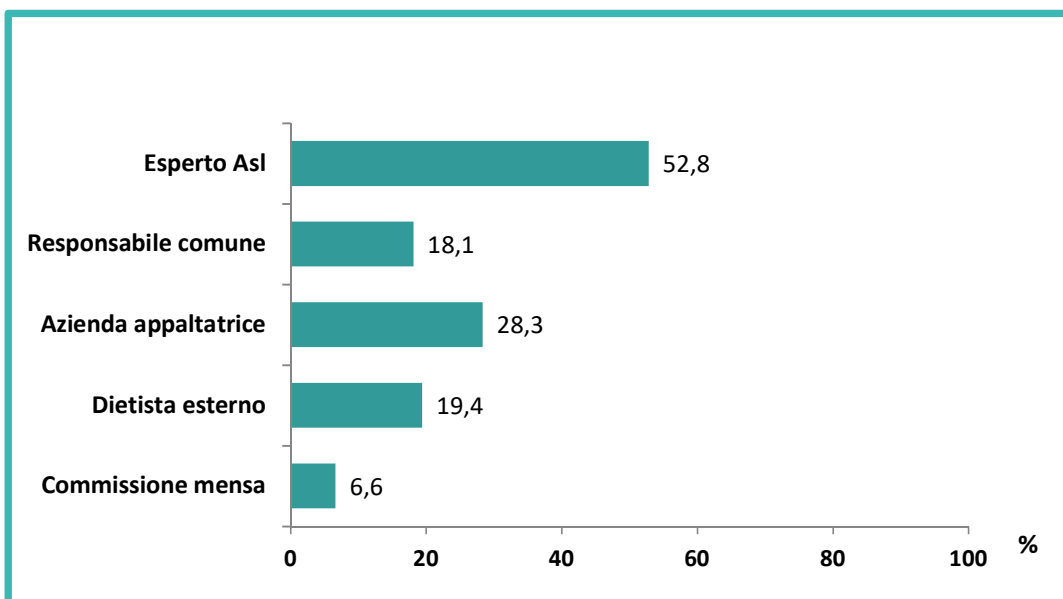
La partecipazione della scuola all'alimentazione dei bambini

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

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

Nella nostra Regione il **64%** delle scuole campionate ha una mensa scolastica funzionante.

Nelle scuole dotate di una mensa, il **90,2%** di esse sono aperte almeno 5 giorni la settimana.



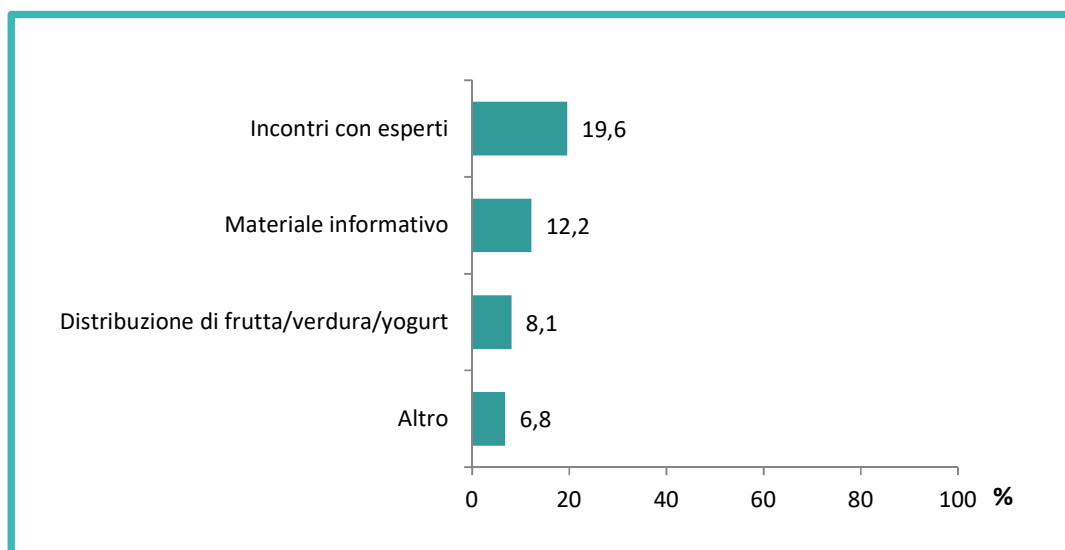
Predisposizione del menù scolastico (%)

- La definizione del menù scolastico è più frequentemente stabilita da un esperto dell'ASL, seguito da un'azienda appaltatrice e da un dietista esterno.
- Secondo il giudizio dei dirigenti scolastici il 97,8% delle mense risulta essere adeguato per i bisogni dei bambini.

