

OKkio alla salute

The background of the slide features a photograph of several children's hands placed on a green, textured mat. On the left side, there is a stylized map of Italy with blue and yellow vertical stripes. The title 'OKkio alla salute' is written in a large, bold, dark blue font across the top.

**Risultati dell'indagine 2021
ULSS 2 Marca trevigiana**

dott.ssa Valentina Gobetto
dott.ssa Cinzia Piovesan
dott. Mauro Ramigni
Servizio di Epidemiologia



Ringraziamenti

Un ringraziamento particolare ai dirigenti scolastici e agli insegnanti che hanno partecipato alla realizzazione dell'iniziativa: il loro contributo è stato determinante per la buona riuscita della raccolta dei dati qui presentati (i nomi non vengono citati per proteggere la privacy dei loro alunni che hanno partecipato alla raccolta dei dati). Un ringraziamento alle famiglie e agli alunni che hanno preso parte all'iniziativa, permettendo così di comprendere meglio la situazione dei bambini della nostra Provincia, in vista dell'avvio di azioni di promozione della salute.

Introduzione

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

In particolare, l'eccesso ponderale in giovane età ha implicazioni a breve e a lungo termine sulla salute e rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di patologie in età adulta.

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



OKkio alla SALUTE è ufficialmente inserito tra i sistemi e i registri di rilevanza nazionale (DPCM del 3 marzo 2017), è istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità e, in ambito internazionale, aderisce alla "Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

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

Ad oggi, a livello nazionale, sono state effettuate sei raccolte dati (2008-9, 2010, 2012, 2014, 2016, 2019) ognuna delle quali ha coinvolto oltre 40.000 bambini e genitori e 2.000 scuole. In particolare, nel 2019 hanno partecipato 2.735 classi, 47.543 bambini e 50.502 genitori, distribuiti in tutte le regioni italiane.

Nel 2021 l'indagine nazionale non ha potuto avere luogo a causa della pandemia, ma è stato ugualmente possibile svolgerla in provincia di Treviso, grazie alla collaborazione tra Ufficio Scolastico Provinciale e Ulss 2

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 semplici, accettabili da operatori e cittadini e sostenibili dai sistemi di salute.

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.

Il metodo di campionamento è “a cluster”, cioè le classi (cluster o grappoli) sono estratte casualmente dalla lista delle classi terze di tutte le scuole (pubbliche e private) della provincia di Treviso e tutti i bambini della classe sono inclusi. Per ciascuna scuola la probabilità di veder estratte le proprie classi era proporzionale al numero di residenti di 8-9 anni nel comune.

La numerosità campionaria è stata individuata sulla base della prevalenza dell'eccesso ponderale riscontrato nella precedente raccolta dei dati e al design effect, con una precisione della stima del 5%.

Strumenti di raccolta dati

Sono stati utilizzati 2 questionari: uno da somministrare ai bambini in aula, uno per i genitori da compilare a casa.

Ai bambini sono state poste 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, seguiti da un loro insegnante.

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.

Per i bambini si è utilizzato lo stesso questionario della rilevazione 2019, mentre al questionario rivolto ai genitori utilizzato nella rilevazione 2019 sono state aggiunte 11 domande per valutare i cambiamenti nei comportamenti del bambino rispetto all'alimentazione, l'attività motoria e le abitudini sedentarie rispetto al periodo pre pandemico.





Non essendo possibile, per l'emergenza COVID, effettuare in classe le misurazioni di peso e altezza degli alunni, è stato chiesto ai rispettivi genitori di riportare tali dati all'interno del questionario.

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

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

La raccolta dei dati è avvenuta tra aprile e giugno 2021.

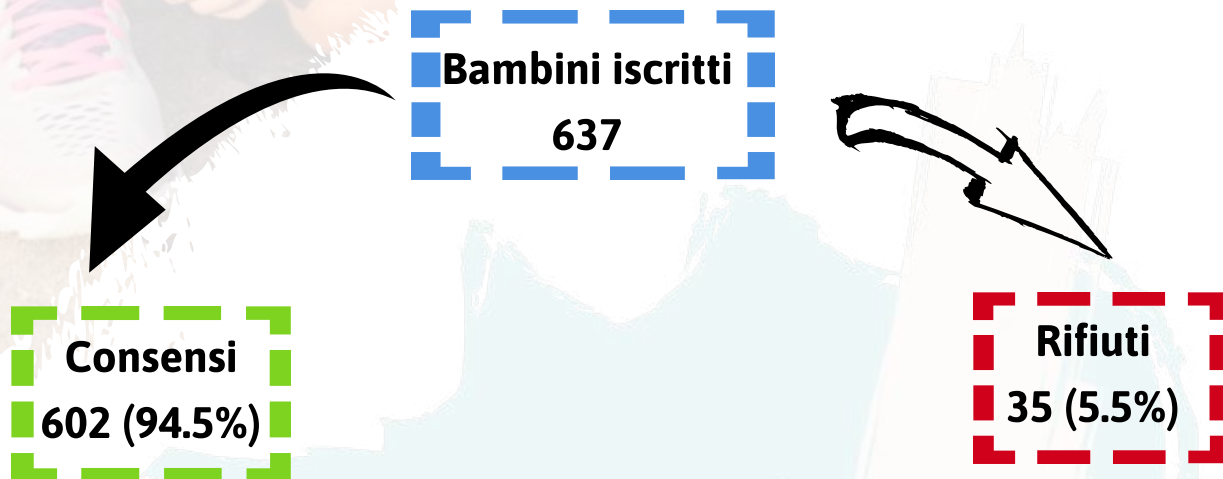
L'inserimento dei dati è stato effettuato dal Servizio Epidemiologia che ha anche realizzato la raccolta cartacea delle informazioni.

Descrizione della popolazione

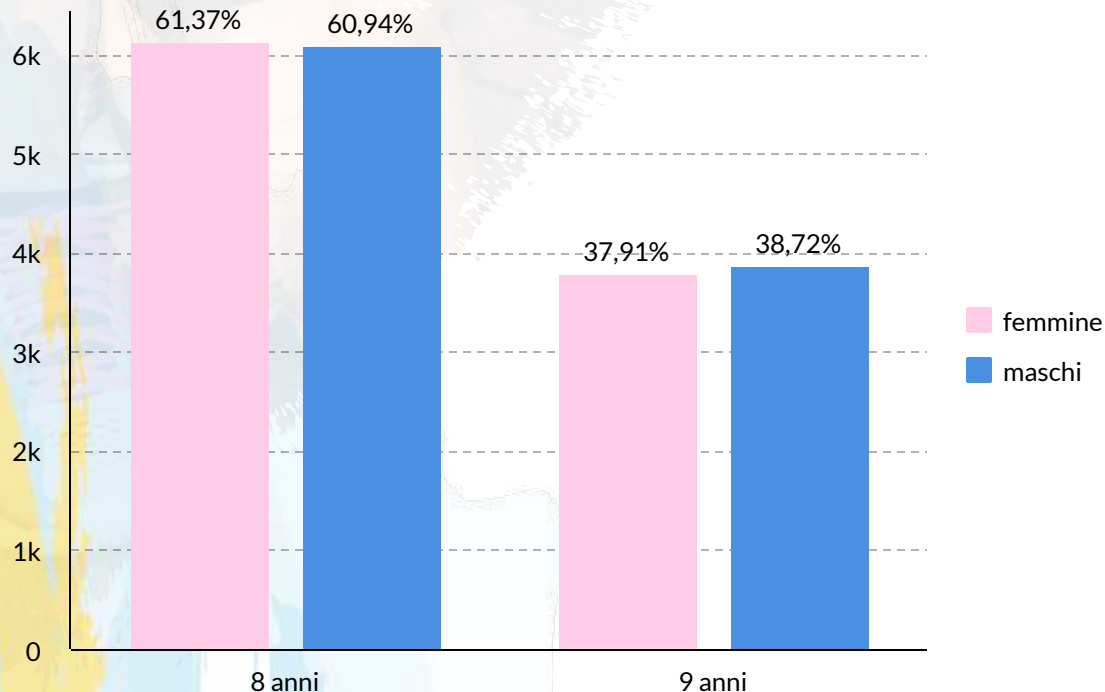
Hanno partecipato all'indagine **33 classi** appartenenti a 30 plessi scolastici; 3 classi hanno rifiutato di partecipare all'indagine, sono pertanto state sostituite con altre classi dello stesso Comune.

Le scuole e le classi partecipanti si trovano in comuni con diversa densità di popolazione **29 in provincia e 4 in città**.

Partecipazione all'indagine



Caratteristiche dei bambini



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



La scolarità dei genitori e la loro situazione economica sono associate in molti studi allo stato di salute del bambino.

Di seguito vengono riportate le caratteristiche di entrambi i genitori dei bambini coinvolti: titolo di studio, nazionalità, situazione economica (misurata dalla risposta alla domanda "con le risorse a sua disposizione, come arriva a fine mese?") e, solo per il genitore che ha risposto al questionario, la mamma nella maggior parte dei casi, condizione lavorativa,.

In molti casi le analisi terranno conto del livello di istruzione solo della madre che è risultato essere più indicativo .

*La maggior parte delle
madri ha un titolo di
scuola superiore 48% o
laurea 35%*

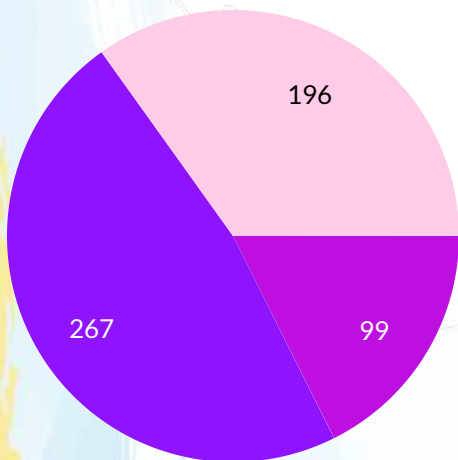
*I padri che hanno un
titolo di scuola superiore
sono il 51% e la laurea il
27%*

*Il 34% delle madri
lavora a tempo
pieno*

*Il 15% delle madri e il
12% dei padri sono di
nazionalità straniera*

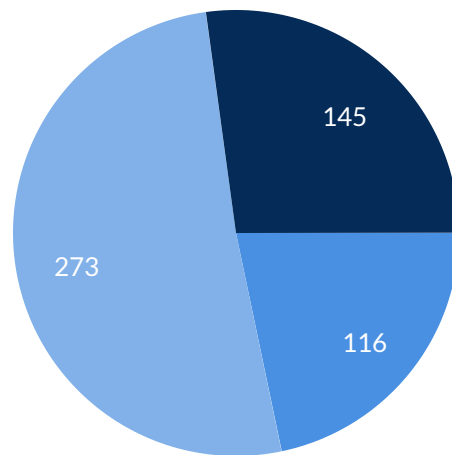
Livello di istruzione dei genitori

Mamma



■ Licenza media (17.62%)
■ Diploma superiore (47.51%)
■ Laurea (34.88%)

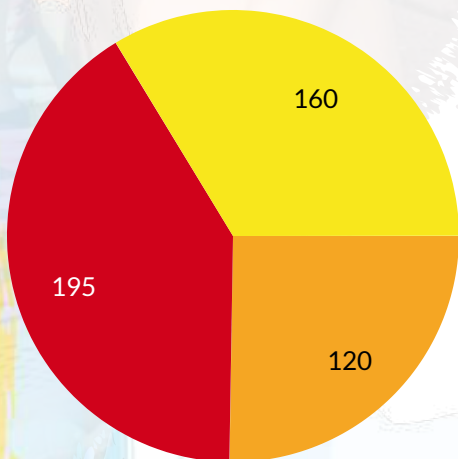
Papà



■ Licenza media (21.72%)
■ Diploma superiore (51.12%)
■ Laurea (27.15%)

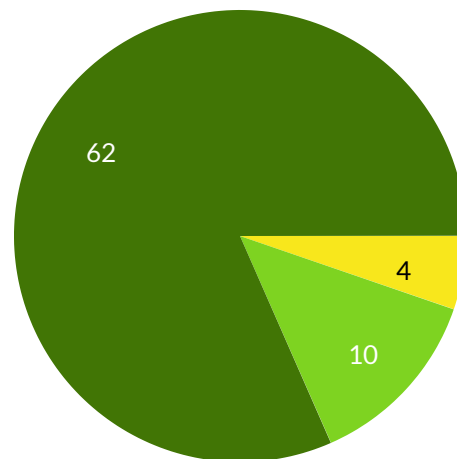
Condizione lavorativa*

Mamma



■ Nessun lavoro (25.26%) ■ Part-time (41.05%)
■ Tempo pieno (33.68%)

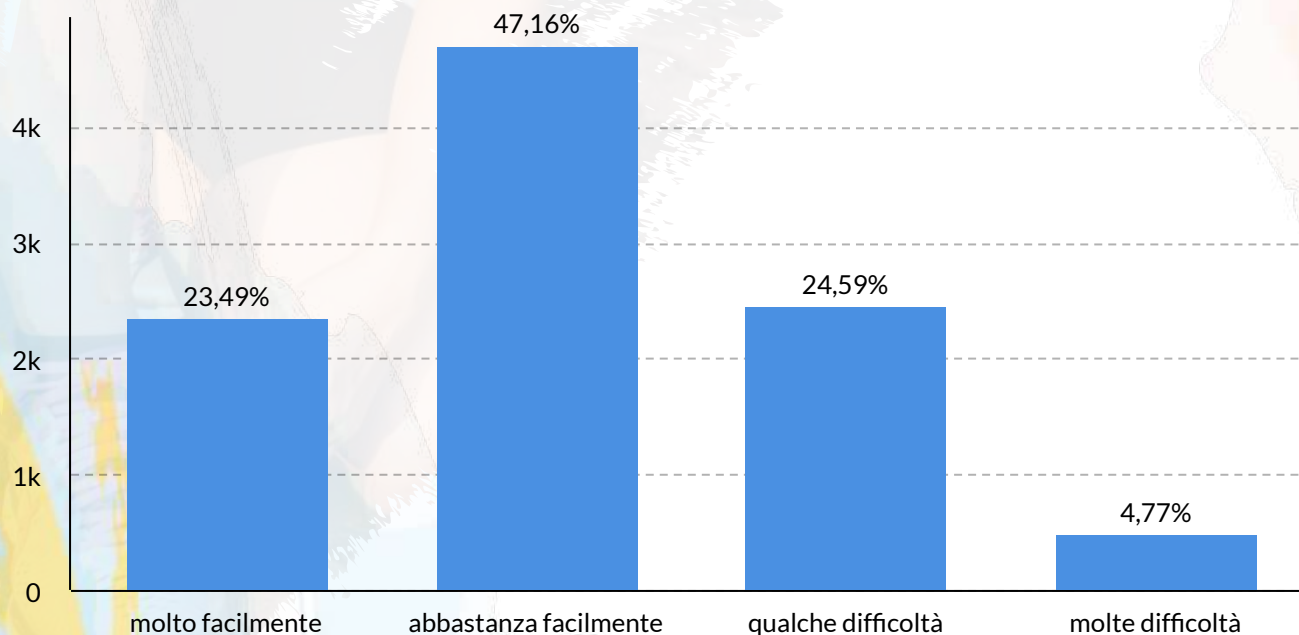
Papà



■ Nessun lavoro (5.26%) ■ Part-time (13.16%)
■ Tempo pieno (81.58%)

* Dati relativi al genitore che ha compilato il questionario

Come arriva a fine mese



**RISPETTO AL PERIODO
PRE-COVID**

**le condizioni
economiche sono
peggiorate per il 34%
delle famiglie**

Lo stato ponderale

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

Negli ultimi 30 anni la prevalenza dell'obesità nei bambini è drasticamente aumentata. Accurate analisi dei costi della patologia e delle sue onerose conseguenze, sia considerando il danno sulla salute che l'investimento di risorse, hanno indotto l'OMS e anche il nostro Paese a definire la prevenzione dell'obesità come un obiettivo prioritario di salute pubblica.

