



OKkio alla SALUTE

Risultati dell'indagine 2023

AULSS 3 SERENISSIMA



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

A cura di:

Annamaria Del Sole, Marianna Elia, Stefania Rebuffi, Gabriel Petre, Elena Calore, Chiara Scapin.

Hanno contribuito alla realizzazione della raccolta dati 2023

- il gruppo di coordinamento nazionale:

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

- il comitato tecnico della sorveglianza:

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

- a livello regionale:

Regione del Veneto - Federica Michieletto, Erica Bino, Marta Orlando.
Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto – Carolina Carbone.

- a livello aziendale:

Marianna Elia, Stefania Rebuffi, Sabrina Scelfo.

Referenti e operatori

AULSS 3 SERENISSIMA

Ilaria Pistellato (referente), Marianna Elia, Stefania Rebuffi, Sabrina Scelfo.

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

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

Copia del volume può essere richiesta a:

UOC Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Indirizzo e-mail: sian.dietisti@aulss3.veneto.it

<https://www.regione.veneto.it/web/sanita/okkio-alla-salute>

Sito internet di riferimento per lo studio:

www.epicentro.iss.it/okkioallasalute

■ ■ ■ **Indice**

Indice	4
Prefazione.....	5
Introduzione	6
Metodologia	7
Descrizione della popolazione	9
Lo stato ponderale.....	12
Le abitudini alimentari.....	18
L'attività fisica.....	24
Le attività sedentarie	30
La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini	33
L'ambiente scolastico e il suo ruolo nella promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica	37
Conclusioni generali	50
Bibliografia essenziale	53

Prefazione

Il sistema di sorveglianza OKkio alla Salute, permette di delineare un quadro sui comportamenti e stili di vita nella popolazione delle scuole primarie, utili a orientare decisioni per la realizzazione di iniziative volte al miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini di questa fascia d'età.

E' noto che adottare stili di vita sani fin da piccoli, sia di fondamentale importanza per garantire uno buono stato di salute e per prevenire molte malattie croniche.

La salute si costruisce insieme e la promozione di una sana e corretta alimentazione unita ad un'adeguata attività motoria non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma richiede il coinvolgimento di tutti gli ambiti della società che possono influire sui determinanti della salute.

L'impulso dato dal Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, declinato nel Piano di Prevenzione Aziendale, rafforza la volontà di collaborare tra istituzioni per creare ambienti che favoriscano la scelta di comportamenti salutari e di favorire il benessere nelle nuove generazioni.

In questo report vengono presentati i risultati dell'indagine OKkio alla Salute condotta nell'anno 2023 nelle scuole ubicate nell'ULSS 3 Serenissima (29 classi e 485 bambini delle classi terze della scuola primaria del nostro territorio).

L'auspicio, pertanto, è che si possa continuare a mettere in atto azioni efficaci fin dall'infanzia per guadagnare salute, grazie al continuo lavoro di squadra dei servizi SIAN, SISP, Servizio di Promozione della Salute del Dipartimento di Prevenzione in rete con altri Servizi di questa Azienda ULSS ed Enti/Istituzioni.

Dr. Vittorio Selle
Direttore del Dipartimento di Prevenzione



Introduzione

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

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

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

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

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

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

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

■ ■ ■ Metodologia

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

■ ■ ■ Popolazione in studio e setting di rilevazione

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

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

■ ■ ■ Modalità di campionamento

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

La numerosità campionaria è stata individuata per ogni regione, AULSS 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 AULSS.

■ ■ ■ Strumenti e procedure di raccolta dati

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

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

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

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

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

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

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

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

Analisi dei dati

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

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

Descrizione della popolazione

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

Nella nostra AULSS hanno partecipato all'indagine il 100% delle scuole e il 100% delle classi sui 27 plessi scolastici e sulle 29 classi rispettivamente campionate.

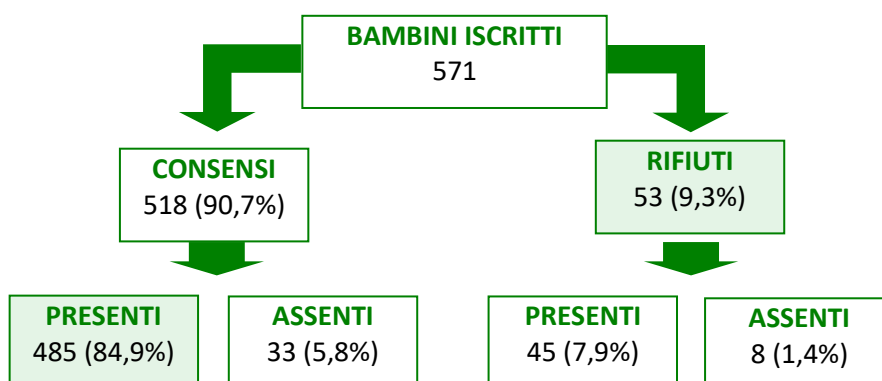
Distribuzione delle classi per tipologia di comune di appartenenza (N= 29 classi)

ZONA ABITATIVA	N	%
≤ 10.000 abitanti	0	0
Da 10.000 a più di 50.000 abitanti	0	0
> 50.000 abitanti (non metropolitana)	0	0
Comuni di area metropolitana (centro e periferia)	29	100

Partecipazione dei bambini e delle famiglie allo studio

La percentuale di bambini/famiglie che ha partecipato all'indagine è un importante indicatore di processo. Una percentuale alta, oltre a garantire la rappresentatività del campione, sottolinea l'efficacia delle fasi preparatorie dell'indagine. Una risposta bassa a causa non solo di un alto numero di rifiuti ma anche di assenti, superiore al 5-10% (percentuale di assenti attesa in una normale giornata di scuola), potrebbe far sospettare una scelta delle famiglie dettata per esempio dalla necessità di "proteggere" i bambini in eccesso ponderale. In questo caso, il campione di bambini delle classi selezionate potrebbe non essere sufficientemente rappresentativo dell'insieme di tutte le classi della AULSS, 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 9,3% dei genitori ha rifiutato la misurazione dei propri figli. Questo dato sottolinea una buona gestione della comunicazione tra AULSS, scuola e genitori.
- Nella giornata della misurazione erano assenti 41 bambini pari al 7,2% del totale di quelli iscritti. La bassa percentuale di assenti tra i consensi rassicura, al pari del favorevole dato sui rifiuti, sull'attiva partecipazione dei bambini e dei genitori.
- I bambini ai quali è stato possibile somministrare il questionario e di cui sono stati rilevati peso e statura, sono stati quindi 485 ovvero l'84,9% degli iscritti negli elenchi delle classi. L'alta percentuale di partecipazione assicura una rappresentatività del campione soddisfacente.
- Hanno risposto al questionario dei genitori 506 delle famiglie dei 571 bambini iscritti (88,6%).

Nella Regione Veneto solo l'8% dei genitori ha rifiutato la misurazione dei propri figli, valore simile a quello nazionale (9%), e nella giornata della misurazione solo il 6% dei bambini iscritti era assente. I bambini ai quali è stato possibile somministrare il questionario e di cui sono stati rilevati peso e statura sono stati l'87% dei bambini iscritti negli elenchi delle classi e l'87% delle famiglie dei bambini iscritti ha risposto al questionario dei genitori.

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

ETÀ	N	%	SESSO	N	%
<7 anni	1	0,2	Maschi	234	49,2
8 anni	308	64,6	Femmine	242	50,8
9 anni	168	35,2			
≥ 10	0	0			

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

Genitori partecipanti: chi sono e cosa fanno?

La scolarità dei genitori, usata come indicatore socioeconomico della famiglia, è associata in molti studi allo stato di salute del bambino. Il questionario è stato compilato più spesso dalla madre del bambino (82%), meno frequentemente dal padre (17,4%) o da altra persona (0,6%). 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.

Anche a livello regionale il questionario è stato compilato più spesso dalle madri (84%), meno frequentemente dal padre (15%) o da un'altra persona (1%).

- Le madri che hanno un titolo di scuola superiore sono il 42,7% e la laurea il 39,8%.
- I padri che hanno un titolo di scuola superiore sono il 47% e la laurea il 30,6%.
- Il 17,6% delle madri e il 23,8% dei padri sono di nazionalità straniera.
- Il 39,5% delle madri lavora a tempo pieno.

Anche livello regionale la maggior parte delle madri ha un titolo di scuola superiore (48%) o laurea (33%). I padri che hanno un titolo di scuola superiore sono il 48% e la laurea il 24%. Il 22% delle madri e il 27% dei padri sono di nazionalità straniera. Il 40% delle madri lavora a tempo pieno.

Con il reddito a disposizione della famiglia, il 25,4% dei rispondenti dichiara di arrivare a fine mese con qualche difficoltà e l'8,5% dichiara di arrivarci con molte difficoltà.

Livello di istruzione, occupazione e nazionalità della madre e del padre

CARATTERISTICHE	MADRE		PADRE	
	N	%	N	%
Grado di istruzione				
Nessuna, elementare, media	86	17,5	108	22,5
Diploma superiore	210	42,7	226	47
Laurea	196	39,8	147	30,6
Nazionalità				
Italiana	404	82,4	380	76,2
Straniera	86	17,6	119	23,8
Lavoro*				
Tempo pieno	161	39,5	-	-
Part time	155	38	-	-
Nessuno	92	22,5	-	-

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

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

Tipologia di famiglia (%)

TIPOLOGIA DI FAMIGLIA	%
Madre e padre (no altri adulti)	68,8
Solo madre	9,7
Solo padre	2,2
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	1,8
Altra sistemazione	4,2
Totale	100

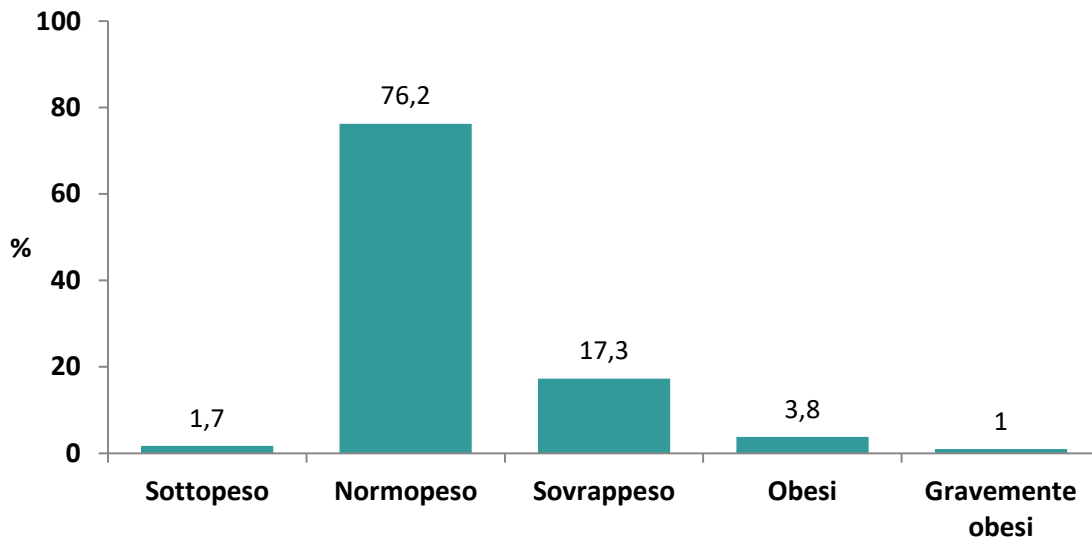
Lo stato ponderale

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

Quanti sono i bambini in sovrappeso o obesi?

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

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



- Tra i bambini della nostra AULSS l'1% (IC95% 0,4%-2,7%) risulta in condizioni di obesità grave, il 3,8% risulta obeso (IC95% 2,3%-6,3%), il 17,3% sovrappeso (IC95% 14,1%-21%), il 76,2% normopeso (IC95% 72,1%-79,9%) e lo 1,7% sottopeso (IC95% 0,9%-3,1%).
- Complessivamente il 22,1% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità.

A livello regionale l'1,4% (IC95% 1,1%-1,9%) risulta in condizioni di obesità grave, il 5,5% risulta obeso (IC95% 4,7%-6,4%), il 17,3% sovrappeso (IC95% 15,8%-19,0%), il 74,4% normopeso (IC95% 72,7%-76,1%) e l'1,3% sottopeso (IC95% 0,9%-1,7%). Complessivamente il 24,2% dei bambini risulta in eccesso ponderale.

