



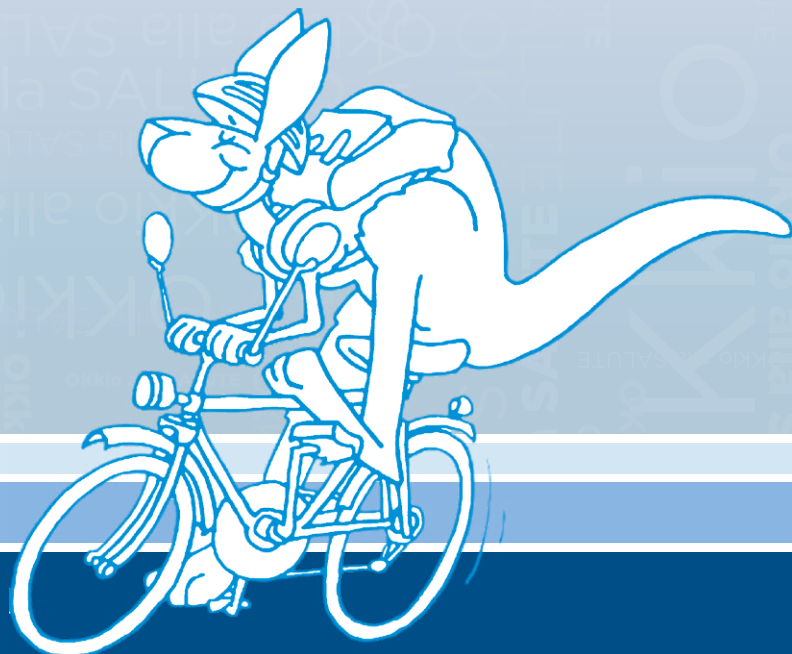
REGIONE DEL VENETO



OKkio alla SALUTE

Risultati dell'indagine 2016

REGIONE VENETO



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

HANNO CONTRIBUITO ALLA REALIZZAZIONE DELLA RACCOLTA DATI 2016

- a livello nazionale:

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

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

- a livello regionale:

Regione del Veneto: Francesca Russo (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria - Regione del Veneto), Federica Michieletto, Oscar Cora, Erica Bino.

Ufficio Scolastico Regionale: Michela Possamai (Referente Regionale per la Promozione della Salute)

- a livello aziendale

A.ULSS 1 Belluno	Cora Oscar
A.ULSS 2 Feltre	Foschini Giovanna
A.ULSS 3 Bassano	Stano Antonio
A.ULSS 4 Alto Vicentino	Chilese Saverio
A.ULSS 5 Ovest Vicentino	Rebesan Franco
A.ULSS 6 Vicenza	Vanzo Angiola
A.ULSS 7 Pieve di Soligo	Sandri Daniela
A.ULSS 8 Asolo	Ranieri Renato
A.ULSS 9 Treviso	Dalla Pria Simona
A.ULSS 10 Veneto Orientale	Sciacco Riccardo
A.ULSS 12 Veneziana	Elia Marianna
A.ULSS 13 Mirano	Tumino Maria
A.ULSS 14 Chioggia	Zadra Laura
A.ULSS 15 Alta Padovana	Cortese Lucia
A.ULSS 16 Padova	Tessari Stefania
A.ULSS 17 Este	Ferro Ambra
A.ULSS 18 Rovigo	Costa Fiorella
A.ULSS 19 Adria	Cibin Monica
A.ULSS 20 Verona	Rebonato Valeria
A.ULSS 21 Legnago	Zambelli Lorena
A.ULSS 22 Bussolengo	Sandri Giovanni

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

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

Copia del volume può essere richiesta a:

www.venetonutrizione.it

www.regione.veneto.it/web/sanita/okkio-alla-salute

Sito internet di riferimento per lo studio:

www.epicentro.iss.it/okkioallasalute





La **Regione del Veneto** ha, particolarmente **a cuore il benessere** di tutta la sua **popolazione**, e nello specifico la salute dei bambini e dei ragazzi, di coloro che sono e saranno il futuro: bambini e ragazzi sani, saranno adulti sani e in forma e protagonisti di un invecchiamento attivo.

Molte sono le **azioni intraprese** dalla Regione del Veneto per **promuovere uno stile di vita sano** nella popolazione generale. Il riferimento programmatico è nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 (PRP 2014-2018), che si fonda su alcuni punti cardini fondamentali per un nuovo approccio della prevenzione:

- passare da progetti settoriali e parcellizzanti, a programmi tra loro coerenti, coordinati e sinergici;
- programmare per setting di vita (scuola, ambienti di lavoro, comunità) per supportare il protagonismo delle persone, in sintonia con quanto scritto della Carta di Ottawa (1986) “la propria salute si costruisce là dove si studia, si lavora, si gioca e si ama”;
- avere un approccio life-course, per mettere al centro del benessere fin dal periodo preconcenzionale la persona;
- contrastare le disuguaglianze per adottare un approccio di sanità pubblica che garantisca equità;
- garantire l'intersectorialità per condividere e definire comuni obiettivi di intervento tra diversi settori.

Il sistema di sorveglianza OKkio alla Salute fa parte del Programma **“Coordinamento operativo delle sorveglianze di popolazione sugli stili di vita”** presente nel PRP 2014-2018. Tale sistema di sorveglianze, composto da Okkio (8 anni), HBSC (11-13-15 anni), PASSI (18-64 anni) e PASSI d'Argento (dai 65 anni in su), risulta fondamentale per la valutazione di tale Piano e permette di delineare un quadro abbastanza completo dei comportamenti e degli stili di vita della popolazione, al fine di orientare la realizzazione di iniziative utili ed efficaci per il benessere della popolazione.

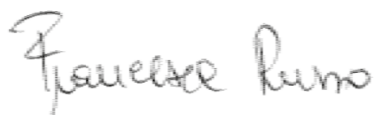
In particolare, è ben risaputo quanto sia di fondamentale importanza una **corretta alimentazione fin dall'infanzia**, che segua una dieta mediterranea, il consumo raccomandato di frutta e verdura, e un'adeguata attività motoria per prevenire le malattie croniche non trasmissibili. È altresì ben evidenziato dalla letteratura scientifica che i **bambini che si muovono di più apprendono meglio**, in un circolo virtuoso di scelte di vita salutari.

È con vero piacere, quindi, che si presentano i risultati di quest'ultima rilevazione, che è in grado di dare chiare indicazioni per la programmazione futura.

Sarà importante **progettare interventi** di promozione di stili di vita sani proprio **a partire dalle famiglie** del nostro territorio, coinvolgendo in primis i piccoli studenti con strumenti efficaci di comunicazione.

Si vuole ringraziare quanti hanno collaborato alla riuscita di questa pubblicazione: i dirigenti scolastici, gli insegnanti, i genitori, gli studenti, gli operatori delle Aziende ULSS del Veneto, che hanno dato la loro disponibilità e impegno.

Il Direttore
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Dr.ssa Francesca Russo

A handwritten signature in black ink, reading "Francesca Russo". The script is cursive and fluid, with the first name and last name clearly distinguishable.



1	PREFAZIONE	9
2	INTRODUZIONE	13
3	METODOLOGIA	15
4	DESCRIZIONE DELLA POPOLAZIONE	19
5	LO STATO PONDERALE DEI BAMBINI	23
6	LE ABITUDINI ALIMENTARI DEI BAMBINI	31
7	L'USO DEL TEMPO DEI BAMBINI: L'ATTIVITÀ FISICA	37
8	L'USO DEL TEMPO DEI BAMBINI: LE ATTIVITÀ SEDENTARIE	43
9	LA PERCEZIONE DELLE MADRI SULLA SITUAZIONE	47
	NUTRIZIONALE E SULL'ATTIVITÀ FISICA DEI BAMBINI	
10	L'AMBIENTE SCOLASTICO E IL SUO RUOLO NELLA PROMOZIONE	51
	DI UNA SANA ALIMENTAZIONE E DELL'ATTIVITÀ FISICA	
11	RIFLESSIONI GENERALI	59
12	CONCLUSIONI GENERALI	63
13	ALCUNE RACCOMANDAZIONI DIRETTE AI DIVERSI GRUPPI DI INTERESSE ...	65
14	MATERIALI BIBLIOGRAFICI	67





La **salute dell'uomo** dipende anche da sistemi alimentari sani, oggi la malnutrizione, sia per difetto che per eccesso, impone costi elevati alla società e si manifesta in molte forme. Basti pensare che da più di un decennio l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riconosciuto **l'obesità come un'epidemia globale** e che circa 1,4 miliardi di persone sono sovrappeso e di queste circa un terzo è obeso e a rischio di malattia cardiaca coronarica, diabete o altre patologie. Questo ha portato la European Association for the Study of Diabetes (EASD) a riconoscere l'importanza della prevenzione e del trattamento dell'obesità, considerata come "il più importante problema di salute pubblica in tutto il mondo".

Nel nostro Paese la preoccupazione per i livelli raggiunti dai tassi di **sovrappeso e obesità** è dovuta soprattutto al fatto che è stato dimostrato come queste condizioni rappresentino **fattori di rischio** determinanti per l'insorgere di numerose **patologie croniche**, responsabili del 60% delle **morti** a livello mondiale e dell'86% in Europa.

La recente crisi economica che ha colpito i paesi industrializzati ha reso più che mai attuale il problema legato all'alimentazione con particolare riferimento al consumo di alimenti "scadenti" e poco costosi a scapito di alimenti sani come ad esempio quelli contemplati nella dieta mediterranea.

La **salute della popolazione in Veneto**, costituita da circa 5 milioni di abitanti, è comunque buona se comparata con le altre regioni italiane e con l'Europa. L'aspettativa di vita in Veneto è aumentata negli ultimi anni, fino ad arrivare a oltre 79 anni per gli uomini e 85 anni per le donne (leggermente superiore alla media nazionale). L'aumento dell'età della popolazione influisce significativamente sull'aumento della domanda di servizi sanitari e sociali con aggravio dei costi per la collettività.

Da tali premesse la Regione del Veneto - Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria ha sviluppato ed inserito nel Piano Regionale Prevenzione 2014-2018 il **"Programma per la promozione di una corretta alimentazione"**.

Il tema dell'alimentazione corretta si sviluppa attraverso la prevenzione primaria, secondaria e terziaria, trattando tutte le tematiche che riguardano la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, assumendo il ruolo di colonna portante.

L'idea della trasversalità di tale programmazione è intesa nel senso di una condivisione e collaborazione con tutti gli altri programmi presenti nel Piano, in sinergia e in un comune accordo di lavoro.

In quest'ottica, il programma è stato pensato suddiviso in tre aree:

- Promozione della salute in ambito nutrizionale;
- Consulenza dietetico-nutrizionale;
- Ristorazione collettiva.

La **Promozione della salute in ambito nutrizionale** riguarda la promozione di una corretta alimentazione nei bambini e nei ragazzi, coinvolge il mondo della scuola, e tutti quegli ambienti di divertimento, nei quali si svolgono molte delle attività del tempo libero, attraverso programmi che si basano sul potenziamento delle life skills, in associazione con diverse altre azioni come ad esempio l'attività motoria.

La **Consulenza dietetico-nutrizionale** riguarda direttamente la prevenzione secondaria e terziaria, e si rivolge alle persone con problematiche riguardanti la nutrizione. Quest'area si sta sviluppando, in modo particolare, nella definizione di un modello di ambulatorio nutrizionale da estendere a livello regionale. Ad oggi gli ambulatori nutrizionali presenti sul territorio regionale nei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione SIAN delle Aziende ULSS del Veneto sono 8.

Per quanto riguarda la **Ristorazione collettiva sociale**, le evidenze scientifiche dimostrano che la promozione della corretta alimentazione è efficace se effettuata anche attraverso la ristorazione scolastica e sociale, in quanto produce significativi e stabili cambiamenti nell'alimentazione degli alunni e delle famiglie, tanto più se collegata con una corretta educazione alimentare fatta in collaborazione con la scuola.

I bambini in età prescolare e scolare rappresentano il target ideale per interventi di promozione sulla corretta alimentazione, dal momento che sono in una fase della vita il cui comportamento alimentare è ancora in via di sperimentazione e formazione. Il pasto in mensa, infatti, diventa una buona occasione sia per educare al gusto, offrendo la possibilità di far provare nuove esperienze gustative ai piccoli commensali, sia per valorizzare le differenze culturali senza però dimenticare il legame con le tradizioni locali. Infine, il pranzo consumato assieme assume una valenza relazionale molto importante di condivisione e di socializzazione.

Il servizio di ristorazione scolastica, quindi, ha assunto un'importanza sempre maggiore nel tempo dal punto di vista funzionale all'attività scolastica vera e propria, come mezzo di educazione alimentare per le famiglie, soprattutto dal punto di vista dietetico, nutrizionale e di sicurezza.

Da tutto questo quadro emerge come tra le strategie efficaci di popolazione rientrano anche gli interventi sulle scelte dietetiche a scuola e sulla loro offerta, in quanto contribuiscono a favorire corretti comportamenti alimentari.

Tale strategia, investendo problematiche molto eterogenee (dall'utilizzo di prodotti di qualità, alla richiesta di portare il panino da casa), prevede un'alleanza che coinvolge i vari soggetti, istituzionali e non, quali il mondo della scuola, le famiglie, gli enti pubblici e le ditte di ristorazione.

Tale strategia, inoltre, mira al raggiungimento dell'obiettivo di favorire nelle scuole la disponibilità di scelte alimentari nutrizionalmente corrette attraverso interventi che prevedono una maggiore attenzione ai capitolati d'appalto nei servizi di ristorazione scolastica, alla composizione dei menù nelle mense scolastiche, alla distribuzione di

spuntini di frutta fresca compreso anche il mondo della distribuzione automatica degli alimenti, con un occhio di riguardo al capitolo dell'educazione alimentare a scuola.

Nell'ottica di dare uno strumento di supporto uniforme alle amministrazioni comunali e scolastiche (pubbliche e private), è stata redatta una nuova edizione delle Linee di Indirizzo della Regione del Veneto per la ristorazione scolastica, in aggiornamento delle precedenti Linee d'indirizzo Regionali per il miglioramento della qualità nutrizionale, approvata con D.G.R.V. 1189/2017

A tale produzione seguiranno interventi di formazione per gli addetti alla ristorazione collettiva sociale, il supporto alle amministrazioni locali per la stesura dei capitolati d'appalto per la ristorazione collettiva, e la formazione dei componenti dei comitati mensa nelle strutture scolastiche diffuse sul territorio della Regione del Veneto.

Accanto a questo trova posto anche il programma **Nuove strategie di iodoprofilassi nella Regione del Veneto**, sempre presente nel PRP 2014-2018. Il programma si pone quale obiettivo di incentivare l'utilizzo di sale iodato nella nostra regione, che è passato dal 30% di fine anni '90 al recente 70%, dato migliore rispetto al panorama italiano nella sua compagine, dove l'utilizzo si assesta intorno al 50%, ma ancora lontano dal 90%, copertura richiesta per assicurare la piena efficacia della strategia in atto. Bisogna sottolineare che i correnti programmi di salute tendono a limitare il fabbisogno giornaliero di sale per prevenire le malattie cardiovascolari. Pertanto, per mantenere uno status iodico adeguato è necessario introdurre in modo capillare l'utilizzo di sale iodato anche negli alimenti processati. Giova ricordare che di tutto il sale che l'uomo introduce giornalmente nell'organismo, solo 1/3 è quello libero che si aggiunge agli alimenti, mentre circa la metà deriva da cibi già processati. Attualmente in Italia solo il 7% dei principali Brands di alimenti utilizza sale iodato nel corso della loro preparazione. Il coinvolgimento della filiera alimentare è sicuramente da promuovere dopo una puntuale e accurata verifica dell'efficacia, della non pericolosità per l'utente e della convenienza economica di questi prodotti. I dati raccolti hanno mostrato un adeguato contenuto di iodio nel sale venduto nella Regione del Veneto nella maggior parte dei casi. Come dato collaterale è emerso che la concentrazione di iodio nel latte della Regione del Veneto è elevata; questo risultato viene ottenuto grazie all'uso di foraggi animali fortificati con iodio. Il latte vaccino sia esso intero o scremato rappresenta attualmente una fonte importante di iodio nella dieta quotidiana e nell'assicurare un più adeguato introito di questo indispensabile microelemento, questo deve essere tenuto in considerazione quando esso, per vari motivi, viene eliminato o ridotto nella dieta.

I risultati e le implicazioni preventive della sorveglianza sono riportati in questo volume che ha visto il proficuo e fattivo coinvolgimento della Regione, dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Ulss e del mondo della Scuola.



OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE

OKKio alla SALUTE



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

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

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

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

Ad oggi, a livello nazionale, sono state effettuate cinque raccolte dati (2008-9, 2010, 2012, 2014 e 2016) ognuna delle quali ha coinvolto oltre 40.000 bambini e genitori e 2000 scuole.

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

In Italia i bambini in sovrappeso sono il 21,3% [IC95% 20,8-21,8] e i bambini obesi sono il 9,3% [IC95% 8,9-9,6], compresi i bambini gravemente obesi che da soli sono il 2,1% [IC95% 1,9-2,3]. Si registrano prevalenze più alte nelle regioni del sud e del centro. Dopo una leggera e progressiva diminuzione del fenomeno osservata negli anni precedenti, nel 2016 si rileva una sostanziale stabilizzazione del fenomeno sebbene l'obesità continui a mostrare un trend in diminuzione. Persistono tra i bambini le abitudini alimentari scorrette, infatti, l'8% dei bambini salta la prima colazione e il 33% fa una colazione non

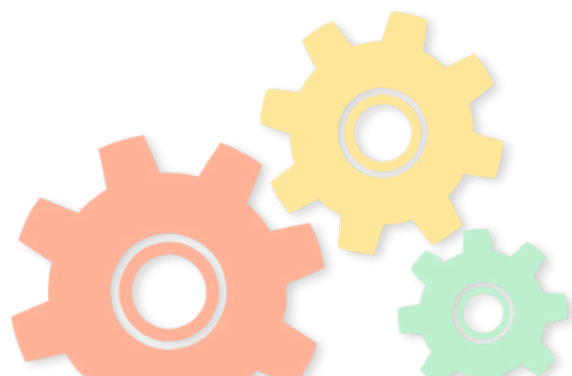
adequata (ossia sbilanciata in termini di carboidrati e proteine); il 53% fa una merenda di metà mattina abbondante. Tuttavia si sono osservati dei miglioramenti rispetto al passato: è diminuita la percentuale di genitori che dichiara che i propri figli non consumano quotidianamente frutta e/o verdura (20%) e quella relativa al consumo quotidiano di bevande zuccherate e/o gassate (36%). I valori dell'inattività fisica e dei comportamenti sedentari permangono elevati: il 34% dei bambini pratica attività sportiva strutturata per non più di un'ora a settimana e il 24% fa giochi di movimento per non più di un'ora a settimana. Il 18% non ha fatto attività fisica il giorno precedente l'indagine, il 44% ha la TV in camera, il 41% guarda la TV e/o gioca con i videogiochi/tablet/cellulare per più di 2 ore al giorno e solo un bambino su 4 si reca a scuola a piedi o in bicicletta. Dati simili a quelli osservati nelle precedenti rilevazioni confermano l'errata percezione dei genitori dello stato ponderale e dell'attività motoria dei propri figli: tra le madri di bambini in sovrappeso o obesi, il 37% ritiene che il proprio figlio sia sotto-normopeso.

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

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

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

Nel report vengono presentati i risultati della raccolta dati effettuata nel 2016 in Regione Veneto.



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

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

Popolazione in studio

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

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

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

Modalità di campionamento

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

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

La numerosità campionaria è stata individuata per ogni regione, A.ULSS o macroarea sulla base della popolazione di bambini di classe terza primaria residenti, sulla prevalenza dell'eccesso ponderale riscontrato nella precedente raccolta dei dati e al *design effect*, con una precisione della stima del 3% per la regione e del 5% per la A.ULSS. In Veneto le Aziende ULSS 1 e 2 (provincia di Belluno) hanno fatto un sovracampionamento per avere un dato a livello provinciale.