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

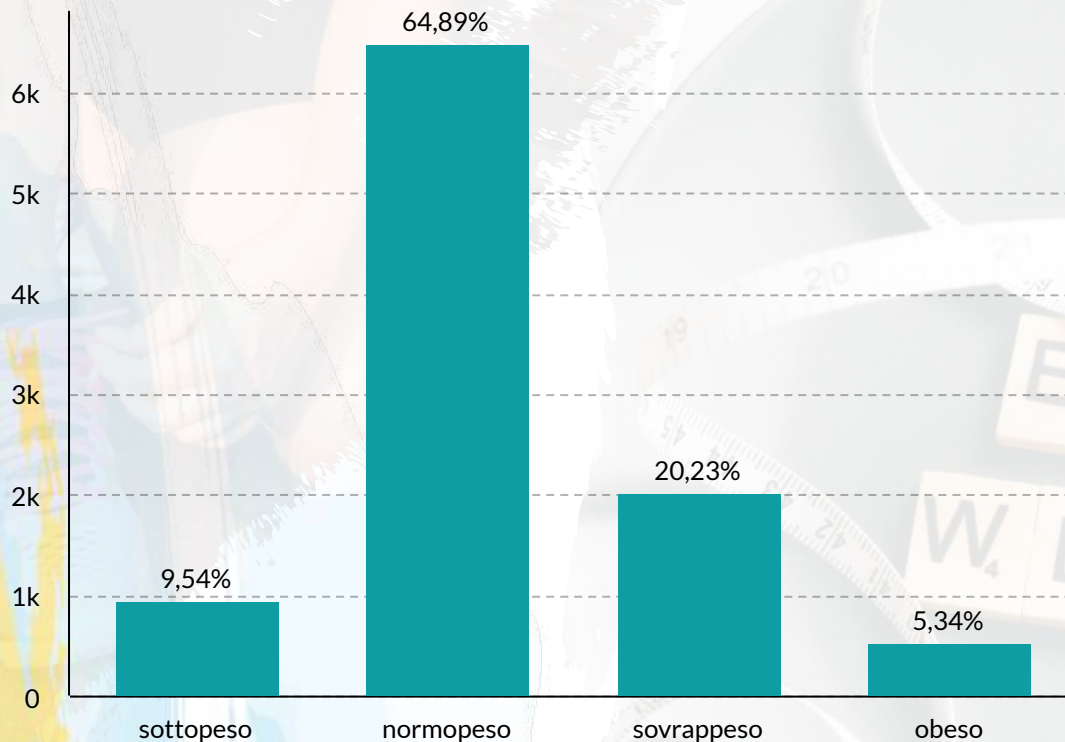
L'indice di massa corporea (IMC) è un indicatore indiretto dello stato di adiposità, semplice da misurare e comunemente utilizzato negli studi epidemiologici per valutare l'eccedenza ponderale (il rischio di sovrappeso e obesità) di popolazioni o gruppi di individui.

Si ottiene dal rapporto tra il peso del soggetto espresso in chilogrammi diviso il quadrato della sua altezza espressa in metri.

Per la determinazione di sottopeso, normopeso, sovrappeso, obeso e gravemente obeso, sono stati utilizzati i valori soglia proposti da Cole et al. e raccomandati dall'IOTF.

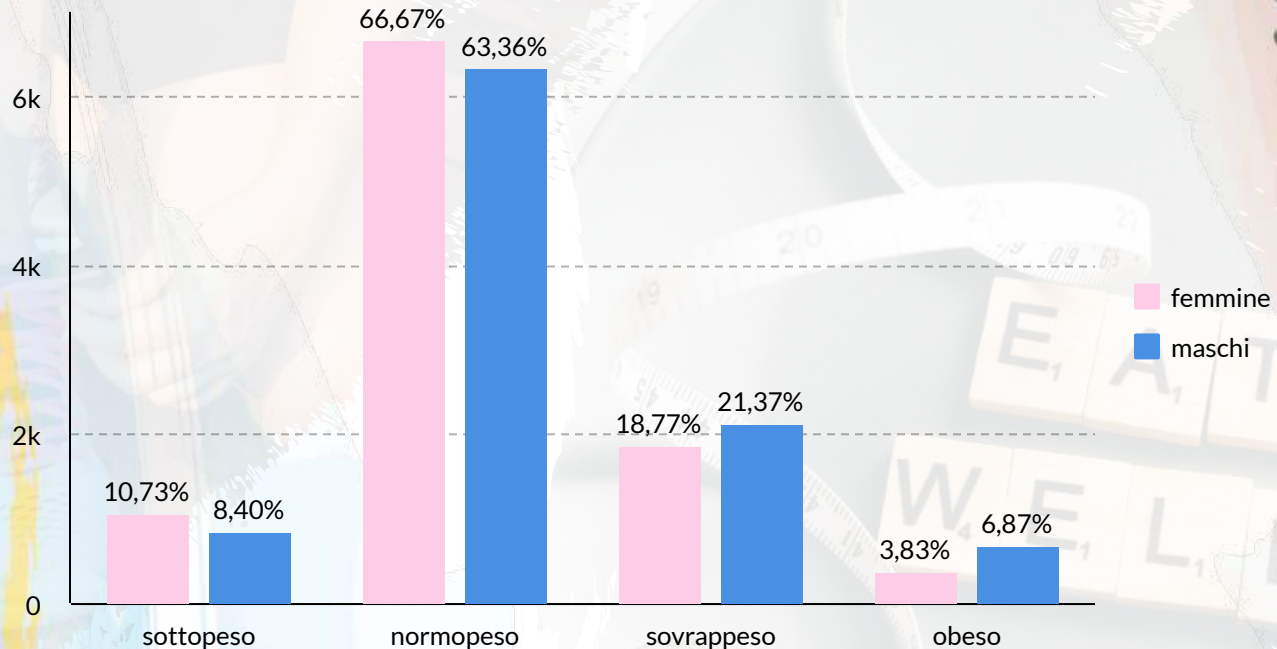
La misura periodica dell'IMC permette di monitorare nel tempo l'andamento del sovrappeso/obesità e dell'efficacia degli interventi di promozione della salute nonché di effettuare confronti tra popolazioni e aree diverse.

Lo stato ponderale dei bambini



Complessivamente il 25,53% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità

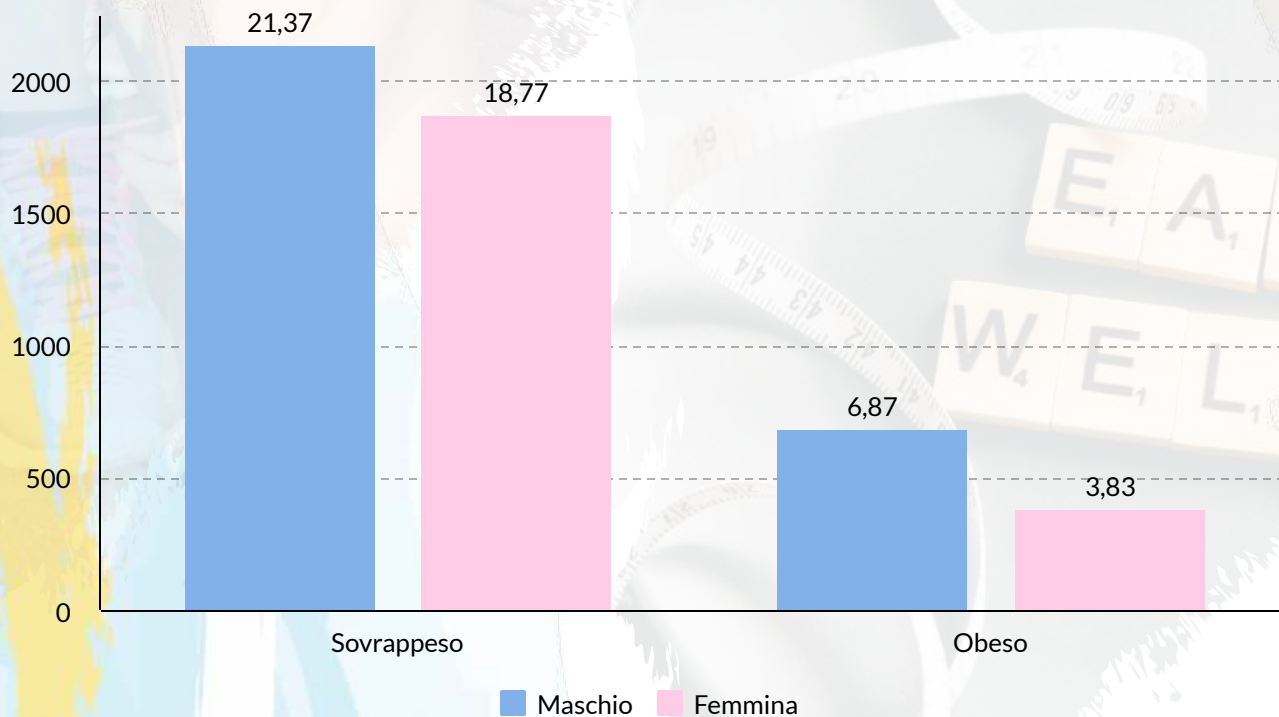
Lo stato ponderale dei bambini per sesso



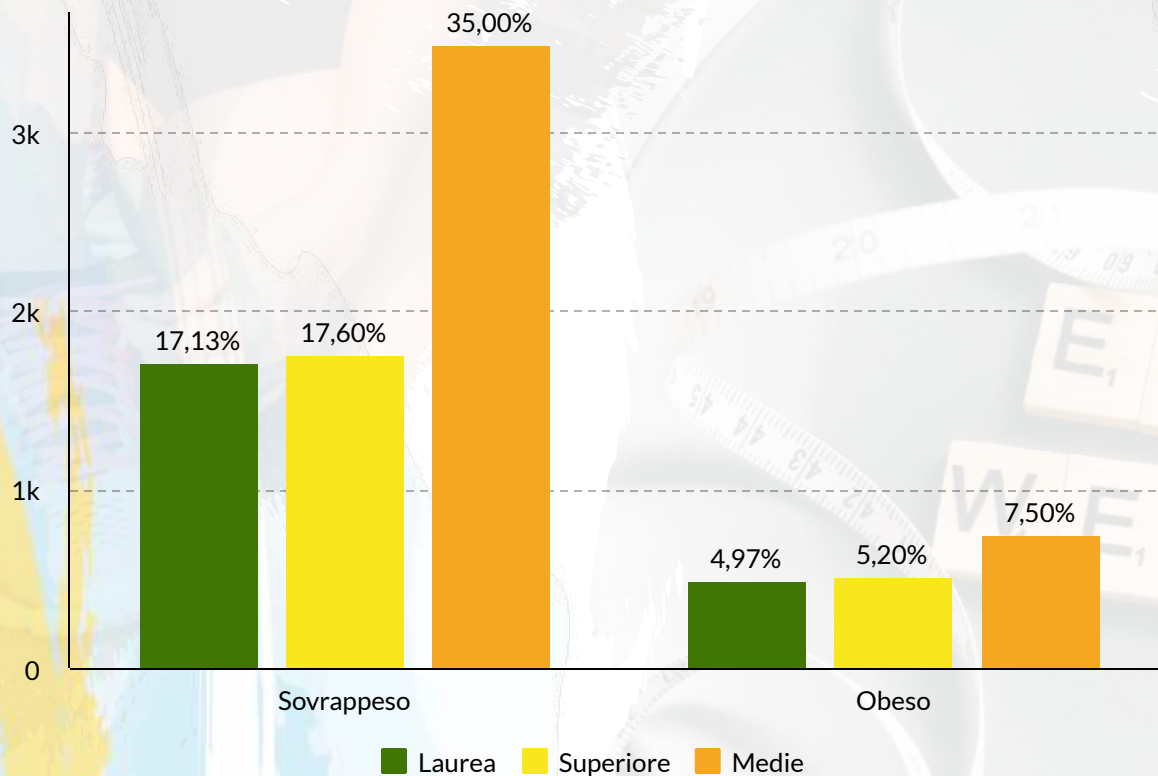
Rispetto alle precedenti analisi il numero di **bambini in sottopeso** è aumentato passando da 1-2% al 9%, questo dato potrebbe essere stato influenzato dal fatto che le misurazioni dei bambini sono state riportate dai genitori a differenza delle precedenti rilevazioni in cui gli operatori ULSS si recavano in classe a misurare e pesare gli alunni. In ogni caso **questa caratteristica è maggiormente presente tra i bambini in famiglie senza difficoltà economiche e con madri con titolo di studio alto.**

La situazione di sovrappeso o obesità del bambino è risultata associata al sesso del bambino, al livello di scolarità della mamma, alla condizione economica familiare e allo stato ponderale dei genitori