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

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

- Nella nostra Regione, le **scuole** che distribuiscono ai bambini frutta o latte o yogurt, nel corso della giornata, sono il 39,8%.
- In tali **scuole**, la distribuzione si effettua prevalentemente a metà mattina (88,9%).
- Durante l'anno scolastico il 42,6% delle **classi** ha partecipato ad attività di promozione del consumo di alimenti sani all'interno della scuola con Enti e/o associazioni.



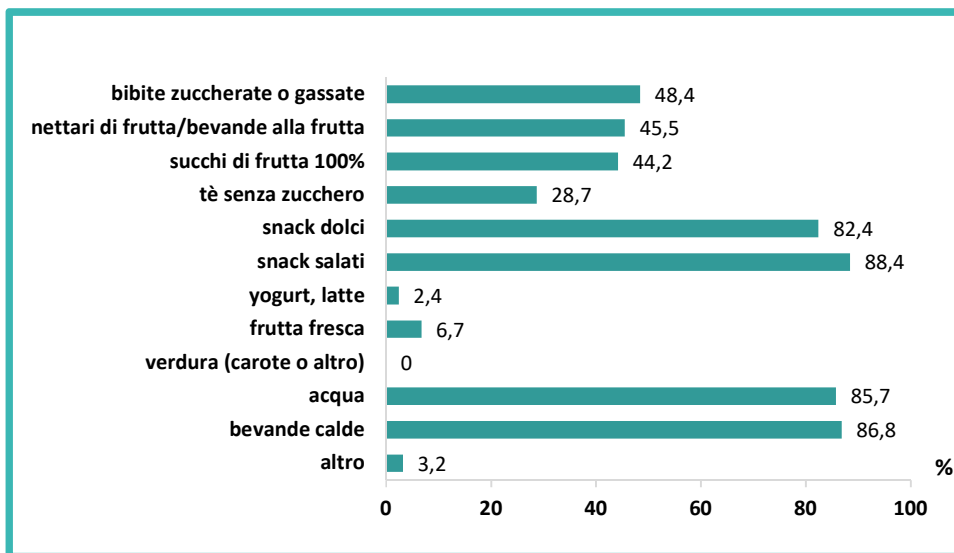
Promozione del consumo di alimenti sani con Enti e associazioni (%)

- In questo anno scolastico il 8,1% delle **classi** ha partecipato alla distribuzione di frutta, verdura o yogurt come spuntino.
- Il 12,2% delle **classi** ha ricevuto materiale informativo.
- il 19,6% 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 63,7% delle scuole; il 22,7% è accessibile sia agli adulti che ai bambini.
- All'interno del gruppo di scuole con distributori automatici, il 75,2% mette a disposizione succhi di frutta 100% frutta, nettari/bevande alla frutta, frutta fresca, yogurt o latte.



Alimenti presenti nei distributori automatici (%)

