

madri hanno dell'obesità severa del proprio figlio, utilizzando gli standard CDC, essa migliora sensibilmente passando dal 24% al 42%, come ci si attendeva, visto che tali standard selezionano un minor numero di bambini ma con più alto grado di obesità.

Sebbene non abbia ancora raggiunto livelli elevati come quelli descritti in altri Paesi, l'obesità severa in Italia rappresenta certamente un problema di salute pubblica importante. Applicando la prevalenza pari al 5,4% ai 2.744.029 bambini italiani di età 6-10 anni (scuola primaria), ci si attende che in Italia vi siano attualmente circa 150.000 bambini con obesità severa; tra questi il 57% risiede nel Sud, di cui il 30% nella sola Campania, regione densamente popolata e gravata dalla più alta prevalenza di obesità del Paese.

Tali risultati sono limitati dal non aver tenuto conto, in fase di analisi, di altri ben noti fattori di rischio per l'obesità, quali lo stato nutrizionale dei genitori, l'allattamento al seno e il peso alla nascita, fattori

potenzialmente associati anche alle caratteristiche socio-anagrafiche della madre. Relativamente alla relazione tra obesità severa e sesso del bambino, ancora poco riconosciuta in letteratura, riteniamo invece che la non trascurabile associazione emersa dalla presente analisi meriti maggiore attenzione (7). L'alta concentrazione di bambini con obesità severa nelle regioni meridionali, già note per i disagi relativi alle condizioni socio-economiche e di salute, delinea uno scenario allarmante, soprattutto per le gravi co-morbidità che l'obesità severa porta con sé (1, 3). ■

Riferimenti bibliografici

1. Kuczmarski RJ, Flegal KM. Criteria for definition of overweight in transition: background and recommendations for the United States. *Am J Clin Nutr* 2000;72:1074-81.
2. Xanthakos SA, Inge TH. Extreme pediatric obesity: weighing the health dangers. *J Pediatr* 2007;150:3-5.
3. Freedman DS, Mei Z, Srinivasan SR, et al. Cardiovascular risk factors and excess adiposity among overweight children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *J Pediatr* 2007;150:12-7.
4. 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.
5. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, et al. Development of WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization* 2007;85:660-7.
6. National Center for Health Statistics, National Health and Nutrition Examination Survey, 2000 CDC Growth Charts: United States, 2000 (www.cdc.gov/GrowthCharts/).
7. Kipping RR, Jago R, Lawlor DA. Obesity in children. Part 1: Epidemiology, measurement, risk factors, and screening. *BMJ* 2008;337:a1824.

IL PUNTO SUI BIMBI CHE "SALTANO" LA PRIMA COLAZIONE

Amalia De Luca¹, Antonio Marrone¹, Nancy Binkin², Alberto Perra², Gruppo di coordinamento nazionale OKkio alla SALUTE*

¹VI coorte Profea**

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

La prima colazione rappresenta per i bambini il pasto più importante della giornata (1). Se consumata in maniera adeguata, vale a dire con la giusta quantità di proteine e carboidrati, fornisce l'apporto calorico necessario per affrontare nel modo migliore le ore di apprendimento scolastico e, come componente essenziale di uno stile di vita salutare, influisce positivamente sul benessere generale del bambino (1, 2). Inoltre, diversi studi hanno dimostrato che nei bambini l'abitudine a non fare la prima colazione è più frequentemente associata ad un indice di massa corporea (IMC) più alto (2-4).

Lo studio "OKkio alla SALUTE" (5) ha interessato, come già visto nel precedente articolo, i bambini delle terze classi primarie, con lo scopo di stimare la prevalenza del sovrappeso/obesità, delle abitudini alimentari, dell'attività fisica e della sedentarietà, nonché di definire i determinanti dell'attività fisica e dell'alimentazione nell'ambiente scolastico.

Per la metodologia utilizzata (6) si rimanda al precedente articolo.

Le informazioni sulle abitudini comportamentali ed alimentari dei bambini sono state raccolte utilizzando due questionari standardizzati: uno somministrato in classe ai bambini il giorno dell'indagine, l'altro inviato a casa ai genitori. Il dato sull'abitudine a fare o non fare la colazione al mattino è stato ricavato dal questionario compilato dai bambini e si riferisce alla mattina dell'indagine.

Utilizzando i dati forniti da "OKkio alla SALUTE" 2008, nel presente lavoro abbiamo descritto la proporzione di bambini che hanno riferito di aver "saltato" la colazione la mattina dell'indagine ed abbiamo evidenziato le eventuali associazioni fra varie caratteristiche socio-demografiche e il non fare colazione.

Per l'analisi dei dati sono stati utilizzati i software Epi Info versione 3.5.1 e STATA, prendendo in considerazione il metodo di campionamento a cluster. L'analisi è

stata limitata ai bambini per cui era disponibile il questionario compilato dai genitori. Sono state prese in esame le variabili: sesso, zona geografica, IMC, titolo di studio e condizione lavorativa del genitore. Con l'analisi bivariata, è stata valutata la loro eventuale associazione con l'abitudine a fare o non fare colazione. Infine, è stata fatta un'analisi multivariata per valutare l'effetto indipendente delle 5 variabili prese in considerazione.

Dei 45.530 bambini partecipanti alla raccolta dati di "OKkio alla SALUTE" 2008 in 18 regioni italiane (solo 3% di rifiuti), l'analisi qui riportata è stata eseguita sui 37.222 bambini che hanno restituito il questionario compilato da un genitore che nell'87% del totale era la madre.