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

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

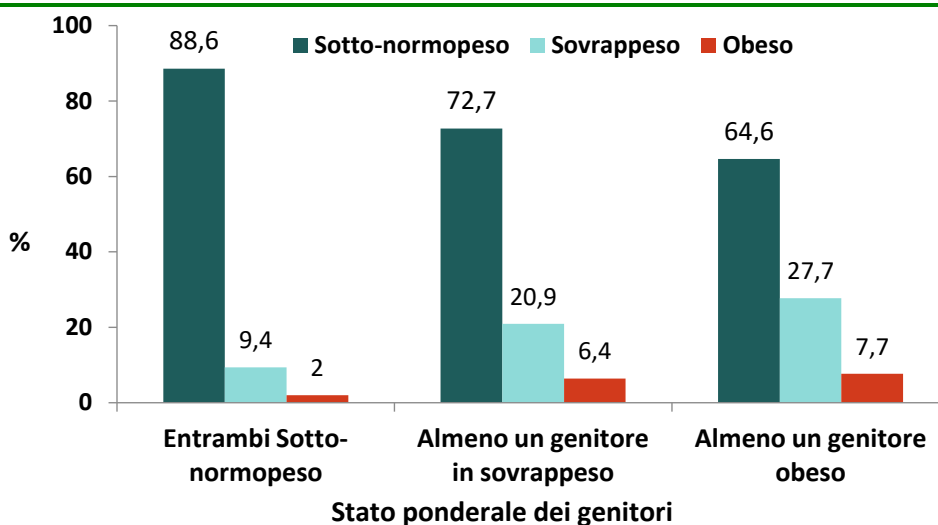
Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni per caratteristiche demografiche del bambino e della madre (%)

CARATTERISTICHE	NORMO/SOTTOPESO	SOVRAPPESO
Età		
8 anni	77,2	18,6
9 anni	79,2	14,9
Sesso		
Maschi	77,4	18,8
Femmine	78,4	15,8
Zona abitativa		
<10.000 abitanti	0	0
10.000-50.000	0	0
>50.000	0	0
metropolitana/perimetropolitana	77,9	22,1
Istruzione della madre		
Nessuna, elementare, media	72,5	17,5
Superiore	74,6	20,7
Laurea	82	14,8

- Nella AULSS, le prevalenze di obesità e di sovrappeso sono simili tra i bambini di 8 e 9 anni: 77,2% bambini sovrappeso a 8 anni, 79,2% a 9 anni; 4,2% bambini obesi a 8 anni, 5,9% bambini obesi a 9 anni. Similmente tra maschi e femmine: 18,8% maschi sovrappeso, 15,8% femmine sovrappeso; 3,8% maschi obesi, 5,8% femmine obese.
- Il rischio di obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre, da 10% per titolo di scuola elementare o media, a 4,7% per diploma di scuola superiore, a 3,3% per la laurea.

Anche a livello regionale le prevalenze sono simili tra i bambini di 8 e 9 anni e tra maschi e femmine e il rischio di obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre, da 12,5% per titolo di scuola elementare o media, a 7% per diploma di scuola superiore, a 3,4% per la laurea.

Stato ponderale dei bambini rispetto a quello dei genitori.



- Dai dati autoriferiti dai genitori emerge che, nella nostra AULSS, il 20,7% delle madri è in sovrappeso e il 6,2% è obesa; i padri, invece, sono nel 47,3% sovrappeso e 10,4% obesi.
- Quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso il 20,9% dei bambini risulta in sovrappeso e il 6,4% obeso. Quando almeno un genitore è obeso il 27,7% dei bambini è in sovrappeso e il 7,7% obeso.

Dai dati riferiti dai genitori nella Regione Veneto emerge che il 23% delle madri è in sovrappeso e il 7% è obesa, il 45% dei padri è in sovrappeso e 11% obeso. Quando almeno uno dei genitori è in sovrappeso, il 19% dei bambini risulta sovrappeso e il 7% obeso, quando almeno un genitore è obeso il 24,9% dei bambini è in sovrappeso e il 13,7% obeso.

Nei giorni di scuola quante ore dormono i bambini?

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

Ore di sonno dei bambini

ORE E MINUTI	%
< 9 ORE	7,8
9 ore – 9 ore e 29 minuti	26,6
9 ore e 30 minuti – 9 ore e 59 minuti	40,2
≥10 ore	25,4

Il 7,8% dei bambini dorme meno di 9 ore.

Nella Regione Veneto il 10% dei bambini dorme meno di 9 ore, mentre a livello nazionale il dato è stato pari al 13%.

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

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

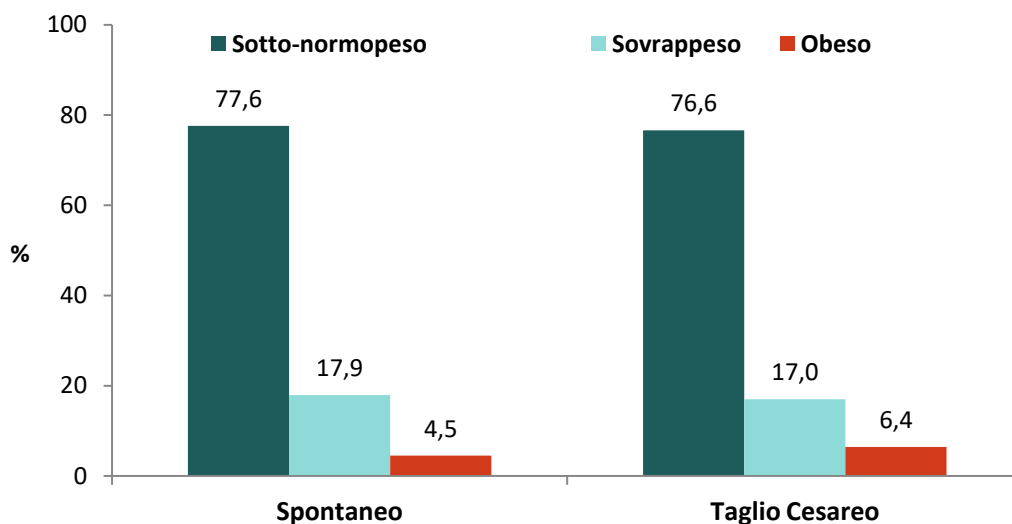
CARATTERISTICA ALLA NASCITA	MODALITÀ	VALORE AZIENDALE 2023
Tipo di parto	Taglio Cesareo	31,3%
Settimana gestazionale	<37	5,8%
	<33	1,5%
Peso alla nascita (in grammi)	< 2500	5,7%
	2500-3300	41,5%
	3300-4000	45,7%
	≥4000	7,0%
Allattamento al seno	Mai/<1 mese	22,1%
	1-6 mesi	27,4%
	>6 mesi	50,4%

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

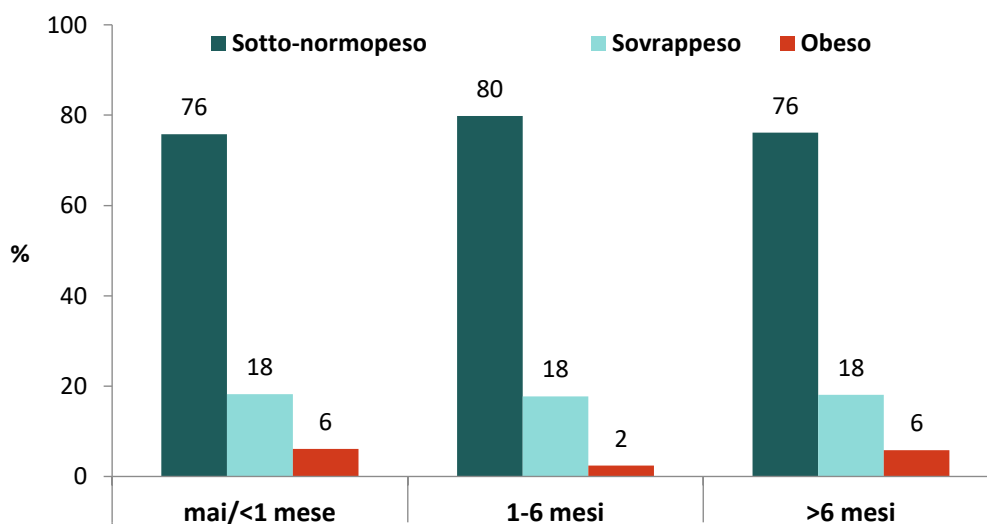
A livello regionale il 25,8% dei bambini è nato con parto cesareo; il 5,7% è nato prima della 37esima settimana gestazionale e l'1,3% prima della 33esima; il 7,2% aveva un peso alla nascita inferiore a 2,5 Kg, il 42,1% tra 2,5 e 3,3 Kg, il 41,1% tra 3,3 e 4 Kg e il 9,5% uguale o superiore a 4 Kg; il 21,2% dei bambini è stato allattato al seno mai o meno di un mese, il 24% 1-6 mesi e il 54,7% più di 6 mesi.

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

Stato ponderale dei bambini per tipologia del parto



Stato ponderale dei bambini per durata allattamento al seno



Inoltre, tra i bambini con peso alla nascita inferiore ai 2500 gr il 19,2% è risultato sovrappeso e il 7,7% obeso mentre tra i bambini con peso alla nascita \geq 4000 gr, i valori sono risultati rispettivamente 28,1% e 3,1%. Tra i bambini nati a \leq 37 settimane le percentuali di sovrappeso e obesi sono risultate maggiori rispetto ai bambini nati dopo questo periodo, con l'eccezione dei bambini altamente prematuri (nati a $<$ 33 settimane) che sono risultati tutti sottopeso o normopeso.

Conclusioni

I risultati del presente rapporto accrescono ulteriormente la reale e giustificata preoccupazione sul futuro stato di salute della nostra popolazione.

È ampiamente confermato dalla letteratura scientifica come il sovrappeso, e in misura sensibilmente maggiore l'obesità, già presenti in età pediatrica e adolescenziale, persistano in età adulta e che il peso alla nascita, il tipo di parto e l'allattamento al seno possano risultare fattori predittivi del futuro stato ponderale del bambino. I dati, infatti, mostrano che il parto cesareo è correlato a stati ponderali più elevati mentre un allattamento al seno di durata superiore a 6 mesi sarebbe correlato con un mantenimento del peso nei range di normalità. Anche le ore di sonno trovano una correlazione direttamente proporzionale all'eccesso ponderale, dormire meno di 9 ore al giorno favorirebbe un incremento di peso.

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

Nella Regione Veneto l'eccesso di peso nella popolazione infantile rimane un problema concreto. Risulta fondamentale continuare a monitorare il fenomeno per coglierne i cambiamenti e per porre in campo interventi di popolazione mirati ed efficaci. Per questo già da tempo la Regione del Veneto modula la propria programmazione sanitaria regionale sulla base dei risultati ottenuti dalle sorveglianze regionali. In particolare, la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria ha da sempre posto grande attenzione nel promuovere azioni concrete per la salute dei bambini e delle loro famiglie lungo l'intero percorso nascita. Il Programma regionale del Piano Regionale Prevenzione 2020-2025 "Sistema integrato per la salute della famiglia nei primi 1000 giorni di vita" dà continuità alle preesistenti progettualità relative all'area materno Infantile (Ospedale Amico dei bambini, Genitori Più e Mamme Più) volte alla promozione e al sostegno dei principali determinanti di salute che, come si è visto dai dati della presente sorveglianza, sono risultati correlati al peso delle persone: tra questi l'allattamento, l'astensione da bevande alcoliche e dal fumo di tabacco durante la gravidanza e l'allattamento, una dieta equilibrata e una regolare ed appropriata attività motoria in gravidanza e nel bambino. Si ricorda anche il laboratorio regionale esperienziale Mitosi, ospitato presso l'Ospedale SS Giovanni e Paola di Venezia, che organizza sia in presenza che online dei percorsi per le mamme in gravidanza sui principali fattori di rischio per le malattie croniche non trasmissibili.