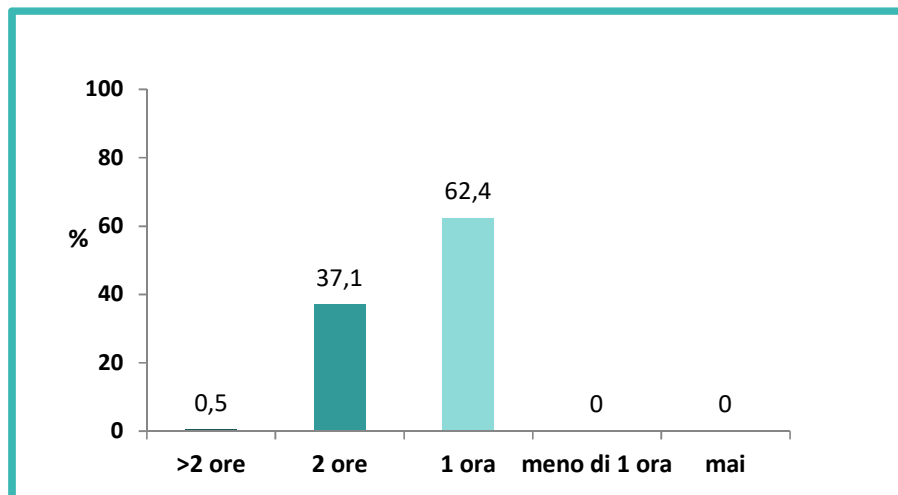
Nella nostra Regione gli alimenti maggiormente frequenti nei distributori automatici sono snack salati, snack dolci.

La partecipazione della scuola all'educazione fisica dei bambini

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

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

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



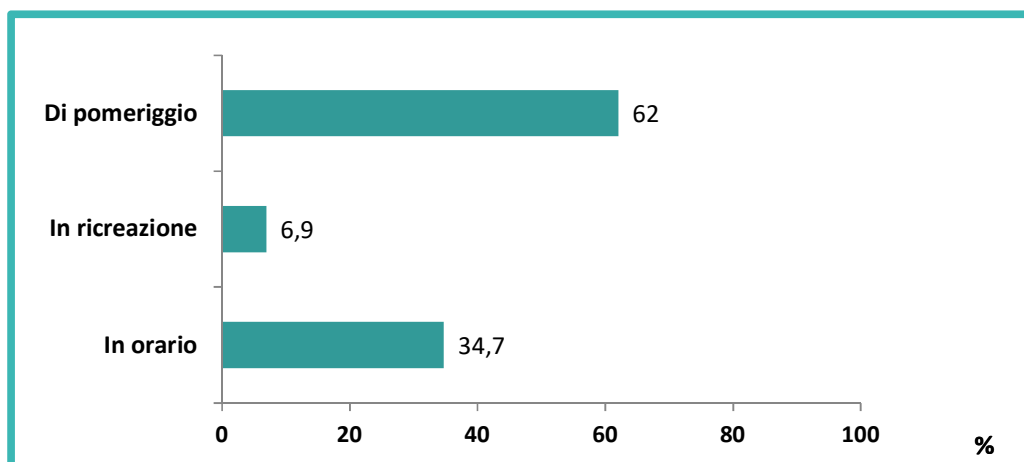
Distribuzione percentuale delle classi per numero di ore a settimana di attività motoria (%)

- Complessivamente, nel 37,6% delle classi delle nostre scuole si svolgono normalmente almeno 2 ore di educazione fisica a settimana mentre la maggioranza delle classi (62,4%) fa 1 ora. Non ci sono classi in cui si fa meno di un'ora a settimana.

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 57,1%.



Momento dell'offerta di attività motoria extracurricolare (%)

- Laddove offerta, l'attività fisica viene svolta più frequentemente nel pomeriggio fuori dall'orario scolastico (62%), segue durante l'orario scolastico (34,7%), solo il 6,9% durante la ricreazione.
- Queste attività si svolgono più frequentemente in palestra (76,9%), in altra struttura sportiva (17,9%), nel giardino (17,5%), in piscina (8,4%), in aula (7%), in corridoio (2,9%)

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 87,5% delle scuole campionate nella nostra Regione.