Strumenti e procedure di raccolta dati

Nel 2008 è stata sviluppata la prima versione dei 4 questionari di OKkio alla SALUTE. Dopo la conclusione della prima raccolta dati e dello studio di approfondimento “ZOOM8” condotto dall’INRAN, che ha evidenziato la necessità di apportare alcune integrazioni ai testi, è stata elaborata una versione successiva dei questionari di OKkio alla SALUTE utilizzata nel 2010 e nel 2012. Nel 2014, in accordo con il Comitato Tecnico di OKkio alla SALUTE, sono state introdotte nei questionari quattro nuove domande, una per ogni questionario, riguardanti: l’igiene orale, le ore di sonno dei bambini nei giorni feriali, i bambini che indossano gli occhiali da vista, il rispetto del divieto di fumo negli spazi aperti della scuola. Nel 2016 sono state introdotte le informazioni sull’uso di sale iodato nelle mense, sul parto e i primi mesi di vita dei bambini (tipo di parto, settimana gestazionale, peso alla nascita, tipo di allattamento nei primi mesi di vita dei bambini), sulle abitudini relative alla salute in ambito familiare e sugli incidenti domestici.

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

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

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

Per stimare la prevalenza di sovrappeso e obesità è stato utilizzato l’Indice di Massa Corporea (IMC o BMI in inglese), ottenuto come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi al netto della tara dei vestiti e il quadrato dell’altezza espressa in metri, misura che ben si presta ai fini della sorveglianza per l’analisi dei trend temporali e della variabilità geografica e ampiamente utilizzata a livello internazionale. Per la definizione del sottopeso, normopeso, sovrappeso, obeso e gravemente obeso si è scelto di utilizzare i valori soglia per l’IMC desunti da Cole et al., come consigliato dalla International Obesity Task Force (IOTF). In particolare, nell’analisi dei dati sono stati considerati come sottopeso i bambini con un valore di IMC uguale o inferiore a 17 in età adulta ed è stato possibile, inoltre, calcolare la quota di bambini gravemente obesi, ovvero con un valore di IMC in età adulta pari o superiore a 35 (Cole et al., 2012)

Le domande rivolte ai genitori hanno indagato alcune abitudini dei propri figli quali: l’attività fisica, i comportamenti sedentari (videogiochi e televisione) e gli alimenti consumati. Inoltre, è stata indagata nei genitori la percezione dello stato nutrizionale e del livello di attività motoria dei propri figli.

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

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

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

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

La raccolta dei dati è avvenuta in tutte le regioni tra marzo e giugno 2016.

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

Analisi dei dati

Trattandosi di uno studio trasversale che si prefigge di misurare delle prevalenze puntuali, l'analisi dei dati è consistita principalmente nella misura di percentuali (prevalenze) delle più importanti variabili selezionate. Per alcune di queste, in particolare per quelle che saranno soggette a confronti temporali successivi o con altre realtà territoriali (Regioni o A.ULSS), sono stati calcolati anche gli intervalli di confidenza al 95%. In qualche caso, al fine di identificare alcuni gruppi a rischio, sono stati calcolati dei rapporti di prevalenza e realizzati dei test statistici (Test esatto di Fisher o del Chi quadrato). Nel presente rapporto, dove opportuno, viene indicato se le differenze osservate tra le 5 rilevazioni sono o non sono statisticamente significative. Data la ridotta numerosità del campione aziendale, rispetto a quello nazionale o regionale, e di conseguenza intervalli di confidenza generalmente più ampi, è necessaria la massima cautela nell'interpretare e commentare i confronti negli anni dei dati al fine di evitare assunzioni e conclusioni errate. Questa annotazione vale in particolar modo per i risultati relativi all'ambiente scolastico, in cui il campione è di circa 20-30 scuole.

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





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

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

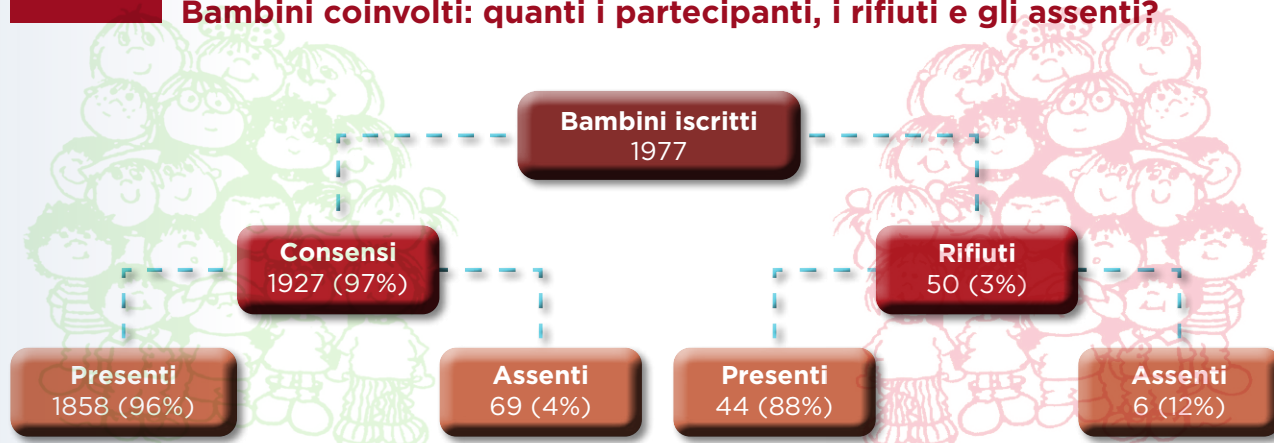
Nel 2016 nella regione Veneto hanno partecipato all'indagine il 100% delle scuole ed il 100% delle classi campionate (101 plessi scolastici e 103 classi).

	Distribuzione delle classi per tipologia di comune di appartenenza Veneto - OKkio 2016 (N=103 classi)		
	Zona abitativa	N	%
- 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.	≤ 10.000 abitanti	46	44,7
	Da 10.000 a più di 50.000 abitanti	37	35,2
	> 50.000 abitanti (non metropolitana)	7	6,8
	Comuni di area metropolitana (centro e periferia)	13	12,6

Partecipazione dei bambini e delle famiglie allo studio

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

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



- Solo il 3% dei genitori ha rifiutato la misurazione dei propri figli. Questo valore è risultato inferiore a quello nazionale (circa 4%). Questo dato sottolinea una buona gestione della comunicazione tra A.ULSS, scuola e genitori.
- Nella giornata della misurazione erano assenti 75 bambini pari al 4% del totale di quelli iscritti; generalmente la percentuale di assenti è del 5-10%. La bassa percentuale di assenti tra i consensi rassicura, al pari del favorevole dato sui rifiuti, sull'attiva e convinta partecipazione dei bambini e dei genitori.
- I bambini ai quali è stato possibile somministrare il questionario e di cui sono stati rilevati peso e altezza sono stati quindi 1858 ovvero il 94% degli iscritti negli elenchi delle classi. L'alta percentuale di partecipazione assicura una rappresentatività del campione molto soddisfacente.
- Hanno risposto al questionario dei genitori 1927 delle famiglie dei 1977 bambini iscritti (97%).

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 Veneto - OKkio 2016		
	Caratteristiche	n	%
- Il campione di bambini della Regione Veneto conta una percentuale maggiore di bambini rispetto alle bambine. - 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 9 mesi di vita.	Età in anni		
	≤ 7	3	0,1
	8	1042	56,3
	9	778	42,8
	≥ 10	12	0,8
	Sesso		
	Maschi	960	53,1
	Femmine	870	46,9

Nella nostra regione il 18% dei bambini indossa gli occhiali.

Genitori partecipanti: chi sono e cosa fanno?

La scolarità dei genitori, usata come indicatore socioeconomico della famiglia, è associata in molti studi allo stato di salute del bambino. Il questionario è stato compilato più spesso dalla madre del bambino (87%), meno frequentemente dal padre (12%) o da altra persona (1%). Di seguito vengono riportate le caratteristiche di entrambi i genitori dei bambini coinvolti; i capitoli successivi nella maggior parte dei casi presenteranno analisi che tengono conto del livello di istruzione solo della madre che di fatto è la persona che ha risposto più frequentemente al questionario rivolto ai genitori.

- La maggior parte delle madri ha un titolo di scuola superiore (52%) o laurea (23%).
- I padri che hanno un titolo di scuola superiore sono il 49% e la laurea il 17%.
- Il 16% delle madri e il 13% dei padri sono di nazionalità straniera.
- Il 33% delle madri lavora a tempo pieno.

Con il reddito a disposizione della famiglia, il 34% dei rispondenti dichiara di arrivare a fine mese con qualche difficoltà e il 9% dichiara di arrivarci con molte difficoltà.

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

Caratteristiche	Madre		Padre	
	n	%	n	%
Grado di istruzione				
Nessuna, elementare, media	444	24,7	626	34,5
Diploma superiore	972	52,2	892	49,0
Laurea	435	23,1	286	16,5
Nazionalità				
Italiana	1606	84,0	1635	87,2
Straniera	281	16,0	214	12,8
Lavoro*				
Tempo pieno	567	33,4	-	-
Part time	642	39,5	-	-
Nessuno	440	27,1	-	-

* 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.



OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE



OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

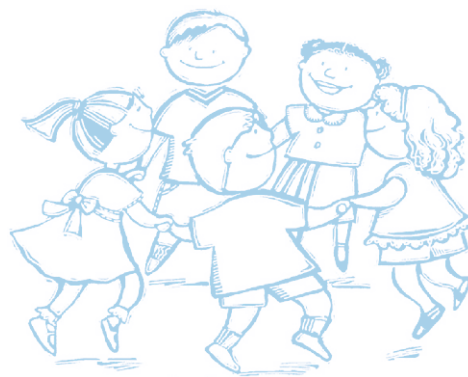
OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE



LO STATO PONDERALE DEI BAMBINI

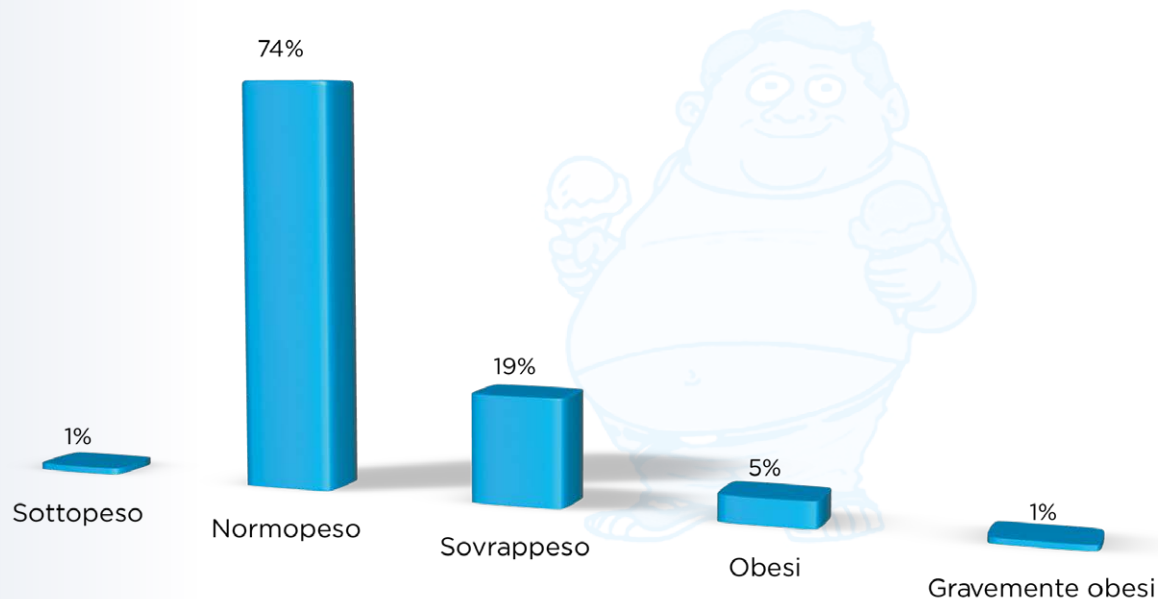


L'obesità ed il sovrappeso in età evolutiva tendono a persistere in età adulta e a favorire lo sviluppo di gravi patologie quali le malattie cardio-cerebro-vascolari, diabete tipo 2 ed alcuni tumori. Negli ultimi 30 anni la prevalenza dell'obesità nei bambini è drasticamente aumentata. Accurate analisi dei costi della patologia e delle sue onerose conseguenze, sia considerando il danno sulla salute che l'investimento di risorse, hanno indotto l'OMS e anche il nostro Paese a definire la prevenzione dell'obesità come un obiettivo prioritario di salute pubblica.

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

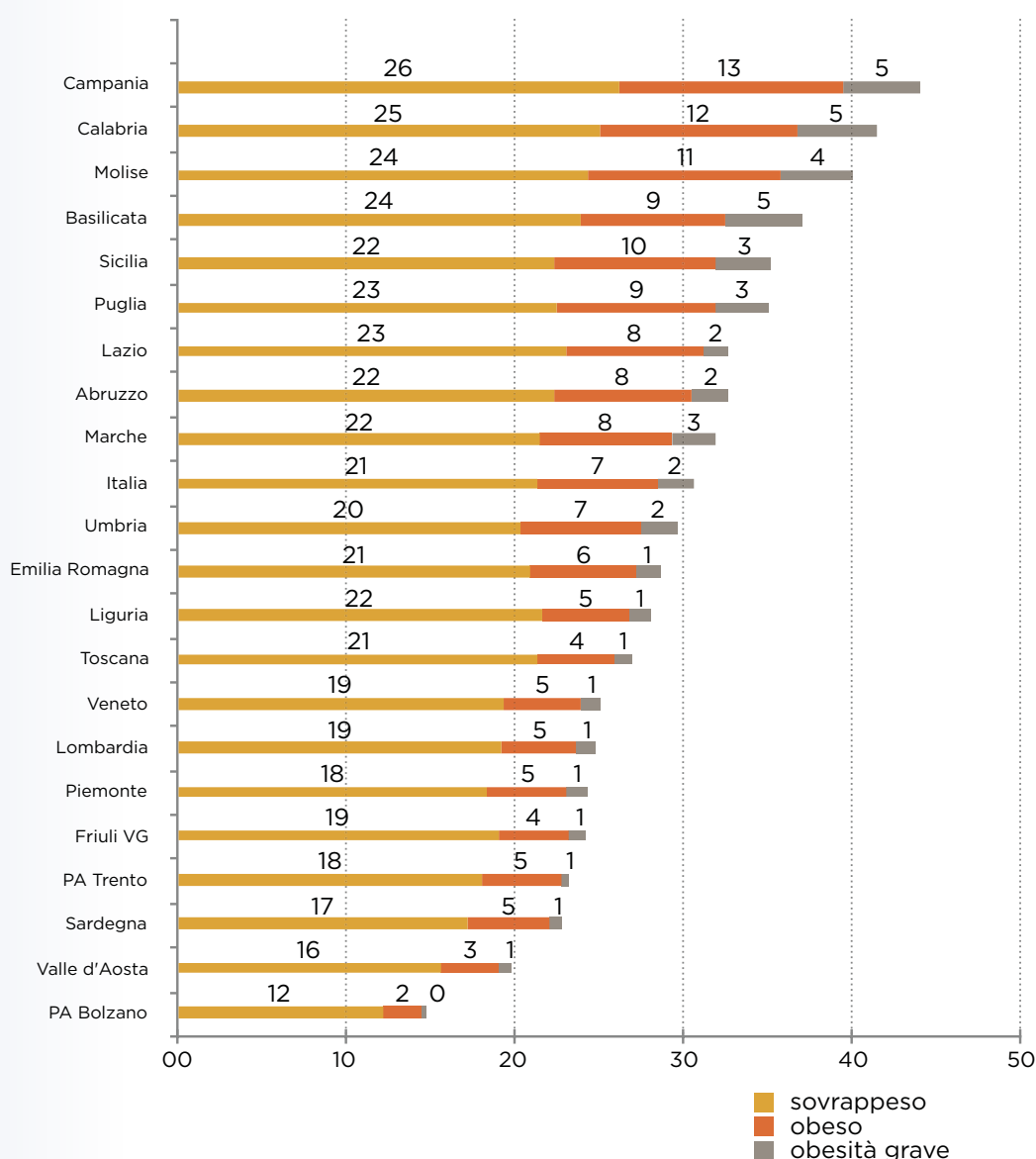
Quanti sono i bambini in sovrappeso o obesi?

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



- Tra i bambini della nostra Regione l'1% (IC95% 0,7%-1,6%) risulta in condizioni di obesità grave, il 5% risulta obeso (IC95% 3,7%-5,9%), il 19% sovrappeso (IC95% 17,0%-21,7%), il 74% normopeso (IC95% 70,9%-76,6%) e l' 1,2% sottopeso (IC95% 0,7%-1,9%).
- Complessivamente il 25% 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 71.068, di cui obesi 16.240.

Sovrappeso+obesità per Regione (%) bambini di 8-9 anni di età della 3° primaria.
OKkio alla SALUTE 2016



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

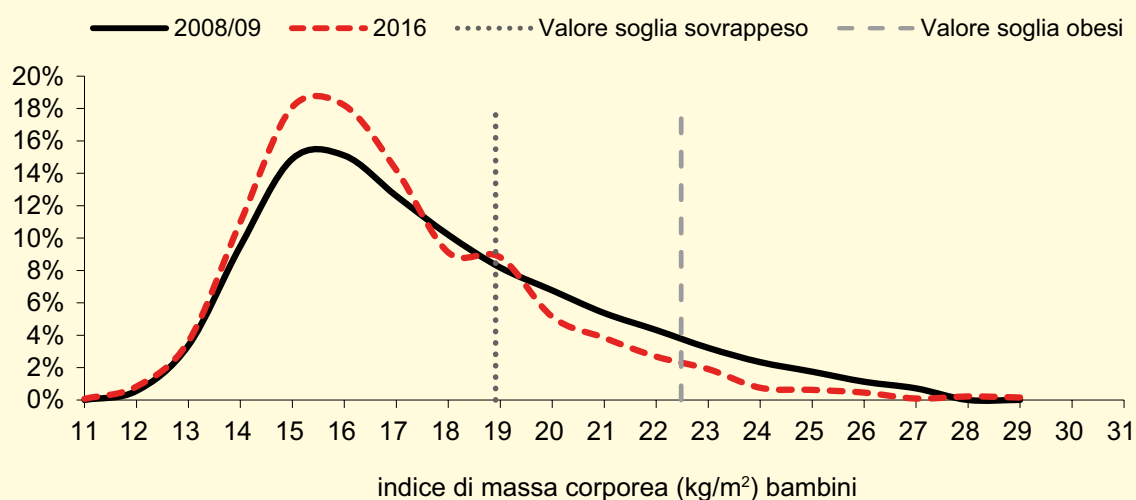
Qual è la distribuzione dell'IMC della popolazione dei bambini studiati rispetto a una popolazione di riferimento?

La mediana (valore centrale) della distribuzione dell'IMC della nostra Regione nel 2016 è pari a 16,9 ed è spostata verso destra, cioè valori più alti, rispetto a quella della popolazione internazionale di riferimento della stessa età (15,8).

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

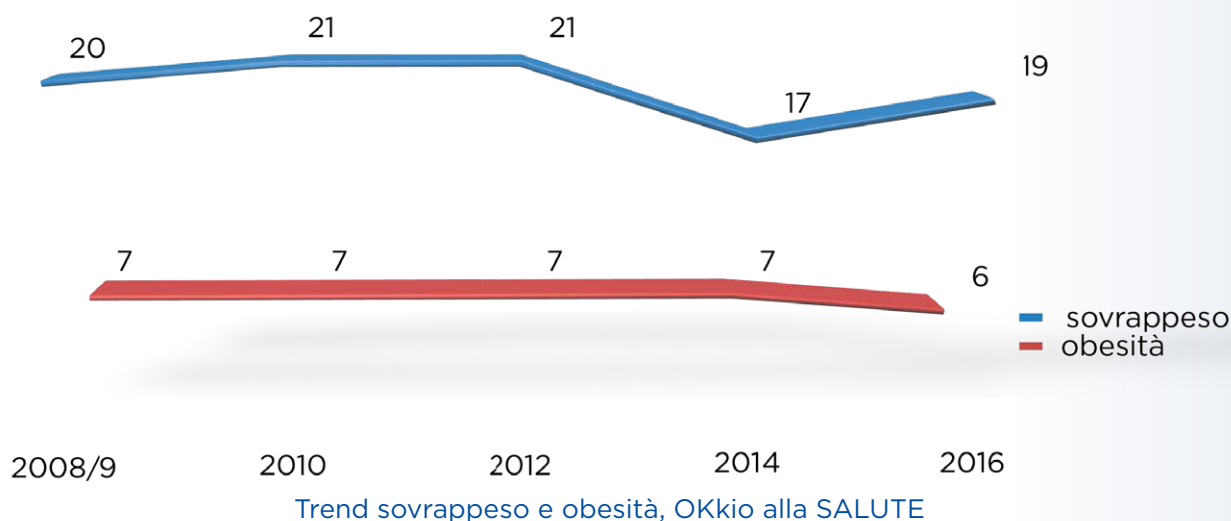
La figura di seguito riportata illustra l'andamento delle distribuzioni dell'indice di massa corporea nei bambini per gli anni dal 2008/9 al 2016.