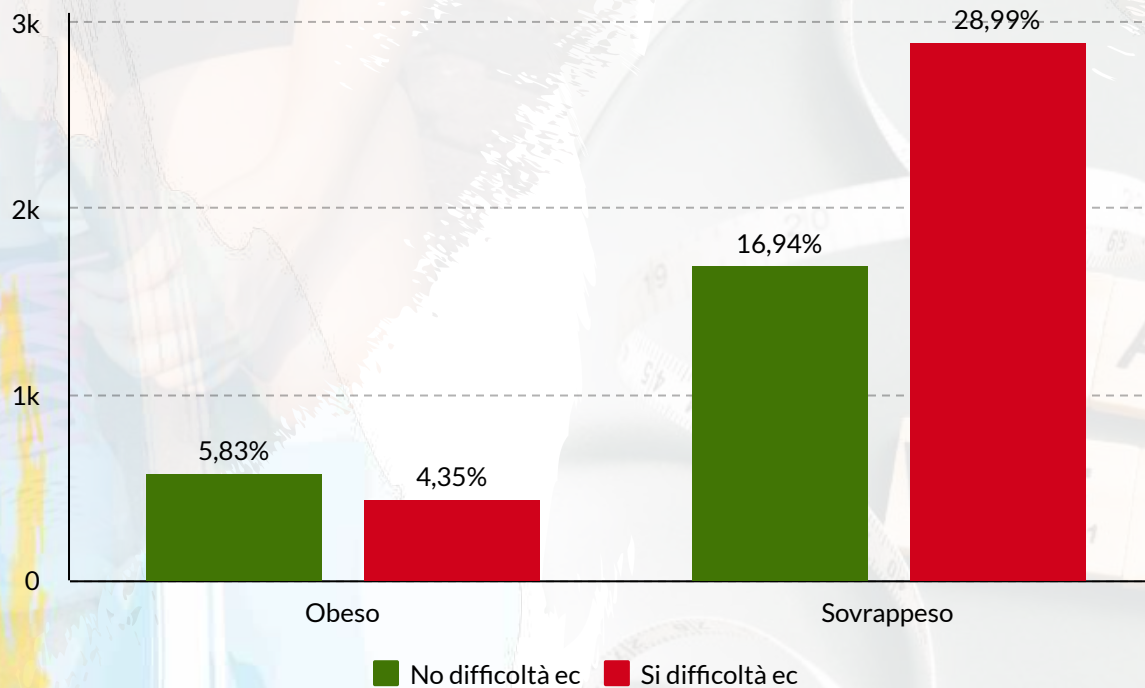
Bambini in sovrappeso per sesso



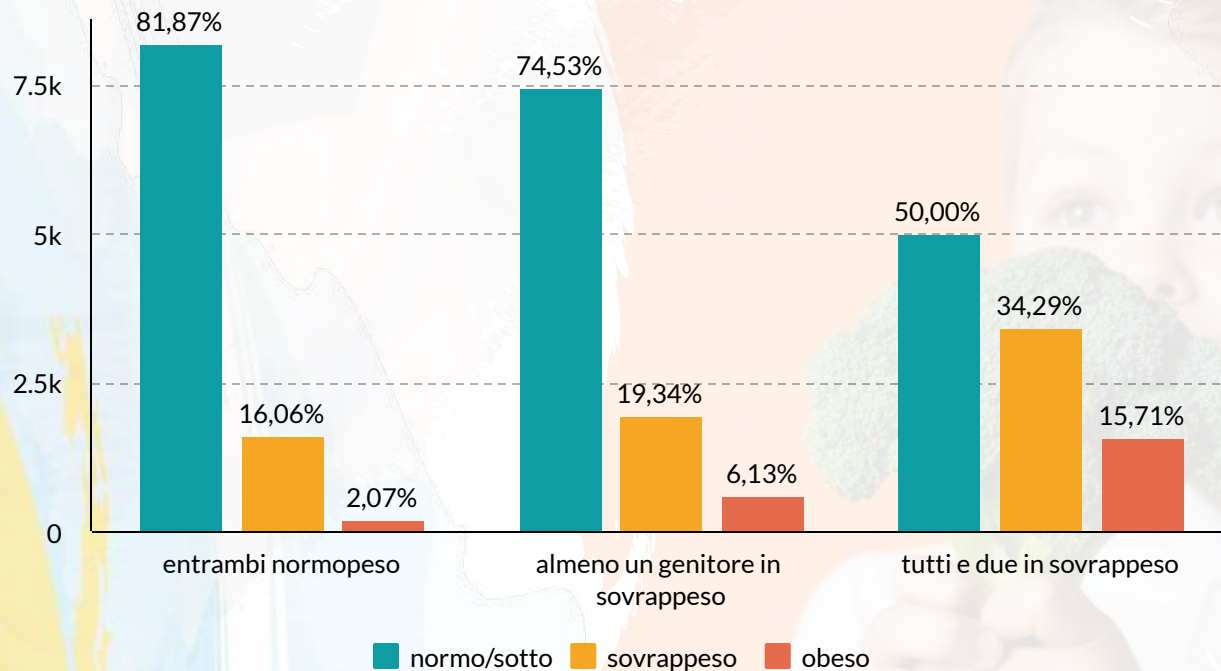
Bambini in sovrappeso per titolo di studio della mamma



Bambini in sovrappeso per condizione economica

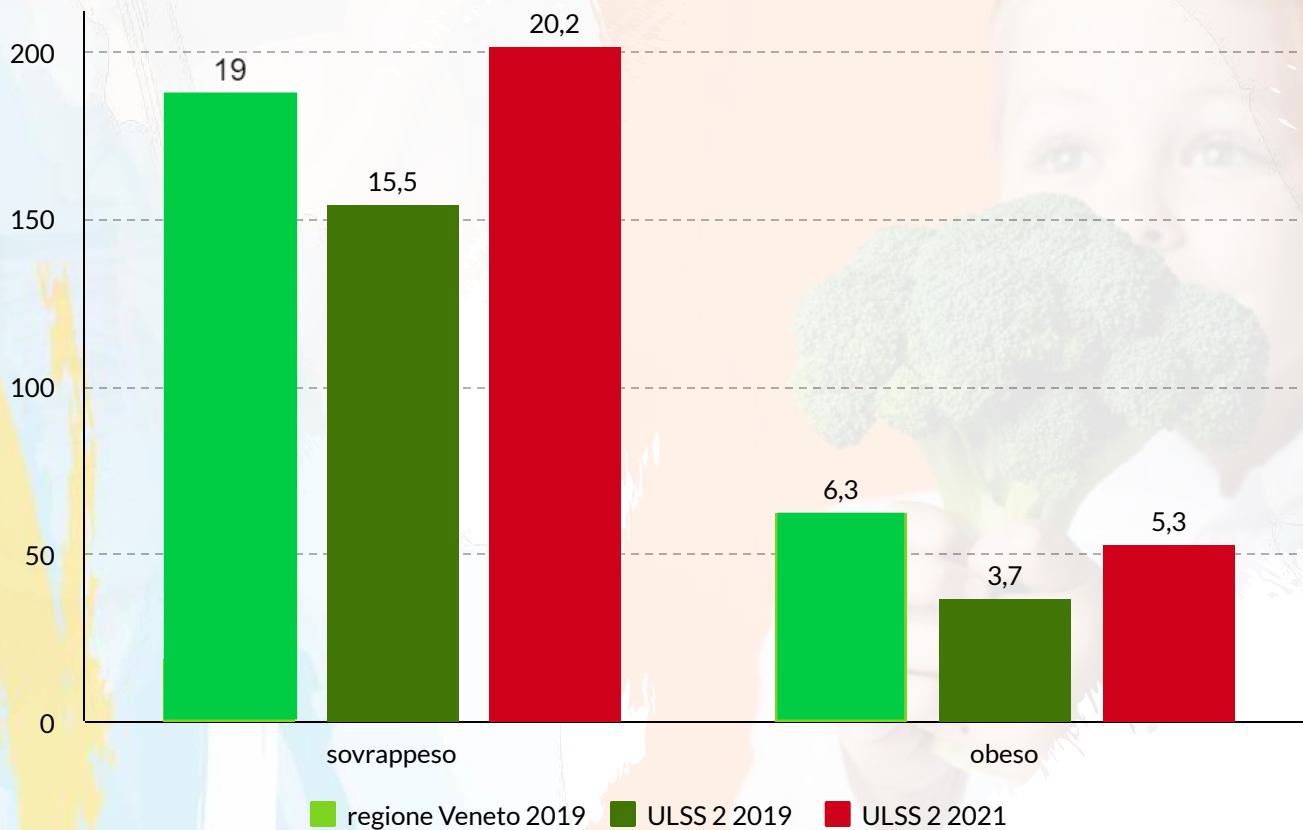


Stato ponderale del bambino rispetto a quello dei genitori

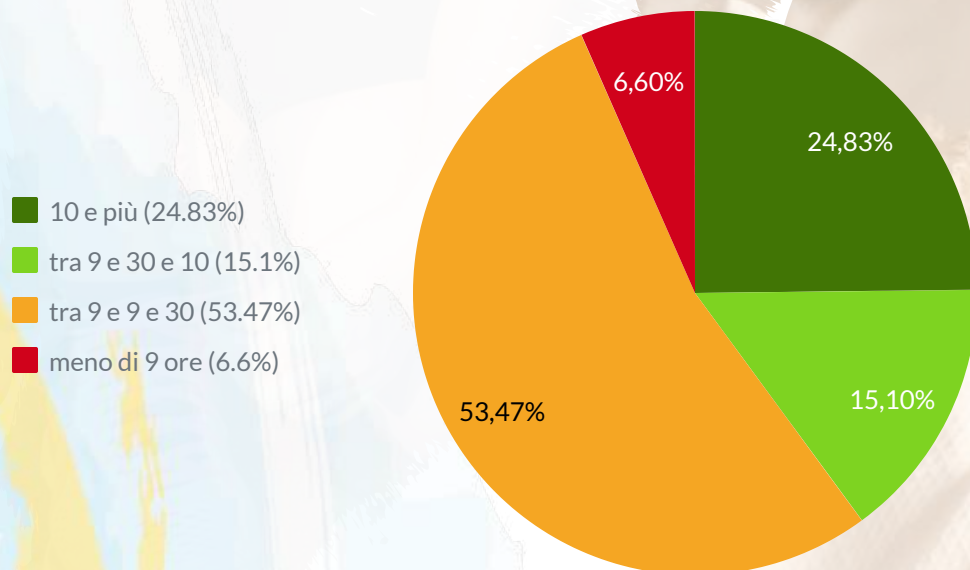


Dai dati autoriferiti dai genitori emerge che, nella nostra ULSS, il 18% delle madri è in sovrappeso e il 6% è obeso; i padri, invece, sono nel 41% sovrappeso e 11% obesi. Quando **almeno uno dei due genitori è in sovrappeso il 19% dei bambini risulta in sovrappeso e il 6% obeso**. Quando **entrambi i genitori sono in sovrappeso è obeso il 16% dei bambini e in sovrappeso il 34%**.

Per un confronto



Quante ore dormono i bambini



**i bambini
dormono
in media
9,5 ore**

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

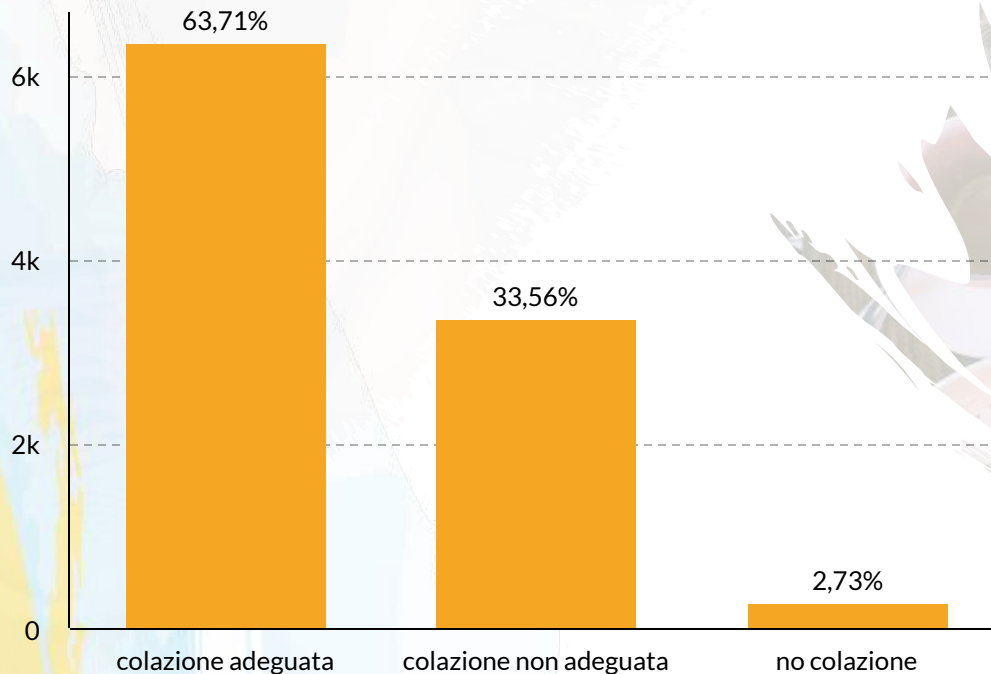
Non sono state rilevate associazioni tra la durata del sonno e lo stato ponderale.

Le abitudini alimentari dei bambini

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

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

Adeguatezza della colazione

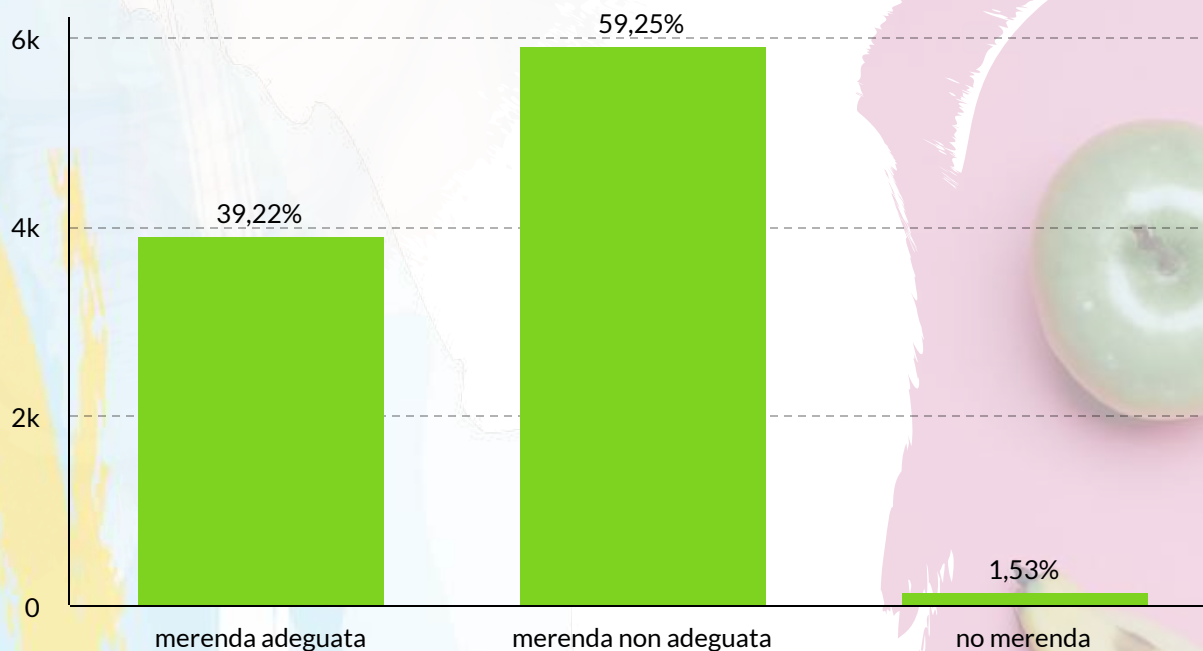


Il 2,73% non fa colazione (non ci sono differenze tra bambini e bambine) e il 33,56% non la fa qualitativamente adeguata.

La prevalenza del fare colazione adeguata è più alta nei bambini figli di genitori laureati.

Adeguatezza della merenda

Oggigiorno viene raccomandato che, se è stata assunta una colazione adeguata, venga consumata a metà mattina una merenda contenente circa 100 calorie, che corrispondono in pratica a uno yogurt o a un frutto o a un succo di frutta senza zuccheri aggiunti.

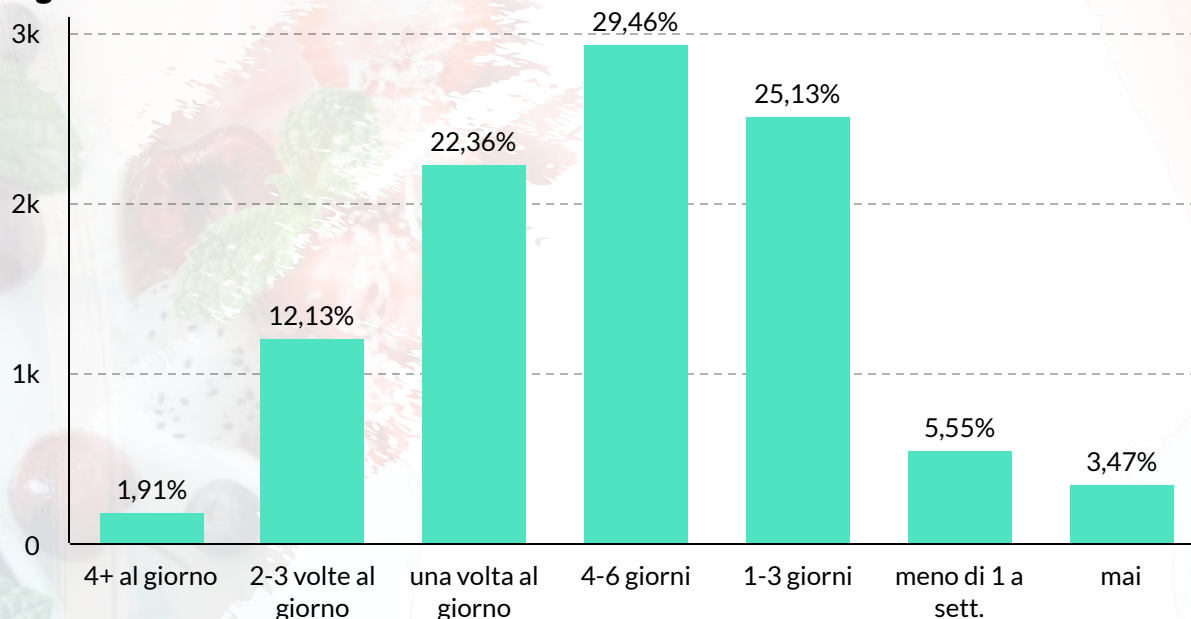


I bambini in sovrappeso o obesi e quelli figli di genitori con titolo di studio basso (fino alla 3 media) fanno più frequentemente una merenda non adeguata (troppo calorica).