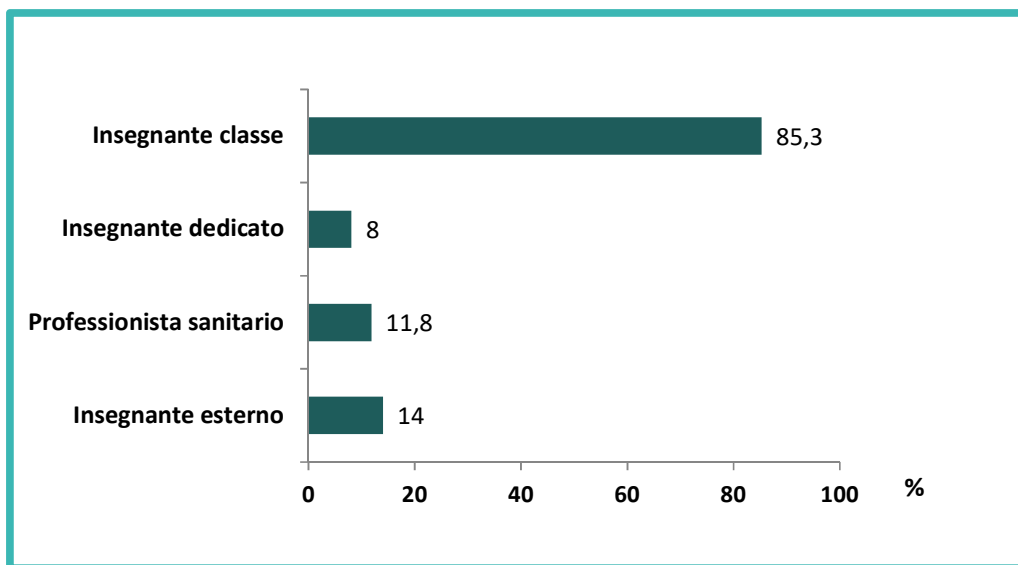


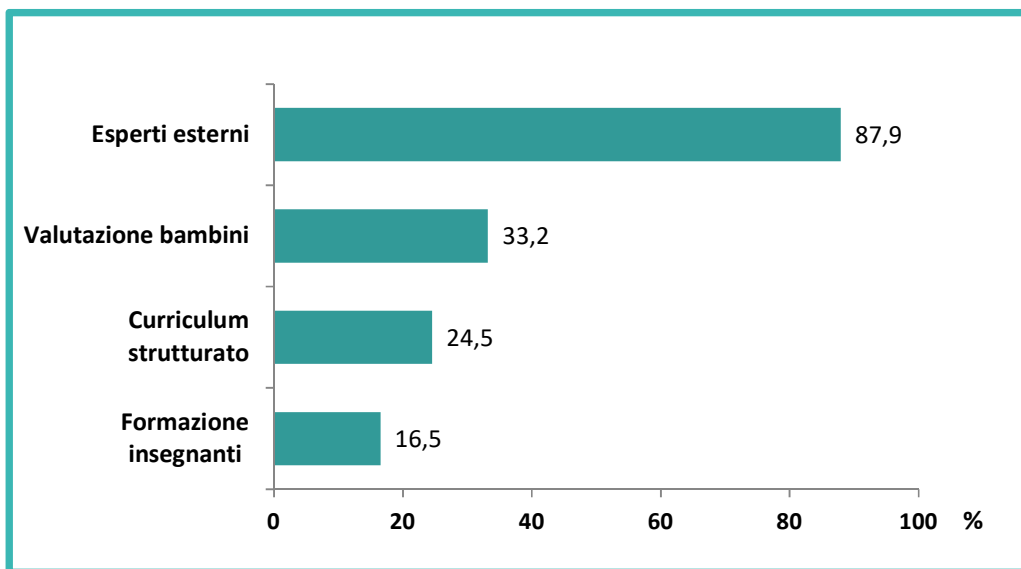
Figure professionali coinvolte nell'attività curriculare nutrizionale (%)

- 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 95,7% 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 33,2% dei casi è stata effettuata la valutazione delle abilità motorie dei bambini, nel 24,5% lo sviluppo di un curriculum strutturato e nel 16,5% la formazione degli insegnanti.

