



SORVEGLIANZE NAZIONALI STUDIO OSSERVAZIONALE "OKKio ALLA SALUTE", 2008

I BAMBINI FISICAMENTE "NON ATTIVI": UN'ANALISI DEI DATI SUI BAMBINI DI OTTO ANNI DELLE SCUOLE PRIMARIE

Stefano Bilei¹, Olivia Callipari¹, Nancy Binkin², Alberto Perra² e Gruppo di coordinamento nazionale "OKKio alla SALUTE"^{**}

¹VI coorte Profea^{**}

²Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Come in molti altri Paesi, anche in Italia, negli ultimi anni, sovrappeso e obesità infantile stanno assumendo dimensioni preoccupanti. Nel 2008 è stato avviato a livello nazionale un sistema di sorveglianza nutrizionale, "OKKio alla SALUTE", la cui metodologia è stata già descritta in dettaglio (1), che ha evidenziato come il 12% dei bambini è obeso e il 24% è in sovrappeso. Tra i fattori chiamati in causa come principali determinanti di questo importante problema di sanità pubblica, assume particolare rilevanza la diffusione di comportamenti alimentari errati e di stili di vita sedentari già in età evolutiva (2). Mentre per gli adulti ci sono diversi studi che evidenziano un'associazione tra sovrappeso/obesità e scarsa attività fisica, per i bambini i risultati sono più controversi (3).

Congiuntamente all'obesità, numerose sono le evidenze scientifiche che indicano come i comportamenti sedentari sono alla base di numerose condizioni patologiche (4, 5), ma risulta difficile, in età infantile, valutare le interazioni e le possibili associazioni causa-effetto tra adeguata attività fisica o, di contro, alcuni comportamenti sedentari e regolazione del peso corporeo (6). Obiettivo del presente lavoro è descrivere, attraverso l'analisi dei

dati ottenuti dal sistema di sorveglianza "OKKio alla SALUTE" nel 2008, alcune caratteristiche dei bambini delle classi terze primarie, considerati "non attivi". All'interno del nostro studio, per bimbo "non attivo" si è definito quel bambino che, nelle 24 ore che hanno preceduto la somministrazione del questionario, non ha fatto attività motoria a scuola, non ha fatto attività sportiva strutturata e non ha giocato all'aperto nel pomeriggio. L'analisi dei dati è stata eseguita utilizzando le funzioni per campioni complessi dei software Epi-Info (versione 3.5.1) e STATA (versione 9.2). Sono stati inclusi nella presente analisi i bambini di età compresa tra 96 e 120 mesi (8-9 anni) di 2.610 classi scolastiche di 18 regioni d'Italia, il cui questionario rivolto ai genitori è stato compilato dalla madre (n = 37.285). La partecipazione delle famiglie all'indagine è stata molto elevata (3% di rifiuti). L'analisi del nostro campione è stata eseguita identificando i bimbi "non attivi" e studiando tale caratteristica in funzione di altre variabili, quali sesso, titolo di studio della madre e suo stato occupazionale, zona geografica, area di residenza e presenza della TV in camera. I risultati della nostra analisi sono illustrati nella Tabella. Nel nostro campione sono risultati complessivamente "inattivi" 9.311

(25,2%) bambini. La zona geografica e il sesso sembrano influenzare la condizione di bimbo "non attivo". Nella nostra analisi, infatti, sono meno attivi i bimbi che risiedono al Sud (28,8%, IC 95%: 27,0-30,7, OR aggiustato: 1,4; IC 95%: 1,2-1,6) rispetto a quelli che vivono al Nord e al Centro e le femmine (27,3%, IC 95%: 25,9-28,6, OR: 1,2) rispetto ai maschi (24,4%, IC 95%: 23,2-25,7). Vivere in zone rurali, rispetto a quelle urbane o metropolitane, sembrerebbe essere al contrario un fattore protettivo rispetto alla condizione di bimbo "non attivo". Non è stata effettuata alcuna analisi tra attività fisica e prevalenza di sovrappeso e obesità riscontrata, in quanto il disegno adottato da "OKKio alla SALUTE", studio trasversale di prevalenza, non consente di identificare chiaramente un legame associativo causale. L'elevata percentuale di bambini considerati "non attivi", pari a 1 su 4 dell'intero campione, deve far riflettere sulla necessità di interventi per una sua significativa riduzione. Sebbene la relazione tra attività fisica e situazione nutrizionale nei bambini non sia stata ancora dimostrata e non esistano documentate raccomandazioni in termini di tipologia e durata dell'attività fisica ritenute necessarie alla promozione e al mantenimento di un'adeguata situazione ►

