



MIND SET

Moving In New Directions

Obesity Policy Analysis and Advocacy Decision Tool

WHO EUROPEAN CHILDHOOD OBESITY SURVEILLANCE INITIATIVE (COSI)-2023

OPEN ITALY in collaborazione con IBDO Foundation, Health City Institute, Osservatorio Permanente sullo Sport, Intergruppo Parlamentare Obesità e Diabete e Intergruppo Parlamentare Qualità di Vita nelle Città

Federico Serra, Gianluca Aimaretti, Angelo Avogaro, Emanuela Baio, Rocco Barazzoni, Adolfo Bellia, Paola Boldrini, Adriana Bonifacino, Luca Busetto, Raffaella Buzzetti, Riccardo Candido, Antonio Caretto, Michele Carruba, Annamaria Colao, Agostino Consoli, Alessandro Cosimi, Roberta Crialesi, Claudio Cricelli, Lucio Corsaro, Roberto da Empoli, Lina Delle Monache, Graziano Di Cianni, Giuseppe Fatati, Tiziana Frittelli, Simona Frontoni, Antonio Gaudio, Roberto Ghiretti Livio Gigliuto, Lucio Gnessi, Roberto Lamborghini, Davie Lauro, David Lazzari, Francesca Romana Lenzi, Annalisa Mandorino Eleonora Mazzoni, Gerardo Medea, Giuseppe Novelli, Antonio Nicolucci, Mario Occhiuto, Fabio Pagliara, Federico Pagliara, Barbara Paolini, Roberto Pella, Paola Pisanti, Mariacarolina Salerno, Ferruccio Santini, Paolo Sbraccia, Daniela Sbröllini, Federico Spandonaro, Chiara Spinato, Elisabetta Sturlesi, Ketty Vaccaro, Iris Zani, Marco Antonio Zappa, Andrea Lenzi.

ABSTRACT

Il sovrappeso e l'obesità tra i bambini rimangono una delle principali sfide di salute pubblica che devono affrontare i Paesi della Regione Europea dell'OMS. Il sovrappeso e l'obesità aumentano il rischio di malattie non trasmissibili (NCD), come le malattie cardiovascolari, il cancro e il diabete, e si stima che siano responsabili di più di 1,2 milioni di morti ogni anno nella regione europea dell'OMS; sono anche i principali fattori che contribuiscono alla disabilità. Inoltre, l'eccesso di peso corporeo è associato ad un aumento del rischio degli esiti gravi di COVID-19 e l'elevata prevalenza di obesità in Europa ha esacerbato l'impatto della pandemia di COVID-19 nella Regione.

Affrontare l'obesità è vitale se vogliamo raggiungere gli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG), in particolare l'SDG 3 per garantire una vita sana e promuovere benessere e l'impegno a mobilitare la società per la lotta contro l'obesità

Programma di lavoro europeo dell'OMS 2020-2025 - "United Action for Better Health".

In questo contesto l'OMS Europa ha pubblicato il quinto rapporto sulla "Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)", un'iniziativa che tende a misurare le tendenze del sovrappeso e dell'obesità tra i bambini in età scolare a livello europeo.

Nella Regione Europea, i dati indicano che 1 bambino su 3 soffre di sovrappeso o obesità con tassi in aumento in molti dei 33 Paesi coinvolti dove sono stati valutati quasi 411.000 bambini di età compresa tra i 6 e i 9 anni.

Il 29% dei bambini di età compresa tra i 7 e i 9 anni è in sovrappeso, con una prevalenza tra i ragazzi in questa fascia di età del 31%, mentre tra le ragazze del 28%.

Vengono evidenziate grandi differenze tra i Paesi, con una prevalenza specifica di sovrappeso tra i bambini di 7-9 anni che va dal 6% del Tagikistan al 43% di Cipro. La più alta prevalenza di sovrappeso tra i bambini (di entrambi i sessi) è stata osservata a Cipro, in Grecia, Spagna e **Italia** (circa 41% maschi, circa 38% femmine). La prevalenza più bassa si registra in Tagikistan, Danimarca, Israele e Kazakistan.