Consumo di frutta settimanale

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.

Le linee guida sulla sana alimentazione prevedono l'assunzione di almeno cinque porzioni al giorno di frutta o verdura.

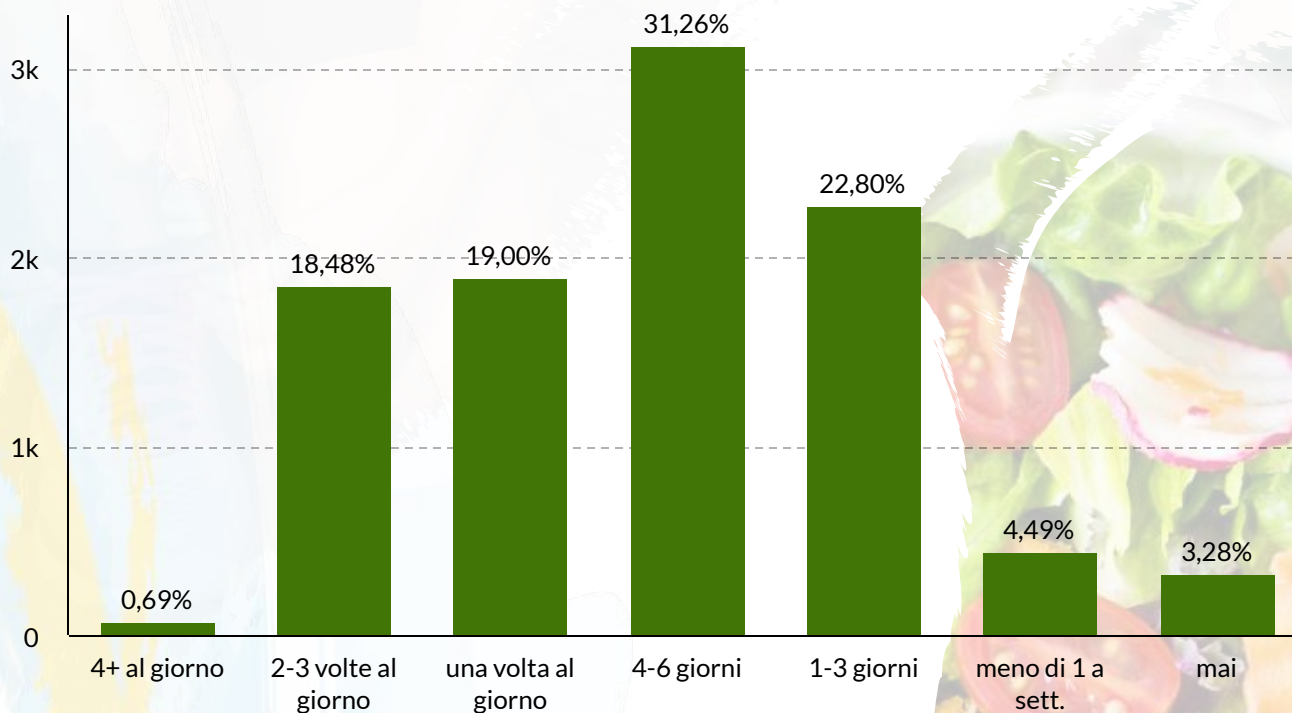


Il 36% dei bambini consuma frutta tutti i giorni.

Sono emerse differenze significative per il livello di istruzione della madre passando dal 43% con laurea al 30% con licenza elementare/media.

Solo il 14% dei bambini consuma la frutta 2 o più volte al giorno; il 63% mangia frutta meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana.

Consumo di verdura settimanale

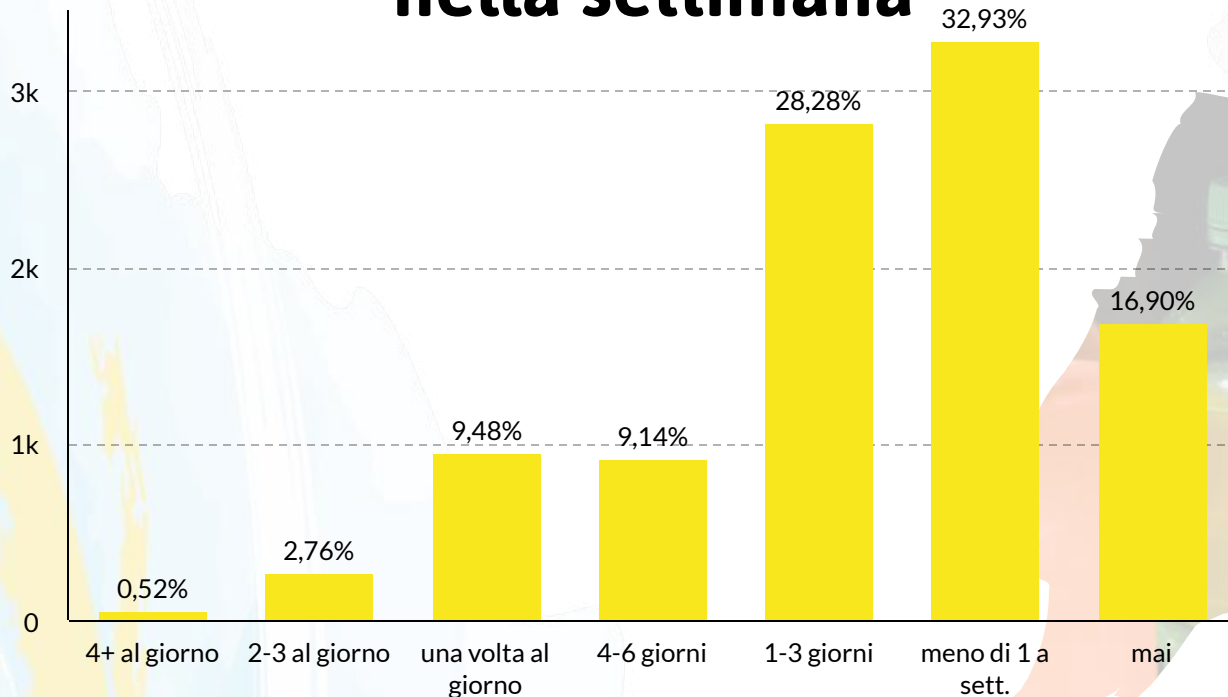


Il 38% dei bambini consuma verdura tutti i giorni.

Sono emerse differenze significative per il livello di istruzione della madre passando dal 46% con laurea al 27% con licenza elementare/media.

Solo il 19% dei bambini consuma la verdura 2 o più volte al giorno; il 61% mangia verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana.

Consumo di bevande zuccherate nella settimana

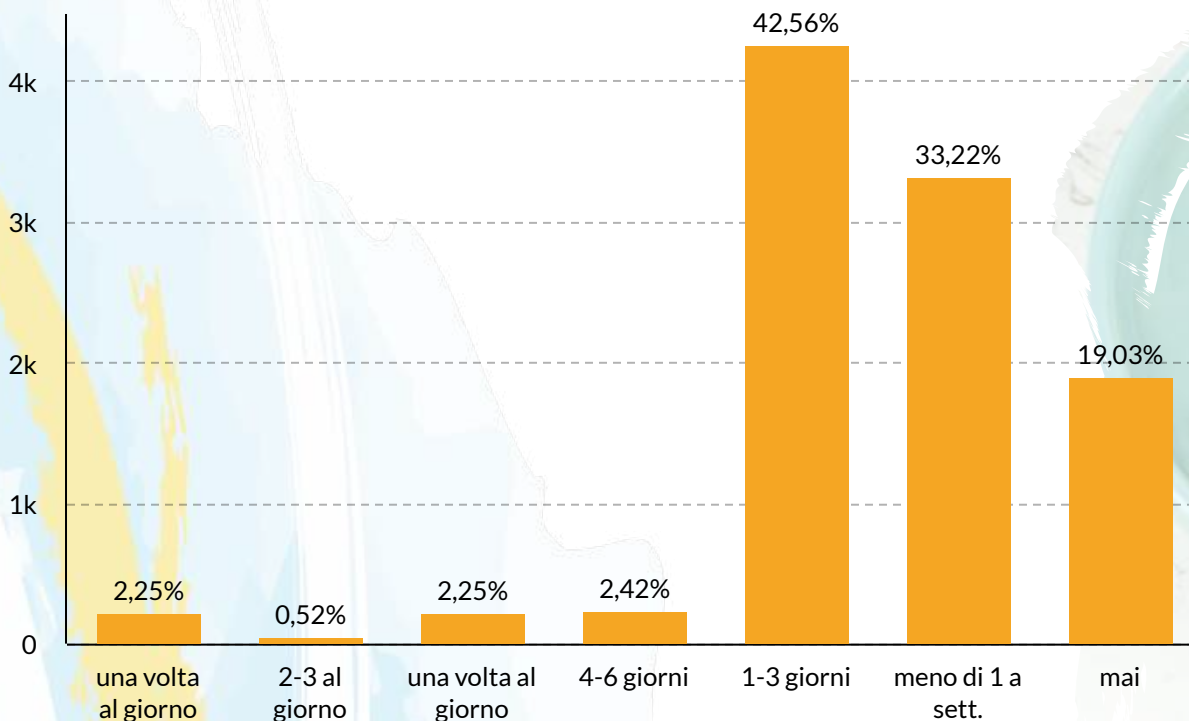


Mediamente in una lattina di bevanda zuccherata (33 cc) è contenuta una quantità di zuccheri aggiunti pari a 40-50 grammi, fra 5 e 8 cucchiaini, con l'apporto calorico che ne consegue.

Il 13% dei bambini assume bevande zuccherate una o più volte al giorno.

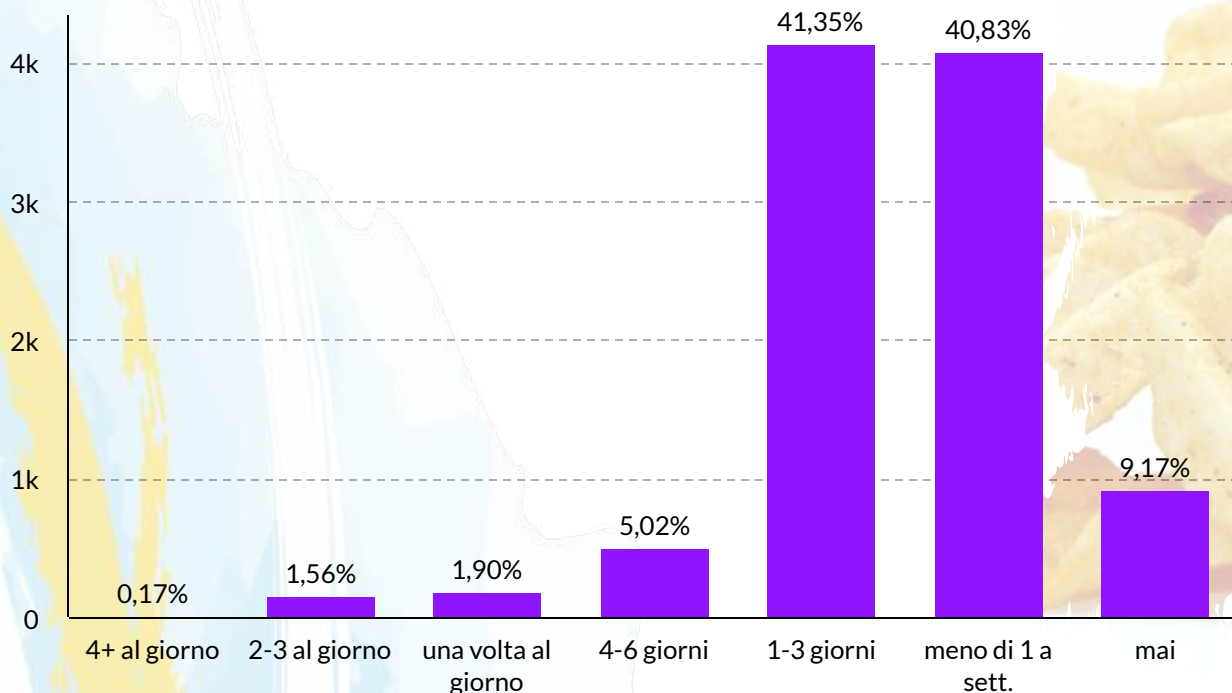
La prevalenza di consumo di bibite zuccherate almeno una volta al giorno diminuisce in modo significativo con il crescere della scolarità della madre, da 21% per titolo basso, a 11% per titolo alto (diploma o laurea).

Consumo di legumi nella settimana



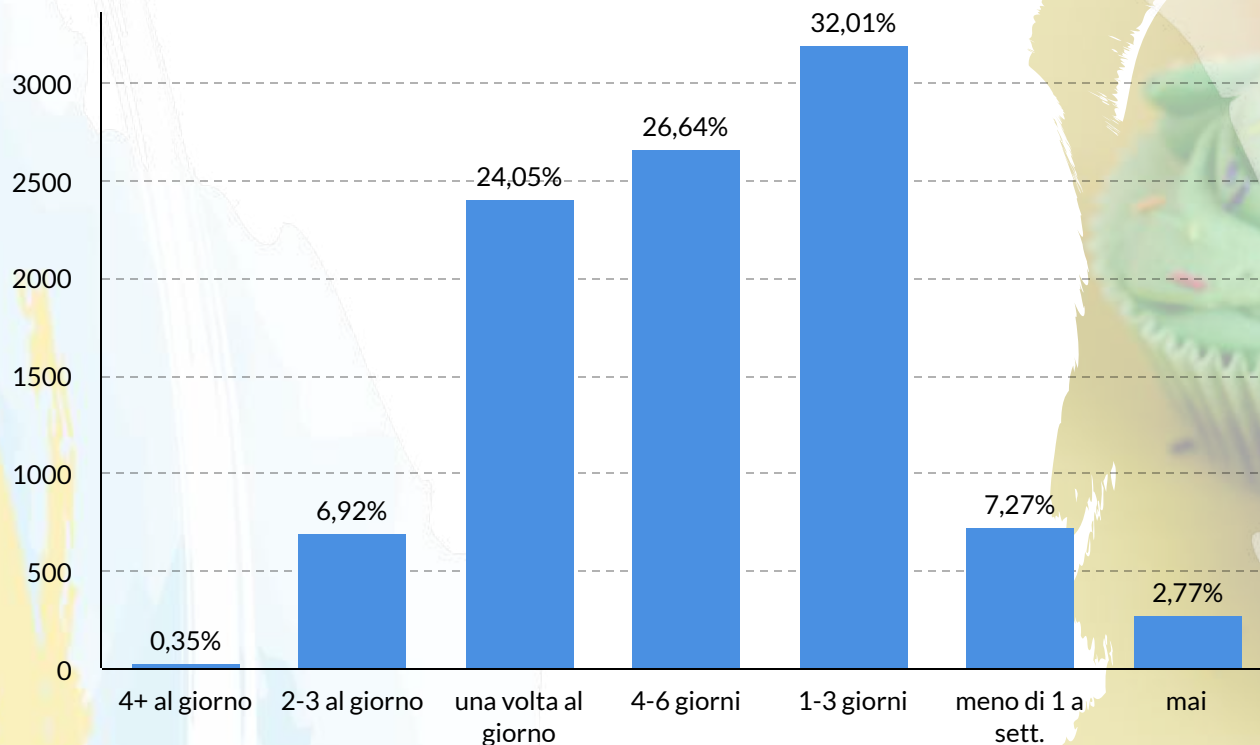
Il 52% dei bambini non consuma mai legumi o meno di una volta a settimana. Questa percentuale decresce con il titolo di studio della mamma. Per i figli di laureate questo valore è il 47%.