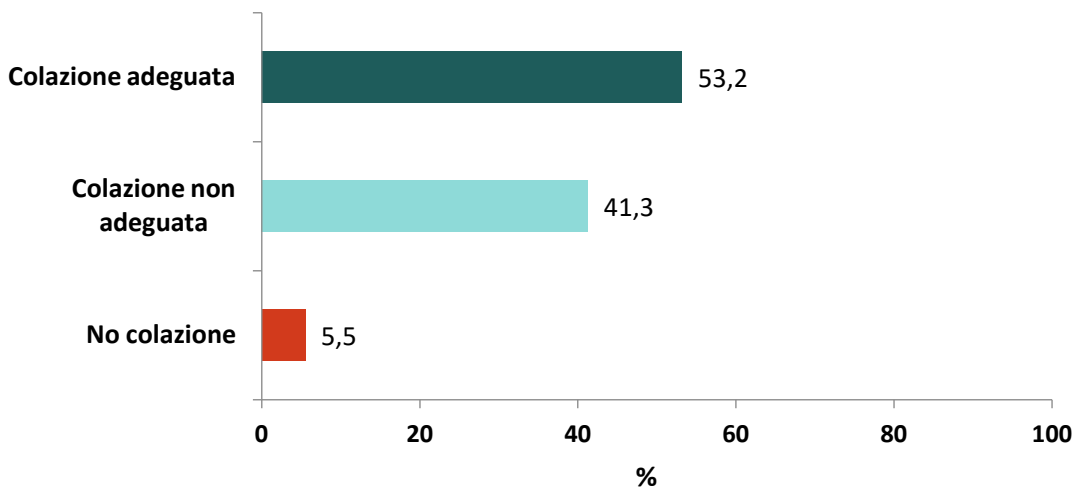
Le abitudini alimentari

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

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

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

Adeguatezza della colazione consumata dai bambini (%)



- Da quanto riportato dai bambini sulla colazione effettuata il giorno della rilevazione, nella nostra AULSS solo il 53,2% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata.
- Il 5,5% non fa colazione e il 41,3% non la fa qualitativamente adeguata.
- La prevalenza del non fare colazione è più alta nei bambini di madri con titolo di studio di scuola elementare, media o superiore rispetto a quelli di madri laureate.

A livello regionale, da quanto riportato dai bambini sulla colazione effettuata il giorno della rilevazione, solo il 53% fa una colazione qualitativamente adeguata, il 7% non fa colazione e il 40% la fa non qualitativamente adeguata. La prevalenza del non fare colazione è più alta nei bambini di madri con titolo di studio più basso (elementare o media) con differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$).

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

Frequenza della colazione in una settimana tipica (%)

FREQUENZA	%
Ogni giorno	75,3
Quasi tutti i giorni della settimana (4-6 giorni)	11,3
Qualche giorno a settimana (1-3 giorni)	10,0
Mai	3,4

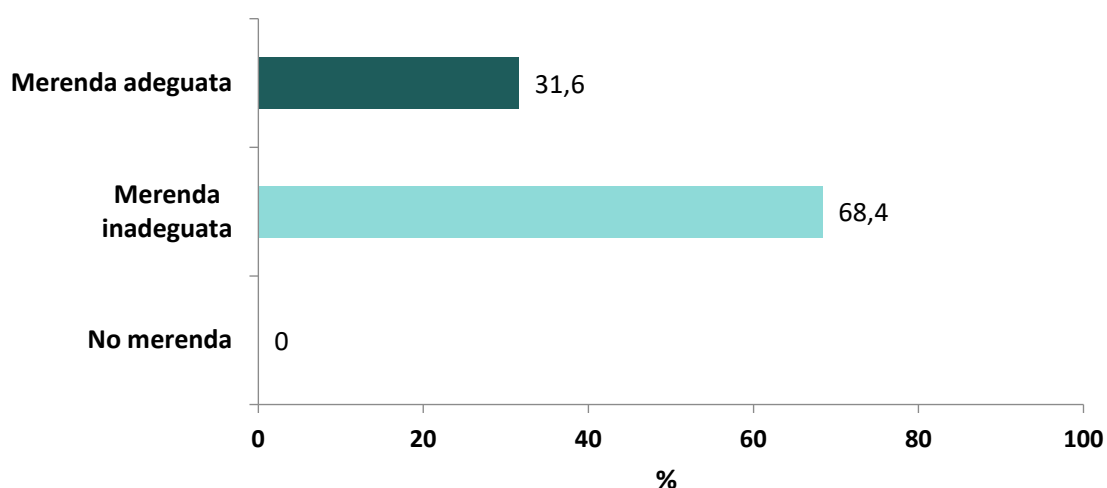
A livello regionale il 74,5% fa colazione ogni giorno, il 10,2% 4-6 giorni a settimana, l'11,9% 1-3 giorni e il 3,4% non la fa mai.

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

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

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

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



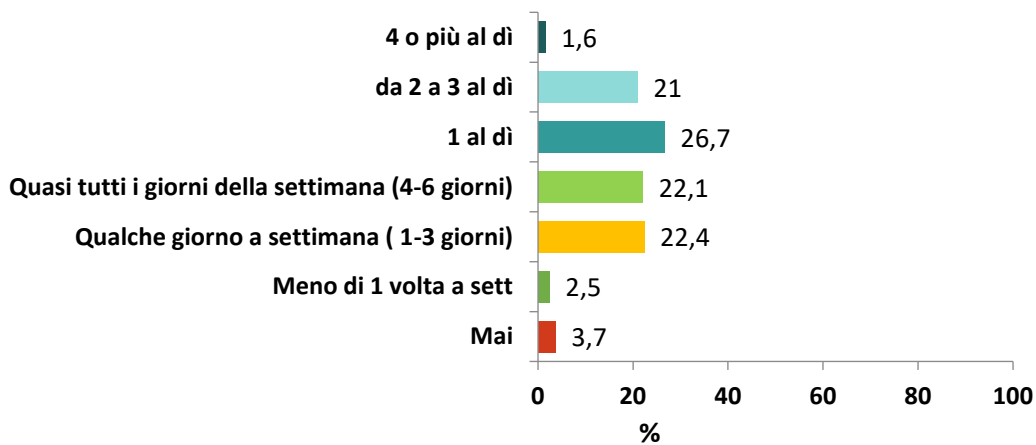
- Nel 28,6% delle classi è stata distribuita una merenda di metà mattina.
- Solo il 31,6% dei bambini consuma una merenda adeguata di metà mattina.
- La maggior parte dei bambini (68,4%) la fa inadeguata.
- Sono emerse differenze per sesso del bambino: non adeguata per il 70,9% dei maschi vs 66,1% delle femmine.
- Sono emerse differenze per livello di istruzione della madre: non adeguata per il 57,1% nei bambini di madri con titolo di studio di scuola elementare o media, 72,9% con diploma di scuola superiore, 66,9% con laurea.

A livello regionale solo il 33% dei bambini consuma una merenda di metà mattina adeguata, il 66% la fa inadeguata e l'1% non la fa per niente. Non sono emerse differenze per sesso del bambino e per livello di istruzione della madre.

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

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

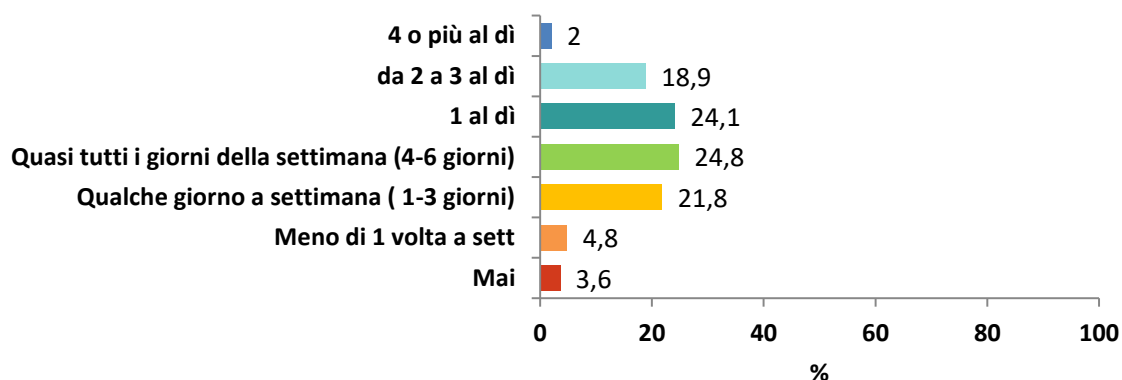
Consumo di frutta nell'arco della settimana (%)



- Nella nostra AULSS, i genitori riferiscono che solo il 21% dei bambini consuma la frutta 2-3 volte al giorno e il 26,7% una sola volta al giorno.
- Il 6,2% dei bambini mangia frutta meno di una volta a settimana o mai.
- Sono emerse delle differenze per sesso del bambino: il 48% dei maschi vs il 51,2% delle femmine consuma frutta più di una volta al giorno.
- La prevalenza di bambini che consumano frutta almeno una volta al giorno aumenta con la scolarità della madre.

Nella Regione Veneto i genitori riferiscono che solo il 16% dei bambini consuma frutta 2-3 volte al giorno, il 24% una sola volta al giorno, l' 8% meno di una volta a settimana o mai. Non sono emerse differenze significative per sesso del bambino, mentre il consumo di frutta aumenta all'aumentare del livello di istruzione della madre.

Consumo di verdura nell'arco della settimana (%)



- Nella nostra AULSS, i genitori riferiscono che il 18,9% dei bambini consuma verdura 2-3 al giorno; il 24,1% una sola volta al giorno.
- L'8,4% dei bambini consuma verdura meno di una volta a settimana o mai.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino.
- La prevalenza di bambini che consumano verdura almeno una volta al giorno aumenta con la scolarità della madre.
- Il 52,5% dei bambini consuma almeno due volte al giorno frutta e/o verdura.

A livello regionale, i genitori riferiscono che solo il 17% dei bambini consuma verdura 2-3 volte al giorno, il 20% una sola volta al giorno, il 10% meno di una volta a settimana o mai.

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

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

FREQUENZA DI CONSUMO	SUCCHI DI FRUTTA 100% FRUTTA	BIBITE CONF. CONTENENTI ZUCCHERO (tè, aranciata, cola, succhi di frutta, ecc.)	BIBITE CONF. A RIDOTTO CONTENUTO DI ZUCCHERO (cola light/zero, ecc.)	LEGUMI	SNACK SALATI (patatine, pop corn, noccioline, ecc.)	SNACK DOLCI (merendine, biscotti, caramelle, torte, ecc.)
Mai	21,9%	20,2%	72,4%	17,5%	8,1%	1,1%
meno di una volta a settimana	29,9%	38,9%	18,9%	31,3%	39,8%	7,6%
qualche giorno (1-3 giorni)	26,9%	27%	7,1%	46,9%	40,2%	30,0%
quasi tutti i giorni (4-6 giorni)	13%	7,5%	1,1%	3,5%	8,7%	36,7%
una volta al giorno tutti i giorni	7,1%	3,4%	0%	0,2%	1,8%	17,9%
più volte al giorno tutti i giorni	1,1%	3,0%	0,5%	0,7%	1,4%	6,7%

- Nella nostra AULSS il 7,5% dei bambini assume bevande zuccherate confezionate contenenti zucchero quasi tutti i giorni.
- Il 48,8% dei bambini non consuma mai legumi o meno di una volta a settimana.
- Il consumo di snack salati e dolci “più volte al giorno, tutti i giorni” è rispettivamente del 1,4% e del 6,7%.
- Si evidenziano differenze di genere, in particolare nel consumo di bibite confezionate contenenti zucchero (minor consumo nelle femmine) e di snack salati (meno di una volta al giorno nel 35,7% dei maschi vs nel 43,3% delle femmine).
- La prevalenza di consumo di bibite confezionate contenenti zucchero una volta al giorno tutti i giorni diminuisce con il crescere della scolarità della madre.
- Si evince una correlazione positiva anche tra scolarità della madre e consumo di legumi.
- La prevalenza di consumo di snack salati meno di una volta al giorno aumenta con il crescere della scolarità della madre.

Nella Regione Veneto il 2% dei bambini assume bevande zuccherate confezionate contenenti zucchero quasi tutti i giorni; il 48% non consuma mai legumi o meno di una volta a settimana, l'1% e il 6% consuma più volte al giorno tutti i giorni rispettivamente snack salati e dolci. Mentre non vi sono differenze significative fra maschi e femmine per le diverse categorie di alimenti, la prevalenza di consumo di bibite confezionate contenenti zucchero una volta al giorno tutti i giorni diminuisce con il crescere della scolarità della madre.

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

L'abitudine di lavarsi i denti è essenziale per la prevenzione della carie dentale e dell'igiene del cavo orale. L'89,9% dei bambini della nostra AULSS ha dichiarato di essersi lavato i denti la sera precedente l'indagine. Nella nostra AULSS i genitori hanno riportato che il 22,8% dei bambini lava i denti non più di una volta al giorno.

A livello regionale l'88% dei bambini ha dichiarato di essersi lavato i denti la sera precedente l'indagine, a livello nazionale l'84%. Nella Regione Veneto i genitori hanno riportato che il 12% dei bambini lava i denti non più di una volta al giorno, a livello nazionale il 30%.