IMC	2008/9	2010	2012	2014	2016
Mediana	17,0	17,1	17,0	16,8	16,9



Indice di massa corporea (kg/m²) dei bambini – Confronto 2008/9 e 2016, OKkio alla SALUTE

Come mostrato nella figura di seguito, rispetto alle precedenti rilevazioni nella nostra regione si assiste ad una modesta diminuzione progressiva della prevalenza di bambini obesi, per quanto riguarda i bambini in sovrappeso nell'ultima rilevazione si assiste ad un leggero aumento: tale dato dovrà essere confermato nelle prossime rilevazioni.



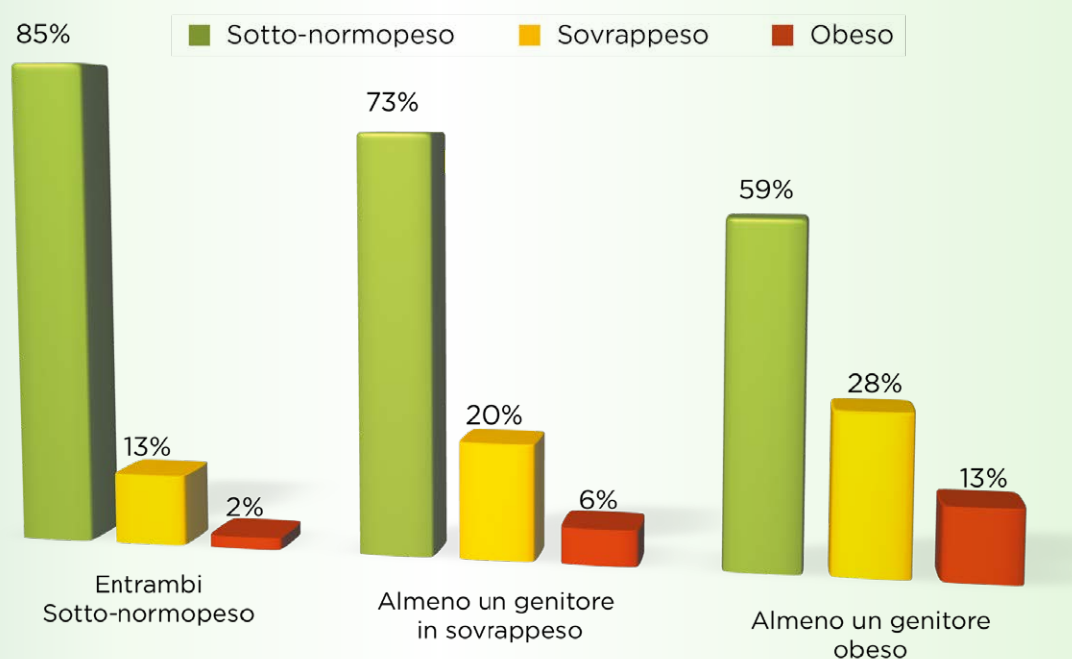
Qual è il rapporto tra IMC, caratteristiche del bambino e dei genitori?

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

	Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni per caratteristiche demografiche del bambino e della madre (%) Veneto - OKkio 2016				
	Caratteristiche	Normo/ sottopeso	Sovrappeso	Obeso	
- Nel Veneto, le prevalenze di obesità e di sovrappeso sono simili tra i bambini di 8 e 9 anni e tra maschi e femmine. - Il rischio di obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre, da 8% per titolo di scuola elementare o media, a 6% per diploma di scuola superiore, a 4% per la laurea. - Nelle aree metropolitane la prevalenza di obesi è superiore a quella riscontrata nelle aree non metropolitane	Età				
	8 anni	74,6	19,0	6,4	
	9 anni	75,6	19,6	4,8	
	Sesso				
	maschi	75,7	18,8	5,5	
	femmine	74,3	19,8	6,0	
	Zona abitativa				
	<10.000 abitanti	74,4	20,6	5,1	
	10.000-50.000	75,7	19,2	5,1	
	>50.000	81,8	13,1	5,1	
	metropolitana / peri-metropolitana	70,6	20,3	9,1	
	Istruzione della madre*				
	Nessuna, elementare, media	65,5	26,0	8,4	
	Superiore	76,4	17,9	5,7	
	Laurea	79,8	16,5	3,7	
	* Differenza statisticamente significativa (p < 0,05)				

- Nel Veneto, le prevalenze di obesità e di sovrappeso sono simili tra i bambini di 8 e 9 anni e tra maschi e femmine.
- Il rischio di obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre, da 8% per titolo di scuola elementare o media, a 6% per diploma di scuola superiore, a 4% per la laurea.
- Nelle aree metropolitane la prevalenza di obesi è superiore a quella riscontrata nelle aree non metropolitane

Stato ponderale dei bambini rispetto a quello dei genitori (%)



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

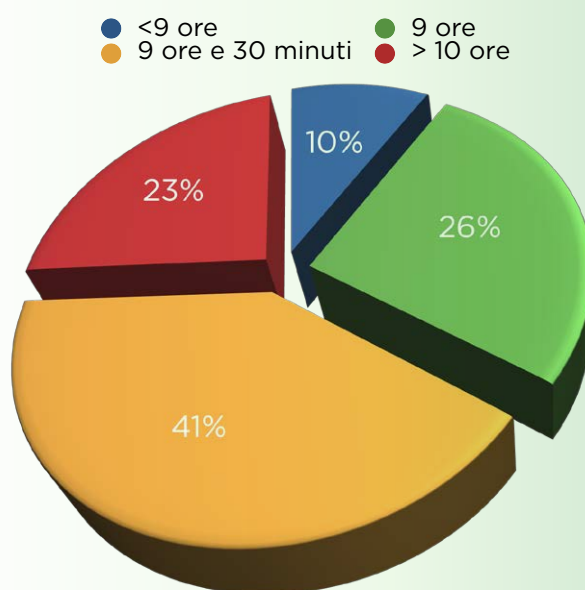
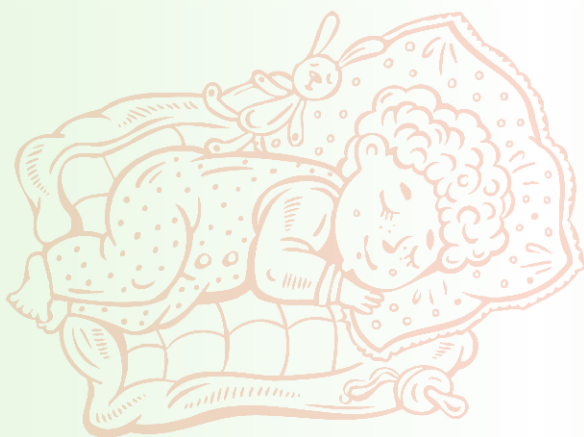
- Dai dati autoriferiti dai genitori emerge che, nella nostra Regione, il 18% delle madri è in sovrappeso e il 6% è obeso; i padri, invece, sono nel 45% sovrappeso e 10% obesi.
- Quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso il 20% dei bambini risulta in sovrappeso e il 6% obeso. Quando almeno un genitore è obeso il 28% dei bambini è in sovrappeso e il 13% obeso.

■ Nei giorni di scuola quante ore dormono i nostri bambini?

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

- Nella nostra regione i bambini dormono in media 9,5 ore.

I 10% dei bambini dorme meno di 9 ore. A livello nazionale questo dato è stato pari al 13%. Diverse fonti e istituzioni internazionali raccomandano che i bambini in età scolare dormano almeno 9-10 ore al giorno.



- Nella nostra regione si registra che la percentuale di bambini sovrappeso-obesi aumenta al diminuire delle ore di sonno passando dal 37% di coloro che dormono meno di 9 ore al 20% dei bambini che dormono più di 10 ore.

Per un confronto

	Valore regionale 2008	Valore regionale 2010	Valore regionale 2012	Valore regionale 2014	Valore regionale 2016	Valore nazionale 2016
Prevalenza di bambini sotto-normopeso	73%	72%	73%	76%	75%	69%
Prevalenza di bambini sovrappeso e obesi	27%	28%	27%	24%	25%	31%
Prevalenza di bambini sovrappeso	20%	21%	21%	17%	19%	21%
Prevalenza di bambini obesi	7%	7%	7%	7%	6%	9 %
Mediana di IMC	17,0	17,1	16,9	16,7	16,9	17,1

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

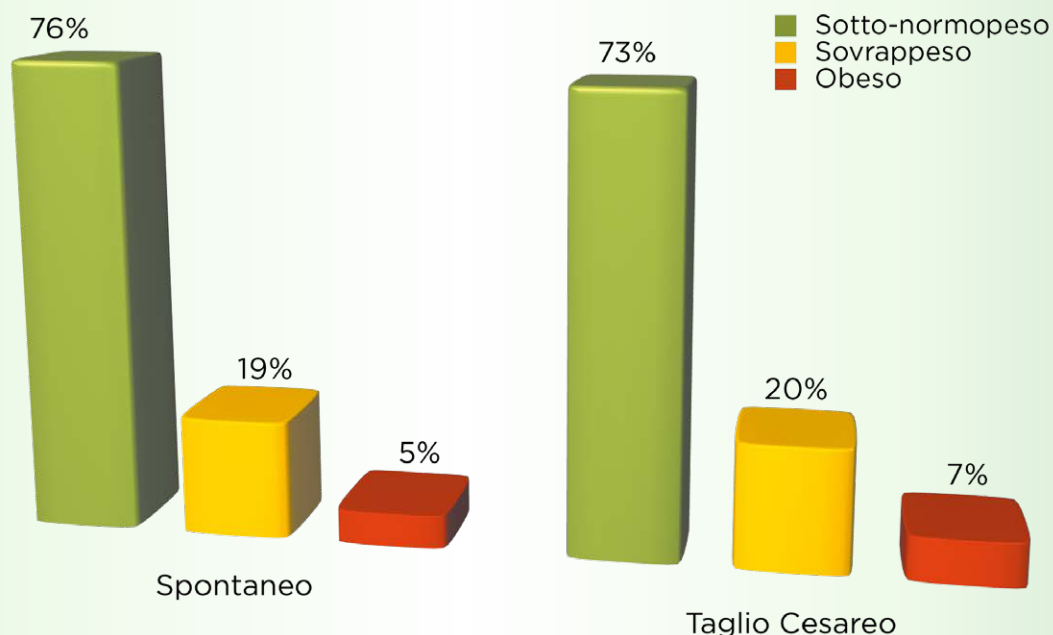
Tra i fattori che vengono indicati in letteratura come potenzialmente associati al futuro stato ponderale del bambino ve ne sono alcuni che riguardano il parto e i primi mesi di vita. Per tale motivo nel 2016, nel questionario rivolto ai genitori, sono state introdotte alcune domande per rilevare, con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

Caratteristica alla nascita	modalità	Valore regionale 2016	Valore nazionale 2016
Tipo di parto	Taglio Cesareo	31,3%	40,1%
Settimana gestazionale	≤37	11,9%	14,5%
Peso alla nascita (in grammi)	< 2500 gr	8,4%	7,6%
	2500-3300 gr	43,7%	48,1%
	3300-4000 gr	39,6%	37,4%
	≥4000 gr	8,3%	6,9%
Allattamento al seno	Mai/<1 mese	21,9%	24,1%
	1-6 mesi	29,7%	33,8%
	>6 mesi	48,4%	42,2%

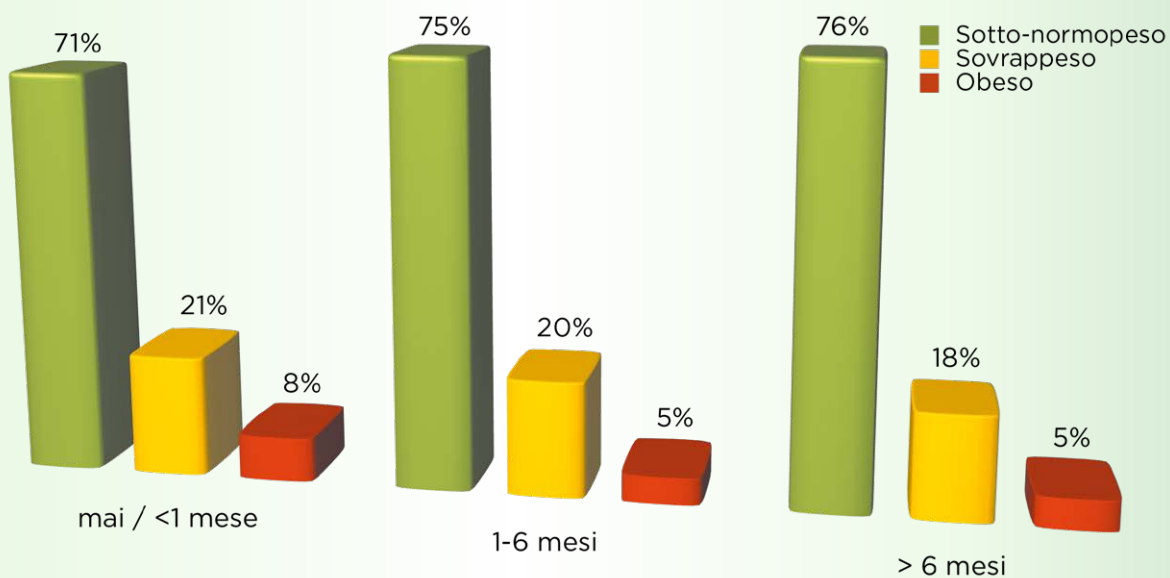
Nei grafici seguenti si riporta lo stato ponderale dei bambini per tipo di parto e per durata dell'allattamento al seno. Sia il tipo di parto che l'allattamento al seno non appaiono associati nella nostra rilevazione, in modo statisticamente significativo con lo stato ponderale del bambino.

Inoltre, tra i bambini con peso alla nascita inferiore ai 2500 gr il 17% è risultato sovrappeso e il 4% obeso mentre tra i bambini con peso alla nascita ≥ 4000 gr, i valori sono risultati rispettivamente 21% e 11%. Tra i bambini nati a ≤ 37 , le percentuali di sovrappeso e obesi sono simili rispetto ai bambini nati dopo questo periodo.

Stato ponderale dei bambini per tipologia del parto



Stato ponderale dei bambini per durata allattamento al seno



Conclusioni

Rispetto alle rilevazioni degli anni precedenti, in questa quinta rilevazione non si sono riscontrati cambiamenti significativi, anche se si nota un leggero aumento dei bambini in sovrappeso. Permane, pertanto, il problema dell'eccesso di peso nella nostra popolazione infantile che pur se non ha subito, negli ultimi anni, un ulteriore aumento non mostra tuttavia significative inversioni di tendenza.

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. Si stima che oltre il 60 % dei bambini che sono sovrappeso prima della pubertà lo saranno anche nella fase iniziale dell'età adulta, ciò riduce l'età media di comparsa di patologie croniche non trasmissibili.

Sovrappeso ed obesità, oltre alla perdita di salute, comportano talvolta una limitazione delle opportunità economiche individuali, con difficoltà anche a migliorare il proprio status socioeconomico.

Essi hanno importanti riflessi sul benessere psicologico del bambino e dell'adolescente, si accompagnano spesso ad una scarsa autostima, a problemi emozionali e relazionali che influenzano pesantemente anche la successiva fase adolescenziale ed adulta.

Vi è quindi il rischio concreto che le patologie croniche non trasmissibili, che già sono maggiormente frequenti nelle classi sociali più disagiate, contribuiscano nel tempo ad aggravare le disuguaglianze di salute tra la popolazione.

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



LE ABITUDINI ALIMENTARI DEI BAMBINI

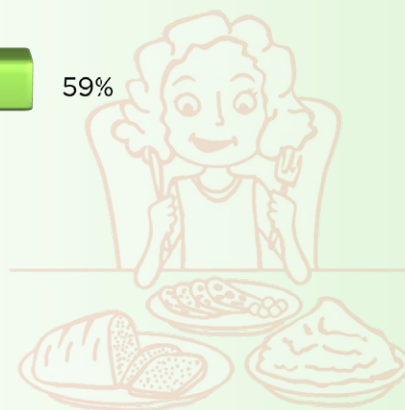
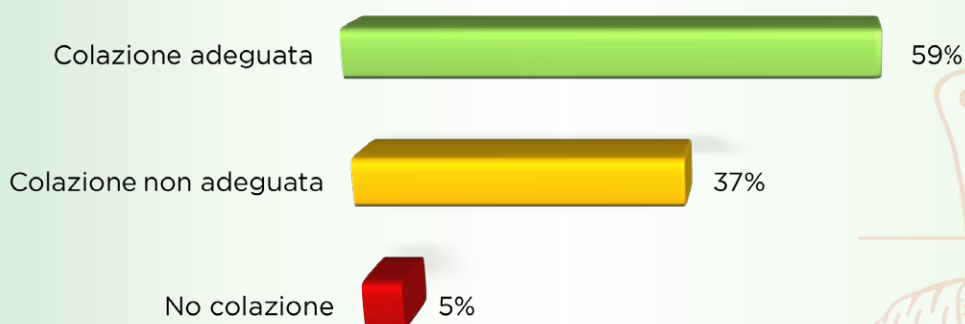


Una dieta ad alto tenore di grassi e ad elevato contenuto calorico è associata ad aumento del peso corporeo che nel bambino tende a conservarsi fino all'età adulta. Una dieta qualitativamente equilibrata, in termini di bilancio fra grassi, proteine e glicidi, e la sua giusta distribuzione nell'arco della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

I nostri bambini fanno una prima colazione adeguata?

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

Adeguatezza della colazione consumata dai bambini (%)



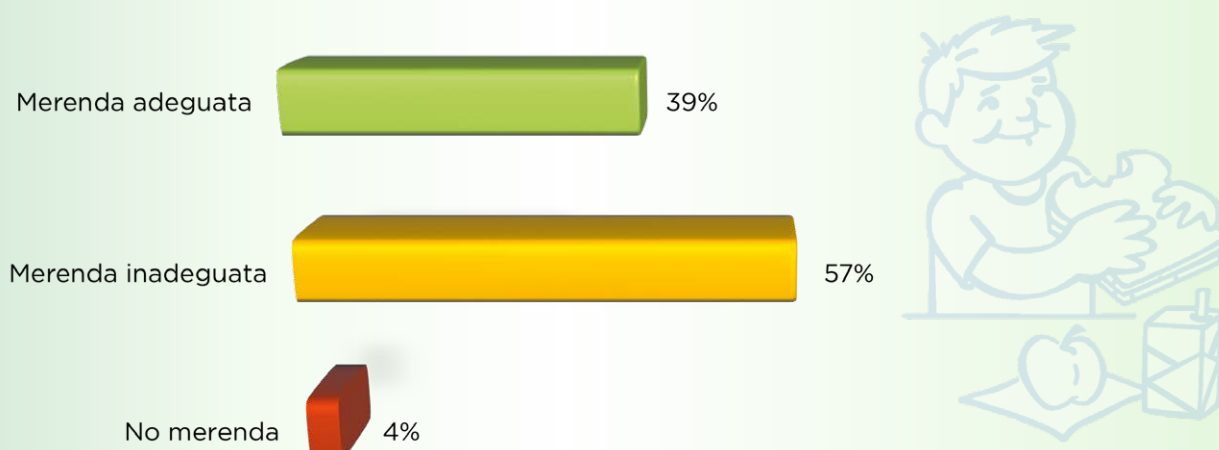
- Nella nostra regione il 59% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata.
- Il 5% non fa colazione (non ci sono differenze tra bambini e bambine) e il 37% non la fa qualitativamente adeguata.
- La prevalenza del non fare colazione è più alta nei bambini di madri con titolo di studio più basso (elementare o media)*.