(*) Gruppo "OKKio alla SALUTE": Angela Spinelli, Giovanni Baglio, Nancy Binkin, Mauro Bucciarelli, Chiara Cattaneo, Gabriele Fontana, Anna Lamberti, Alberto Perra, Silvia Andreozzi, Silvia Meucci (coordinamento, Istituto Superiore di Sanità), Daniela Galeone (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali), Maria Teresa Silani, Edvige Mastantuono, Silvana Teti (Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio), Laura Censi, Dina D'Addesa, Amleto D'Amicis (INRAN), Antonio Ciglia e Manuela Di Giacomo (Regione Abruzzo), Gabriella Cauzillo e Gerardina Sorrentino (Regione Basilicata), Giuseppina Fersini e Giuseppe Perri (Regione Calabria), Giuseppina De Lorenzo (Regione Campania), Paola Angelini e Emanuela Di Martino (Regione Emilia-Romagna), Claudia Carletti e Rossana Rincorosi (Regione Friuli-Venezia Giulia), Giulia Cairella e Esmeralda Castronuovo (Regione Lazio), Federica Pascali e Paola Oreste (Regione Liguria), Giordano Giostra e Giuliano Tagliavento (Regione Marche), Teresa Manfredi Selvaggi (Regione Molise), Marcello Caputo (Regione Piemonte), Savino Anelli e Vincenzo Pomo (Regione Puglia), Pina Arras e Grazia Cattina (Regione Sardegna), Achille Cernigliaro e Simonetta Rizzo (Regione Sicilia), Mariano Giacchi e Giacomo Lazzeri (Regione Toscana), Marco Cristofori e Mariadonata Giaimo (Regione Umbria), Anna Maria Covarino e Giovanni D'Alessandro (Regione Valle D'Aosta), Galessio Riccardo e Mary Elizabeth Tamang (Regione Veneto), Silvano Piffer (Provincia Autonoma di Trento)

(**) VI Coorte Profea: Amedeo Baldi, Maria Teresa Balducci, Stefano Bilei, Olivia Callipari, Amalia De Luca, Maria Di Fabio, Antonio Marrone, Gianfranco Mazzearella, Annarita Silvestri

Tabella - Fattori di rischio socio-demografici per la condizione di bimbo "non attivo", OKkio 2008

Caratteristica	Prevalenza % bimbo "non attivo" (IC 95%)	OR grezzo (IC 95%)	OR aggiustato (IC 95%)
Sesso			
M	24,4 (23,2-25,7)	rif	rif
F	27,3 (25,9-28,6)	1,2 (1,1-1,2)	1,2 (1,1-1,2)
Titolo di studio della madre			
Laurea	26,0 (23,9-28,3)	rif	rif
Superiore	25,6 (24,3-27,0)	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,9-1,1)
Nessuno/elementare/media inferiore	25,9 (24,4-27,4)	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,9-1,1)
Occupazione della madre			
Lavora	25,0 (23,8-26,3)	rif	rif
Non lavora	27,0 (25,6-28,6)	1,1 (1,0-1,2)	1,1 (1,0-1,1)
Zona geografica			
Nord	21,6 (19,9-23,3)	rif	rif
Centro	25,8 (23,4-28,4)	1,3 (1,1-1,5)	1,2 (1,0-1,4)
Sud	28,8 (27,0-30,7)	1,5 (1,3-1,7)	1,4 (1,2-1,6)
Area di residenza*			
Metropolitana	29,1 (26,5-31,9)	rif	rif
Non metropolitana	28,6 (25,9-31,4)	1,0 (0,8-1,2)	1,0 (0,8-1,2)
Urbana	26,2 (24,1-28,5)	0,9 (0,7-1,0)	0,9 (0,7-1,0)
Rurale	20,3 (18,4-22,2)	0,6 (0,5-0,7)	0,6 (0,5-0,8)
TV in camera bambino			
No	24,7 (23,4-26,0)	rif	rif
Sì	27,0 (25,6-28,4)	1,1 (1,1-1,2)	1,0 (1,0-1,1)