■ ■ ■ **I cambiamenti salutarì adottati in famiglia**

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

Nella nostra AULSS i comportamenti salutarì più frequentemente adottati sono risultati: ridurre il sale durante la preparazione del pasto (42%), non aggiungere sale a tavola (28,8%), limitare il consumo di snack salati (46,2%), leggere con maggiore attenzione le etichette nutrizionali (32,9%), ridurre il consumo di alimenti già pronti o in scatola (54%), aumentare il consumo di verdura e ortaggi (71,2%), acquistare pane poco salato (9,7%), inserire la frutta come spuntino (62,9%).

Alla domanda sulla frequenza di utilizzo del sale iodato, il 60,6% dei rispondenti dichiara di usarlo sempre.

Nella nostra regione i comportamenti salutarì più frequentemente adottati sono risultati l'inserimento della frutta come spuntino (60%), l'aumento del consumo di frutta e ortaggi (68%), la riduzione del consumo di cibi pronti o in scatola (54%). Il 64% dei rispondenti dichiara di usare sempre sale iodato.

■ ■ ■ Conclusioni

Nella nostra AULSS con la settima raccolta dei dati, emerge la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso. Questo rischio per i bambini può essere limitato grazie alla modifica delle abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie.

Nella Regione Veneto si conferma la presenza fra i bambini di abitudini alimentari predisponenti all'aumento di peso. Alla luce di questi dati è perciò fondamentale proseguire e rafforzare le strategie di promozione con il sostegno della scuola e delle famiglie. Da tempo la Regione del Veneto sta investendo nel promuovere, attraverso il Piano Regionale Prevenzione 2020-2025 politiche intersettoriali che pongono al centro il benessere dell'individuo. In particolare, nel programma "Scuole che promuovono salute", si è attivata la Rete regionale di scuole che si impegnano a diventare un luogo di vita in cui si promuove la scelta di comportamenti salutari: prestare particolare attenzione ai prodotti presenti nei distributori automatici, favorire il movimento negli alunni e nel personale docente e non docente, creare un contesto libero dal fumo anche nelle pertinenze esterne, sostenere il benessere psico-fisico di quanti vivono quotidianamente la scuola. Nel Documento delle pratiche raccomandate a scuola, che viene presentato ogni anno scolastico alle scuole del Veneto, sono presenti percorsi specifici che affrontano la tematica della nutrizione: Raccontiamo la Salute, Il Signor Iodio e il Signor Poco Sale, Amici per la pelle, Nutrivending, ecc. Questi interventi didattici sono strettamente correlati al momento della mensa scolastica, dove presente, quale occasione privilegiata per sviluppare strategie educative che si propongono di potenziare un corretto approccio nei confronti del cibo e dell'alimentazione, primo passo per migliorare le scelte alimentari del bambino e del suo contesto familiare. Si ricorda che la Ristorazione collettiva sociale ha un significato importante dal punto di vista della socializzazione, attraverso la presenza dei pari favorisce l'incontro e la condivisione di culture diverse. In Veneto è disponibile per le scuole che utilizzano il servizio mensa, il Portale regionale "Ricettario 2.0", volto a migliorare l'offerta del nutrizionale attraverso la possibilità di una produzione guidata di menù sani in formato elettronico, aderente alla normativa comunitaria, da sottoporre alla validazione da parte dei Servizi di Igiene Alimentazione e Nutrizione delle Aziende ULSS.

L'attività fisica

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

Quanti bambini sono fisicamente non attivi?

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

Bambini fisicamente non attivi# (%)

CARATTERISTICHE	NON ATTIVI
Sesso	
Maschi	12,4
Femmine	14,6
Zona abitativa	0
<10.000 abitanti	0
10.000-50.000	0
>50.000	0
metropolitana/perimetropolitana	13,5

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

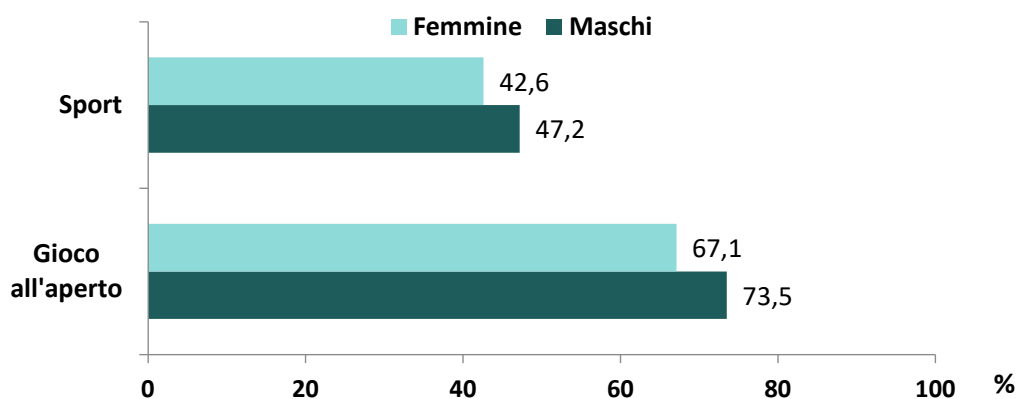
- Nel nostro studio il 13,5% dei bambini risulta non attivo il giorno antecedente all'indagine.
- Solo il 21,5% tuttavia ha partecipato ad un'attività motoria curricolare a scuola nel giorno precedente (questo può dipendere dal fatto che il giorno precedente poteva non essere quello in cui era prevista l'ora curricolare).
- Le femmine non attive (14,6%) sono in percentuale maggiore dei maschi (12,4%).

Nella Regione Veneto l'11,6% dei bambini risulta non attivo il giorno antecedente all'indagine. Solo il 26% ha partecipato ad un'attività motoria curricolare a scuola nel giorno precedente (questo può dipendere dal fatto che il giorno precedente poteva non essere quello in cui era prevista l'ora curricolare). Le femmine non attive (11,6%) sono in percentuale praticamente uguali ai maschi (11,7%). La percentuale maggiore di bambini non attivi vive in aree geografiche con 10.000-50.000 abitanti (14%).

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

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

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



- Il 70,3% del totale dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi giocano all'aperto più delle femmine.
- Il 45% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi fanno sport più delle femmine.

A livello regionale il 77% dei bambini ha giocato all'aperto e il 46% ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine; i maschi giocano all'aperto e fanno sport più delle femmine.

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

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

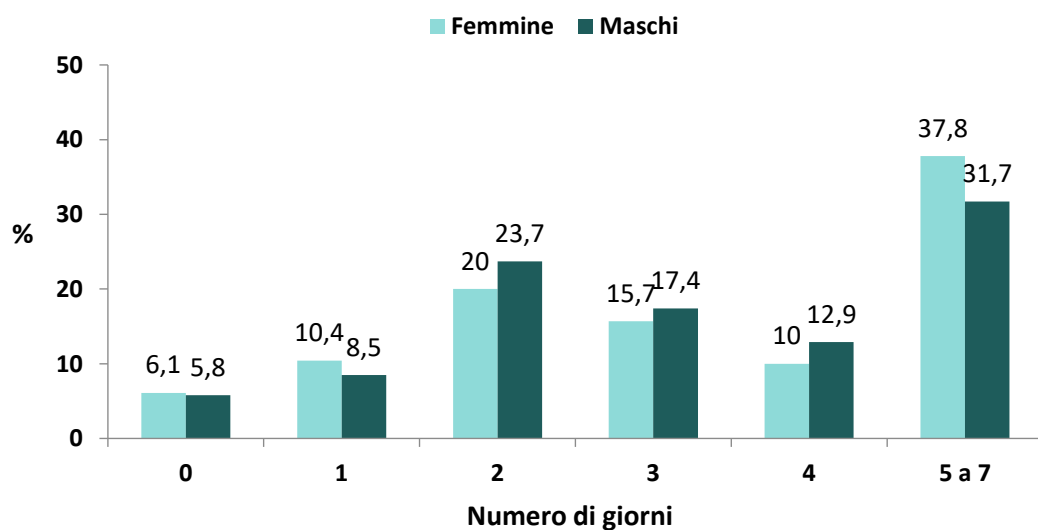
Giorni di attività sportiva strutturata per almeno un'ora durante la settimana (%)



- Secondo i genitori, nella nostra AULSS, circa 4 bambini su 10 (42,9%) fanno almeno un'ora di attività sportiva strutturata per 2 giorni la settimana, l'11,6% neanche un giorno e solo il 2% da 5 a 7 giorni.
- I maschi fanno attività sportiva strutturata più giorni delle femmine.

A livello regionale, stando a quanto riportato dai genitori, il 41% dei bambini fa almeno un'ora di attività sportiva strutturata per 2 giorni la settimana, il 17% neanche un giorno e solo il 3% da 5 a 7 giorni; i maschi fanno attività sportiva strutturata più giorni delle femmine; la zona di abitazione non è associata a una diversa frequenza di attività sportiva strutturata da parte dei bambini.

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



- Per quanto riguarda il tempo dedicato ai giochi di movimento, nella nostra AULSS, circa 2 bambini su 10 (21,9%) fanno almeno un'ora di attività per 2 giorni la settimana, il 5,6% neanche un giorno e solo il 34,6% da 5 a 7 giorni.
- Le femmine fanno giochi di movimento più giorni dei maschi.
- Il 13,5% dei bambini non ha svolto attività fisica o giochi di movimento il giorno precedente l'indagine.

Nella Regione Veneto per quanto riguarda il tempo dedicato ai giochi di movimento, il 20% dei bambini fa almeno un'ora di attività per 2 giorni la settimana, il 6% neanche un giorno e solo il 37% da 5 a 7 giorni; i maschi fanno giochi di movimento più giorni delle femmine; la zona di abitazione non è associata a una diversa frequenza di giochi di movimento da parte dei bambini; il 12% dei bambini non ha svolto attività fisica o giochi di movimento il giorno precedente l'indagine.

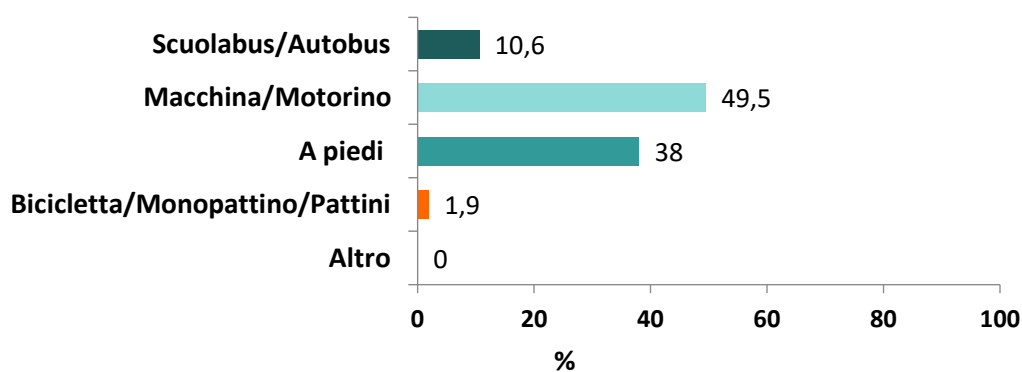
Come si recano a scuola i bambini (percorso casa scuola e viceversa)?

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

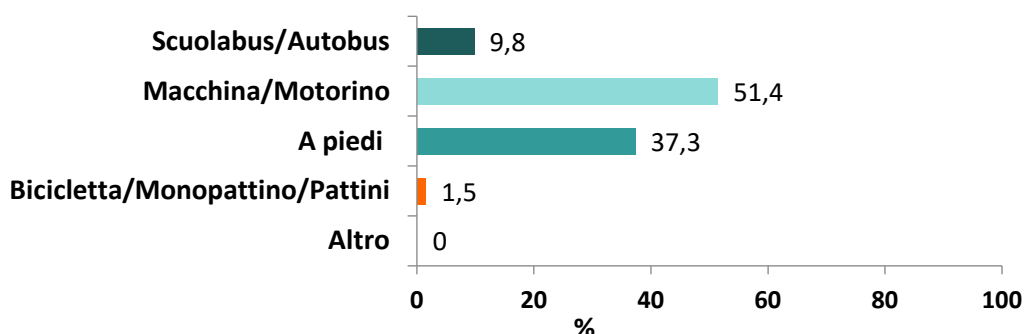
- Il 36,7% dei bambini, nella mattina dell'indagine, ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bicicletta (indicatore del PNP); invece, il 58,9% ha utilizzato la macchina o lo scuolabus.
- Non si rilevano differenze degne di nota per sesso.

A livello regionale, il 26% dei bambini nella mattina dell'indagine ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini; invece, il 74% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato; non si rilevano differenze degne di nota per sesso e fra le diverse tipologie di zona abitativa.