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

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

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

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

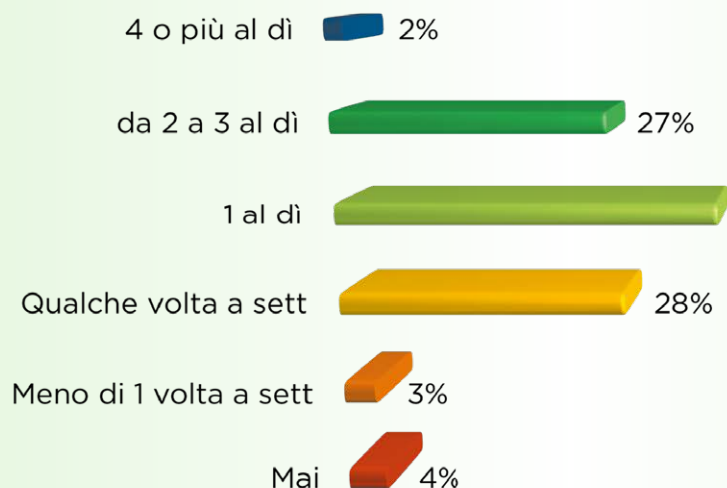


- Nel 36% delle classi è stata distribuita una merenda di metà mattina
- Il 39% dei bambini consuma una merenda adeguata di metà mattina
- Il 57% la fa inadeguata e il 4% non la fa per niente.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino e per livello di istruzione della madre.

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

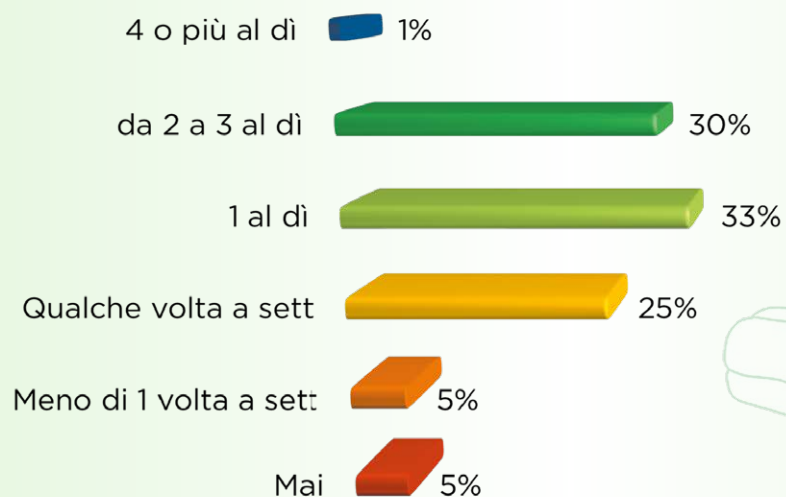
Le linee guida sulla sana alimentazione prevedono l'assunzione di almeno cinque porzioni al giorno di frutta o verdura. Il consumo di frutta e verdura nell'arco della giornata garantisce un adeguato apporto di fibre e sali minerali e consente di limitare la quantità di calorie introdotte. A differenza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

Consumo di frutta nell'arco della settimana (%)



- Nella nostra regione, i genitori riferiscono che solo il 27% dei bambini consuma la **frutta** 2-3 volte al giorno; il 37% una sola porzione al giorno.
- Il 35% dei bambini mangia frutta meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana.
- Per quanto riguarda il consumo quotidiano di frutta sono emerse differenze significative per il livello di istruzione della madre passando dal 59% con istruzione elementare/media al 75% con laurea, ma non per sesso del bambino

Consumo di verdura nell'arco della settimana (%)

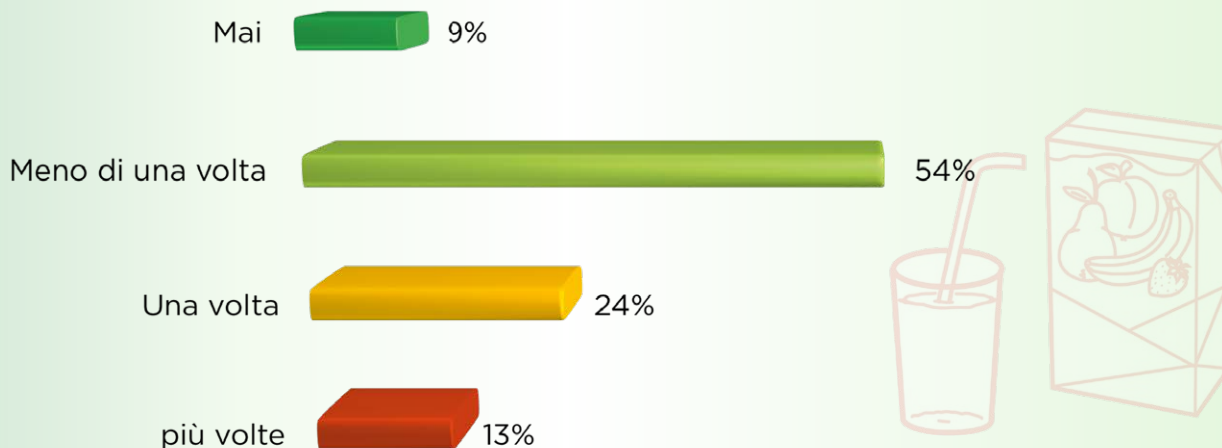


- Nella nostra regione, i genitori riferiscono che il 30% dei bambini consuma **verdura** 2-3 al giorno; il 33% una sola porzione al giorno.
- Il 36% dei bambini consuma verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana
- Per il consumo quotidiano di verdura sono emerse differenze significative per il livello di istruzione della madre passando dal 56% con istruzione elementare/media al 73% con laurea, ma non per sesso del bambino.

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

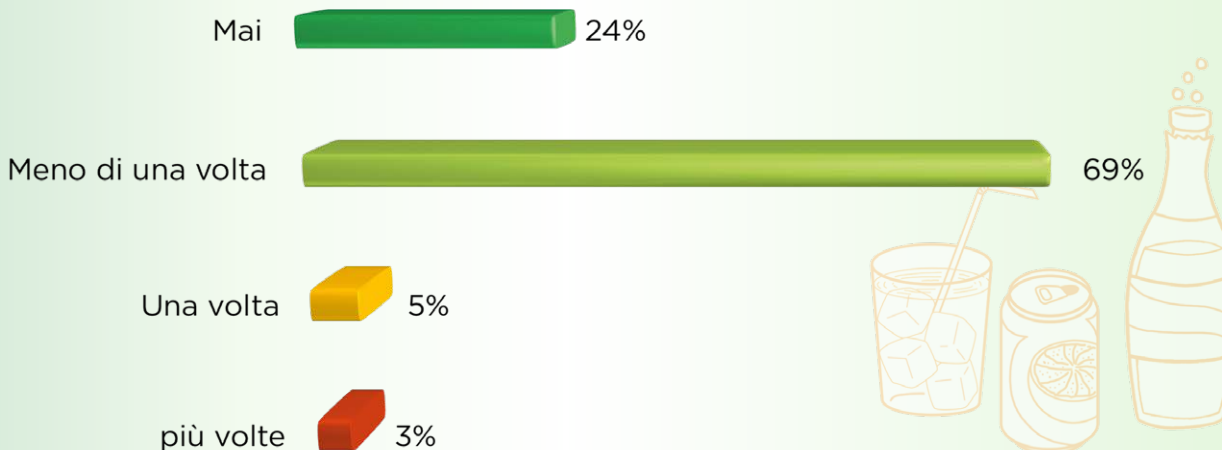
Mediamente in una lattina di bevanda zuccherata (33 cc) è contenuta una quantità di zuccheri aggiunti pari a 40-50 grammi, fra 5 e 8 cucchiaini, con l'apporto calorico che ne consegue. A differenza della prima raccolta dati (2008-09), il consumo di bevande zuccherate e bevande gassate dal 2010 ad oggi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

Consumo di bevande zuccherate al giorno (%)



- Nella nostra regione il 63% dei bambini consuma meno di una volta al giorno o mai delle **bevande zuccherate**.
- Il 24% dei bambini assume bevande zuccherate una volta al giorno e il 13% più volte.
- La percentuale di bambini che consuma bevande zuccherate almeno una volta al giorno è superiore rispetto a quella delle coetanee (41% vs 31%), la prevalenza di consumo di bibite zuccherate almeno una volta al giorno diminuisce in modo significativo con il crescere della scolarità della madre, da 47% per titolo di scuola elementare o media, a 37% per diploma di scuola superiore, a 24% per la laurea.

Consumo di bevande gassate al giorno (%)



- Nella nostra regione il 92% dei bambini consuma meno di una volta al giorno o mai delle **bevande gassate**.
- Il 5% dei bambini assume bevande gassate una volta e il 3% più volte al giorno.
- Mentre non vi è differenza fra maschi e femmine, la prevalenza di consumo di bibite gassate almeno una volta al giorno diminuisce con il crescere della scolarità della madre, da 14% per titolo di scuola elementare o media, a 7% per diploma di scuola superiore, a 4% per la laurea.

Per un confronto

	Valore regionale 2008	Valore regionale 2010	Valore regionale 2012	Valore regionale 2014	Valore regionale 2016	Valore nazionale 2016
Prevalenza dei bambini che hanno assunto la colazione al mattino dell'indagine	94%	95%	94%	95%	96%	92%
Prevalenza dei bambini che hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine	64%	64%	62%	63%	59%	59%
Prevalenza dei bambini che hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	16%	28%	36%	52%	39%	43%
Prevalenza dei bambini che assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere	2%	7%	7%	8%	9%	9%
Prevalenza dei bambini che assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno	50%	53%	48%	46%	38%	36%

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

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

- L'86% dei bambini della nostra regione ha dichiarato di essersi lavato i denti la sera precedente l'indagine. A livello nazionale questo dato è risultato pari all'83%.
- Il 65% dei bambini ha effettuato la sua prima visita dal dentista all'età compresa tra i 3 e i 6 anni.
- Nella nostra regione i genitori hanno riportato che:
 - il 30% dei bambini lava i denti non più di una volta al giorno (dato nazionale: 32%)
 - il 9% dei bambini non è mai stato visitato da un dentista (dato nazionale: 14%)
 - l'11% dei bambini che ha effettuato almeno una visita dal dentista, aveva meno di 3 anni alla prima visita (dato nazionale 9%).

I cambiamenti salutarì adottati in famiglia

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

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

Nella nostra regione i comportamenti salutarì più frequentemente adottati sono risultati: l'aumento del consumo di frutta e verdura (72%), la riduzione del consumo di cibi pronti o in scatola (61%) e l'inserimento della frutta come spuntino (58%).

Alla domanda sulla frequenza di utilizzo del sale iodato, il 61% dei rispondenti dichiara di usarlo sempre (dato nazionale: 53%).

Conclusioni

È dimostrata l'associazione tra stili alimentari errati e sovrappeso ed obesità. Nella nostra regione con la quinta 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.

Ancora particolarmente elevato risulta il consumo di bevande zuccherate con i conseguenti inevitabili riflessi sia sul peso che sull'igiene orale. Il consumo dell'equivalente di una lattina al giorno di queste bibite corrisponde all'introito di 14,4 Kg annui di saccarosio. Il consumo di frutta e verdura è ancora lontano dal raggiungere livelli soddisfacenti, ben un terzo dei nostri bambini assume frutta e verdura meno di una volta al giorno, risulta quindi privato in gran parte degli effetti benefici, in termini di salute, assicurati dal consumo regolare di questi alimenti. Questo rischio per i bambini può essere limitato grazie alla modifica delle abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie. L'incremento del consumo a scuola di merende adeguate (frutta-yogurt) è notevolmente aumentato nelle ultime rilevazioni, presumibilmente grazie sia agli interventi di educazione nutrizionale effettuati dai docenti sia alla partecipazione di diversi Istituti al programma "*Frutta nelle Scuole*".



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

L'attività fisica è un fattore determinante per mantenere o migliorare la salute dell'individuo, essendo in grado di ridurre il rischio di molte malattie cronico-degenerative.

È universalmente accettato in ambito medico che un'adeguata attività fisica, associata ad una corretta alimentazione, possa prevenire il rischio di sovrappeso nei bambini. Si consiglia che i bambini facciano attività fisica moderata o intensa ogni giorno per almeno 1 ora. Questa attività non deve essere necessariamente continua ed include tutte le attività motorie quotidiane.

Quanti bambini sono fisicamente non attivi?

La creazione delle condizioni che permettono ai bambini di essere attivi fisicamente dipende innanzitutto dalla comprensione di tale necessità da parte della famiglia e quindi da una buona collaborazione fra la scuola e la famiglia. Nella nostra sorveglianza, 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/o attività sportiva strutturata e/o ha giocato all'aperto nel pomeriggio). L'inattività fisica è stata studiata quindi non come abitudine, ma solo in termini di prevalenza puntuale riferita al giorno precedente all'indagine.

- Nel nostro studio il 14% dei bambini risulta *non attivo* il giorno antecedente all'indagine.
- Solo il 24% 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 bambine non attive (15%) sono leggermente in percentuale maggiore rispetto ai bambini (13%).
- La percentuale maggiore di bambini non attivi vive in aree metropolitane - peri-metropolitane (17%).

Bambini fisicamente non attivi# (%)
Regione Veneto OKkio 2016

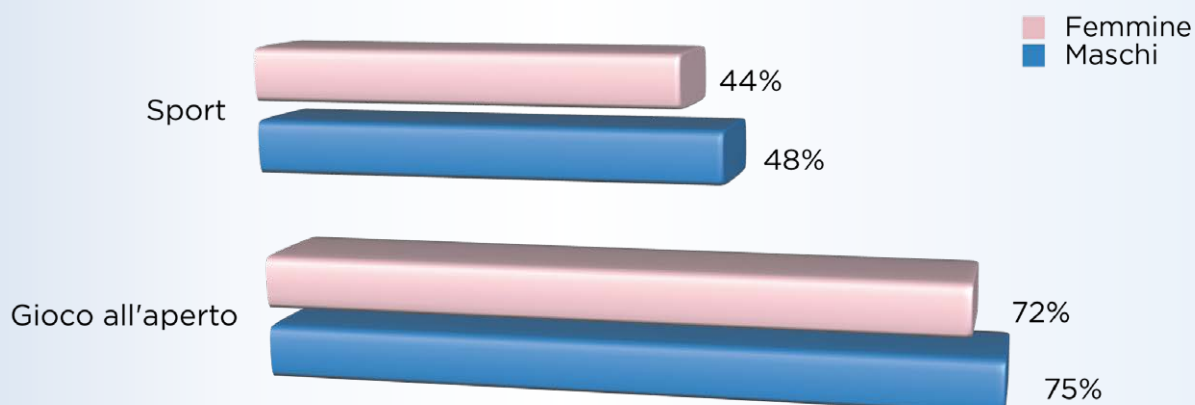
Caratteristiche	Non Attivi#
Sesso	
maschi	13
femmine	15
Zona abitativa	
<10.000 abitanti	10
10.000-50.000	16
>50.000	9
metropolitana/perimetropolitana	17

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

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

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

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



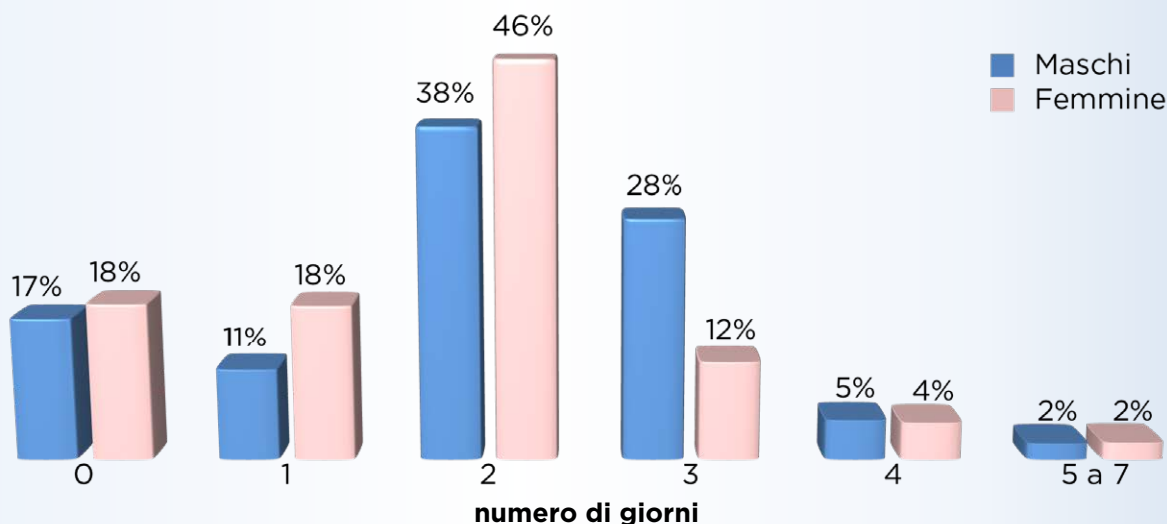
- Il 74% del totale dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi giocano all'aperto più delle femmine.
- Il 46% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi fanno sport più delle femmine.



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

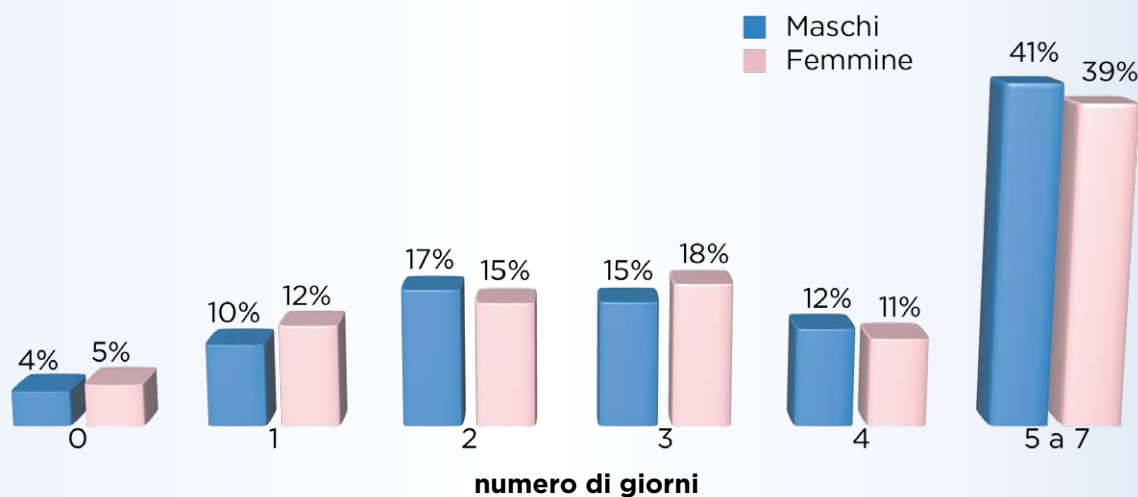
Per stimare l'attività fisica dei bambini si può ricorrere all'informazione fornita dai genitori, ai quali si è chiesto quanti giorni, in una settimana normale, i bambini giocano all'aperto o fanno sport strutturato per almeno un'ora al giorno al di fuori dell'orario scolastico. In questa rilevazione l'attività fisica è stata indagata separatamente distinguendo tra attività sportiva strutturata e giochi di movimento.

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



- Secondo i loro genitori, nella nostra regione, più di 4 bambini su 10 (42%) fa almeno un'ora di attività sportiva strutturata per 2 giorni la settimana, il 17% neanche un giorno e solo il 2% da 5 a 7 giorni.
- La zona di abitazione non è associata a una diversa frequenza di attività sportiva strutturata da parte dei bambini.