Consumo di snack salati nella settimana



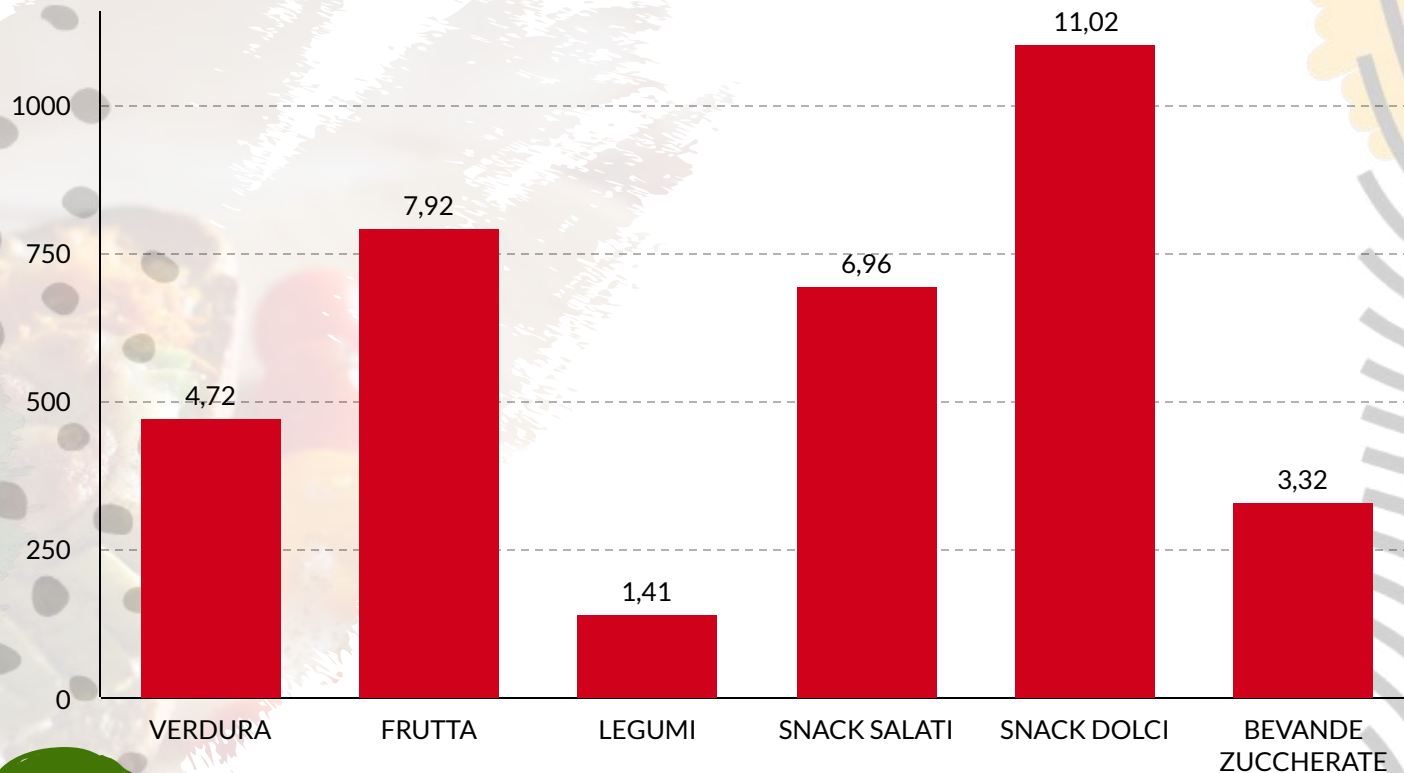
Non sono state riscontrate differenze significative nel consumo di snack salati sia per le caratteristiche dei bambini che a quelle dei loro genitori.

Consumo di snack dolci nella settimana



Non sono state riscontrate differenze significative nel consumo di snack dolci sia per le caratteristiche dei bambini che a quelle dei loro genitori.

Aumento dei consumi durante la pandemia



Durante la pandemia, nella maggior parte dei casi non sono stati riscontrate modificazioni nel consumo degli alimenti considerati.

Comunque l'11% dei bambini ha aumentato il consumo di snack dolci.

L'igiene orale

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

L'89% dei bambini della nostra ULSS ha dichiarato di essersi lavato i denti la sera precedente l'indagine.

Secondo le risposte dei genitori, il 72% dei figli si lava i denti più volte al giorno, il 26% solo una volta al giorno.



L'attività fisica

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

Un'adeguata attività fisica, associata ad una corretta alimentazione, possa prevenire il rischio di sovrappeso nei bambini.

Si consiglia che i bambini facciano attività fisica moderata o intensa ogni giorno per almeno 1 ora.

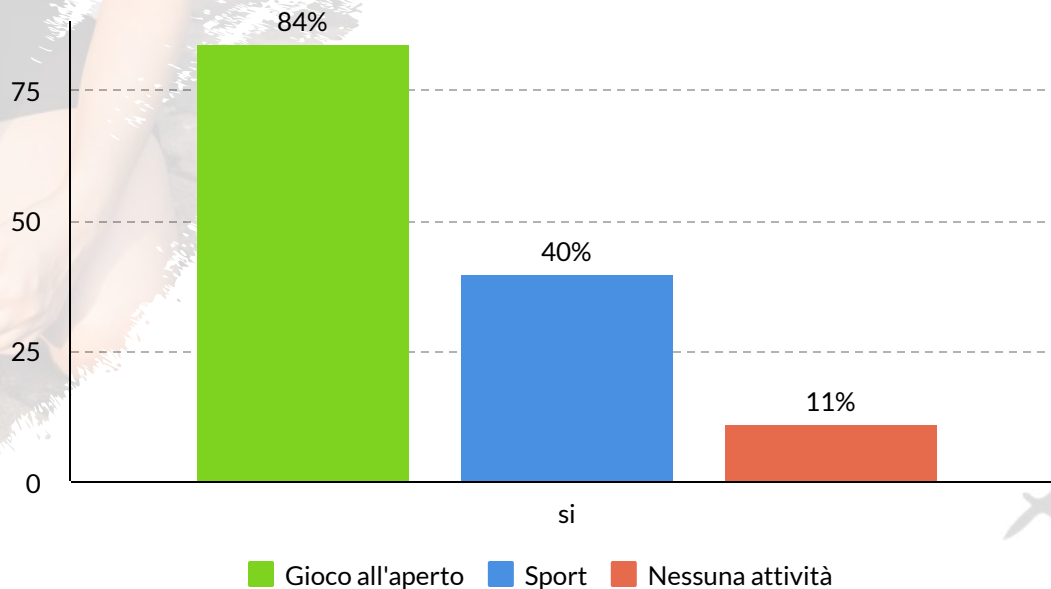
- Questa attività non deve essere
- necessariamente continua ed include
- tutte le attività motorie quotidiane.

La creazione delle condizioni che permettono ai bambini di essere attivi fisicamente dipende innanzitutto dalla comprensione di tale necessità da parte della famiglia e quindi da una buona collaborazione fra la scuola e la famiglia.

Nella nostra sorveglianza, il bambino è considerato non attivo se non ha svolto almeno 1 ora di attività fisica il giorno precedente all'indagine (cioè, attività motoria a scuola e/o attività sportiva strutturata e/o ha giocato all'aperto nel pomeriggio).

Il pomeriggio dopo la scuola costituisce un periodo della giornata eccellente per permettere ai bambini di fare attività fisica. I bambini impegnati in queste attività tendono a trascorrere meno tempo in attività sedentarie e quindi a essere meno esposti al sovrappeso/obesità.

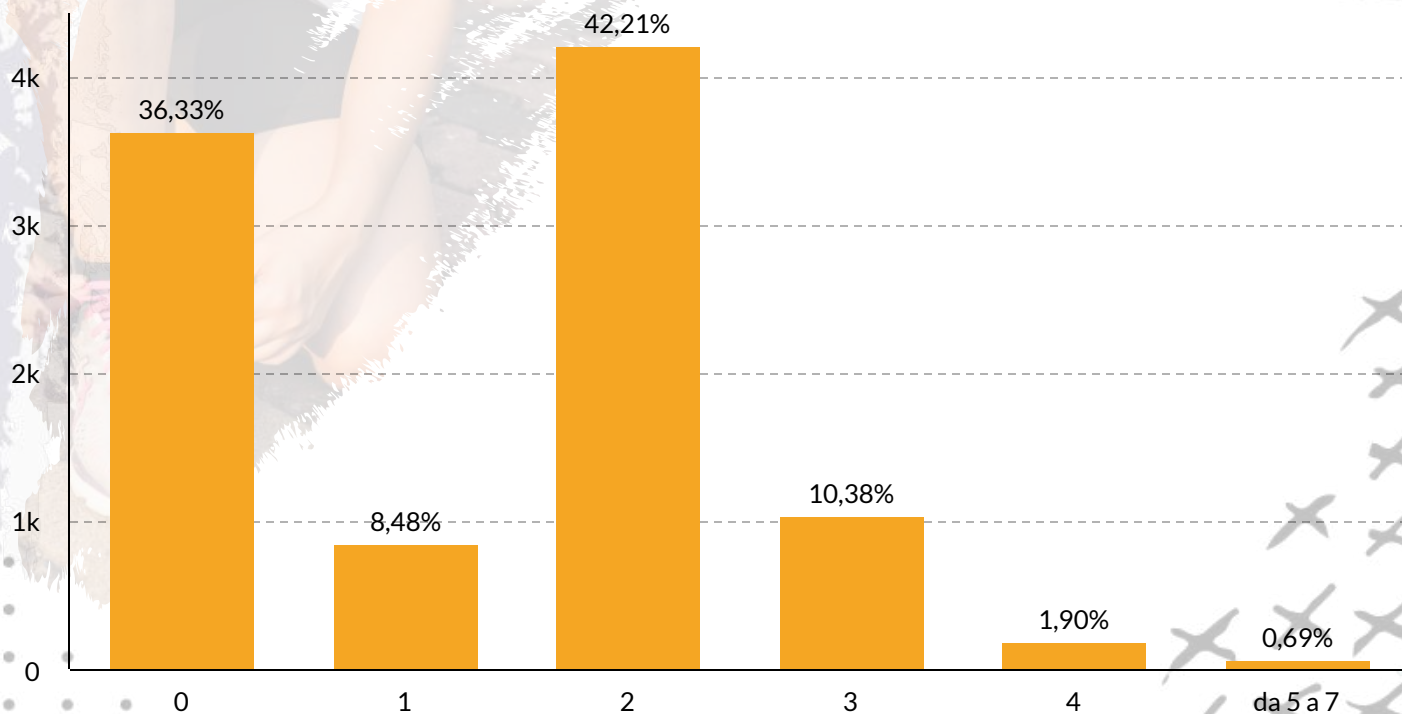
Attività motoria nel pomeriggio precedente



1 bambino su 10 non ha nè giocato liberamente nè praticato sport il pomeriggio precedente all'indagine

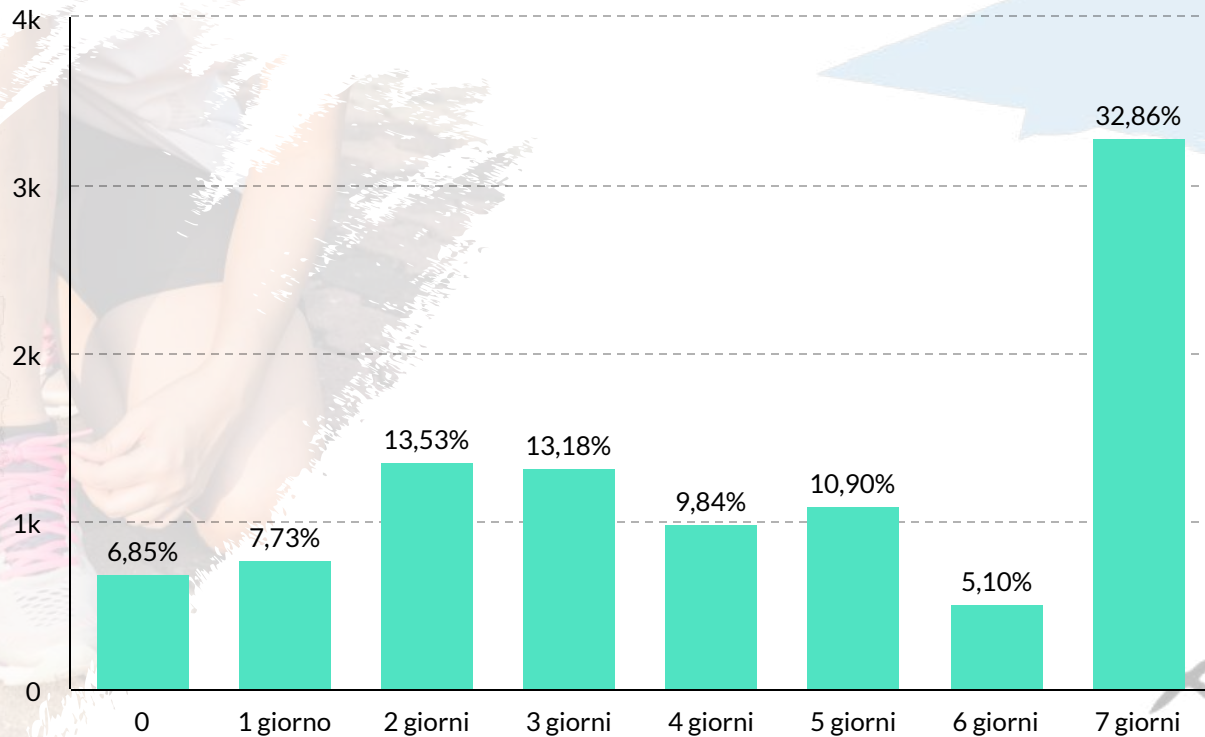
Per stimare l'attività fisica dei bambini si può ricorrere all'informazione fornita dai genitori, ai quali si è chiesto quanti giorni e per quante ore, in una settimana normale, i bambini giocano all'aperto o fanno sport strutturato al di fuori dell'orario scolastico.