Percorso casa-scuola (%) riferito dai genitori



Percorso scuola-casa (%) riferito dai genitori



Secondo i genitori, nel tragitto casa-scuola il 39,9% dei bambini si è recato a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini; invece, il 60,1% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato. Per il ritorno il 61,2% dei bambini ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato e il 38,8% è tornato a piedi/bicicletta/monopattino.

Nella Regione Veneto i genitori riportano che nel tragitto casa-scuola il 30% dei bambini si è recato a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini, mentre il 69% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato. Per il ritorno il 69% dei bambini ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato e il 31% è tornato a piedi/bicicletta/monopattino.

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

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

Motivi che impediscono di recarsi a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini (%)

MOTIVI	%
Strada non sicura	21,5
Distanza eccessiva	41,7
Il bambino si muove già abbastanza durante la giornata	0,9
Mancanza di tempo	37,7

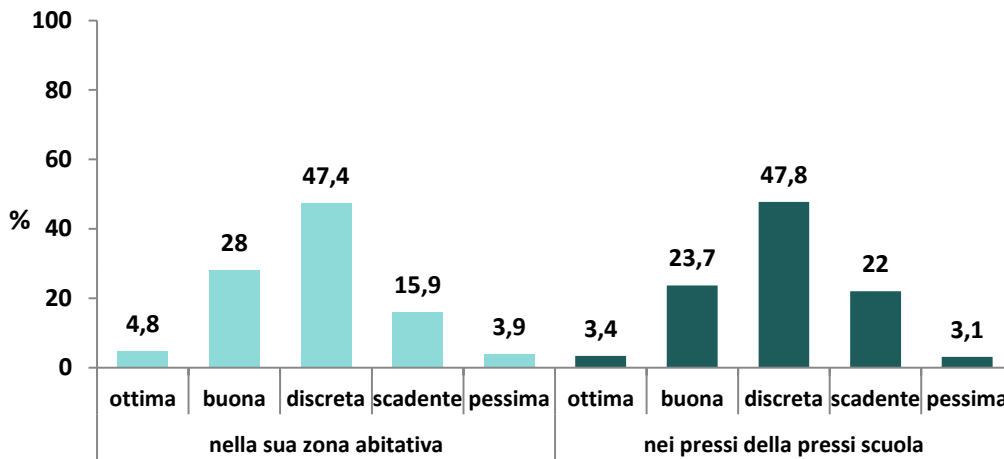
Nella nostra AULSS le motivazioni principali addotte dai genitori sono risultate la distanza eccessiva (41,7%) e la mancanza di tempo (37,7%).

A livello regionale la maggior parte dei genitori (47%) indica come motivo principale l'eccessiva distanza, il 30,7% la mancanza di tempo e il 20,9% la strada non sicura.

Come viene percepita la qualità dell'aria dai genitori?

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

Percezione della qualità dell'aria (%)



Conclusioni

I dati raccolti hanno evidenziato che i bambini della nostra AULSS fanno poca attività fisica. A tal proposito, emerge che solo il 2% dei bambini svolge attività fisica da 5 a 7 giorni alla settimana, non raggiungendo gli obiettivi fissati dall'OMS.

L'attività fisica e i giochi di movimento sono fattori determinanti per mantenere o migliorare la salute. È provato che fare attività fisica moderata o intensa ogni giorno per almeno 1 ora riduce il rischio di malattie cronico-degenerative, aiuta lo sviluppo armonico, lo sviluppo cognitivo e l'apprendimento del rischio con importanti ripercussioni sul benessere emotivo e sociale. È quindi importante promuovere lo sport e i giochi di movimento durante l'attività scolastica come le "Pause attive" e suggerire ai genitori di dedicare più tempo da trascorrere all'aria aperta e nella natura. Al fine di implementare l'attività fisica anche nel tragitto casa-scuola la Regione Veneto ha avviato da tempo una collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS, le scuole e i comuni al fine di intraprendere percorsi casa-scuola sicuri, coinvolgendo le famiglie e associazioni di volontariato. Il "Pedibus", ad esempio, risulta uno strumento capace non solo di implementare il movimento nei bambini, ma anche di favorire la socializzazione tra pari, operando in un'ottica più ampia di benessere psico-fisico. Questa ed altre attività vengono realizzate con la partecipazione dei comuni che aderiscono al programma PP2 "Comunità Attive" del Piano Regionale del Prevenzione 2020-2025. I comuni si impegnano a promuovere e a favorire il movimento in tutta la loro popolazione, attivando politiche di salute nelle loro programmazioni e pianificazioni. In integrazione oltre che con il Programma regionale Scuole che Promuovono Salute, come sopra riportato, c'è una collaborazione anche con il programma regionale sui contesti di vita sicuri. L'ambito della sicurezza nelle strade, infatti, è di fondamentale importanza, soprattutto se si parla di incentivare il raggiungimento della scuola a piedi o in bicicletta. Numerose sono le azioni messe in campo a livello regionale proprio per garantire una sempre migliore sicurezza nelle strade del territorio veneto.

Le attività sedentarie

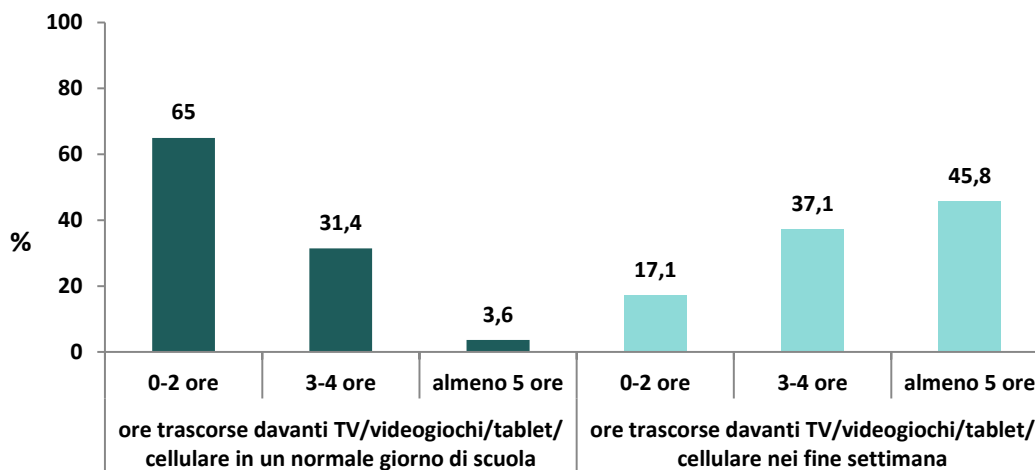
La crescente disponibilità di televisori, videogiochi e dispositivi elettronici, insieme ai profondi cambiamenti nella composizione e nella cultura della famiglia, ha contribuito ad aumentare il numero di ore trascorse in attività sedentarie. Pur costituendo un'opportunità di divertimento e talvolta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

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

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

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

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



- Nella nostra AULSS, in particolare nei giorni di scuola i genitori riferiscono che il 65% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi/tablet/cellulare da 0 a due 2 ore al giorno, il 31,4% per 3 a 4 ore e il 3,6% per almeno 5 ore. In un giorno nel fine settimana il 17,1% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi/tablet/cellulare da 0 a due 2 ore al giorno, il 37,1% per 3 a 4 ore e il 45,8% per almeno 5 ore.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV o videogiochi/tablet/cellulare non è associata al genere e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre.
- Complessivamente il 20,4% dei bambini ha un televisore nella propria camera.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV al giorno è più alta tra i bambini che hanno una TV in camera (7,5% versus 3,2%).
- Considerando separatamente il tempo dedicato alle due attività, si rileva che la percentuale di bambini che trascorre più di 2 ore davanti alla TV è pari al 4%, mentre quella relativa l'utilizzo di videogiochi/tablet/cellulare è 6%.

Nella Regione Veneto nei giorni di scuola i genitori riferiscono che il 64% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi/tablet/cellulare 0-2 ore al giorno, mentre il 32% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi/tablet/cellulare per 3-4 ore e 5% per almeno 5 ore, nel fine settimana si riscontrano valori leggermente più alti; l'esposizione a più di 2 ore di TV o videogiochi/tablet/cellulare è più frequente tra i maschi (40% vs 32%) e non è associata al livello di istruzione della madre; complessivamente il 19% dei bambini ha un televisore nella propria camera e l'esposizione a più di 2 ore di TV al giorno è più alta tra i bambini che hanno una TV in camera (11% vs 7%); l'8% dei bambini trascorre più di 2 ore al giorno davanti alla TV, 6% utilizza videogiochi/tablet/cellulare più di 2 ore al giorno.

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

Nella nostra AULSS il 28,9% dei bambini ha guardato la TV o ha utilizzato videogiochi/tablet/cellulare la mattina prima di andare a scuola, il 67,6% il pomeriggio del giorno precedente e il 73,2% la sera.

Solo il 10,4% dei bambini non ha guardato la TV o utilizzato i videogiochi/tablet/cellulare nelle 24 ore antecedenti l'indagine, mentre il 29,4% lo ha fatto in un periodo della giornata, il 40,5% in due periodi e il 19,6% ne ha fatto uso durante la mattina, il pomeriggio e la sera.

L'utilizzo di TV e/o videogiochi/tablet/cellulare è più frequente tra i maschi (23,5% versus 15,5%) e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre.

Nella Regione Veneto il 31% dei bambini ha guardato la TV o ha utilizzato videogiochi/tablet/cellulare la mattina prima di andare a scuola, il 69% il pomeriggio del giorno precedente e 71% la sera; solo 12% dei bambini non ha guardato la TV o utilizzato i videogiochi/tablet/cellulare nelle 24 ore antecedenti l'indagine, mentre il 27% lo ha fatto in un periodo della giornata, il 41% in due periodi e il 21% ne ha fatto uso durante la mattina, il pomeriggio e la sera. L'utilizzo di TV e/o videogiochi/tablet/cellulare è più frequente tra i maschi e non è associata al livello di istruzione della madre.

■ ■ ■ **Conclusioni**

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

Queste attività sedentarie sono sicuramente favorite dal fatto che il 20,4% dei bambini dispone di un televisore in camera propria.

Al fine di promuovere comportamenti adeguati sull'utilizzo degli schermi, la Regione del Veneto ha investito e investe tuttora sono importanti per aumentare la consapevolezza di genitori e adulti di riferimento sulle conseguenze negative del poco movimento e del passare molte ore su questi dispositivi tecnologici. A questo proposito la Regione del Veneto ha diversi programmi per le Scuole di ogni ordine e grado che puntano l'attenzione sui pericoli nell'utilizzo scorretto delle nuove tecnologie. Con interventi quali "Rete senza fili", "Diario della Salute" e la Peer Education si lavora per aumentare il pensiero critico in bambini, ragazzi e adulti per orientare la popolazione verso un uso consapevole e adeguato di questi strumenti

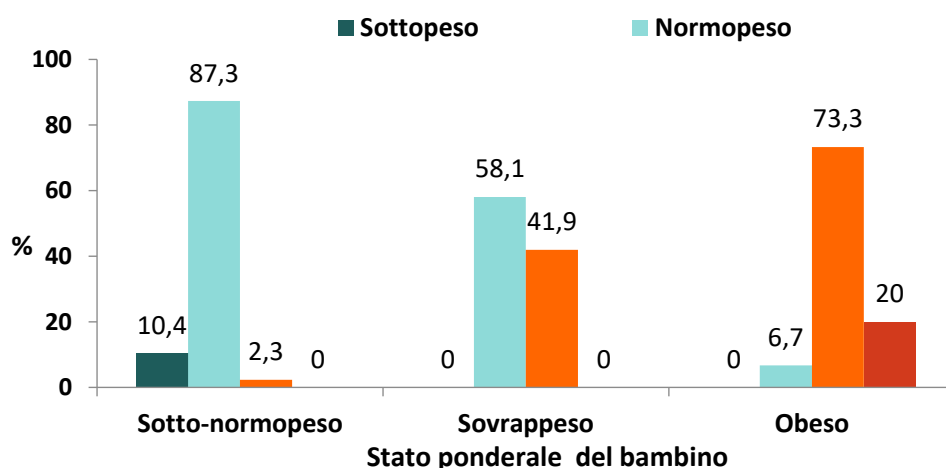
La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini

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

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

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

La percezione materna dello stato ponderale dei figli (%)



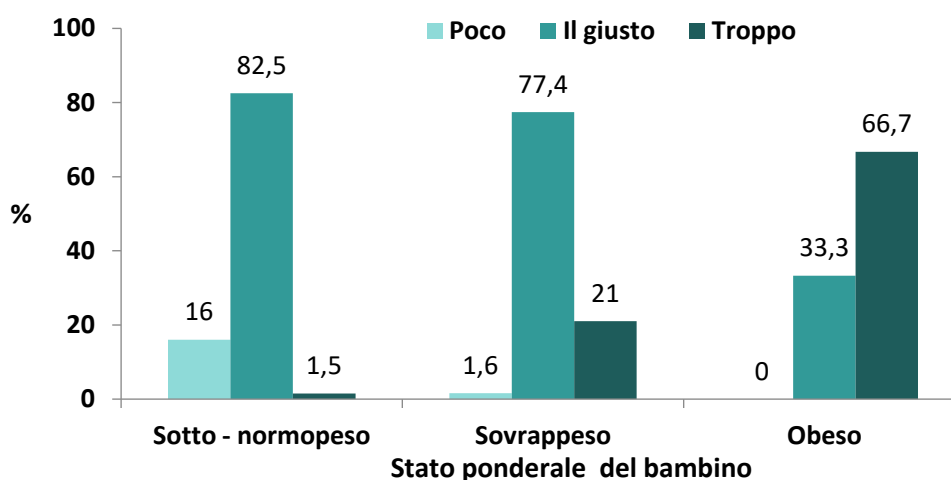
- Nella nostra AULSS ben il 58,1% delle madri di bambini sovrappeso e il 6,7% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso.
- Nelle famiglie con bambini in sovrappeso, la percezione corretta del peso delle madri cambia in rapporto al sesso (39,4% per i maschi vs 44,8% per le femmine).