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

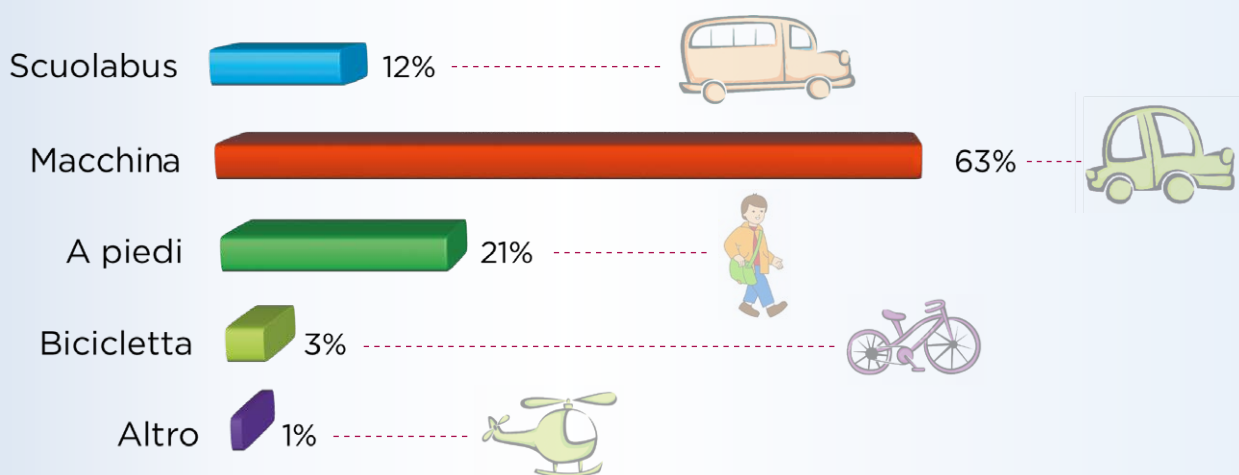


- Per quanto riguarda i giochi di movimento, nella nostra regione, circa 2 bambini su 10 (16%) fanno almeno un'ora di attività per 2 giorni la settimana, il 40% da 5 a 7 giorni, il 5% non fa giochi di movimento nemmeno un giorno alla settimana.
- La zona di abitazione è associata ad una diversa frequenza di giochi di movimento da parte dei bambini: i bambini che abitano in aree con meno di 10.000 abitanti praticano giochi di movimento per 5-7 giorni alla settimana in percentuale leggermente maggiore rispetto a quelli che abitano nelle zone con più di 50.000 abitanti (45% vs 35%).

Come si recano a scuola i bambini?

Un altro modo per rendere fisicamente attivi i bambini è far loro percorrere il tragitto casa-scuola a piedi o in bicicletta, compatibilmente con la distanza del loro domicilio dalla scuola.

Modalità di raggiungimento della scuola (%)



- Il 24% dei bambini, nella mattina dell'indagine, ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bicicletta; il 76% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato.
- Non si rilevano differenze per sesso e mentre, fra le diverse tipologie di zona abitativa si passa dal 19% nelle aree con meno di 10.000 al 37% nelle zone metropolitane.

Per un confronto

	Valore regionale 2008	Valore regionale 2010	Valore regionale 2012	Valore regionale 2014	Valore regionale 2016	Valore nazionale 2016
Bambini definiti fisicamente non attivi	17%	13%	13%	10%	14%	18%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	70%	76%	78%	83%	74%	66%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	36%	43%	46%	46%	46%	45%
Bambini che si recano a scuola a piedi o in bicicletta	27%	25%	30%	29%	24%	27%

Conclusioni

I dati raccolti hanno evidenziato che i bambini della nostra regione fanno poca attività fisica. Si stima che 14 bambini su 100 risultano fisicamente inattivi, maggiormente le femmine rispetto ai maschi, e una parte consistente dei bambini è ancora lontana dall'effettuare il livello ottimale di attività fisica.

L'attività motoria effettuata dai bambini di questa fascia di età nel Veneto, pur migliore rispetto alla media nazionale, è ancora insufficiente, sono pertanto necessari ulteriori sforzi da parte delle scuole, delle famiglie e della Comunità di appartenenza per incrementare il numero di bambini che svolgono attività fisica con la frequenza raccomandata.

Le Scuole, le Amministrazioni Locali, le Associazioni sportive no-profit, le famiglie devono collaborare nella realizzazione di condizioni e di iniziative che incrementino la naturale predisposizione dei bambini all'attività fisica. Particolare valenza ed importanza ha il counselling su questi argomenti da parte del Medico e Pediatra di famiglia.

Diventa sempre più urgente dare piena attuazione alle indicazioni contenute nella Carta di Toronto per l'Attività Fisica (2010), che trovano sviluppo nel Piano Regionale Prevenzione 2014-2018, ed in particolare: opportunità per gli studenti di mantenersi attivi durante le lezioni, negli intervalli, nella pausa pranzo e durante il doposcuola; interventi curriculari di promozione del movimento; la necessità che siano implementate politiche di pianificazione urbana ed extra urbana e linee guida per la progettazione che sostengano il muoversi a piedi, l'uso della bicicletta, il trasporto pubblico, lo sport ed il tempo libero, la creazione di percorsi pedonali nelle aree verdi e nei parchi naturali; politiche e servizi di trasporto che diano priorità e incentivi per muoversi a piedi, andare in bicicletta o usare il sistema di trasporto pubblico.

Solo un approccio integrato, a tutti i livelli, al problema può infatti favorire l'adozione di stili di vita più salutari.





L'USO DEL TEMPO DEI BAMBINI: LE ATTIVITÀ SEDENTARIE



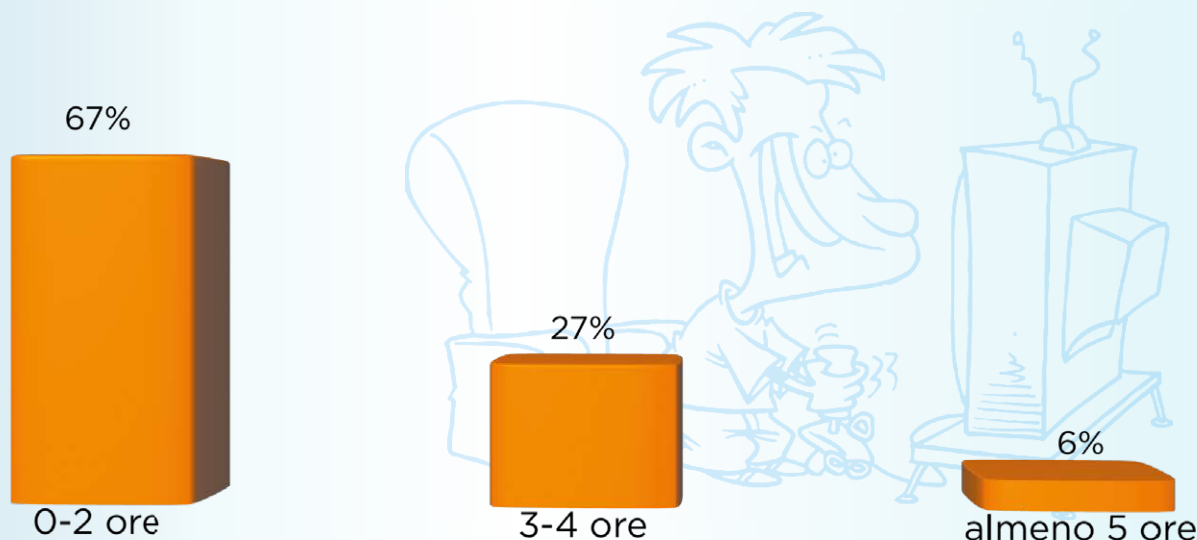
La crescente disponibilità di televisori e videogiochi, insieme con i profondi cambiamenti nella composizione e nella cultura della famiglia, ha contribuito ad aumentare il numero di ore trascorse in attività sedentarie. Pur costituendo un'opportunità di divertimento e talvolta di sviluppo del bambino,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

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

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

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

Ore trascorse davanti alla TV/Videogiochi/tablet/cellulare (%)



- Nella nostra regione, i genitori riferiscono che il 67% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi/tablet/cellulare da 0 a due 2 ore al giorno, mentre il 27% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi/tablet/cellulare per 3 a 4 ore e il 6% per almeno 5 ore.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV o videogiochi/tablet/cellulare è più frequente tra i maschi (38% versus 28%) e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre*.
- Complessivamente il 20% 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 (18% versus 11%)* e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre*.
- Considerando separatamente il tempo eccedente le 2 ore trascorse guardando la TV e quello superiore alle 2 ore impiegato giocando con i videogiochi/tablet/cellulare, le prevalenze riscontrate sono: > 2 ore TV (12%); > 2 ore videogiochi/tablet/cellulare (3%).

*p < 0,05

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

La televisione e i videogiochi/tablet/cellulare rappresentano una parte importante dell'uso del tempo e delle attività sedentarie nella quotidianità dei bambini. Generalmente si ritiene che vi sia un rapporto fra le attività sedentarie e la tendenza verso il sovrappeso/obesità, per cui si raccomanda di controllare e limitare, quando necessario, la quantità di tempo che i bambini trascorrono davanti alla televisione o ai videogiochi/tablet/cellulare.

- Nella nostra regione il 33% dei bambini ha guardato la TV la mattina prima di andare a scuola.
- Il 69% dei bambini ha guardato la televisione o ha utilizzato videogiochi/tablet/cellulare il pomeriggio del giorno precedente e il 72% la sera.
- Solo l'11% dei bambini non ha guardato la TV o utilizzato i videogiochi/tablet/cellulare nelle 24 ore antecedenti l'indagine, mentre il 26% lo ha fatto in un periodo della giornata, il 39% in due periodi e il 23% ne ha fatto uso durante la mattina il pomeriggio e la sera.
- L'esposizione a tre momenti di utilizzo di TV e/o videogiochi/tablet/cellulare **è più frequente tra i maschi** (27% versus 18%)* e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre.

*p < 0,05



Per un confronto

	Valore regionale 2008	Valore regionale 2010	Valore regionale 2012	Valore regionale 2014	Valore regionale 2016	Valore nazionale 2016
Bambini che trascorrono al televisore o ai videogiochi/tablet/cellulare più di 2 ore al giorno*	33%	27%	27%	29%	33%	41%
Bambini con televisore in camera	20%	22%	19%	17%	20%	44%

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

Conclusioni

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

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

Queste attività sedentarie sono sicuramente favorite dal fatto che circa 1 bambino su 5 dispone di un televisore in camera propria (20%), questa percentuale pur nettamente inferiore a quella nazionale (44%), contribuisce a far sì che 1 bambino su 3 di fatto non ottemperi alle raccomandazioni sul tempo da dedicare alla televisione o ai videogiochi (meno di 2 ore al giorno di TV o videogiochi).





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

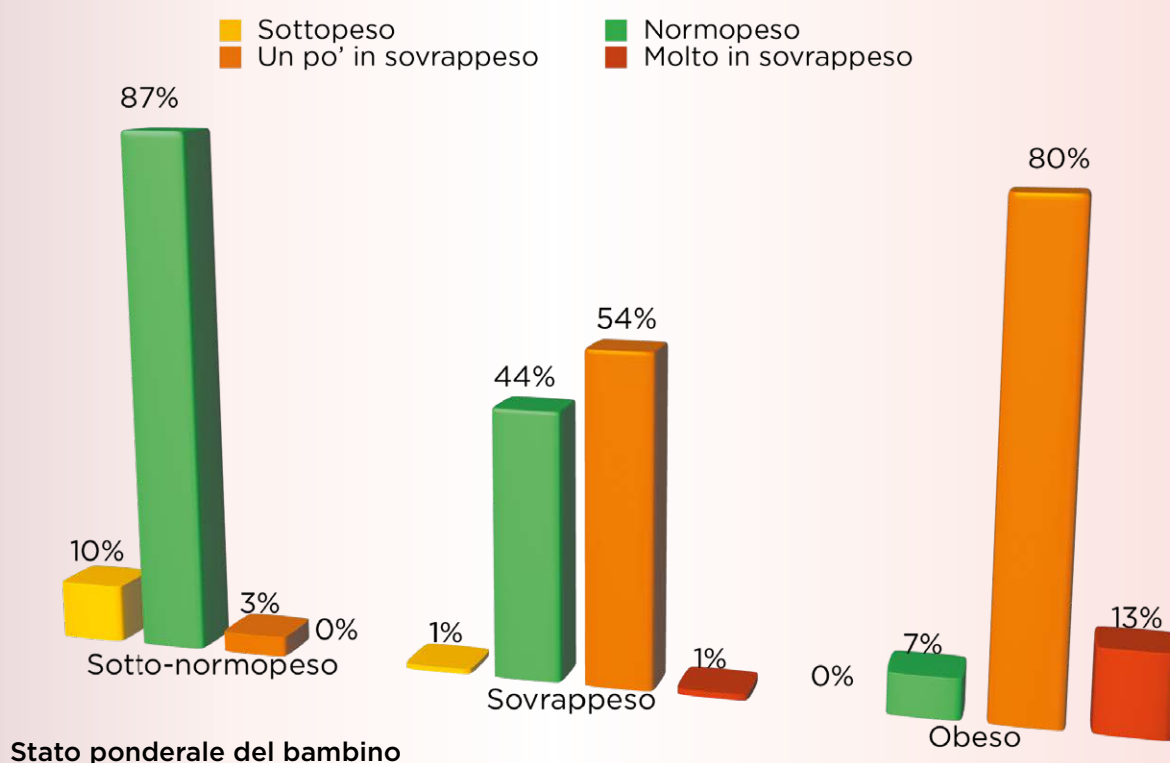


Un primo passo verso il cambiamento è costituito dall'acquisizione della coscienza di un problema. In realtà, la cognizione che comportamenti alimentari inadeguati e stili di vita sedentari siano causa del sovrappeso/obesità tarda a diffondersi nella collettività. A questo fenomeno si aggiunge la mancanza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

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

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

La percezione materna dello stato ponderale dei figli (%)



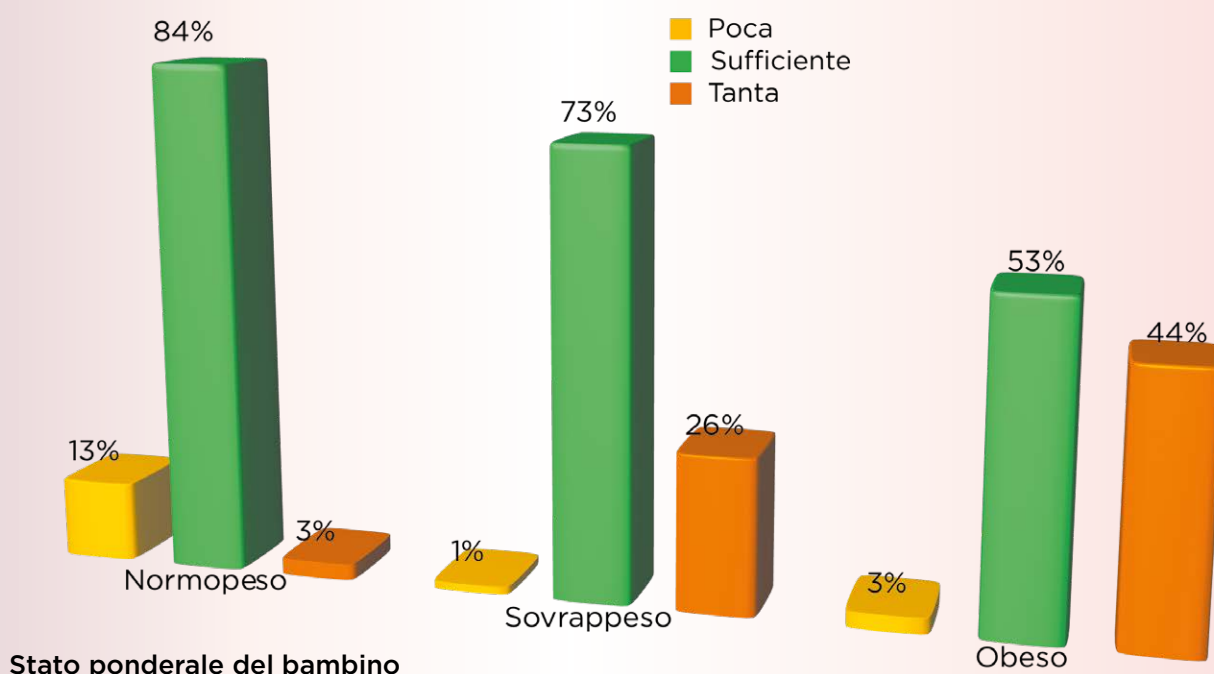
- Nella nostra regione ben il 45% delle madri di bambini sovrappeso e il 7% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso o sottopeso.

- 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 della madre non è legata alla scolarità della madre.
- Per i bambini obesi, la percezione è tanto più accurata quanto maggiore è la scolarità della madre.

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

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

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



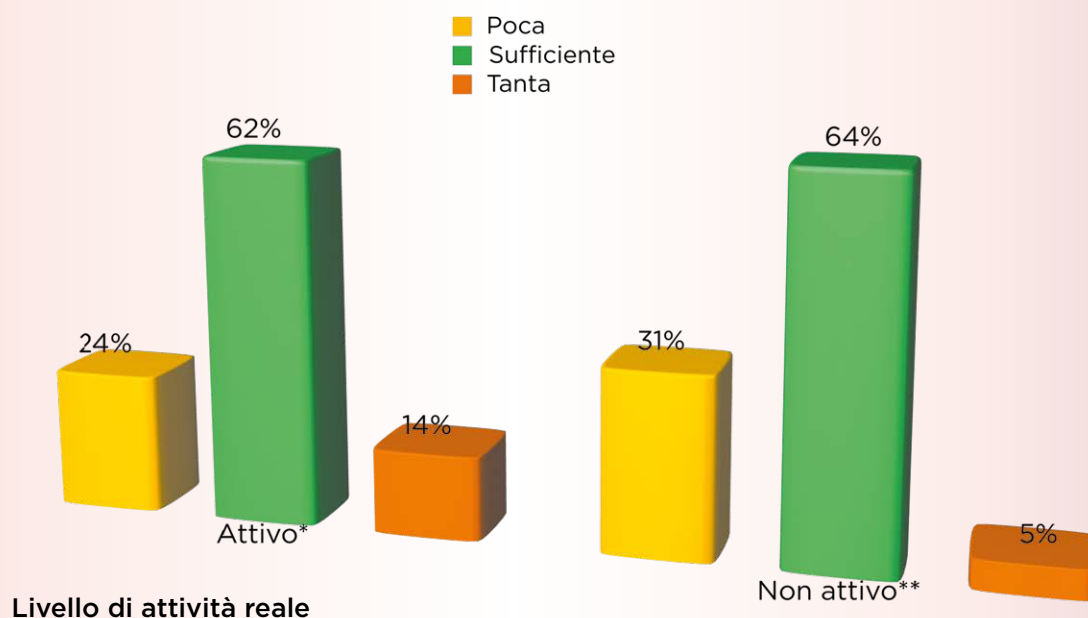
- Solo il 26% delle madri di bambini sovrappeso e il 44% di quelle di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo.
- Considerando i bambini in sovrappeso e obesi insieme, non è stata constatata nessuna differenza per sesso dei bambini o per livello scolastico della madre.

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

Sebbene molti genitori incoraggino i loro figli ad impegnarsi in attività fisica e nello sport organizzato, alcuni possono non essere a conoscenza delle raccomandazioni che i bambini facciano almeno un'ora di attività fisica ogni giorno. Anche se l'attività fisica è difficile da misurare, un genitore che ritenga che il proprio bambino sia attivo, mentre in

realità 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.

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



- All'interno del gruppo di bambini non attivi, il 64% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e il 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

	Valore regionale 2008	Valore regionale 2010	Valore regionale 2012	Valore regionale 2014	Valore regionale 2016	Valore nazionale 2016
Madri che percepiscono in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è sovrappeso	64%	61%	59%	59%	55%	49%
Madri che percepiscono in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è obeso	98%	92%	97%	96%	93%	87%
Madri che percepiscono l'assunzione di cibo del proprio figlio come "poco o giusto", quando questo è sovrappeso o obeso	65%	66%	69%	70%	70%	70%
Madri che percepiscono l'attività fisica del proprio figlio come scarsa, quando questo risulta inattivo	36%	34%	31%	33%	31%	38%

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

Gli incidenti domestici

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

È stato chiesto ai genitori se avessero mai ricevuto informazioni da parte delle istituzioni sanitarie sulla prevenzione degli incidenti domestici. A livello nazionale, l'83% dei rispondenti ha dichiarato di non aver mai ricevuto alcuna informazione; nella nostra regione tale valore è risultato pari a 80%.