Giorni di sport

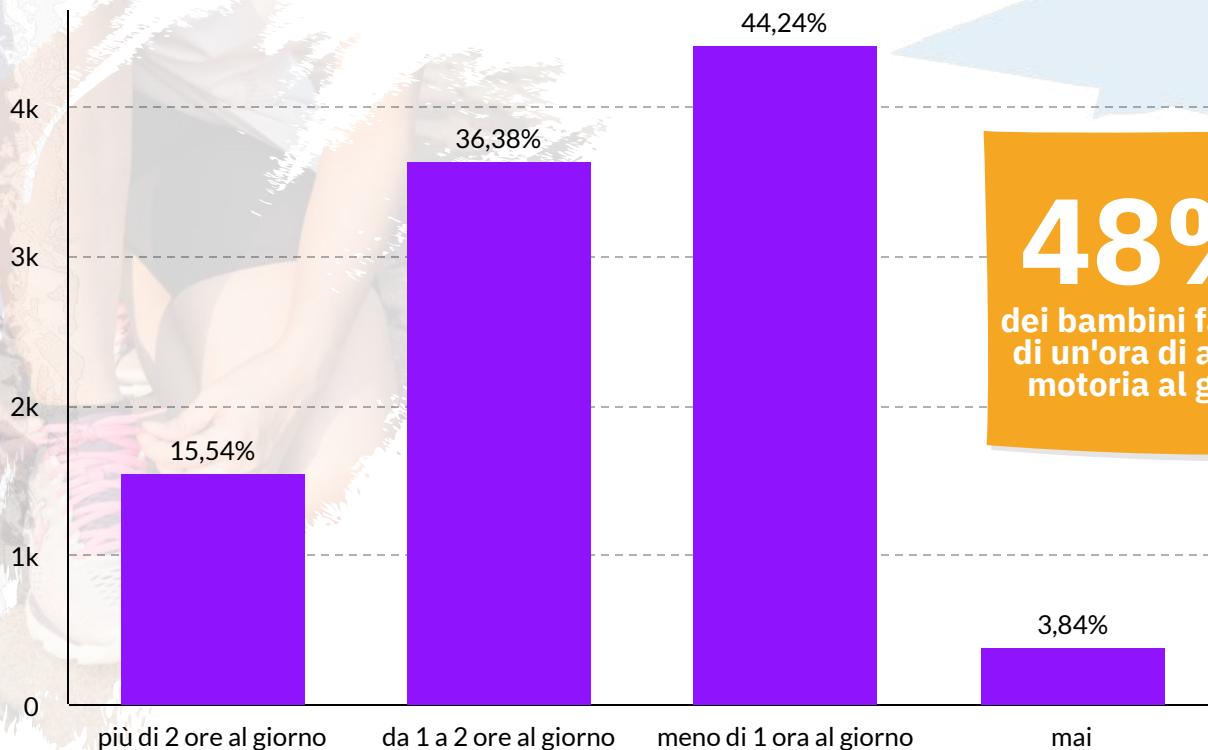


La zona di abitazione non è associata a una diversa frequenza di attività sportiva strutturata da parte dei bambini.

Giorni di giochi di movimento

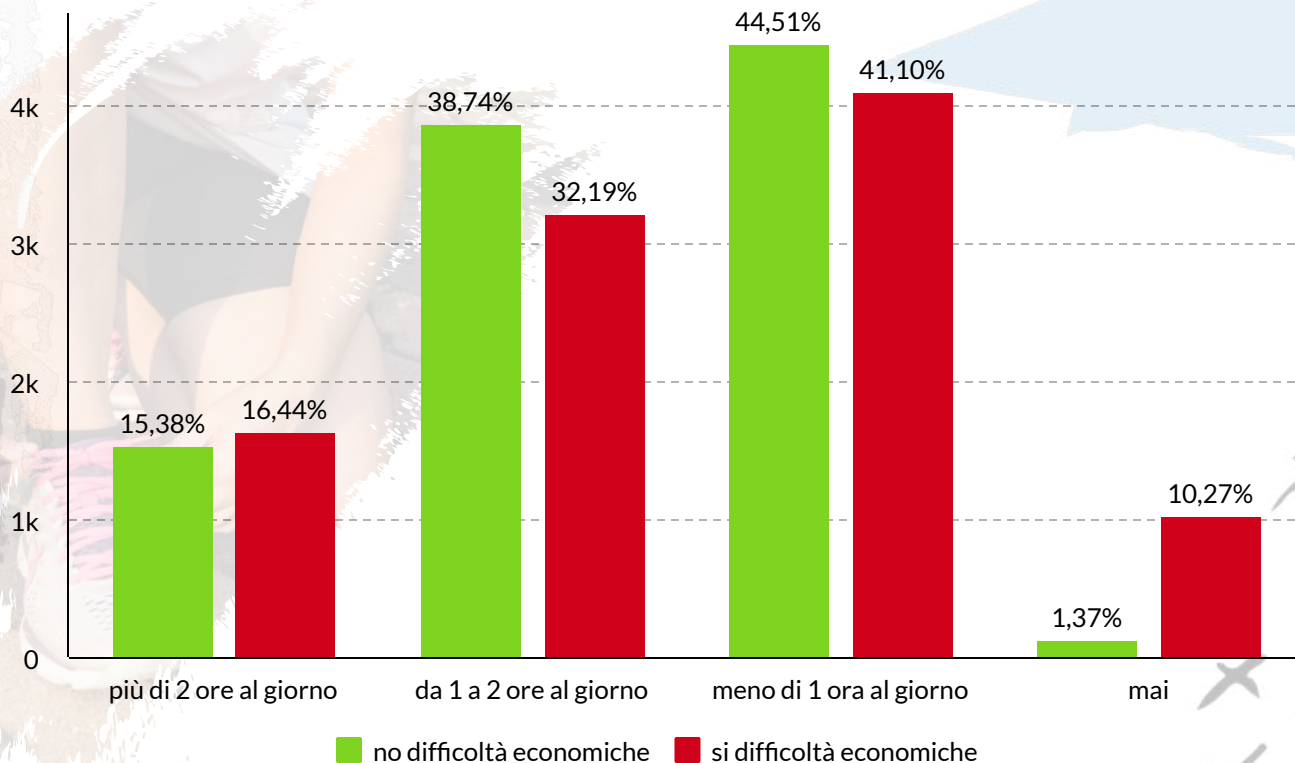


Somma ore di attività fisica giornaliera



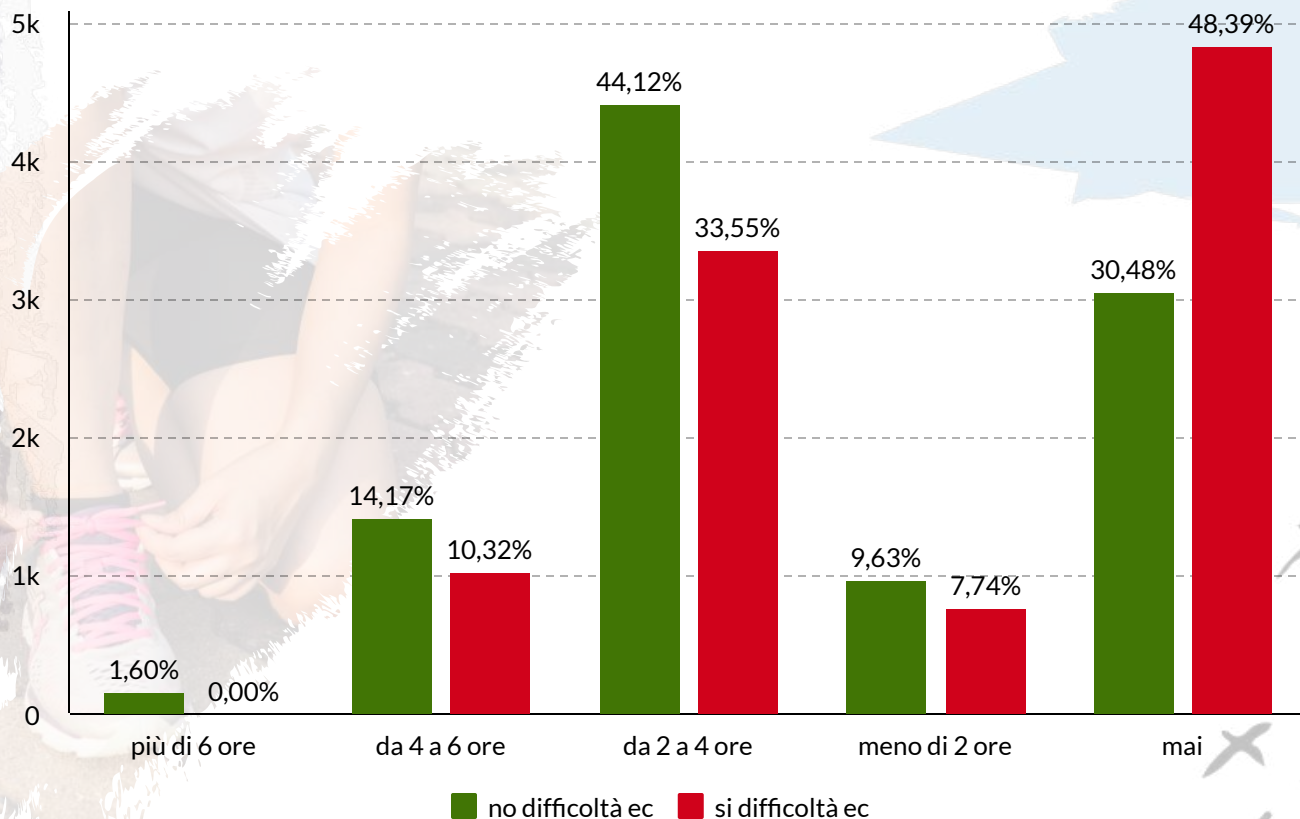
48%
dei bambini fa meno
di un'ora di attività
motoria al giorno

Ore di attività fisica giornaliera per difficoltà economiche



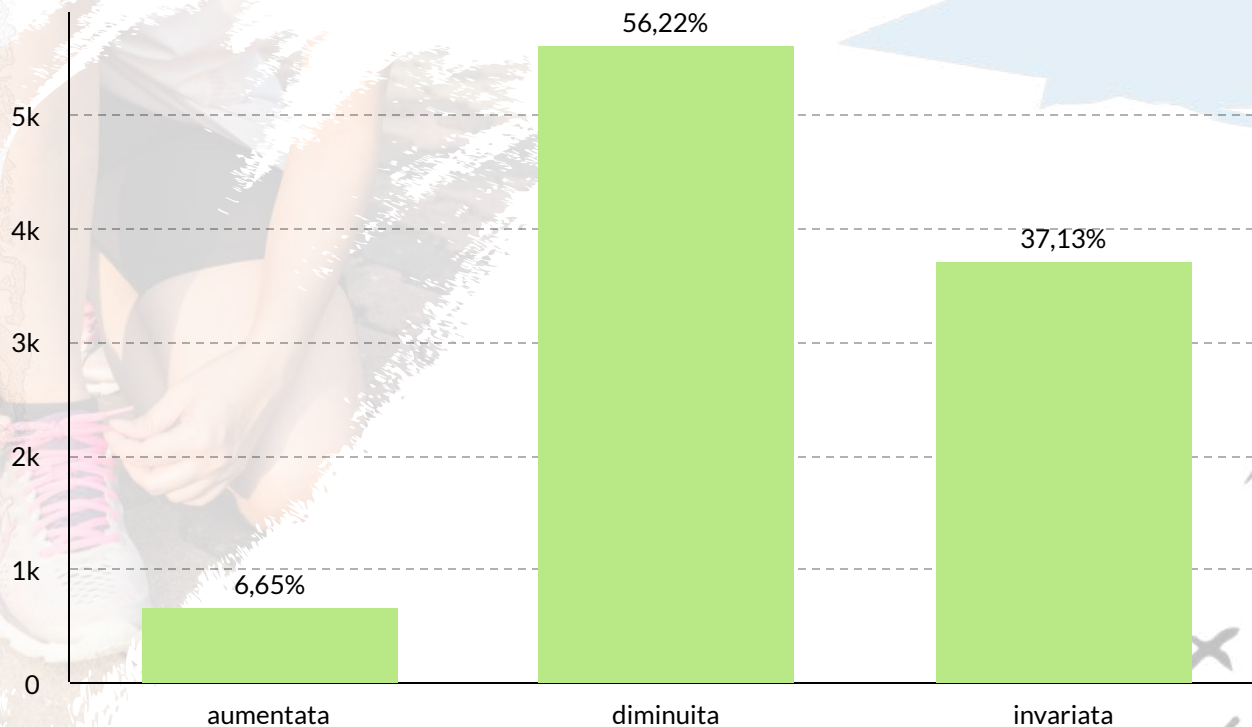
La percentuale di bambini che fanno meno di 1 ora al giorno di attività motoria cresce tra quelli appartenenti a famiglie che dichiarano **difficoltà economiche: 10% non svolge mai attività motoria.**

Ore di sport per difficoltà economiche



Quasi metà dei bambini di famiglie che vivono in difficoltà economiche non svolge attività sportiva

Attività fisica in pandemia

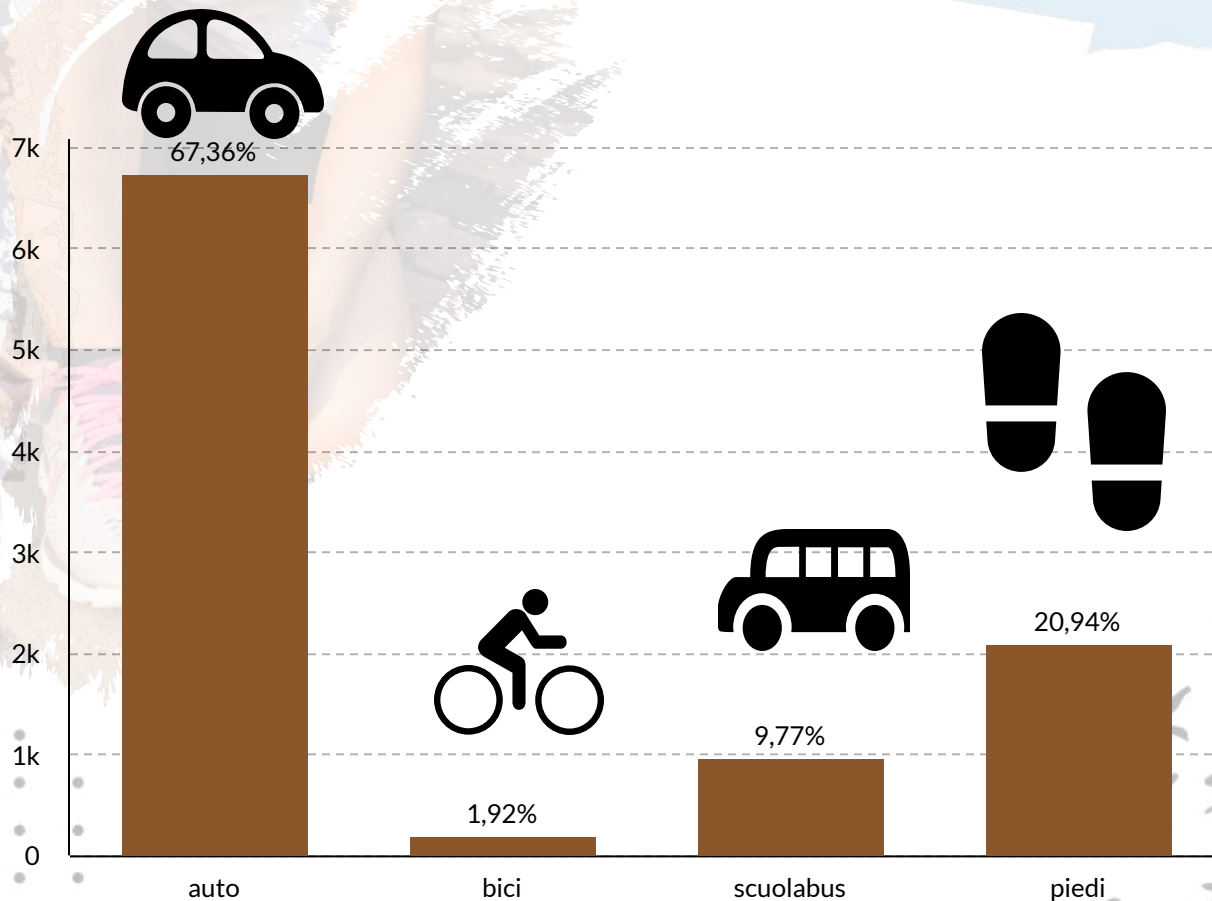


Più di metà dei bambini ha diminuito l'attività fisica durante la pandemia.