Nella Regione Veneto ben il 57% delle madri di bambini sovrappeso e il 16% di quelle di bambini obesi ritiene che il proprio figlio sia normopeso o sottopeso; nelle famiglie con bambini in sovrappeso e obesi, la percezione non cambia in rapporto al sesso del bambino; per i bambini in sovrappeso e obesi la percezione è tanto più accurata quanto maggiore è la scolarità della madre con differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$).

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

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

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



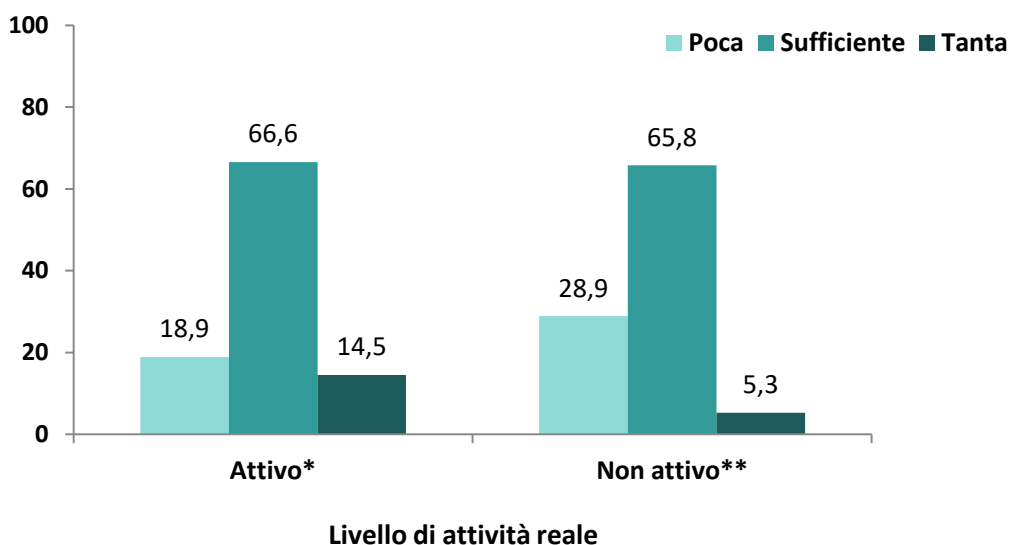
- Il 21% delle madri di bambini sovrappeso e il 66,7% di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo.
- Considerando i bambini in sovrappeso e obesi insieme è stata constatata una differenza per il sesso dei bambini (maschi 37,8% vs femmine 22,5%) e la percezione è tanto più accurata quanto maggiore è la scolarità della madre.

A livello regionale, il 17% delle madri di bambini sovrappeso e il 43% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo; considerando i bambini in sovrappeso e obesi insieme, non è stata constatata nessuna differenza per sesso dei bambini o per livello scolastico della madre.

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

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

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



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

- All'interno del gruppo di bambini non attivi, il 65,8% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e il 6% molta attività fisica.

A livello regionale, all'interno del gruppo di bambini non attivi, 62% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e 7% molta attività fisica; limitatamente ai non attivi non è stata constatata nessuna differenza per sesso dei bambini o livello scolastico della madre.

Gli incidenti domestici

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

È stato chiesto ai genitori se avessero mai ricevuto informazioni da parte delle istituzioni sanitarie sulla prevenzione degli incidenti domestici. Nella nostra AULSS tale valore è risultato pari a 80,6%.

Alla domanda se si fossero mai rivolti al personale sanitario a causa di incidenti domestici di cui è stato vittima il bambino, a livello della nostra AULSS si sono registrate le seguenti risposte: il 6,5% sì, al pediatra/altro medico; il 24,1% sì, al pronto soccorso; il 5,9% sì, ad entrambi.

A livello regionale, l'82% dei rispondenti ha dichiarato di non aver mai ricevuto alcuna informazione. Alla domanda se si fossero mai rivolti al personale sanitario a causa di incidenti domestici di cui è stato vittima il bambino, le percentuali di risposta sono state: l'8% sì, al pediatra/altro medico, il 22%, sì, al pronto soccorso, il 6%, sì, ad entrambi; a livello nazionale si sono registrate rispettivamente le seguenti risposte: 9%, 19% e 7%.

■ ■ ■ Conclusioni

Nella nostra AULSS è molto diffusa nelle madri di bambini con sovrappeso/obesità una sottostima dello stato ponderale del proprio figlio. Inoltre, molti genitori, in particolare di bambini sovrappeso/obesi, non valutano correttamente la quantità di cibo assunta dai propri figli.

A tal proposito, è importante che i genitori acquisiscano consapevolezza del reale stato ponderale dei figli e delle abitudini alimentari per influenzare cambiamenti virtuosi. Per coinvolgere e sostenere i genitori verso scelte di salute consapevoli e praticabili quotidianamente è stato inserito all'interno del Piano Regionale di Prevenzione, il programma regionale "Sistema integrato per la salute della famiglia nei primi 1000 giorni di vita", mirato alla promozione della salute prima e durante la gravidanza, al sostegno dell'allattamento al seno e nella fase della prima infanzia. La Regione Veneto ha sviluppato obiettivi ed azioni specifiche ben integrate tra loro, che hanno previsto il coinvolgimento delle fasce più giovani della popolazione su tutti i fattori di rischio: attività motoria, alimentazione, problemi alcol-correlati, fumo di tabacco, prevenzione degli incidenti domestici e stradali, programmi relativi al controllo delle malattie prevenibili con vaccino, finalizzati a sostenere le giovani coppie, neo-genitori, mamme verso scelte di salute consapevoli e praticabili quotidianamente.

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

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

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

La partecipazione della scuola all'alimentazione dei bambini

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

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

Nella nostra AULSS il 96% delle scuole campionate ha una mensa scolastica funzionante.

Nelle scuole dotate di una mensa, il 69% di esse sono aperte almeno 5 giorni la settimana.

A livello regionale l'85% delle scuole campionate ha una mensa scolastica funzionante e nel 79% di queste la mensa è aperta almeno 5 giorni la settimana.

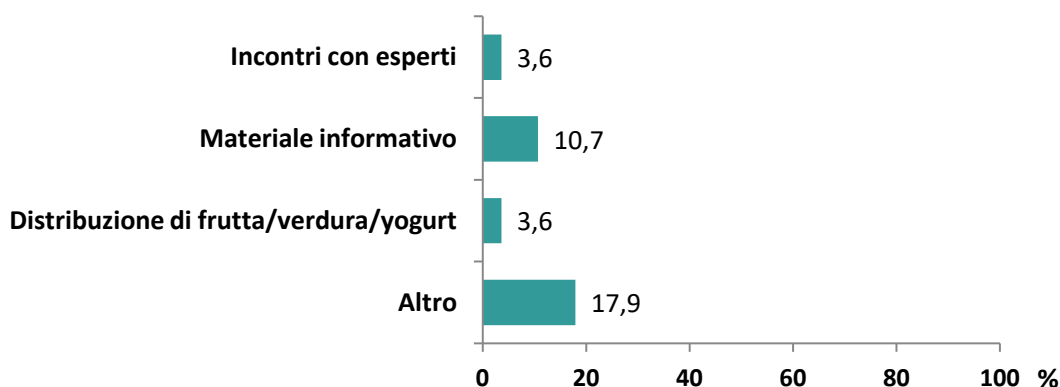
È prevista la distribuzione di alimenti all'interno della scuola?

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

- Nella nostra AULSS, le **scuole** che distribuiscono ai bambini frutta o latte o yogurt, nel corso della giornata, sono il 12%.
- In tali **scuole**, la distribuzione si effettua prevalentemente a metà mattina (80%).
- Durante l'anno scolastico il 35,7% delle **classi** ha partecipato ad attività di promozione del consumo di alimenti sani all'interno della scuola con Enti e/o associazioni.

Nella Regione Veneto il 58% delle scuole distribuiscono ai bambini frutta o latte o yogurt nel corso della giornata e in queste la distribuzione viene effettuata prevalentemente a metà mattina (93%); durante l'anno scolastico il 37% 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 (%)



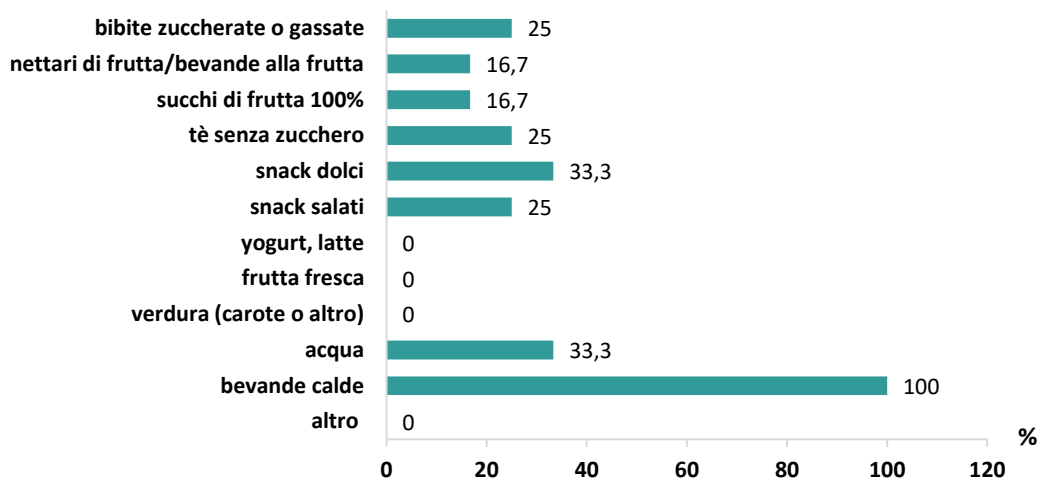
- In questo anno scolastico il 3,6% delle **classi** ha partecipato alla distribuzione di frutta, verdura o yogurt come spuntino.
- Il 17% delle **classi** ha ricevuto materiale informativo.
- il 65% delle **classi** ha organizzato incontri con esperti esterni alla scuola.

A livello regionale in quest'anno scolastico l'8% delle classi ha partecipato alla distribuzione di frutta, verdura o yogurt come spuntino, il 3% ha ricevuto materiale informativo e il 6% ha organizzato incontri con esperti esterni alla scuola.

Sono segnalati dei distributori automatici?

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

Alimenti presenti nei distributori automatici (%)



All'interno del gruppo di scuole con distributori automatici, il 37% mette a disposizione succhi di frutta 100% frutta, nettari/bevande alla frutta, frutta fresca, yogurt o latte. Gli alimenti maggiormente frequenti nei distributori automatici sono le bevande calde, l'acqua e snack sia dolci che salati, mentre quelli meno frequenti sono la verdura e la frutta.