Alla domanda se si fossero mai rivolti al personale sanitario a causa di incidenti domestici di cui è stato vittima il bambino, a livello nazionale si sono registrate le seguenti risposte: 9% sì, al pediatra/altro medico; 22% sì, al pronto soccorso; 8% sì, ad entrambi. Nella nostra regione le percentuali di risposta sono state rispettivamente: 7%, 25%, 8%.

Conclusioni

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

I dati raccolti evidenziano una sostanziale stabilità rispetto alle precedenti rilevazioni, alla luce dell'importanza del contesto familiare questi dati sottolineano e ribadiscono l'importanza del coinvolgimento familiare negli interventi di prevenzione dell'eccesso ponderale. Il concetto fondamentale che deve passare attraverso il personale sanitario, che si occupa di prevenzione, è che il genitore deve diventare un modello comportamentale per il bambino.

10

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



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

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

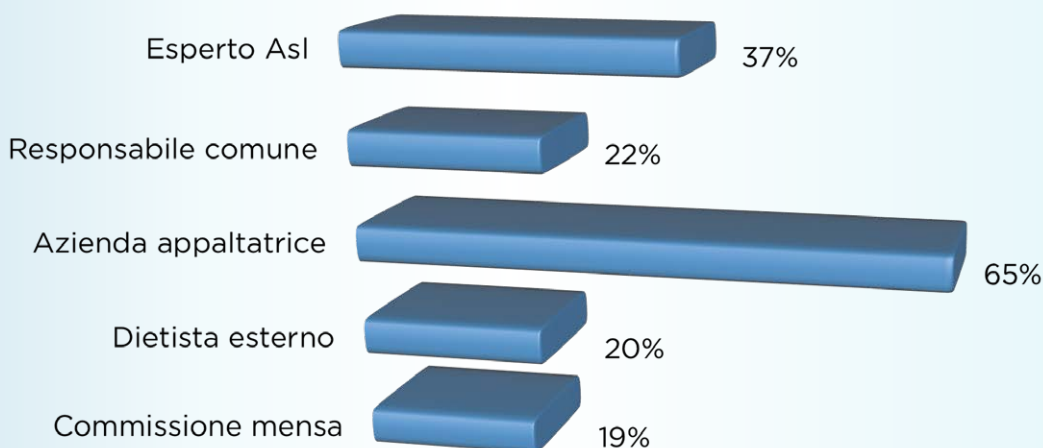
La partecipazione della scuola all'alimentazione dei bambini

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

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

- Nella nostra regione il 78% delle scuole campionate ha una mensa scolastica funzionante.
- Nelle scuole dotate di una mensa, il 54% di esse sono aperte almeno 5 giorni la settimana.
- La mensa viene utilizzata mediamente dal 66% dei bambini.

Predisposizione del menù scolastico (%)



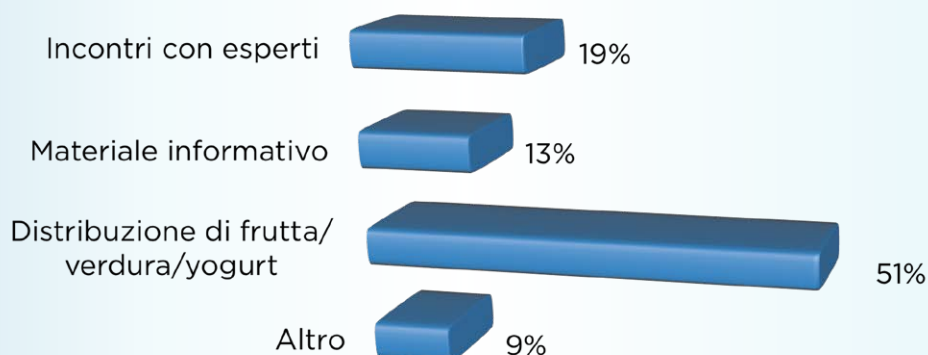
- La definizione del menù scolastico è più frequentemente stabilita dall'azienda appaltatrice, a seguire da un esperto dell'A.U.L.S.S. e dal responsabile comunale.
- Secondo il giudizio dei dirigenti scolastici, l'89% delle mense risulta essere adeguato per i bisogni dei bambini. Nella nostra regione praticamente tutti i menù scolastici sono periodicamente verificati dai Servizi Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) delle A.U.L.S.S.

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

Negli ultimi anni sempre più scuole hanno avviato distribuzioni di alimenti allo scopo di integrare e migliorare l'alimentazione degli alunni. In alcune di queste esperienze viene associato anche l'obiettivo dimostrativo ed educativo degli alunni.

- Nella nostra regione, le **scuole** che distribuiscono ai bambini frutta o latte o yogurt, nel corso della giornata, sono il 62%.
- In tali **scuole**, la distribuzione si effettua prevalentemente a metà mattina (98%).
- Durante l'anno scolastico il 66% 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 51% delle **classi** ha partecipato alla distribuzione di frutta, verdura o yogurt come spuntino.
- Il 13% delle **classi** ha ricevuto materiale informativo.
- il 19% delle **classi** ha organizzato incontri con esperti esterni alla scuola.

■ Sono segnalati dei distributori automatici?

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

- I distributori automatici di alimenti sono presenti nel 46% delle scuole; il 5% è accessibile sia agli adulti che ai bambini.
- All'interno del gruppo di scuole con distributori automatici, solo il 30% mette a disposizione succhi di frutta, frutta fresca, o yogurt.



La partecipazione della scuola all'educazione fisica dei bambini

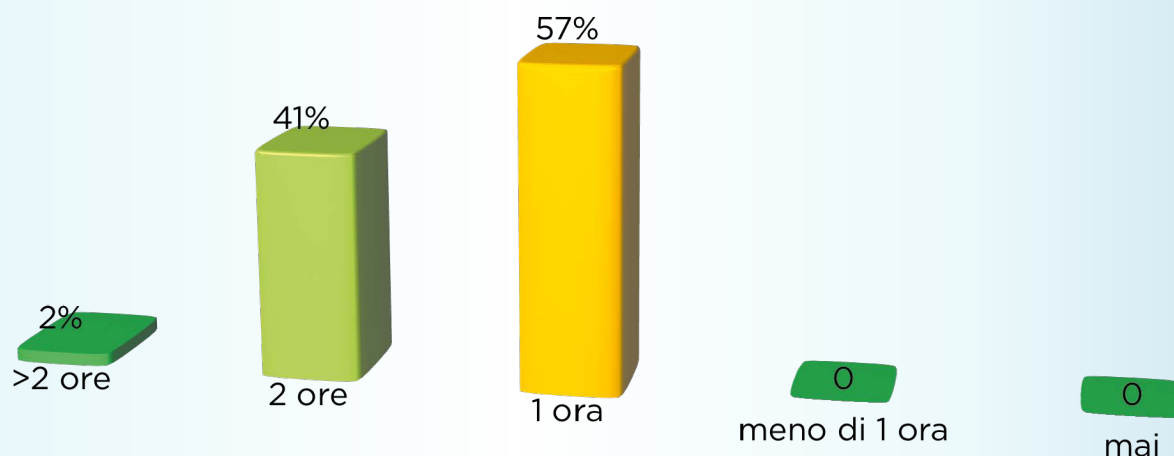
Quante classi riescono a far fare ai propri alunni 2 ore di educazione fisica?

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

Nel questionario destinato alla scuola viene chiesto quante classi, e con quale frequenza, svolgono educazione fisica all'interno dell'orario scolastico. Nel 2016, la domanda è stata riformulata in modo diverso rispetto alle precedenti rilevazioni di conseguenza, i risultati non sono direttamente confrontabili.

Nel grafico si presenta la distribuzione percentuale delle classi (e non delle scuole) per ore di attività motoria effettuate a settimana.

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



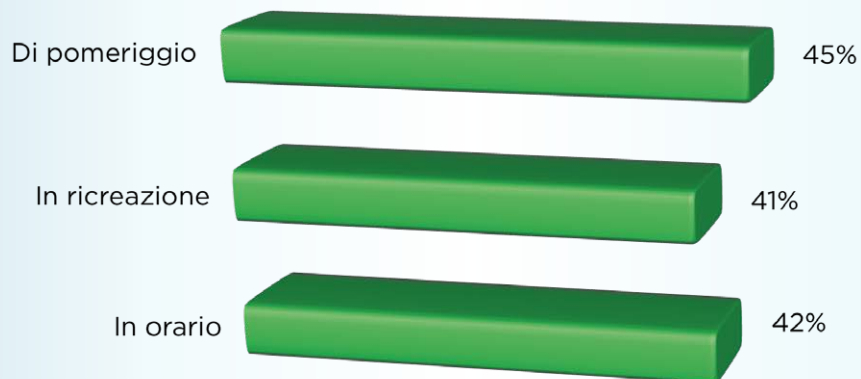
- Complessivamente, solo nel 43% delle classi delle nostre scuole si svolgono normalmente almeno 2 ore di attività motoria raccomandate a settimana, mentre non ci sono classi in cui si fa meno di un'ora a settimana.

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

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

- Le scuole che offrono agli alunni la possibilità di effettuare all'interno della scuola occasioni di attività motoria sono il 64%.

Momento dell'offerta di attività motoria extracurricolare (%)



- Laddove offerta, l'attività motoria extracurricolare viene svolta più frequentemente nel pomeriggio.
- Queste attività si svolgono più frequentemente in palestra (64%), in giardino (62%), in altra struttura sportiva (22%), in piscina (19%).

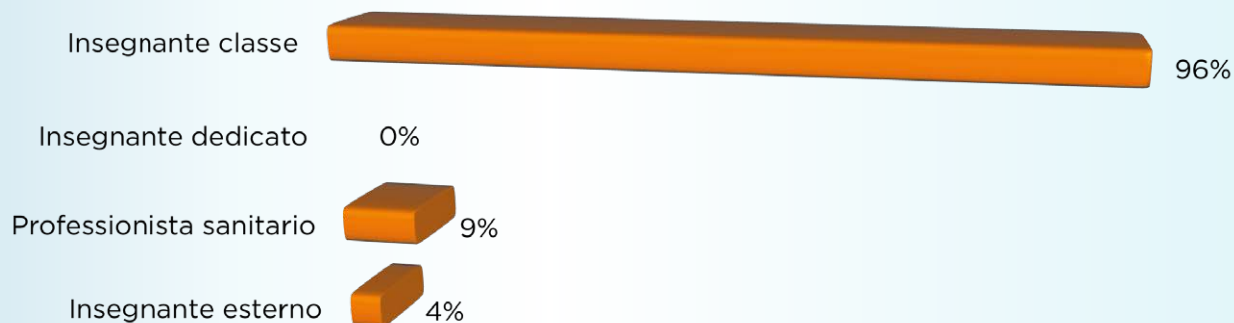
Il miglioramento delle attività curricolari a favore dell'alimentazione e dell'attività motoria dei bambini

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

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

- L'attività curriculare nutrizionale è prevista dal 74% delle scuole campionate nella nostra regione.

Figure professionali coinvolte nell'attività curriculare nutrizionale (%)



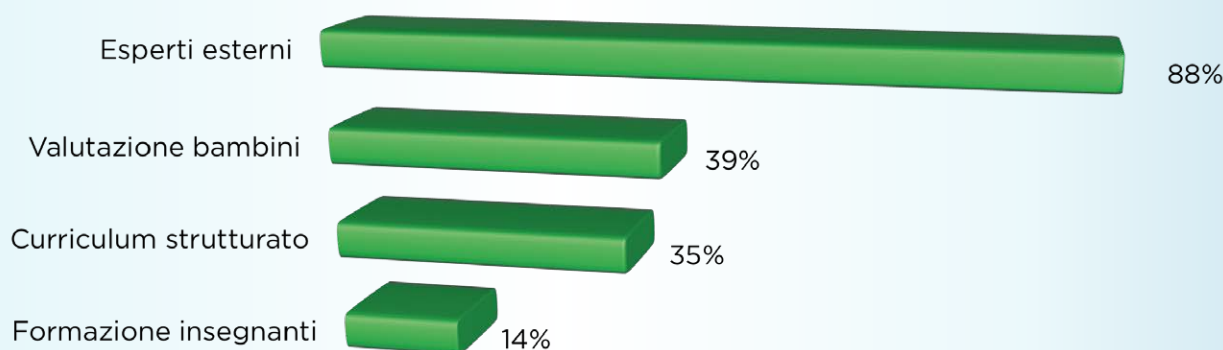
- In tali scuole, la figura più frequentemente coinvolta è l'insegnante di classe. Molto meno comune è il coinvolgimento di altri insegnanti o della A.ULSS.

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 92% delle scuole ha cominciato a realizzare almeno un'attività.

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



- In tali attività, viene frequentemente coinvolto un esperto esterno; nel 39% dei casi è stata effettuata la valutazione delle abilità motorie dei bambini, nel 35% lo sviluppo di un curriculum strutturato e nel 14% la formazione degli insegnanti.

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

Nel 2016 sono state introdotte alcune nuove domande relative all'uso del sale iodato nelle scuole. Il 61% dei dirigenti scolastici della nostra regione ha dichiarato che nella mensa del proprio Istituto si utilizza sempre il sale iodato per cucinare e/o per condire (dato nazionale: 70%). Si evidenzia che le Linee di Indirizzo per la Ristorazione Scolastica della Regione del Veneto prevedono esclusivamente l'uso di sale iodato, la verifica dei SIAN presso i centri cottura e le cucine delle mense scolastiche prevede anche la verifica di tale aspetto, previsto inoltre dai capitolati d'appalto.

A livello nazionale, oltre il 6% delle scuole ha aderito ad iniziative di comunicazione per la riduzione del consumo di sale e/o per la promozione del sale iodato. Nel Veneto tale valore è pari al 4%. A tale riguardo si sottolinea che il Piano Regionale Prevenzione prevede al punto 10.10 il programma educativo "Nuove strategie di iodoprofilassi nella Regione del Veneto: programmi educativi, indicatori di efficienza e contrasto delle disuguaglianze", coordinato dalla Struttura Regionale di Riferimento per la Iodoprofilassi (U.O.C. Endocrinologia Azienda Ospedale di Padova) e condotto attraverso l'azione congiunta del Personale Medico SIAN, nonché specificatamente la verifica presso i punti vendita e la ristorazione collettiva del rispetto della normativa relativa al suo utilizzo e vendita.

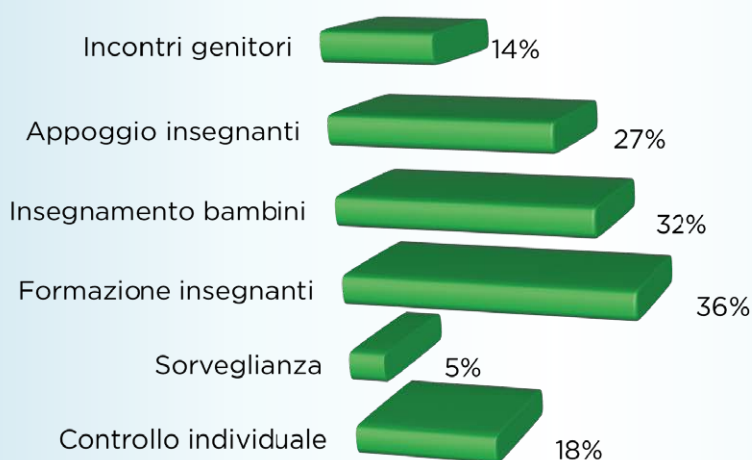
Le attività di promozione dell'alimentazione e dell'attività fisica dei bambini

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 A.ULSS.

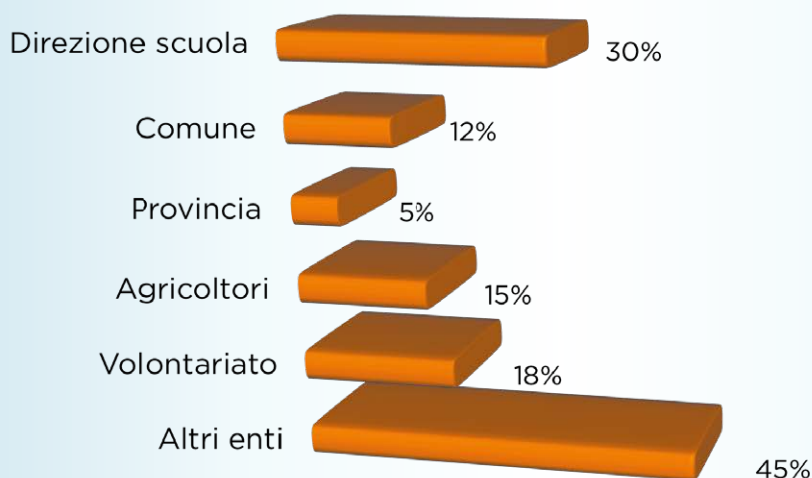
- I Servizi Sanitari della A.ULSS costituiscono un partner privilegiato e sono coinvolti nella realizzazione di programmi di educazione nutrizionale nel 17% delle scuole e nella promozione dell'attività fisica nel 13% delle scuole.

Iniziative con le A.ULSS (%)



- Tale collaborazione si realizza più frequentemente attraverso la formazione degli insegnanti, l'insegnamento diretto agli alunni, l'appoggio tecnico agli insegnanti e il controllo della crescita individuale del bambino.

Iniziative di promozione alimentare (%)



- Oltre alla A.ULSS, agli enti e alle associazioni che hanno prevalentemente organizzato iniziative di promozione alimentare nelle scuole sono la Direzione Scolastica/Insegnanti, il Volontariato, il Comune, le Associazioni di agricoltori/allevatori e la Provincia.

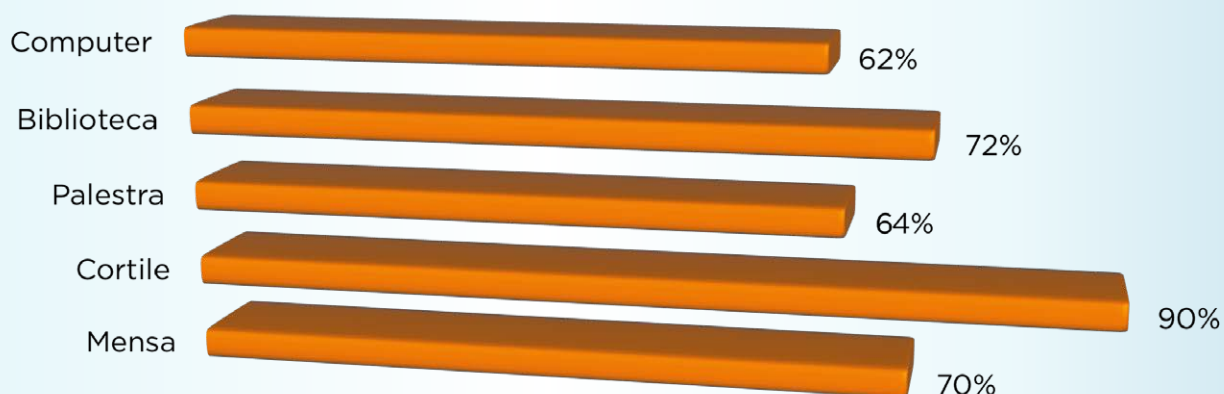


Risorse a disposizione della scuola

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

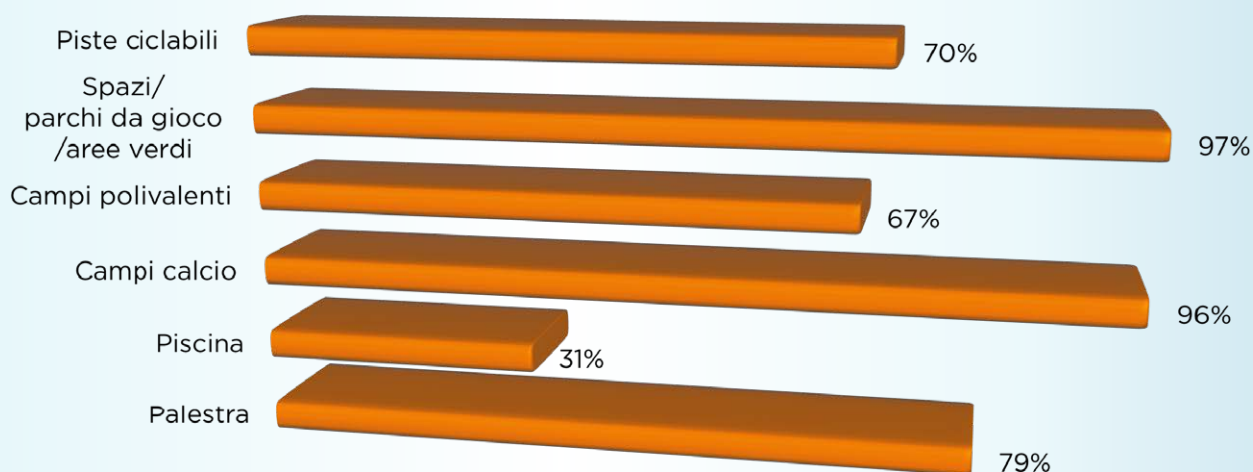
Per poter svolgere un ruolo nella promozione della salute dei bambini, la scuola necessita di risorse adeguate nel proprio plesso e nel territorio.