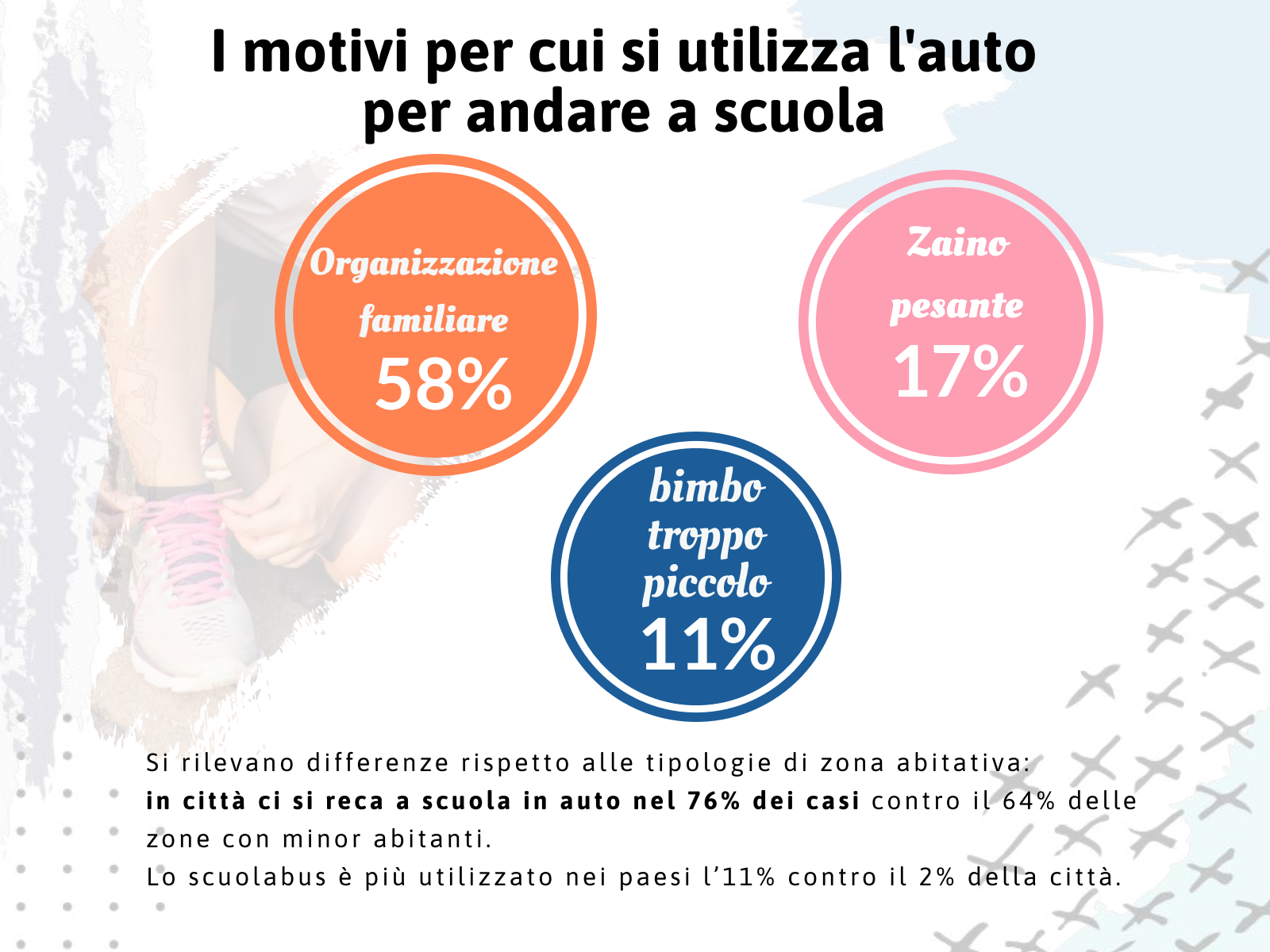
Questo indipendentemente dalla situazione economica familiare o dall'istruzione dei genitori.

Come vanno a scuola i bambini

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



I motivi per cui si utilizza l'auto per andare a scuola



*Organizzazione
familiare*
58%

*Zaino
pesante*
17%

*bimbo
troppo
piccolo*
11%

Si rilevano differenze rispetto alle tipologie di zona abitativa:
in città ci si reca a scuola in auto nel 76% dei casi contro il 64% delle zone con minor abitanti.

Lo scuolabus è più utilizzato nei paesi l'11% contro il 2% della città.

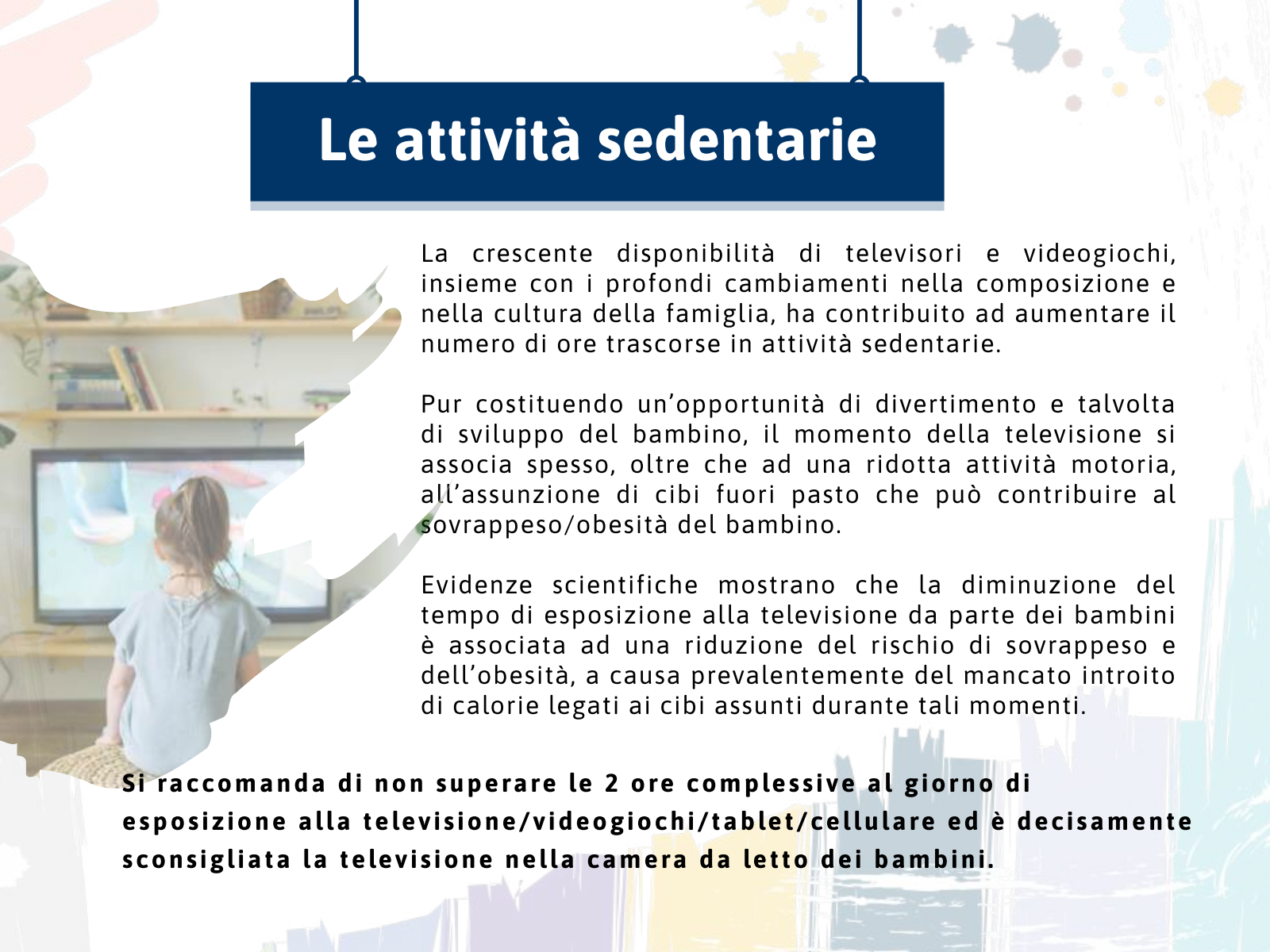
Le attività sedentarie

La crescente disponibilità di televisori e videogiochi, insieme con i profondi cambiamenti nella composizione e nella cultura della famiglia, ha contribuito ad aumentare il numero di ore trascorse in attività sedentarie.

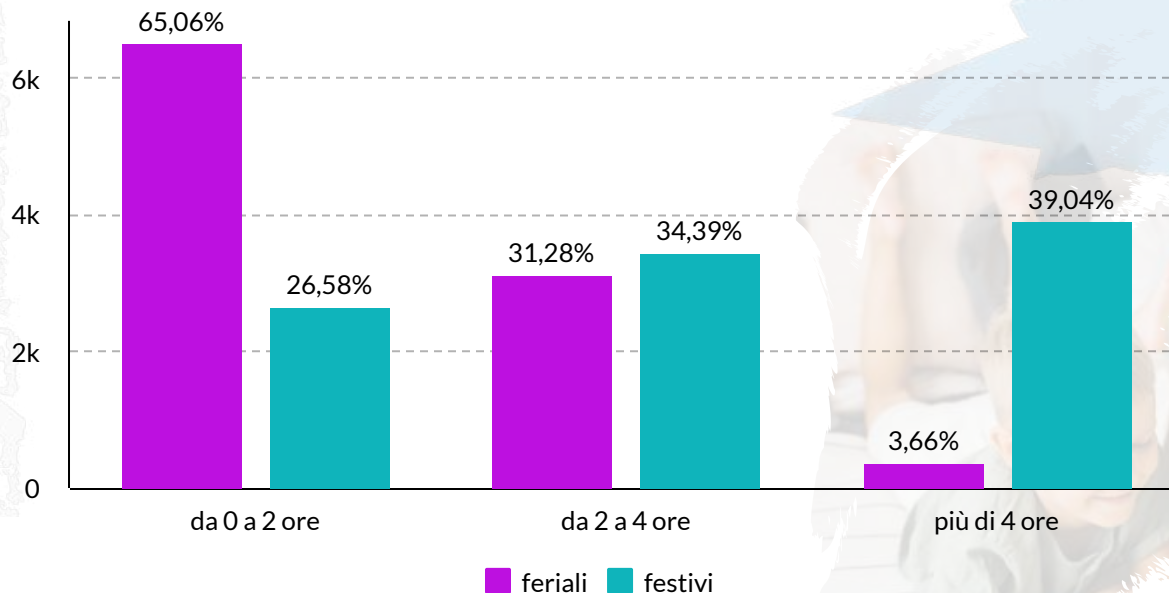
Pur costituendo un'opportunità di divertimento e talvolta di sviluppo del bambino, il momento della televisione si associa spesso, oltre che ad una ridotta attività motoria, all'assunzione di cibi fuori pasto che può contribuire al sovrappeso/obesità del bambino.

Evidenze scientifiche mostrano che la diminuzione del tempo di esposizione alla televisione da parte dei bambini è associata ad una riduzione del rischio di sovrappeso e dell'obesità, a causa prevalentemente del mancato introito di calorie legati ai cibi assunti durante tali momenti.

Si raccomanda di non superare le 2 ore complessive al giorno di esposizione alla televisione/videogiochi/tablet/cellulare ed è decisamente sconsigliata la televisione nella camera da letto dei bambini.



Ore di videogiochi/TV nei giorni feriali e festivi

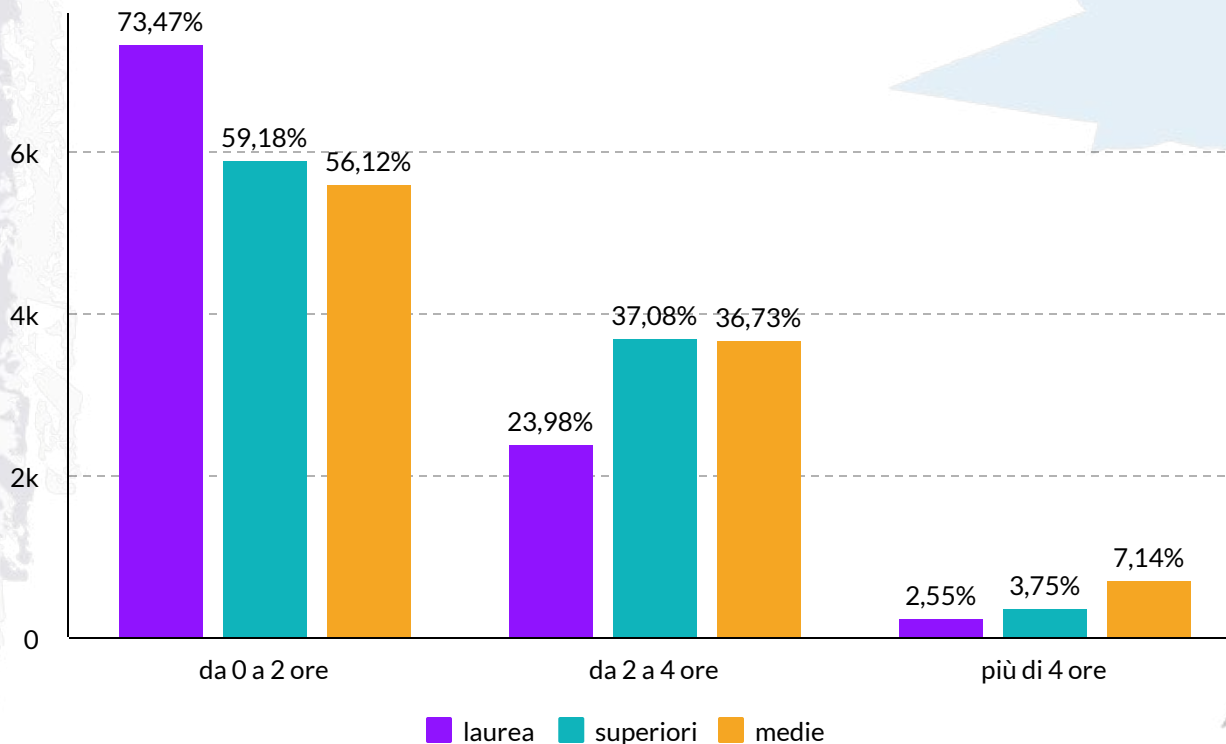


1/3 dei bambini nei giorni feriali e 3/4 nei giorni festivi superano le 2 ore di TV/videogiochi al giorno.

Questi dati possono essere sottostimati nella misura in cui la discontinua presenza parentale non permetta di verificare la durata effettiva del tempo trascorso dai bambini nelle diverse attività.