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

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

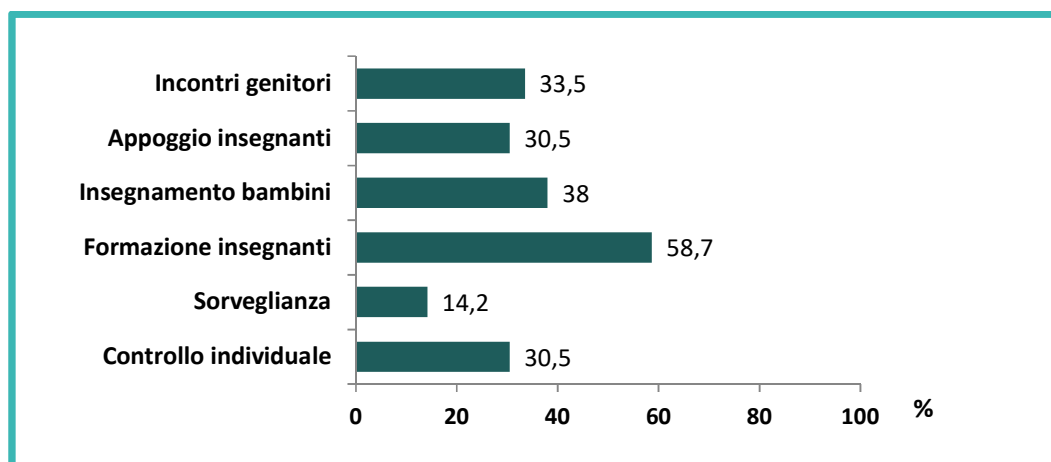
Le attività di promozione dell'alimentazione e dell'attività fisica dei bambini

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.

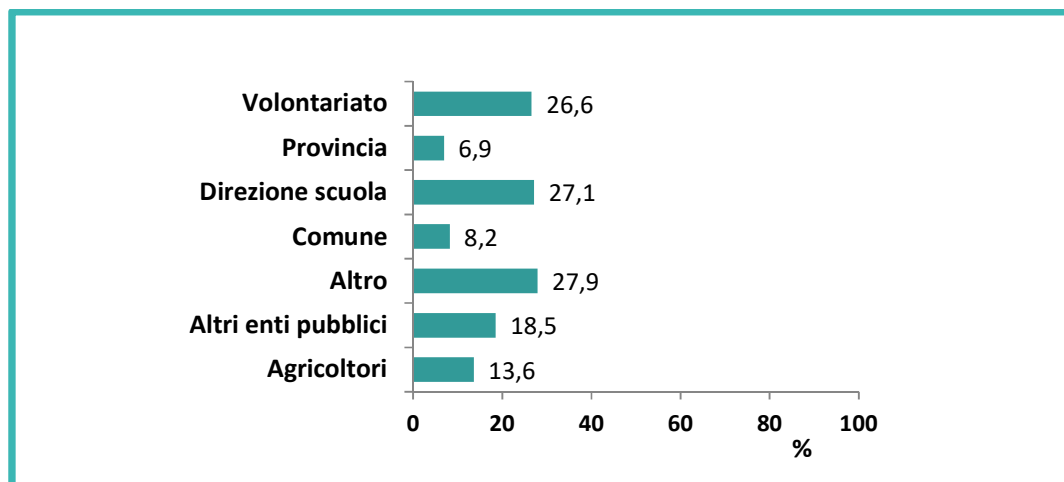
- I Servizi Sanitari della ASL costituiscono un partner privilegiato e sono coinvolti nella realizzazione di programmi di educazione alimentare nel 35,6% delle scuole e nella promozione dell'attività fisica nel 15,6% delle scuole.

Iniziative con le ASL (%)



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

Iniziative promozione alimentare (%)