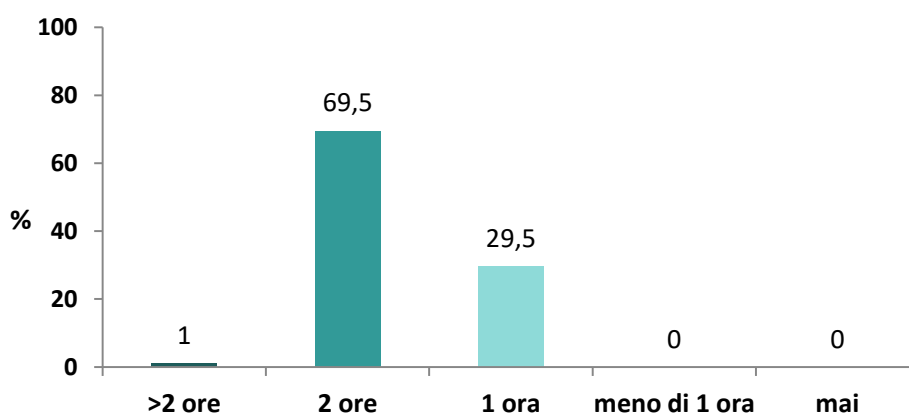
La partecipazione della scuola all'educazione fisica dei bambini

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

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

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

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



- Complessivamente, nel 70% delle classi delle nostre scuole si svolgono normalmente almeno 2 ore di educazione fisica a settimana mentre nessuna in nessuna delle classi si fa meno di un'ora a settimana.

A livello regionale nel 56% delle classi delle scuole si svolgono normalmente almeno 2 ore di educazione fisica a settimana mentre non ci sono classi in cui si fa meno di un'ora a settimana.

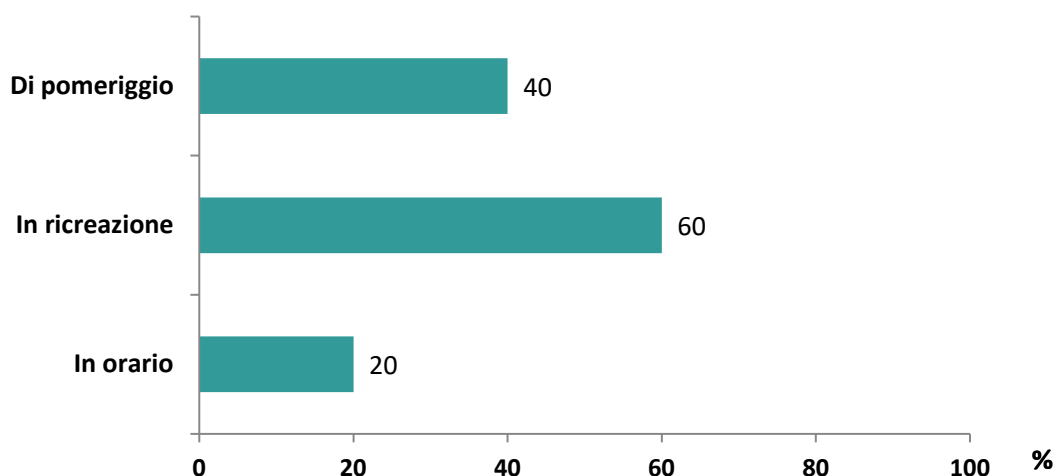
Le scuole offrono l'opportunità di praticare attività fisica oltre quella curricolare all'interno della struttura scolastica?

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

- Le scuole che offrono agli alunni la possibilità di effettuare all'interno dell'edificio scolastico occasioni di attività fisica sono il 58%.

A livello regionale, le scuole che offrono agli alunni la possibilità di effettuare all'interno dell'edificio scolastico occasioni di attività fisica sono il 53%.

Momento dell'offerta di attività motoria extracurricolare (%)



- Laddove offerta, l'attività fisica viene svolta più frequentemente durante la ricreazione, nel pomeriggio e durante l'orario scolastico.
- Queste attività si svolgono più frequentemente in giardino (80%), in palestra (33%), in piscina (7%), in altra struttura sportiva (13%).

A livello regionale, laddove offerta, l'attività fisica viene svolta più frequentemente di pomeriggio e durante la ricreazione; le attività si svolgono più frequentemente in palestra (44%), nel giardino (58%), in piscina (11%) e in altra struttura sportiva (34%).

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

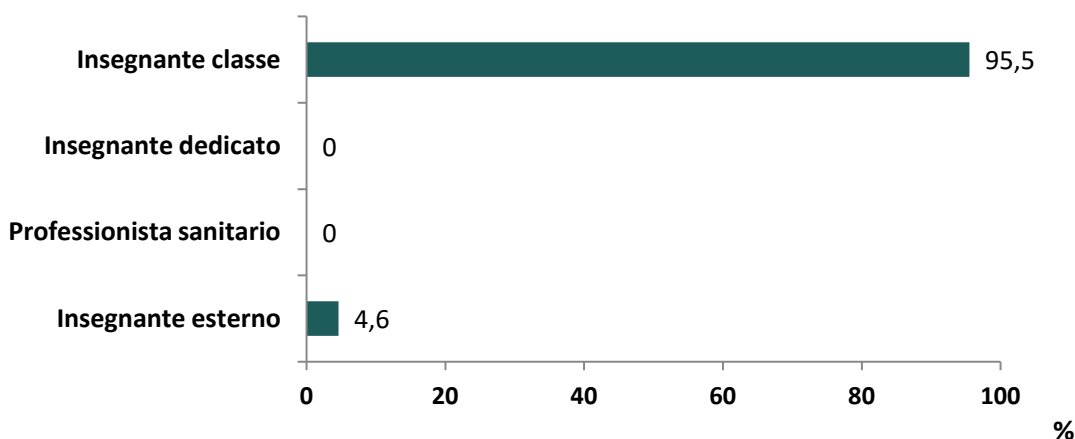
Quante scuole prevedono nel loro curriculum l'educazione alimentare?

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

- L'educazione alimentare è prevista nell'attività curricolare del 85% delle scuole campionate nella nostra AULSS.

Nella Regione Veneto l'educazione alimentare è prevista nell'attività curricolare del 79% delle scuole campionate.

Figure professionali coinvolte nell'attività curricolare nutrizionale (%)



- In tali scuole, la figura più frequentemente coinvolta è l'insegnante di classe.

Nella Regione Veneto, in tali scuole la figura più frequentemente coinvolta è l'insegnante di classe. Molto meno comune è il coinvolgimento di altri insegnanti o dei professionisti sanitari dell'AULSS.

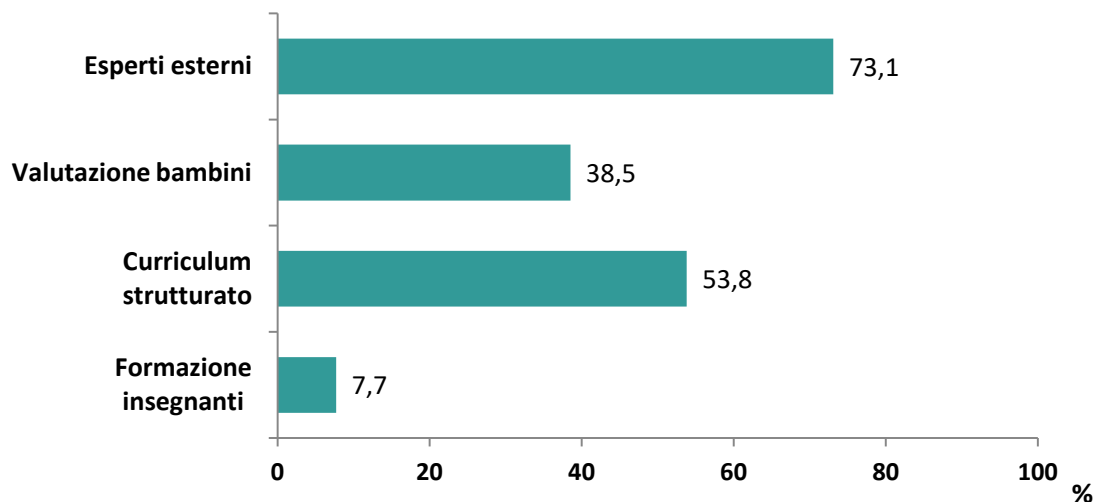
Quante scuole prevedono il rafforzamento del curriculum formativo sull'attività motoria?

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 96% delle scuole ha cominciato a realizzare almeno un'attività.

Nel campione della Regione Veneto, il 95% 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 38% dei casi è stata effettuata la valutazione delle abilità motorie dei bambini, nel 54% lo sviluppo di un curriculum strutturato e nell' 8% la formazione degli insegnanti.

Nella Regione Veneto in tali attività viene frequentemente (79%) coinvolto un esperto esterno; nel 51% dei casi è stata effettuata la valutazione delle abilità motorie dei bambini, nel 42% lo sviluppo di un curriculum strutturato e nel 5% la formazione degli insegnanti.

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

Nella nostra AULSS non abbiamo avuto adesioni ad iniziative volte alla riduzione del consumo di sale.

A livello regionale il 3% delle scuole ha aderito a iniziative di comunicazione per la riduzione del consumo di sale e/o per la promozione del sale iodato.

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

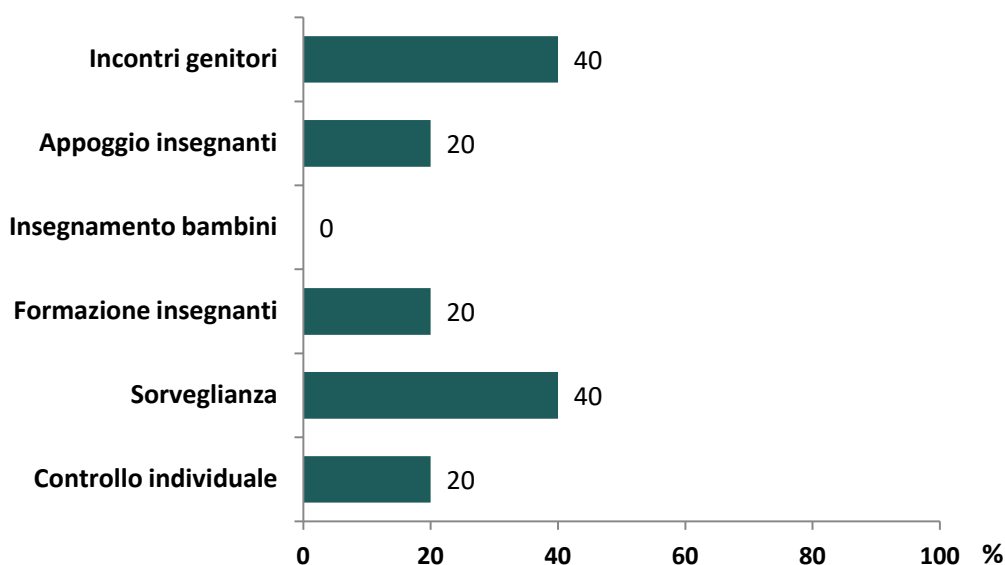
Nella scuola sono attive iniziative finalizzate alla promozione di stili di vita salutari realizzate in collaborazione con Enti o Associazioni?

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

- I Servizi Sanitari della AULSS costituiscono un partner privilegiato e sono coinvolti nella realizzazione di programmi di educazione alimentare nel 18% delle scuole e nella promozione dell'attività fisica nel 4% delle scuole.

A livello regionale i Servizi Sanitari della AULSS costituiscono un partner privilegiato e sono coinvolti nella realizzazione di programmi di educazione alimentare nell'8% delle scuole e nella promozione dell'attività fisica nel 3% delle scuole.

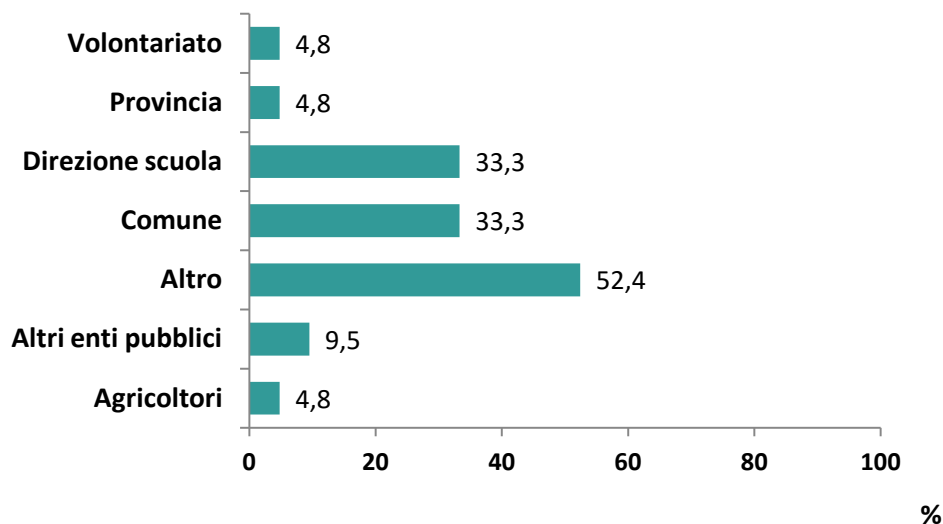
Iniziative con le AULSS (%)



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

A livello regionale tale collaborazione si realizza più frequentemente attraverso la sorveglianza (26%), il controllo individuale (22%) e l'insegnamento diretto agli alunni (22%).