L'età media dei bambini è stata di 8 anni e 10 mesi, e 51% erano maschi. Un bambino su 4 frequentava la scuola ubicata in un centro abitato con meno di 10.000 abitanti. Delle madri che hanno risposto al questionario il 41% aveva la licenza ►

(*) Gruppo OKkio alla SALUTE: cfr p. i; (**) VI Coorte Profea: cfr p. i.

Tabella - Fattori di rischio socio-demografici per il "salto della colazione", OKkio 2008

Caratteristica	Prevalenza no colazione %	(IC 95%)	Odds ratio grezzo	IC 95%	Odds ratio aggiustato	IC 95%
Sesso						
F	11,2	(10,4-11,9)	1,0	(0,95-1,1)	1,1	(0,97-1,2)
M	10,7	(10,0-11,4)	rif.		rif.	
Zona geografica						
Nord	7,1	(6,4-7,8)	rif.		rif.	
Centro	9,3	(8,2-10,3)	1,4	(1,2-1,6)	1,3	(1,1-1,5)
Sud	14,5	(13,5-15,5)	2,2	(1,9-2,5)	1,9	(1,7-2,2)
Indice di Massa Corporea						
Normopeso	8,7	(8,1-9,2)	rif.		rif.	
Sovrappeso	13,2	(12,2-14,2)	1,6	(1,4-1,7)	1,5	(1,4-1,6)
Obeso	18,4	(16,7-20,1)	2,4	(2,1-2,7)	2,0	(1,8-2,3)
Titolo di studio della madre						
Nessuno/elementare/media inferiore	13,6	(12,7-14,5)	2,3	(1,9-2,7)	2,0	(1,7-2,4)
Superiore	10,0	(9,3-10,6)	1,6	(1,4-1,9)	1,6	(1,3-1,8)
Laurea	6,2	(5,3-7,1)	rif.		rif.	
Stato occupazione della madre						
Non lavora	12,8	(11,9-13,6)	1,3	(1,2-1,5)	1,0	(0,9-1,1)
Lavora part-time/tempo pieno	9,9	(9,34-10,5)	rif.		rif.	

media o un titolo più basso, il 46% aveva completato la scuola superiore e il 13% aveva una laurea. Il 39% non aveva un lavoro fuori casa, mentre il 29% lavorava a tempo pieno e il 32% part-time.

L'11% dei bambini ha riferito di non aver fatto colazione la mattina dell'indagine. Non sono emerse differenze statisticamente significative per sesso ed età rispetto al fare o non fare colazione (Tabella). Un gradiente statisticamente significativo è stato invece osservato per area geografica (con il rischio più grande di non fare colazione nelle regioni del Sud Italia) e per livello di educazione materna (con il rischio più alto per i figli di madri con nessun titolo di studio o licenza elementare o media inferiore). I bambini la cui mamma non era occupata avevano maggiori probabilità di non fare colazione. Inoltre, si è rilevato un gradiente anche per stato nutrizionale, con i bambini obesi che mostravano una probabilità più che doppia di non fare colazione rispetto ai bambini normopeso. All'analisi multivariata, tutte queste variabili hanno confermato l'associazione con l'assunzione della colazione, salvo la situazione occupazionale della madre.

Le ragioni che giustificano la più alta prevalenza del non fare colazione tra i bambini del Sud e del Centro rispetto a quelli del Nord non sono chiare e non esiste letteratura a riguardo.

La maggiore prevalenza di bambini che "saltano" la colazione osservata tra i figli di genitori con scolarità bassa, già descritta in letteratura (2), conferma che l'ambiente familiare può influenzare le abitudini alimentari dei bambini. Anche tra i bambini sovrappeso/obesi del nostro campione si è osservata una maggiore prevalenza a non fare la colazione, rispetto ai bambini normopeso. Tuttavia, trattandosi di uno studio trasversale, non è possibile stabilire con chiarezza se il sovrappeso/obesità sia la causa del salto della colazione o piuttosto il contrario, cioè che i bambini sovrappeso/obesi abbiano la tendenza a saltare la colazione.

Nonostante le incertezze sulla causalità del "saltare" la colazione sul sovrappeso/obesità, molti autori concordano (1, 4) sul fatto che in ogni caso la colazione vada raccomandata a tutti i bambini e che interventi in tal senso vengano promossi anche all'interno delle scuole. ■

Riferimenti bibliografici

1. Rampersaud GC, Pereira MA, Girard BL, *et al.* Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *J Am Diet Assoc* 2005;105(5):743-60.
2. Vanelli M, Iovane B, Bernardini A, *et al.* Breakfast habits of 1,202 Northern Italian children admitted to a summer

sport school. Breakfast skipping is associated with overweight and obesity. *Acta Biomed* 2005;76:79-85.

3. Lazzeri G, Giallombardo D, Guidoni C, *et al.* Nutritional surveillance in Tuscany: eating habits at breakfast, mid-morning and afternoon snacks among 8-9 y-old children. *J Prev Med Hyg* 2006;47(3):91-9.
4. Utter J, Scragg R, Mhurchu CN, *et al.* At-home breakfast consumption among New Zealand children: associations with body mass index and related nutrition behaviors. *J Am Diet Assoc* 2007;107(4):570-6.
5. www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/default.asp
6. 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.

Nota

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

Comitato editoriale BEN

Nancy Binkin, Paola De Castro,
Carla Faralli, Marina Maggini,
Stefania Salmaso
e-mail: ben@iss.it