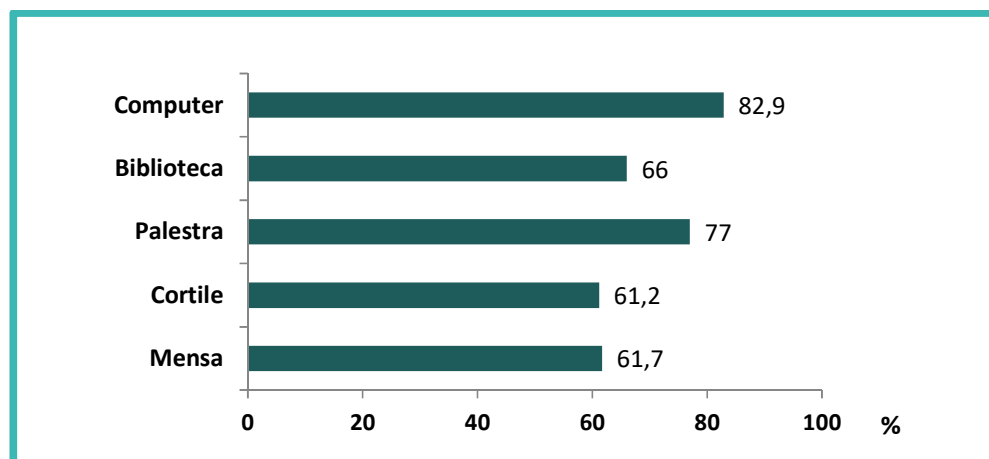
- Oltre la ASL, gli enti e le associazioni che hanno prevalentemente organizzato iniziative di promozione alimentare nelle scuole sono la direzione scolastica/insegnanti, le Associazioni di Volontariato, le Associazioni di agricoltori/allevatori, il Comune e la Provincia.

Risorse a disposizione della scuola

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

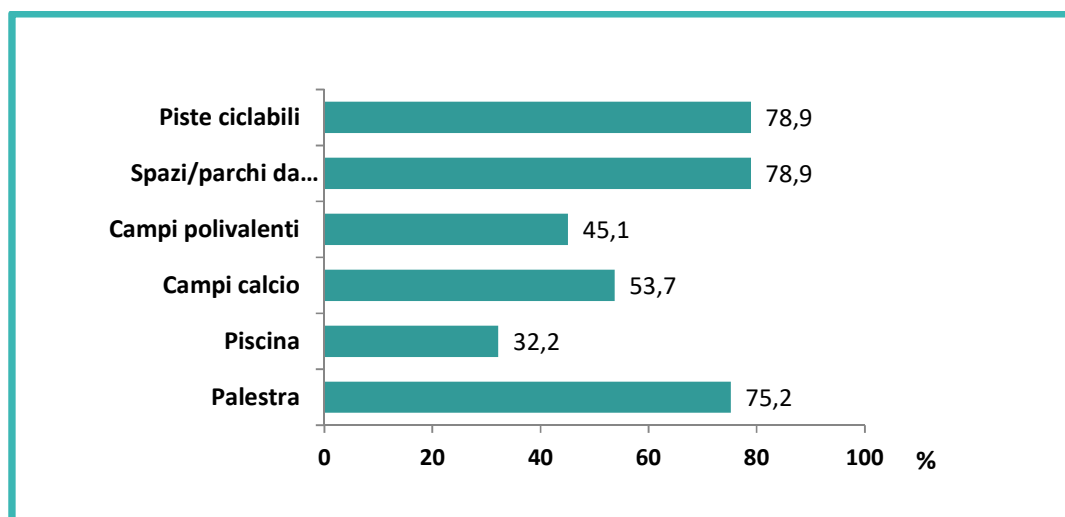
Per poter svolgere un ruolo nella promozione della salute dei bambini, la scuola necessita di risorse adeguate nel proprio plesso e nel territorio.

Risorse adeguate presenti nel plesso (%)



- Secondo i dirigenti scolastici, l'82,9% delle scuole possiede computer adeguati, il 77% una palestra adeguata, il 66% la biblioteca.
- Sono meno adeguate il cortile e la mensa.

Risorse presenti nel plesso o nelle vicinanze (%)



- Il 75,2% 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 (78,9%), piste ciclabili (78,9%) e campi da calcio (53,7%).
- Risultano meno presenti i campi polivalenti (45,1%) e le piscine (32,2%).

La scuola e il divieto di fumo negli spazi aperti

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

- Nella nostra regione, il 71,5% 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 3,1% degli stessi dichiara di aver incontrato difficoltà "sempre".