Iniziative promozione alimentare (%)



- Oltre l'AULSS, gli enti e le associazioni che hanno prevalentemente organizzato iniziative di promozione alimentare nelle scuole sono la direzione scolastica/insegnanti, il Comune, la Provincia, altri enti pubblici e le Associazioni di agricoltori e il volontariato.

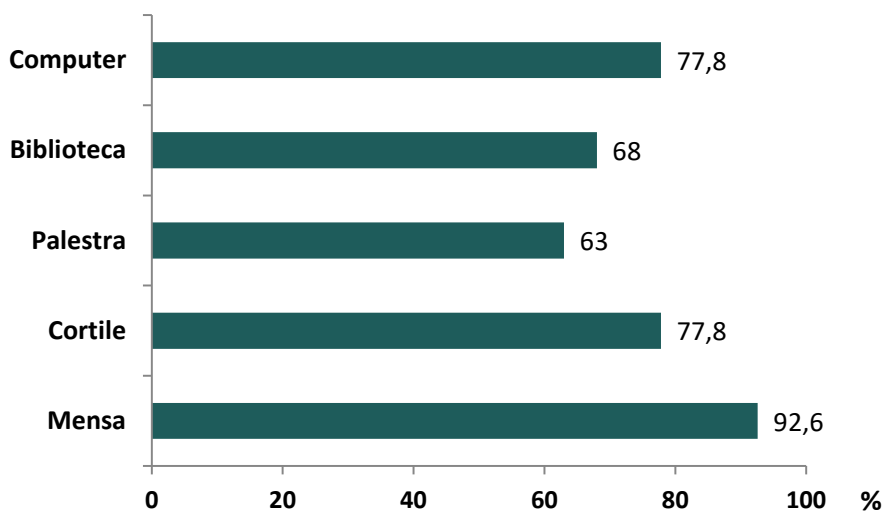
A livello regionale oltre all'AULSS, gli enti e le associazioni che hanno prevalentemente organizzato iniziative di promozione alimentare nelle scuole sono la direzione scolastica/insegnanti (25%) e il Comune (27%).

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.

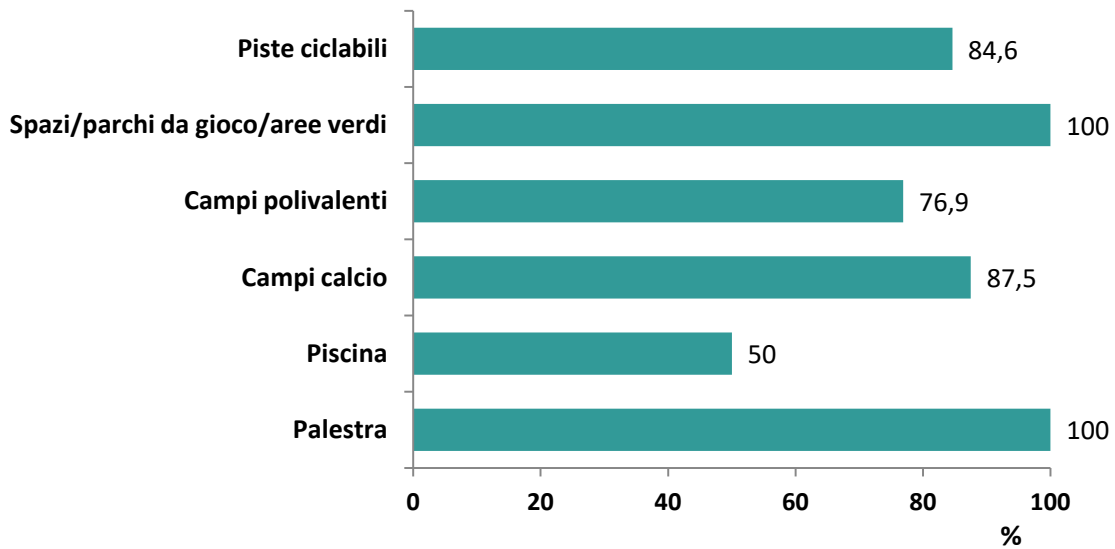
Risorse adeguate presenti nel plesso (%)



- Risulta che i computer sono adeguati nel 77,8% delle scuole, la biblioteca nel 68% dei casi, la palestra risulta adeguata per il 63%, il cortile per il 77,8% e la mensa per il 92,6%.

Nella Regione Veneto secondo i dirigenti scolastici, il 79% delle scuole possiede una palestra adeguata, l'80% la mensa e il 90% ha un cortile.

Risorse presenti nel plesso o nelle vicinanze (%)



- Il 100% delle scuole ha la palestra nelle vicinanze o all'interno della propria struttura.
- Sono presenti nelle vicinanze dell'edificio scolastico spazi aperti/parchi da gioco/aree verdi (100%) e campi da calcio (87,5%).
- Risultano poco presenti le piscine (50%) e i campi polivalenti (77%).

Nella Regione Veneto il 92% delle scuole ha la palestra nelle vicinanze o all'interno della propria struttura; sono presenti nelle vicinanze dell'edificio scolastico spazi aperti/parchi da gioco/aree verdi (94%) e campi da calcio (86%); risultano poco presenti le piscine (32%).

La scuola e il divieto di fumo negli spazi aperti

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

- Nella nostra AULSS, l'85,2% dei dirigenti scolastici dichiara di non aver "mai" avuto difficoltà nell'applicare la legge sul divieto di fumo negli spazi aperti della scuola; per contro nessuno ha dichiarato di aver incontrato difficoltà "sempre".

Nella Regione Veneto il 91% dei dirigenti scolastici dichiara di non aver avuto "mai" difficoltà nell'applicare la legge sul divieto di fumo negli spazi aperti della scuola; per contro 0,9% degli stessi dichiara di aver incontrato difficoltà "sempre".

Coinvolgimento delle famiglie

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

Le iniziative di promozione di sane abitudini alimentari e di attività motoria nei bambini coinvolgono attivamente la famiglia rispettivamente nel 29% e nel 12% delle scuole campionate.

Nella Regione Veneto le iniziative di promozione di sane abitudini alimentari e di attività motoria nei bambini coinvolgono attivamente la famiglia rispettivamente nel 20% e nel 14% delle scuole campionate.

■ ■ ■ Conclusioni

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

L'ambiente scolastico è fondamentale per la crescita di individui capaci di operare scelte sane e consapevoli, veicolando messaggi di prevenzione e di promozione della salute a bimbi e famiglie su aspetti diversi della salute, quali alimentazione, attività fisica e prevenzione di fattori di rischio legati all'età. I dati raccolti periodicamente con OKkio alla SALUTE permettono di migliorare la conoscenza dell'ambiente scolastico e di monitorare nel tempo la presenza e le caratteristiche di risorse e iniziative nelle scuole per la promozione della salute dei bambini e delle loro famiglie. Con l'obiettivo di perseguire un miglioramento costante, sia nelle abitudini alimentari che nella frequenza dell'attività fisica, risulta fondamentale proseguire ed incrementare tutte le iniziative curriculari ed extracurriculari per la promozione della salute. Da questa settima rilevazione nell'Az. Ulss. 3 emerge che l'educazione alimentare è prevista nell'attività curriculare dell'85% delle scuole campionate (vs 79% Regione Veneto) ; il 96% 85% delle scuole ha una mensa scolastica funzionante (vs 85% Regione Veneto) , per la cui validazione del menù è coinvolto personale dietista dei SIAN; le scuole che distribuiscono ai bambini frutta o latte o yogurt, nel corso della giornata, sono il 12% (vs 58 % Regione Veneto). Nel 70% delle classi delle scuole dell'Ulss 3 si svolgono normalmente almeno 2 ore di educazione fisica (vs 56% Regione Veneto) (Rispetto ai valori nazionali se la presenza della mensa a scuola, nella realizzazione di interventi di educazione alimentare ed attività motoria, il Veneto ottiene dati migliori o uguali, c'è da sottolineare la difficoltà di coinvolgere in questi interventi le famiglie dei bambini stessi, con percentuali minori rispetto alla media nazionale. Questo dato porta a pensare ad un modo diverso di promuovere la salute nell'ambiente scolastico e nelle comunità, che cerchi di pensare non solo al target finale (bambini e studenti), ma anche al personale docente e non docente, a loro volta famigliari di altri bambini, e cercando di ottenere un impegno genitoriale nella programmazione condivisa ad inizio anno scolastico (proporre uno o più giorni alla settimana la merenda sana anche a casa, ecc.). La strategia regionale per la promozione dei corretti stili di vita segue la linea proposta dal Ministero della Salute, sviluppando nel Piano Regionale Prevenzione 2020-2025 una serie di programmi atti al contrasto delle malattie croniche non trasmissibili inseriti nel macro obiettivo 1, che ha come obiettivo quello di creare ambienti di

vita che promuovano salute, e che inseriscano nelle loro programmazioni politiche che favoriscano nella popolazione la possibilità di scegliere di adottare comportamenti salutari: Scuole che promuovono salute, Comunità Attive, Luoghi di lavoro che promuovano salute, Sistema integrato per il contrasto dei determinanti della cronicità, Sistema integrato per la salute della famiglia nei primi 1000 giorni di vita e Screening oncologici.

Conclusioni generali

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

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

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

I risultati del 2023 hanno evidenziato che il 22,1% dei bambini nell'AULSS 3 Serenissima presenta un eccesso ponderale, dato sovrapponibile al dato regionale (24,2%) e anche nel nostro territorio la presenza di cattive abitudini alimentari che richiedono un'attenzione costante (Il 48,8% dei bambini non consuma mai legumi o meno di una volta a settimana, Il 5,5% non fa colazione e il 41,3% non la fa qualitativamente adeguata, quasi il 70% dei bambini consuma una merenda inadeguata, ecc.)

Degni di rilievo e di riflessione sono inoltre alcuni dati riferiti al contesto locale:

- Nel nostro territorio la percentuale di madri di bambini obesi consapevoli dello stato ponderale dei propri figli e consapevoli che i loro figli mangino troppo è più alta rispetto al dato regionale (se nella Regione Veneto il 16% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio figlio sia normopeso o sottopeso e il 43% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo, nell'AULSS 3 solo il 6,7% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio figlio sia normopeso o sottopeso e il 66,7% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo). E' ormai ampiamente risaputo come la percezione da parte della madre delle dimensioni corporee del proprio figlio è un fattore chiave per orientare il comportamento alimentare e conseguentemente determinare lo stato di salute
- Nel nostro territorio il 40% dei bambini si reca a scuola a piedi o in bicicletta (nella Regione Veneto il 30%, nell'indagine nazionale il 27,4%)
- le scuole che hanno una mensa scolastica funzionante nel nostro territorio risultano essere il 96%, dato vicino al 100% (vs 85% Regione Veneto), dato questo molto positivo e migliore del dato regionale, di per se già un buon dato se confrontato con il dato nazionale; presenza di una mensa a scuola, infatti, vuol dire realizzazione di interventi di educazione alimentare già a partire dalla validazione del menù seguendo le linee d'indirizzo regionali sul miglioramento della qualità nutrizionale prestazione questa svolta dal personale dietista dei SIAN;

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

■ ■ ■ Operatori sanitari

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

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

■ ■ ■ Operatori scolastici

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

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

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

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

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

■ ■ ■ Genitori

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

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

I genitori dovrebbero, inoltre, riconoscere e sostenere la scuola, in quanto "luogo" privilegiato e vitale per la crescita e lo sviluppo del bambino e collaborare, per tutte le iniziative miranti a promuovere la migliore alimentazione dei propri figli, quale la distribuzione di alimenti sani e l'educazione alimentare. La condivisione, tra insegnanti e genitori, delle attività realizzate in

classe può contribuire a sostenere “in famiglia” le iniziative avviate a scuola, aiutando i bambini a mantenere uno stile di vita equilibrato nell’arco dell’intera giornata.

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

■ ■ ■ **Leaders, decisori locali e collettività**

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

Bibliografia essenziale

Politica e strategia di salute

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

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

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

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

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

■ ■ ■ IMC: curve di riferimento e studi progressi

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