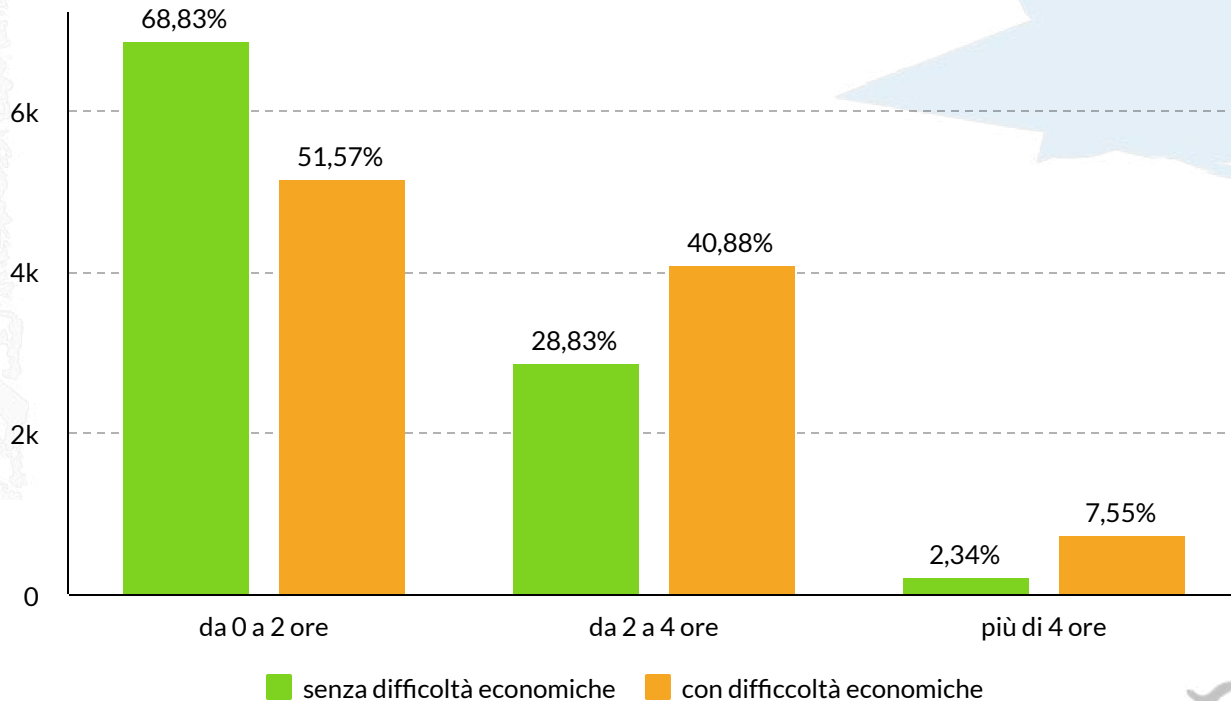
Inoltre, **il 17% dei bambini ha un televisore nella propria camera.**

Esposizione video/tv giorni feriali- istruzione mamma



L'esposizione a più di 2 ore di TV al giorno diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre e con il miglioramento delle condizioni economiche.

Esposizione a TV e video in base alle condizioni economiche



Pandemia, TV e videogiochi

Durante la pandemia il 42% dei bambini ha aumentato il tempo trascorso davanti ai videogiochi, e il 32% quello davanti alla TV (solo il 6% lo ha diminuito).

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

32% dei bambini
ha guardato la
TV la mattina
prima di andare a
scuola.

Il 56% dei bambini ha guardato la televisione e il 40% ha utilizzato videogiochi/tablet/cellulare il pomeriggio del giorno precedente; mentre la sera dopocena il 64% ha guardato la TV e il 25% ha utilizzato videogiochi.

Solo l'11% dei bambini non ha guardato la TV o utilizzato i videogiochi/tablet/cellulare nelle 24 ore antecedenti l'indagine
il 24% lo ha fatto in un periodo della giornata
il 42% in due periodi
il 23% ne ha fatto uso durante la mattina il pomeriggio e la sera.

L'esposizione a tre momenti di utilizzo di TV e/o videogiochi/tablet/cellulare è più frequente tra i maschi (25% versus 20%) e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre e con le condizioni economiche migliori.

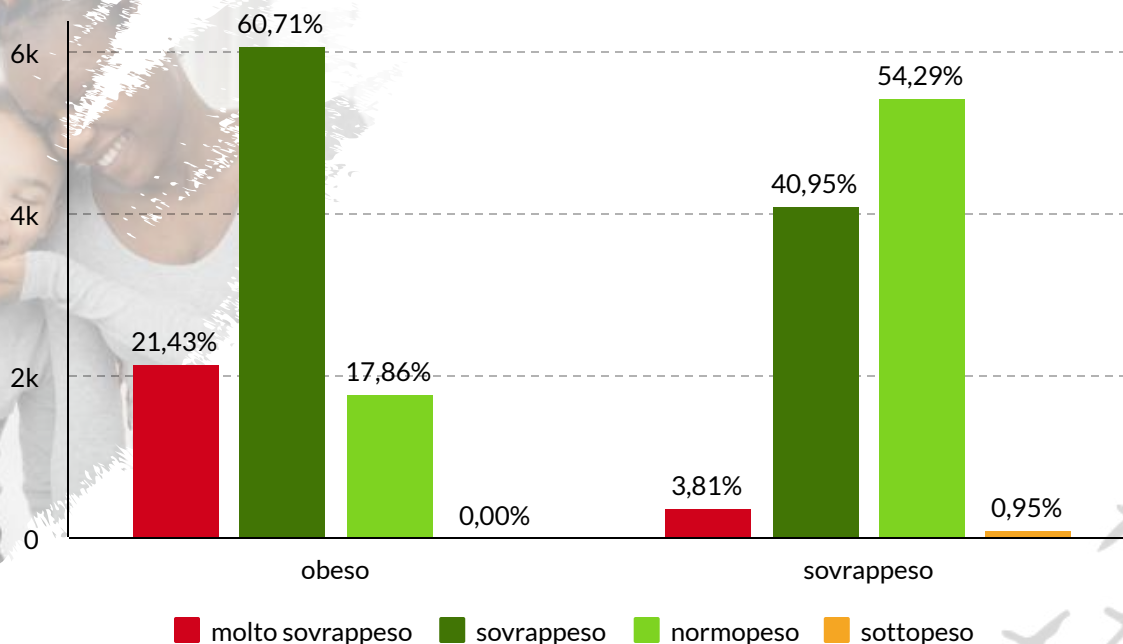
La percezione della madre rispetto al figlio

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



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.

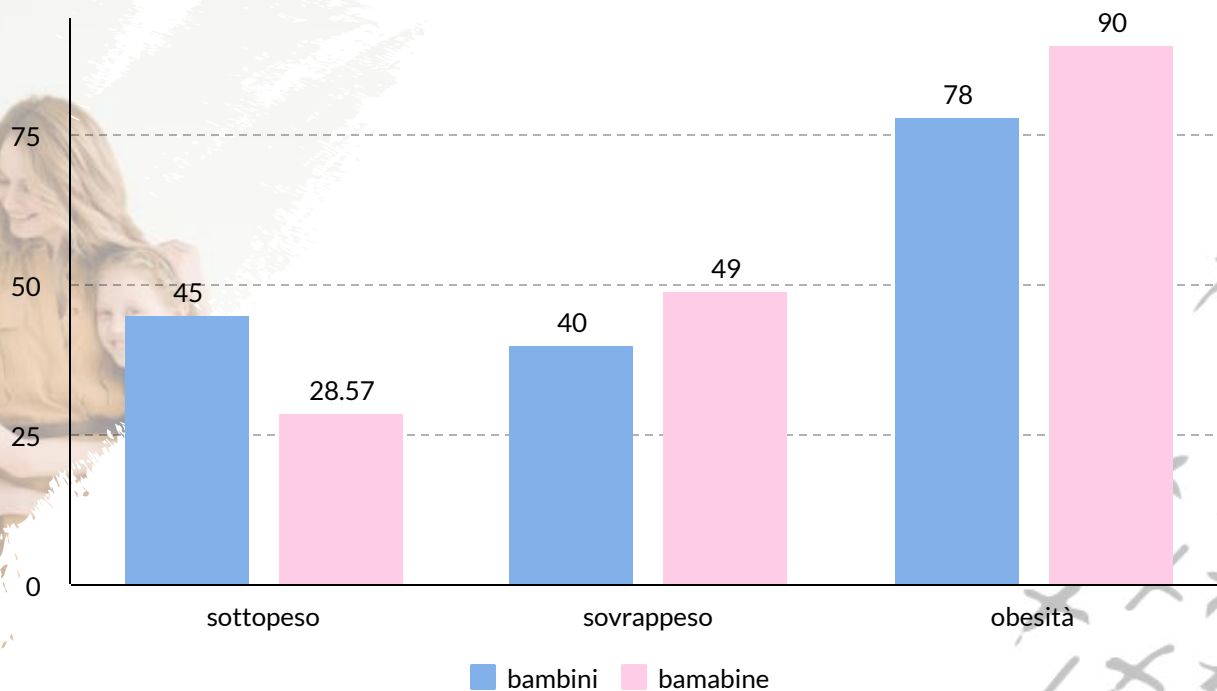
Percezione materna dello stato ponderale dei figli



Nella nostra ULSS ben il 54% delle madri di bambini sovrappeso e il 17% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso o sottopeso.

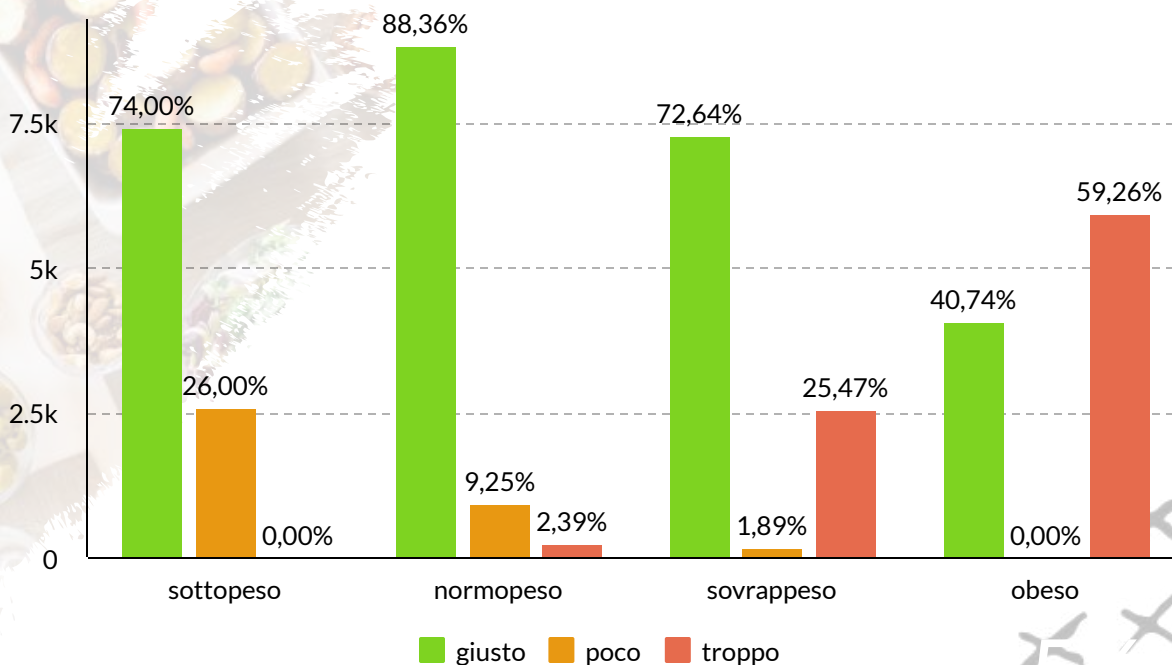
La percezione del peso dei bambini da parte dei genitori varia a seconda del sesso del bambino: nei maschi è percepita più correttamente la condizione di sottopeso, nelle bambine invece quella di sovrappeso o obesità.

Percezione corretta del peso da parte dei genitori



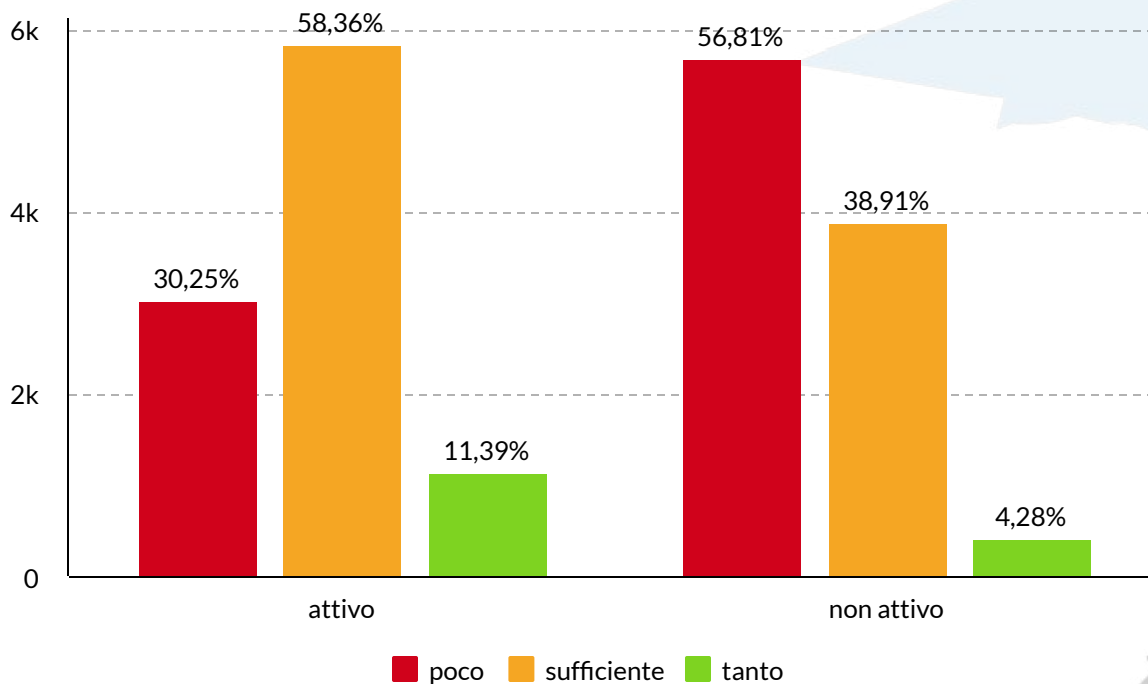
La percezione della quantità di cibo assunto dai propri figli può anche influenzare la probabilità di operare cambiamenti positivi. Anche se vi sono molti altri fattori determinanti di sovrappeso e obesità, l'eccessiva assunzione di cibo può contribuire al problema.

Percezione genitoriale della quantità di cibo assunta dai figli



Il 25% dei genitori di bambini sovrappeso e il 59% di quelli di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo.

Percezione dell'attività fisica praticata



All'interno del gruppo di bambini non attivi, il 39% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e il 4% molta attività fisica.

Conclusioni

Un bambino su 2 non svolge attività fisica sufficiente e uno su 4 è in condizioni di sovrappeso o obesità.

La pandemia ha acuito questa situazione, più di metà dei bambini ha diminuito il tempo dedicato all'attività fisica e invece più del 40% ha aumentato il tempo trascorso davanti a TV o videogiochi.

Inoltre la pandemia ha peggiorato la condizione economica per il 34% delle famiglie. Questo è particolarmente importante in quanto le situazioni e i comportamenti pericolosi per la salute dei bambini (sedentarietà, scarsa attività fisica, scorrette abitudini alimentari, sovrappeso) sono più diffusi nelle famiglie che lamentano difficoltà economiche oltre che in quelle con livello di istruzione più basso.

La ripresa delle normali attività (scolastiche e non) dopo la pandemia, dovrà innanzitutto contrastare la cronicizzazione di queste "cattive abitudini". Saranno pertanto necessari interventi che tengano conto sia degli aspetti legati al peggioramento degli stili di vita sia di quelli derivati dal deficit di socializzazione e dall'accrescimento delle disuguaglianze socioeconomiche.