Risorse adeguate presenti nel plesso (%)



- Secondo i dirigenti scolastici, il 72% delle scuole possiede una biblioteca adeguata, il 90% un cortile adeguato e il 70% ha una mensa adeguata.
- Sono meno adeguate la palestra e i computer.

Risorse presenti nel plesso o nelle vicinanze (%)



- Il 79% delle scuole ha la palestra nelle vicinanze o all'interno della propria struttura.
- Sono presenti nelle vicinanze dell'edificio scolastico spazi aperti (97%) e campi da calcio (96%).
- Risultano poco presenti le piscine (31%) e i campi polivalenti (67%).



La scuola e il divieto di fumo negli spazi aperti

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

- Nella nostra regione, il 93% 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 7% degli stessi dichiara di aver incontrato difficoltà “sempre”.

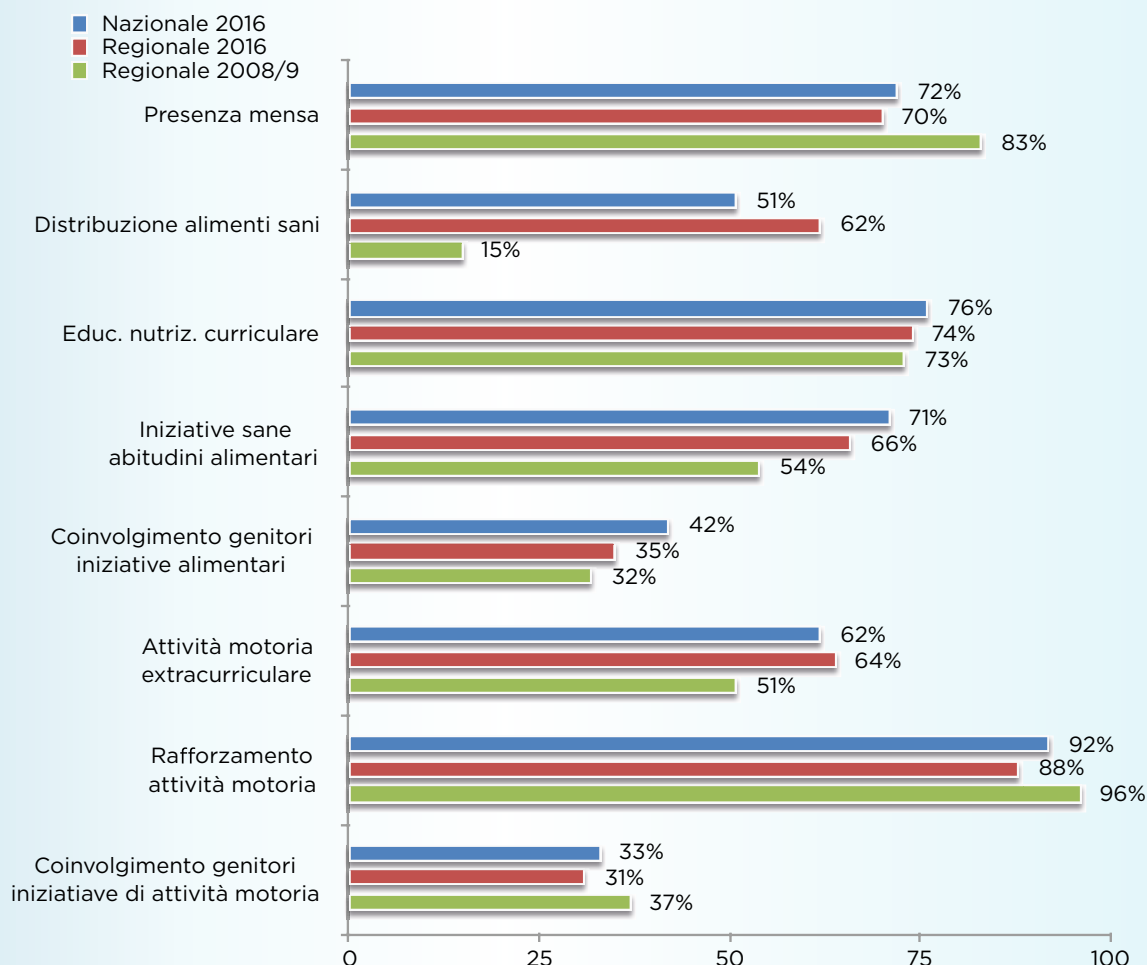
Coinvolgimento delle famiglie

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

Le iniziative rivolte alla promozione di una sana abitudine alimentare nei bambini vedono il coinvolgimento attivo della famiglia nel 35% delle scuole campionate nella sorveglianza; quelle rivolte alla promozione dell'attività motoria nel 31%.

Per un confronto

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





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

Infatti, è proprio il contesto scolastico che costituisce un setting privilegiato di analisi e di intervento per la promozione di sani stili di vita. A questo scopo due sono gli aspetti da considerare per tale setting. Da un lato la sua funzione educativa, che permette l'implementazione di iniziative di educazione nutrizionale, l'incontro con esperti, iniziative formative che coinvolgono i genitori e gli insegnanti. Dall'altro lato, l'aspetto strutturale della scuola: la presenza di palestre, di aree verdi, di un servizio mensa adeguato, di distributori automatici sono tutti fattori che possono promuovere o disincentivare l'adozione di sani stili di vita offrendo agli utenti una possibilità di scelta, anche sana.

Nel 2016 si rileva che nel Veneto la percentuale di scuole con mensa è del 78%, percentuale comunque superiore ai valori nazionali che si attestano sul 70%. Mediamente il 66% dei bambini utilizza la mensa.

Un aspetto particolarmente incoraggiante, rispetto ai dati nazionali, riguarda il fatto che quasi tutti i menù delle mense scolastiche nel Veneto continuano ad essere valutati e validati dai SIAN territorialmente competenti, anche in ottemperanza alle Linee Guida Regionali per il miglioramento della ristorazione scolastica.

La distribuzione di alimenti sani a scuola è nettamente migliorata rispetto alle precedenti rilevazioni. Il 62% delle scuole distribuisce ai bambini frutta o latte o yogurt nel corso della giornata, a confronto con il 15% a livello regionale del 2008. All'interno del gruppo di scuole con distributori automatici (46% delle scuole), il 30% mette a disposizione succhi di frutta, frutta fresca, o yogurt.

Il notevole progresso registrato è presumibilmente dovuto in parte all'attività di prevenzione specifica svolta dai SIAN, all'attività degli insegnanti ed in parte anche legato all'adesione di parte delle scuole al Programma "Frutta nelle Scuole". Esiste quindi la possibilità di favorire, anche attraverso queste iniziative, la diffusione tra i bambini e le loro famiglie di migliori conoscenze nutrizionali e di sane abitudini alimentari, purché gli interventi siano adeguatamente coordinati tra le strutture a diverso titolo coinvolte (Agricoltura, Scuola, Sanità, ecc...).

Relativamente allo svolgimento di attività motoria a scuola, solo il 41% delle scuole dichiara che tutte le classi svolgono 2 ore di attività motoria, evidenziando quindi una costante riduzione dell'attività curricolare, addirittura di ben 12 punti rispetto al 2008 (nel quale il 72% delle scuole raggiungeva tale obiettivo). Si ritiene che ciò sia dovuto sia ad aspetti organizzativi (ad esempio la struttura dell'orario scolastico, diminuita possibilità di destinare parte dell'orario a queste attività da parte del corpo docente), sia ad aspetti strutturali (ad esempio la mancanza o l'insufficienza della palestra).

Rispetto agli interventi svolti a scuola, si rileva un sostanziale mantenimento della diffusione dell'attività curricolare di educazione nutrizionale (66%) che viene svolta prevalentemente dagli insegnanti di classe.

Le Linee di indirizzo per il miglioramento della qualità nutrizionale nella ristorazione scolastica della Regione del Veneto. (DGR n. 1189 del 01/08/2017)

Una corretta alimentazione è fondamentale per determinare un buono stato di salute e di benessere. In quest'ottica, particolare importanza assume il momento della ristorazione scolastica che ha un duplice obiettivo, nutrizionale ed educativo.

I bambini in età prescolare e scolare rappresentano il target ideale per interventi di promozione sulla corretta alimentazione, dal momento che sono in una fase della vita il cui comportamento alimentare è ancora in via di sperimentazione e formazione.

Il pasto in mensa, infatti, diventa una buona occasione sia per educare al gusto, offrendo la possibilità di far provare nuove esperienze gustative ai piccoli commensali, sia per valorizzare le differenze culturali senza però dimenticare il legame con le tradizioni locali. Infine, il pranzo consumato assieme assume una valenza relazionale molto importante di condivisione e di socializzazione.

Il servizio di ristorazione scolastica, offerto ai bambini che frequentano gli asili nido e le scuole dell'infanzia, ai ragazzi che frequentano le scuole primarie e secondarie di I° grado, agli insegnanti ed agli operatori che lavorano nella scuola, ha assunto un'importanza sempre maggiore nel tempo dal punto di vista funzionale all'attività scolastica vera e propria, come mezzo di educazione alimentare per le famiglie, attraverso gli allievi e gli insegnanti, ma soprattutto dal punto di vista dietetico, nutrizionale e di sicurezza.

Tra le strategie efficaci di popolazione rientrano anche gli interventi sulle scelte dietetiche a scuola e sulla loro offerta che contribuiscono a favorire corretti comportamenti alimentari.

Tale strategia, investendo problematiche molto eterogenee, prevede un'alleanza che coinvolge i vari soggetti, istituzionali e non, e mira al raggiungimento dell'obiettivo di favorire nelle scuole la disponibilità di scelte alimentari nutrizionalmente corrette attraverso interventi che prevedono una maggiore attenzione ai capitolati d'appalto nei servizi di ristorazione scolastica, alla composizione dei menù nelle mense scolastiche, alla distribuzione di spuntini di frutta fresca, compreso anche il mondo della distribuzione automatica degli alimenti.

Il problema della ristorazione scolastica è stato affrontato per la prima volta, in modo organico e completo, con la Direttiva della Giunta Regionale del Veneto 3883 del 30.12.2001

utilizzando lo strumento delle Linee d'indirizzo, più flessibile e, quindi, maggiormente adattabile alle molteplici realtà del territorio regionale. Tale strumento è stato aggiornato nel 2003, nel 2007 e nel 2013 a seguito dell'evoluzione della normativa europea e nazionale, dell'acquisizione di nuove conoscenze tecnico-scientifiche, dell'insorgenza di nuovi aspetti riguardanti le diete speciali, ma anche tenendo presente l'esperienza maturata dai Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione delle ULSS del Veneto.

In questa ottica, con la finalità di dare uno strumento regionale di supporto uniforme alle amministrazioni comunali e scolastiche (pubbliche e private), è stata redatta, tramite un apposito gruppo di lavoro formato da una Commissione di esperti, una nuova edizione delle Linee d'indirizzo della Regione del Veneto per la ristorazione scolastica, in aggiornamento delle precedenti, approvata con DGR n. 1189 del 01/08/2017.

Tale documento comprende linee d'indirizzo per la gestione del servizio di ristorazione scolastica e per l'appalto a strutture specializzate, nonché schede relative ai principali prodotti alimentari, uno schema di capitolato d'appalto e un modello per la stesura del menù, a scopo puramente esemplificativo, cui poter fare riferimento, tenendo comunque presente che ogni singola situazione ha proprie peculiarità per le quali va effettuata un'appropriata ed attenta valutazione.

Per quanto riguarda gli aspetti dietetico-nutrizionali, sono state prodotte linee di indirizzo tecnico scientifico mediante la realizzazione di tabelle dietetiche aggiornate secondo i nuovi LARN 2014 (Livelli di Assunzione di Riferimento dei Nutrienti) e diversificate per fasce di età.

Rispetto alle edizioni precedenti, è stata data notevole importanza alla gestione delle diete speciali per allergia in virtù del Regolamento UE 1169/2011, del capitolato d'appalto in virtù del nuovo Codice degli Appalti, e della lotta allo spreco alimentare coerentemente a quanto indicato nella Legge 19 agosto 2016, n. 166: Disposizioni concernenti la donazione e la distribuzione di prodotti alimentari e farmaceutici a fini di solidarietà sociale e per la limitazione degli sprechi (16G00179)(GU Serie Generale n.202 del 30-8-2016) entrata in vigore il 14/09/2016.

In conclusione, si vuole sottolineare l'importanza della ristorazione collettiva in cui si concentrano valenze di tipo preventivo, educativo, e nutrizionali. Rappresenta, quindi, un'occasione privilegiata per sviluppare strategie educative che si propongono di potenziare un corretto approccio nei confronti del cibo e dell'alimentazione, diventando un mezzo di prevenzione sanitaria, un primo passo per migliorare le scelte alimentari del bambino e del contesto familiare in cui vive.

La ristorazione collettiva sociale, infatti, è stata inserita nel Piano Regionale Prevenzione 2014-2018 con l'obiettivo di rivedere le Linee d'indirizzo e i relativi Ricettari per i tre setting specifici: Scuola, Ospedale, e Case di riposo, oltre alla stesura delle Linee d'indirizzo per la gestione delle allergie alimentari.

Infine, si vuole precisare che dette Linee d'indirizzo consentono di raggiungere un duplice obiettivo: da una parte di elevare il livello di tutela igienico-sanitaria e nutrizionale del servizio di ristorazione scolastica, e dall'altra di fornire agli Enti Locali e alle ditte di ristorazione collettiva e ai Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione SIAN delle Aziende ULSS del Veneto uno strumento di valutazione oggettiva del servizio offerto, e coerente con le novità legislative arrivate nel frattempo in questi ultimi anni.



OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE

OKkio alla SALUTE



12

CONCLUSIONI GENERALI



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

È importante che la cooperazione avviata tra salute e scuola perduri nel tempo così da assicurare la continuazione negli anni del sistema di sorveglianza e il monitoraggio del fenomeno in studio. La letteratura scientifica, infatti, mostra sempre più chiaramente che gli interventi coronati da successo sono quelli integrati (con la partecipazione di famiglie, scuole, operatori della salute e comunità) e multicomponenti (che promuovono per esempio non solo la sana alimentazione ma anche l'attività fisica e la diminuzione della sedentarietà, la formazione dei genitori, il *counselling* comportamentale e l'educazione nutrizionale) e che hanno durata pluriennale.

È essenziale quindi programmare azioni di sanità pubblica in modo coordinato e condiviso tra enti, istituzioni e realtà locali per cercare di promuovere il consumo giornaliero di frutta e verdura così come la pratica dell'attività fisica tra i bambini. A questo proposito, la scuola potrebbe contribuire in modo determinante distribuendo una merenda bilanciata a metà mattina e facendo svolgere almeno due ore di attività motoria settimanale a tutti gli alunni. 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.

In questa ottica si inserisce il Protocollo firmato tra l'Ufficio Scolastico Regionale e la Regione del Veneto (Dgr 1627 del 21.10.2016), che nell'ambito del nuovo Piano Regionale Prevenzione 2014-2018 (Dgr 749 del 14.05.2015), ha permesso di superare l'ottica parcellizzata di singole azioni di progetti settoriali, arrivando a una logica di programmi e processi legati a diverse attività istituzionali, tra loro coerenti, coordinate e sinergiche.

Le due parole cardine sono state: interfattorialità e intersettorialità, parole prese dal programma nazionale Guadagnare Salute – Rendere facili scelte salutari (DPCM 04.05.2007), che ha posto l'accento sul dovere, da parte di tutti i portatori di interesse della salute, di mettersi in relazione per portare alla popolazione generale gli stessi importanti messaggi di salute per rendere fattibili e sostenibili processi di benessere individuali e collettivi.

Si tratta, quindi, di un atto di estrema importanza per la Regione del Veneto che in questo modo sancisce la proficua alleanza con l'Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto uniti nella promozione della salute con l'obiettivo condiviso di promuovere il benessere nelle nuove generazioni.

Bambini e giovani in buona salute, sono oggi studenti con un migliore rendimento scolastico, un più alto grado di felicità ed un migliore livello di apprendimento, e domani cittadini attivi ed allenati a prendere in mano la propria vita facendo scelte sane e consapevoli mirate ad uno star bene non solo fisico, ma anche relazionale e psicologico.

È interesse della scuola come delle istituzioni sanitarie, e non solo, investire sia nelle capacità fisiche sia nelle competenze chiave, abilità utili nella vita per un orientamento critico, consapevole e responsabile nei riguardi della salute, un esserci nel mondo da protagonista nel sapersi prendere cura di sé e delle proprie comunità “nelle piccole cose di tutti i giorni”, come auspicato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità nella Carta di Ottawa.

Un ulteriore valore aggiunto segna questo documento in quanto è espressione concreta della strategia dell’Organizzazione Mondiale della Sanità “Salute in Tutte le Politiche”. Tale ottica sancisce che la salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma che può essere raggiunta solo attraverso il coinvolgimento di settori diversi della società civile e di differenti settori governativi.

L’intersettorialità non è solo uno slogan in questo protocollo, ma indica una modalità fattiva di lavoro e di co-progettazione attraverso la costituzione di un Coordinamento Regionale per la Salute in Tutte le Politiche che riunisce l’Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto, gli Uffici Ambiti Territoriali e diversi organismi regionali quali: Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria; Direzione Formazione e Istruzione; Direzione Servizi Sociali; Direzione Agroalimentare; Direzione Agroambiente, Caccia e Pesca; Direzione Turismo; Direzione Enti Locali e Strumentali; Direzione Beni attività culturali e Sport; U.O. Sport; U.O. Economia e Sviluppo Montano; Agenzia Regionale per la Prevenzione e Protezione Ambientale del Veneto (ARPAV).

Il Protocollo intende, quindi, assicurare interventi integrati e coordinati di promozione della salute che puntino all’ottimizzazione delle risorse ed alla modifica degli ambienti di vita e di lavoro al fine di garantire pari opportunità di salute ad ogni cittadino e promuovere un processo culturale trasversale capace di andare oltre le differenze di genere, culturali, sociali ed economiche. Tale processo è finalizzato a promuovere nei cittadini un ruolo attivo, fin da piccoli, nell’ambito della salute affinché ognuno possa agire pensando che la salute è un bene prezioso per ciascuno.



ALCUNE RACCOMANDAZIONI DIRETTE AI DIVERSI GRUPPI DI INTERESSE



Operatori sanitari

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

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

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

Operatori scolastici

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

Seguendo la sua missione, la scuola dovrebbe estendere e migliorare le attività di educazione nutrizionale dei bambini, già oggi oggetto di intervento da parte di alcune scuole.

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

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

In maniera più diretta, gli insegnanti possono incoraggiare i bambini ad assumere abitudini alimentari più adeguate, promuovendo la colazione del mattino che migliora la per-

formance e diminuisce il rischio di fare merende eccessive a metà mattina. A tal proposito i materiali di comunicazione, realizzati attraverso la collaborazione tra mondo della scuola e della salute, possono offrire agli insegnanti spunti e indicazioni per coinvolgere attivamente i bambini.