(*) Area di residenza: rurale <10.000/abitanti; urbana 10.000-50.000/abitanti; non metropolitana >50.000; metropolitana/peri-metropolitana (città di Roma, Napoli, Milano, Torino, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Bari, Palermo, Catania, Cagliari).

nutrizionale nell'infanzia, l'attività fisica è comunque un fattore in grado di favorire nel bambino uno stato di benessere psico-fisico e un incremento dell'autostima e di garantire, in età adulta, una riduzione del rischio di sviluppo di malattie (3). L'attività fisica dovrebbe essere promossa in tutti i bambini, a prescindere dalla loro situazione nutrizionale e, considerando la posizione privilegiata della scuola per tali interventi, da questa stessa potrebbero

partire interventi integrati che coinvolgono anche la famiglia e la comunità locale. All'interno della scuola si potrebbero intensificare gli sforzi volti a far realizzare almeno 2 ore di attività motoria settimanale, ma anche quella extra-curricolare, come già si realizza in numerose realtà scolastiche del Paese, e intraprendere iniziative di promozione dell'attività motoria che coinvolgono attivamente le famiglie dei bambini (7). ■

Nota

La realizzazione dello studio "OKkio alla SALUTE" è stata possibile grazie al finanziamento del Centro di Prevenzione e Controllo delle Malattie.

Riferimenti bibliografici

1. Spinelli A, Baglio G, Cattaneo C, et al. OKkio alla SALUTE: promozione della salute e crescita sana nei bambini della scuola primaria. *Ann Ig* 2008; 20:337-44.
2. Johnson-Taylor WL, Everhart JE. Modifiable environmental and behavioral determinants of overweight among children and adolescents: report of a workshop. *Obesity* 2006;14(6):929-66.
3. Livingstone MBE, Robson PJ, Wallace JM, et al. How active are we? Levels of routine physical activity in children and adults. *Proc Nut Soc* 2003;62(3):681-701.
4. Crespo CJ, Smit E, Troiano RP, et al. Television watching, energy intake, and obesity in US children: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Arch Paediatr Adolesc Med* 2001;155(3):360-5.
5. Nader PR, O'Brien M, Houts R, et al. Identifying risk for obesity in early childhood. *Paediatrics* 2006;118(3):e594-601.
6. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: individual-, family-, school-, and community-based interventions for paediatric overweight. *J Am Diet Assoc* 2006;106 (6):925-45.
7. Silvestri A, Balducci MT, Binkin N, et al. La scuola elementare come luogo di promozione di stili alimentari sani e dell'attività fisica. *Not Ist Super Sanità - Inserto BEN* 2009;22(1):iii-iv.

SORVEGLIANZA DEL MORBILLO E DELLA ROSOLIA CONGENITA E STATO DI AVANZAMENTO DEL PIANO NAZIONALE DI ELIMINAZIONE, GENNAIO 2009

Antonietta Filia¹, Cristina Giambi¹, Antonino Bella¹, Marta Ciofi degli Atti², Silvia Declich¹ e Stefania Salmaso¹

¹Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

²Direzione Sanitaria, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Il Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMRc), approvato nel 2003, si prefiggeva, attraverso una serie di azioni da intraprendere nel quinquennio 2003-07,

di interrompere la trasmissione indigena del morbillo e di ridurre l'incidenza della rosolia congenita a valori inferiori a 1 caso ogni 100.000 nati vivi, entro il 2007 (1).

Le azioni strategiche previste per raggiungere tali obiettivi includevano: il miglioramento della sorveglianza del morbillo; l'introduzione della sorveglianza della rosolia congenita; il mi-