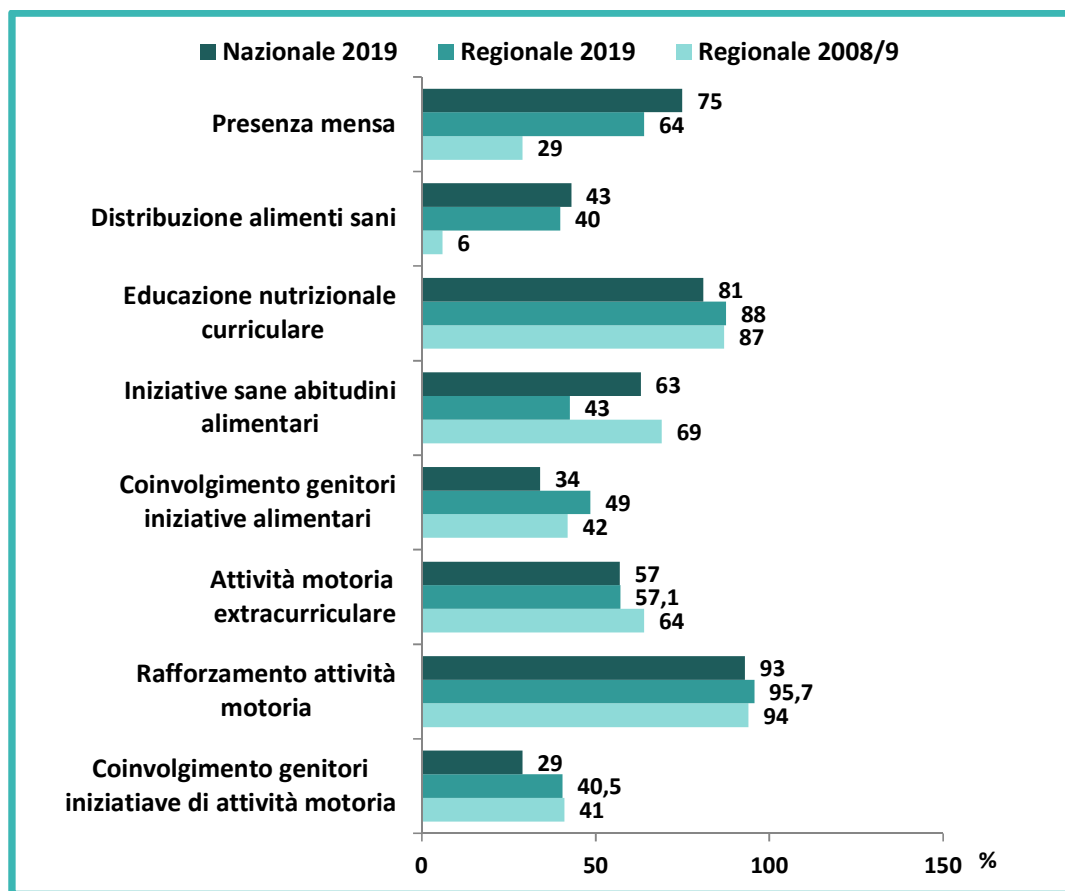
Coinvolgimento delle famiglie

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

Le iniziative di promozione di sane abitudini alimentari e di attività motoria nei bambini coinvolgono attivamente la famiglia rispettivamente nel 48,5% e nel 40,5% delle scuole campionate.

Per un confronto

Nel grafico di seguito sono riportati i confronti con i dati regionali 2008/9, 2019 e nazionali del 2019. Dato il numero esiguo delle scuole campionate, soprattutto a livello aziendale, e di conseguenza intervalli di confidenza generalmente più ampi, è necessaria la massima cautela nell'interpretare 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 la presenza delle mense a scuola nella Regione Puglia è in percentuale più bassa, ma è cresciuta rispetto al dato del 2016, 64% vs 59%.

L'educazione nutrizionale curriculare è aumentata rispetto alla media nazionale, mentre si evidenzia una diminuzione delle iniziative sane abitudini alimentari, presenti nelle scuole solo nel 43%, nettamente al di sotto della media nazionale, 63%, ma è ancora più importante la perdita se confrontato con il dato del 2016 che ha fatto registrare l'80%. Mentre l'attività motoria extracurriculare e il rafforzamento dell'attività motoria sono in linea con la media nazionale. Importante sottolineare come sono diminuite le attività di educazione alla salute specie da fare in collaborazione con i genitori.