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

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

Genitori

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

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

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

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

Leaders, decisori locali e collettività

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



MATERIALI BIBLIOGRAFICI



Politica e strategia di salute

- ⇒ World Health Organization. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. 2016; disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/en/> (ultima consultazione maggio 2017).
- ⇒ Knai C, Petticrew M, Mays N. The childhood obesity strategy. *BMJ*. 2016;354:i4613.
- ⇒ Brennan LK, Brownson RC, Orleans CT. Childhood obesity policy research and practice: evidence for policy and environmental strategies. *Am J Prev Med*. 2014;46(1):e1-16.
- ⇒ EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020; disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_action-plan_2014_2020_en.pdf (ultima consultazione maggio 2017).
- ⇒ Hendriks AM, Kremers SP, Gubbels JS, Raat H, de Vries NK, Jansen MW. Towards health in all policies for childhood obesity prevention. *J Obes*. 2013;2013.
- ⇒ World Health Organization. Population-based approaches to childhood obesity prevention. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva: WHO, 2012.
- ⇒ Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Indicazioni per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione, settembre 2012 ; disponibile all'indirizzo: http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/8afacbd3-04e7-4a65-9d75-cec3a38ec1aa/prot7734_12_all2.pdf (ultima consultazione novembre 2014).
- ⇒ Aranceta Bartrina J. Public health and the prevention of obesity: failure or success? *Nutr Hosp*. 2013;28 Suppl 5:128-37. Foltz JL, May AL, Belay B, Nihiser AJ, Dooyema CA, Blanck HM. Population-level intervention strategies and examples for obesity prevention in children. *Annu Rev Nutr*. 2012;32:391-415.
- ⇒ Wu Y, Lau BD, Bleich S, Cheskin L, Boult C, Segal JB, Wang Y. Future Research Needs for Childhood Obesity Prevention Programs: Identification of Future Research Needs From Comparative Effectiveness Review No. 115.
- ⇒ Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Linee guida per l'educazione alimentare, 2015; disponibile all'indirizzo: http://www.istruzione.it/allegati/2015/MIUR_Linee_Guida_per_l'Educazione_Alimentare_2015.pdf (ultima consultazione maggio 2017).
- ⇒ Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, Carter R, Mabry PL, Finegood DT, Huang T, Marsh T, Moodie ML. Changing the future of obesity: science, policy, and action. *Lancet* 2011; 378:838-47.
- ⇒ Ministero della Salute. Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica, 2010; disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1248_allegato.pdf (ultima consultazione maggio 2017).

- ⇒ Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. La sfida dell'obesità nella Regione europea dell'OMS e le strategie di risposta. Compendio. Geneva: WHO; 2007. Traduzione italiana curata dal Ministero della Salute e dalla Società Italiana di Nutrizione Umana, stampata nel 2008. <http://www.sinu.it/documenti/OMS%20La%20Sfida%20dell%27Obesit%C3%A0%20e%20le%20Strategie%20di%20Risposta%20CCM%20SINU.pdf> (ultima consultazione maggio 2017).
- ⇒ Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. WHO; Geneva 2007. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf. (ultima consultazione maggio 2017).
- ⇒ Ministero della Salute, 2007 "Guadagnare salute": Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 4 maggio 2007. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22 maggio 2007. http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf. (ultima consultazione maggio 2017).

Epidemiologia della situazione nutrizionale e progressione sovrappeso/obesità

- ⇒ Nardone P, Spinelli A, Buoncristiano M, Lauria L, Pizzi E, Andreozzi S e Galeone D. Il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2014. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. (Supplemento 1, al n. 3 vol. 29 del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità).
- ⇒ Spinelli A, Nardone P, Buoncristiano M, Lauria L, Andreozzi S, Galeone D. (Ed.). Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: dai risultati 2012 alle azioni. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/11).
- ⇒ Lombardo FL, Spinelli A, Lazzeri G, Lamberti A, Mazzarella G, Nardone P, Pilato V, Buoncristiano M, Caroli M. Severe obesity prevalence in 8- to 9-year-old Italian children: a large population-based study. Eur J Clin Nutr. 2014.
- ⇒ Wijnhoven T, van Raaij J M and Breda J. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative- Implementation of round 1 (2007/2008) and round 2 (2009/2010). WHO; 2014.
- ⇒ Wijnhoven TM, van Raaij JM, Sjöberg A, Eldin N, Yngve A, Kunešová M, Starc G, Rito AI, Duleva V, Hassapidou M, Martos E, Pudule I, Petrauskiene A, Sant'Angelo VF, Hovengen R, Breda J. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: School Nutrition Environment and Body Mass Index in Primary Schools. Int J Environ Res Public Health. 2014;11(11):11261-85.
- ⇒ Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Starc G, Hassapidou M, Spiroski I, Rutter H, Martos É, Rito AI, Hovengen R, Pérez-Farinós N, Petrauskiene A, Eldin N, Braeckeveld L, Pudule I, Kunešová M, Breda J. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6-9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. BMC Public Health 2014; 7 (14):806.
- ⇒ Rossen LM, Talih M. Social determinants of disparities in weight among US children and adolescents. Ann Epidemiol. 2014;24(10):705-713.
- ⇒ Gualdi-Russo E, Zaccagni L, Manzon VS, Masotti S, Rinaldo N, Khyatti M. Obesity and physical activity in children of immigrants. Eur J Public Health. 2014;24 Suppl 1:40-6.
- ⇒ Lazzeri G, Giacchi MV, Spinelli A, Pammolli A, Dalmaso P, Nardone P, Lamberti A, Cavallo F. Overweight among students aged 11-15 years and its relationship with breakfast, area of residence and parents' education: results from the Italian HBSC 2010 cross-sectional study. Nutr J. 2014;13:69.

- ⇒ Ng M, Fleming T et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 Lancet. 2014;384(9945):766-81.
- ⇒ Angela Spinelli, Paola Nardone, Anna Lamberti, Marta Buoncristiano, Daniela Galeone e il gruppo OKkio alla SALUTE. Obesità e sovrappeso nei bambini italiani: il sistema di sorveglianza "okkio alla salute". Not Ist Super Sanità 2013;26(12):3-8.
- ⇒ Bracale R, Milani L, Ferrara E, Balzaretto C, Valerio A, Russo V, Nisoli E, Carruba MO. Childhood obesity, overweight and underweight: a study in primary schools in Milan. Eat Weight Disord. 2013;18(2):183-91.
- ⇒ Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Rito AI, Hovengen R, Kunesova M, Starc G, Rutter H, Sjöberg A, Petrauskiene A, O'Dwyer U, Petrova S, Farrugia Sant'angelo V, Wauters M, Yngve A, Rubana IM, Breda J. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6-9-year-old children. Pediatr Obes. 2012.
- ⇒ Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S, Galeone D. (Ed.). Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2010. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/14).
- ⇒ Binkin N, Fontana G, Lamberti A, Cattaneo C, Baglio G, Perra A, Spinelli A. A national survey of the prevalence of childhood overweight and obesity in Italy. Obes Rev. 2010;11(1):2-10.

Metodo di studio

- ⇒ Sullivan K KW, Chen M, Frerichs R. CSAMPLE: analyzing data from complex surveys samples. Epi Info, version 6, User's guide. 2007. p. 157-81.
- ⇒ Borgers N. et al. Childrens as respondents in survey research: cognitive development and response quality. Bulletin de Méthodologie Sociologique 2000;66:60-75.
- ⇒ Bennett S. et al. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. World Health Stat Q. 1991;44:98-106.

IMC: curve di riferimento e studi pregressi

- ⇒ Cacciari E, Milani S, Balsamo A, et al. Italian cross-sectional growth charts for height, weight and BMI (2 to 20 yr). J. Endocrinol. Invest. 2014;29(7):581-593.
- ⇒ Gonzalez-Casanova I, Sarmiento OL, Gazmararian JA, Cunningham SA, Martorell R, Pratt M, Stein AD. Comparing three body mass index classification systems to assess overweight and obesity in children and adolescents. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(5):349-55.
- ⇒ de Onis M, Martínez-Costa C, Núñez F, Nguefack-Tsague G, Montal A, Brines J. Association between WHO cut-offs for childhood overweight and obesity and cardio-metabolic 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, Maffeis 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.
- ⇒ Dietz WH, Bellizzi MC. Introduction: the use of body mass index to assess obesity in children. *Am. J. Clin. Nutr.* 1999;70(1):123S-5S.

Fattori di rischio modificabili

- ⇒ Valerio G, Balsamo A, Baroni MG, Brufani C, Forziato C, Grugni G, Licenziati MR, Maffeis C, Miraglia Del Giudice E, Morandi A, Pacifico L, Sartorio A, Manco M; on the behalf of the Childhood Obesity Group of the Italian Society of Pediatric Endocrinology and Diabetology.. Childhood obesity classification systems and cardio-metabolic risk factors: a comparison of the Italian, World Health Organization and International Obesity Task Force references. *Ital J Pediatr.* 2017 Feb 4;43(1):19
- ⇒ Lau EY, Barr-Anderson DJ, Forthofer M, Saunders RP, Pate RR. Associations Between Home Environment and After-School Physical Activity and Sedentary Time Among 6th Grade Children. *Pediatr Exerc Sci.* 2014.
- ⇒ Xiao Q, Keadle SK, Hollenbeck AR, Matthews CE. Sleep Duration and Total and Cause-Specific Mortality in a Large US Cohort: Interrelationships With Physical Activity, Sedentary Behavior, and Body Mass Index. *Am J Epidemiol.* 2014;180(10):997-1006.
- ⇒ Mytton OT, Nnoaham K, Eyles H, Scarborough P, Ni Mhurchu C. Systematic review and meta-analysis of the effect of increased vegetable and fruit consumption on body weight and energy intake. *BMC Public Health.* 2014;14:886.
- ⇒ Appelhans BM, Fitzpatrick SL, Li H, Cail V, Waring ME, Schneider KL, Whited MC, Busch AM, Pagoto SL. The home environment and childhood obesity in low-income households: indirect effects via sleep duration and screen time. *BMC Public Health.* 2014;14:1160.

- ⇒ Tandon P, Grow HM, Couch S, Glanz K, Sallis JF, Frank LD, Saelens BE. Physical and social home environment in relation to children's overall and home-based physical activity and sedentary time. *Prev Med.* 2014;66:39-44.
- ⇒ Olafsdottir S, Berg C, Eiben G, Lanfer A, Reisch L, Ahrens W, Kourides Y, Molnár D, Moreno LA, Siani A, Veidebaum T, Lissner L. Young children's screen activities, sweet drink consumption and anthropometry: results from a prospective European study. *Eur J Clin Nutr.* 2014;68(2):223-8.
- ⇒ Stamatakis E, Coombs N, Jago R, Gama A, Mourão I, Nogueira H, Rosado V, Padez C. Associations between indicators of screen time and adiposity indices in Portuguese children. *Prev Med.* 2013;56(5):299-303.
- ⇒ Pate RR, O'Neill JR, Liese AD, Janz KF, Granberg EM, Colabianchi N, Harsha DW, Condrasky MM, O'Neil PM, Lau EY, Taverno Ross SE. Factors associated with development of excessive fatness in children and adolescents: a review of prospective studies. *Obes Rev.* 2013;14(8):645-58.
- ⇒ Morgan RE. Does consumption of high-fructose corn syrup beverages cause obesity in children? *Pediatr Obes.* 2013;8(4):249-54.
- ⇒ Fakhouri TH, Hughes JP, Brody DJ, Kit BK, Ogden CL. Physical activity and screen-time viewing among elementary school-aged children in the United States from 2009 to 2010. *JAMA Pediatr.* 2013;167(3):223-9.
- ⇒ Te Morenga L, Mallard S, Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ.* 2012;346:e7492.
- ⇒ Davis CL, Pollock NK, Waller JL, Allison JD, Dennis BA, Bassali R, Meléndez A, Boyle CA, Gower BA. Exercise dose and diabetes risk in overweight and obese children: a randomized controlled trial. *JAMA* 2012;308(11):1103-12.
- ⇒ Censi L, D'Addesa D, Galeone D, Andreozzi S, Spinelli A (Ed.). Studio ZOOM8: l'alimentazione e l'attività fisica dei bambini della scuola primaria. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/42).
- ⇒ Hooper L, Abdelhamid A, Moore HJ, Douthwaite W, Skeaff CM, Summerbell CD. Effect of reducing total fat intake on body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ.* 2012;345:e7666.
- ⇒ Kral TV, Rauh EM. Eating behaviors of children in the context of their family environment. *Physiol Behav.* 2010;100(5):567-73.

Interventi e linee guida per l'azione

- ⇒ Valerio G, Cunti A, Sabatano F, Pasolini O, Iannone L. Guida alla attività fisica per la salute per i docenti della scuola primaria. 2012; disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/obesita/pdf/guida%20attivita%27%20fisica%20per%20la%20salute.pdf> (ultima consultazione maggio 2017)
- ⇒ Martin A, Saunders DH, Shenkin SD, Sproule J. Lifestyle intervention for improving school achievement in overweight or obese children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Mar 14;3:CD009728.
- ⇒ Kovács E, Siani A, Konstabel K, Hadjigeorgiou C, de Bourdeaudhuij I, Eiben G, Lissner L, Gwozdz W, Reisch L, Pala V, Moreno LA, Pigeot I, Pohlmann H, Ahrens W, Molnár D; IDEFICS consortium. Adherence to the obesity-related lifestyle intervention targets in the IDEFICS study. *Int J Obes (Lond).* 2014;38 Suppl 2:S144-51.

- ⇒ Guerra PH, Nobre MR, da Silveira JA, Taddei JA. School-based physical activity and nutritional education interventions on body mass index: a meta-analysis of randomised community trials - project PANE. *Prev Med.* 2014;61:81-9.
- ⇒ Dobbins M, Husson H, DeCorby K, LaRocca RL. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013.
- ⇒ Fairclough SJ, Hackett AF, Davies IG, Gobbi R, Mackintosh KA, Warburton GL, Stratton G, van Sluijs EM, Boddy LM. Promoting healthy weight in primary school children through physical activity and nutrition education: a pragmatic evaluation of the CHANGE! randomised intervention study. *BMC Public Health.* 2013;13:626.
- ⇒ Moss A, Smith S, Null D, Long Roth S, Tragoudas U. Farm to School and Nutrition Education: Positively Affecting Elementary School-Aged Children's Nutrition Knowledge and Consumption Behavior. *Child Obes.* 2013;9(1):51-6.
- ⇒ Silveira JA, Taddei JA, Guerra PH, Nobre MR. The effect of participation in school-based nutrition education interventions on body mass index: a meta-analysis of randomized controlled community trials. *Prev Med.* 2013;56(3-4):237-43.
- ⇒ Wright K, Giger JN, Norris K, Suro Z. Impact of a nurse-directed, coordinated school health program to enhance physical activity behaviors and reduce body mass index among minority children: a parallel-group, randomized control trial. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(6):727-37.
- ⇒ Mostafavi R, Ziaee V, Akbari H, Haji-Hosseini S. The Effects of SPARK Physical Education Program on Fundamental Motor Skills in 4-6 Year-Old Children. *Iran J Pediatr.* 2013;23(2):216-9.
- ⇒ Breslin G, Brennan D, Rafferty R, Gallagher AM, Hanna D. The effect of a healthy lifestyle programme on 8-9 year olds from social disadvantage. *Arch Dis Child.* 2012;97(7):618-24.
- ⇒ van Grieken A, Ezendam NP, Paulis WD, van der Wouden JC, Raat H. Primary prevention of overweight in children and adolescents: a meta-analysis of the effectiveness of interventions aiming to decrease sedentary behaviour. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2012 28;9:61.
- ⇒ Brandstetter S, Klenk J, Berg S, Galm C, Fritz M, Peter R, Prokopchuk D, Steiner RP, Wartha O, Steinacker J, Wabitsch M. Overweight prevention implemented by primary school teachers: a randomised controlled trial. *Obes Facts.* 2012;5(1):1-11.
- ⇒ Hendrie GA, Brindal E, Corsini N, Gardner C, Baird D, Golley RK. Combined home and school obesity prevention interventions for children: what behavior change strategies and intervention characteristics are associated with effectiveness? *Health Educ Behav.* 2012;39(2):159-71.
- ⇒ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). School health guidelines to promote healthy eating and physical activity. *MMWR Recomm Rep.* 2011;60(RR-5):1-76.
- ⇒ Plachta-Danielzik S, Landsberg B, Lange D, Langn se K, M ller MJ. [15 years of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). Results and its importance for obesity prevention in children and adolescents]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2011;54(3):304-12.
- ⇒ Van Cauwenberghe E, Maes L, Spittaels H, van Lenthe FJ, Brug J, Oppert JM, De Bourdeaudhuij I. Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: systematic review of published and 'grey' literature. *Br J Nutr.* 2010;103(6):781-97.
- ⇒ Taylor RW, McAuley KA, Barbezat W, Strong A, Williams SM, Mann JI. APPLE Project: 2-y findings of a community-based obesity prevention program in primary school age children. *Am J Clin Nutr.* 2007;86(3):735-42.

Incidenti domestici:

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

Consumo del sale iodato:

- ⇒ Campanozzi A, Avallone S, Barbato A, Iacone R, Russo O, De Filippo G, D'Angelo G, Pensabene L, Malamisura B, Cecere G, Micillo M, Francavilla R, Tetro A, Lombardi G, Tonelli L, Castellucci G, Ferraro L, Di Biase R, Lezo A, Salvatore S, Paoletti S, Siani A, Galeone D, Strazzullo P; MINISAL-GIRCSI Program Study Group. High sodium and low potassium intake among Italian children: relationship with age, body mass and blood pressure. *PLoS One* 2015;10(4)
- ⇒ Patel D, Cogswell ME, John K, Creel S, Ayala C. Knowledge, Attitudes, and Behaviors Related to Sodium Intake and Reduction Among Adult Consumers in the United States. *Am J Health Promot* 2015
- ⇒ He FJ, Wu Y, Feng XX, Ma J, Ma Y, Wang H, Zhang J, Yuan J, Lin CP, Nowson C, MacGregor GA. School based education programme to reduce salt intake in children and their families (School-EduSalt): cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2015;350:h770
- ⇒ Girardet JP, Rieu D, Bocquet A, Bresson JL, Briend A, Chouraqui JP, Darmaun D, Dupont C, Frelut ML, Hankard R, Goulet O, Simeoni U, Turck D, Vidailhet M; Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. [Salt intake in children]. *Arch Pediatr* 2014;21(5):521-8.
- ⇒ Cappuccio F, Capewell S, Lincoln P, et al. Policy options to reduce population salt intake. *BMJ* 2011;343:1-8
- ⇒ World Health Organization. Reducing salt intake in populations. In: WHO Forum and Technical Meeting, Paris, 5-7 October 2006. Geneva: World Health Organization; 2007

Allattamento:

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

- ⇒ Moss BG, Yeaton WH. Early childhood healthy and obese weight status: potentially protective benefits of breastfeeding and delaying solid foods. *Matern Child Health J* 2014;18(5):1224-32

Taglio cesareo:

- ⇒ Blustein J, Liu J. Time to consider the risks of caesarean delivery for long term child health. *BMJ* 2015;350
- ⇒ Carrillo-Larco RM, Miranda JJ, Bernabé-Ortiz A. Delivery by caesarean section and risk of childhood obesity: analysis of a Peruvian prospective cohort. *PeerJ* 2015;3:e1046
- ⇒ Pei Z, Heinrich J, Fuertes E, Flexeder C, Hoffmann B, Lehmann I, Schaaf B, von Berg A, Koletzko S; Influences of Lifestyle-Related Factors on the Immune System and the Development of Allergies in Childhood plus Air Pollution and Genetics (LI-SAplus) Study Group. Caesarean delivery and risk of childhood obesity. *J Pediatr* 2014;164(5):1068-1073
- ⇒ Salehi-Abargouei A, Shiranian A, Ehsani S, Surkan PJ, Esmailzadeh A. Caesarean delivery is associated with childhood general obesity but not abdominal obesity in Iranian elementary school children. *Acta Paediatr.* 2014;103(9):e383-7
- ⇒ Li HT, Zhou YB, Liu JM. The impact of cesarean section on offspring overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Int J Obes (Lond)* 2013;37(7):893-9
- ⇒ Flemming K, Woolcott CG, Allen AC, Veugelers PJ, Kuhle S. The association between caesarean section and childhood obesity revisited: a cohort study. *Arch Dis Child* 2013;98(7):526-32
- ⇒ Goldani MZ, Barbieri MA, da Silva AA, Gutierrez MR, Bettiol H, Goldani HA. Cesarean section and increased body mass index in school children: two cohort studies from distinct socioeconomic background areas in Brazil. *Nutr J.* 2013;12:104

Status socio-econimico:

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



Finito di stampare nel mese di dicembre 2017
nello stabilimento tipografico di BIBLOS srl
via delle Pezze, 23 - Cittadella (Pd), Italia