E' auspicabile sottolineare che la cooperazione avviata tra salute e scuola perduri nel tempo così da assicurare la continuazione negli anni del piano Strategico per la promozione della salute nelle scuole.

La letteratura scientifica conferma 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.

Essenziale quindi è 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. Ugualmente importante 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.

E' necessario investire nella prevenzione, anche con il coinvolgimento attivo di settori della società esterni al sistema sanitario, sia istituzionali che della società civile, così come raccomandato dall'Unione Europea (UE) e dall'OMS attraverso strategie e Piani d'azione. Particolarmente importante a tal fine il raccordo tra salute e scuola cui compete un ruolo educativo molto rilevante anche nel supportare e stimolare comportamenti salutari a partire dall'infanzia, coinvolgendo le famiglie e l'intera comunità scolastica.

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, 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.

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. Ugualmente importante è rendere l'ambiente urbano "a misura di bambino" aumentando i parchi pubblici, le aree pedonali e le piste ciclabili così da incentivare il movimento all'aria aperta.

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

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 sesta raccolta dati di OKkio alla SALUTE, presentati in questo rapporto, mostrano nella nostra Regione 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 sono peggiorate le iniziative di promozione della salute , specie in raccordo con i genitori.

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, ma piuttosto sia sostenuta da una responsabilità collettiva.

Bibliografia essenziale

Politica e strategia di salute

- Ministero della Salute. Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione. 2019; disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2828_allegato.pdf
- World Health Organization. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. 2016; disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/en/>
- Knai C, Petticrew M, Mays N. The childhood obesity strategy. BMJ. 2016;354:i4613.
- Brennan LK, Brownson RC, Orleans CT. Childhood obesity policy research and practice: evidence for policy and environmental strategies. Am J Prev Med. 2014;46(1):e1-16.
- EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020; disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_action_plan_2014_2020_en.pdf (ultima consultazione maggio 2017). Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Linee guida per l'educazione alimentare, 2015; disponibile all'indirizzo: http://www.istruzione.it/allegati/2015/MIUR_Linee_Guida_per_l'Educazione_Alimentare_2015.pdf
- Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. La sfida dell'obesità nella Regione europea dell'OMS e le strategie di risposta. Compendio. Geneva: WHO; 2007. Traduzione italiana curata dal Ministero della Salute e dalla Società Italiana di Nutrizione Umana, stampata nel 2008. <http://www.sinu.it/documenti/OMS%20La%20sfida%20dell%20Obesit%C3%A0%20e%20le%20strategie%20di%20risposta%20CCM%20SINU.pdf>.
- Ministero della Salute, 2007 “Guadagnare salute”: Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 4 maggio 2007. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22 maggio 2007. http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf.

Epidemiologia della situazione nutrizionale e progressione sovrappeso/obesità

- WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: overweight and obesity among 6–9-year-old children - Report of the third round of data collection 2012–2013. WHO 2018. Disponibile al seguente indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/378865/COSI-3.pdf.
- Childhood Obesity Surveillance Initiative HIGHLIGHTS 2015-17. Disponibile al seguente indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/372426/WH14_COSI_factsheets_v2.pdf.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416

population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2017;390(10113):2627-2642.

- Lauria L, Spinelli A, Buoncristiano M, Nardone P. Decline of childhood overweight and obesity in Italy from 2008 to 2016: results from 5 rounds of the population-based surveillance system. *BMC Public Health*. 2019 May 21;19(1):618
- Spinelli A, Buoncristiano M, Kovacs VA, et al.; Prevalence of Severe Obesity among Primary School Children in 21 European Countries. *Obes Facts*. 2019;12(2):244-258
- Nardone P, Spinelli A, Buoncristiano M, Lauria L, Pierannunzio D, e Galeone D. Il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2016. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. (Supplemento 1, al vol. 31 n. 7-8 del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità).

IMC: curve di riferimento e studi pregressi

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