Tra i bambini di età compresa tra i 7 e i 9 anni, la prevalenza dell'obesità nei 33 Paesi è stata del 12%, con una prevalenza tra i ragazzi in questa fascia d'età del 14%, rispetto al 10% delle ragazze. In questa fascia di età la prevalenza specifica dell'obesità per Paese varia dall'1% in Tagikistan al 19% a Cipro, con un dato per l'Italia di circa 16%. Tra i ragazzi, la prevalenza variava dal 2% al 24% e tra le ragazze dall'1% al 15%. La prevalenza tra i bambini (di entrambi i sessi) era più alta a Cipro, **Italia (circa 22% maschi, circa 14% femmine)**, Grecia e Spagna e più bassa in Tagikistan, Danimarca, Kazakistan e Israele.

Il rapporto mette in evidenza come l'ambiente ove si vive - compresi i luoghi di lavoro, i sistemi di trasporto, i quartieri, le case e i campi sportivi - offrano opportunità di partecipazione all'attività fisica, mentre le scuole rappresentino un ambiente chiave per incoraggiare l'attività fisica. Inoltre sottolinea come gli spostamenti attivi comportino importanti benefici sociali, ambientali ed economici, come la riduzione delle emissioni di carbonio e un'aria più pulita.

Complessivamente, nei 28 luoghi dove l'analisi ambientale è stata sviluppata e in cui sono

stati raccolti i dati, solo il 41% dei bambini di età compresa tra 6 e 9 anni ha una mobilità attiva da e verso la scuola (a piedi, in bicicletta, pattinando,...), mentre il 50% fa i propri spostamenti con veicoli a motore (auto, scuolabus o mezzi pubblici). La percentuale di bambini che si reca attivamente a scuola varia dal 6% di San Marino al 98% del Tagikistan, **mentre per l'Italia la percentuale è di circa il 24%**, mentre invece la percentuale di bambini che si recano e tornano da scuola con un veicolo motorizzato variava dal 2% in Tagikistan all'88% di San Marino e per **l'Italia circa il 66%**.

Ma vi è evidenza dello stretto nesso tra livello d'istruzione e condizioni socio-economiche e mobilità attiva. Nella maggior parte dei Paesi coinvolti, i bambini di genitori con un basso livello d'istruzione avevano maggiori probabilità di andare a scuola a piedi, in bicicletta o con i pattini rispetto a quelli i cui genitori avevano un elevato livello di istruzione, questo probabilmente correlato anche alle condizioni socio-economiche familiari...

Le differenze maggiori sono state osservate in Armenia (23 punti percentuali) e le più basse in Tagikistan (3 punti percentuali). In alcuni Paesi, come Austria, Croazia, Danimarca, Germania (Brema), Italia (alto circa 25%, medio circa 21%, basso circa 24%), Montenegro e Serbia, è emersa una relazione inversa o nulla.

Dal rapporto emerge il ruolo importante dell'attività fisica ricreativa, compresa la pratica sportiva, l'uso di palestre, la danza e le attività all'aperto, tutti strumenti fondamentali per aiutare i bambini a raggiungere il livello raccomandato di almeno 60 minuti al giorno di attività fisica di intensità moderata o vigorosa.

La percentuale di bambini che praticano sport o danza per almeno due ore a settimana varia dal 27% del Kazakistan all'86% di San Marino, seguito da Irlanda (80%) e Grecia (77%), **mentre in Italia è circa del 67%**. La percentuale di bambini che non hanno mai praticato sport o danza varia dal 7% di San Marino al 70% del Kazakistan,

seguito dalla Macedonia del Nord (60%) e dalla Romania (57%) per il nostro **Paese circa il 22%**.

Nella maggior parte dei Paesi, la percentuale di ragazzi che praticano sport/danza per almeno due ore alla settimana è superiore a quella delle ragazze. Le differenze maggiori sono state osservate in Austria (14 punti percentuali), Macedonia del Nord (12 punti percentuali), Portogallo (11 punti percentuali), Montenegro e Croazia (entrambi 10 punti percentuali). Per l'Italia circa 9 punti percentuali. Solo in Grecia, Armenia e Bulgaria i livelli erano leggermente più alti per le ragazze, mentre in Ungheria, Cecoslovacchia e Lituania erano uguali.

Il rapporto fornisce anche dati sullo stile di vita dei bambini. Sebbene l'87% di essi trascorra almeno un'ora al giorno in giochi attivi o vigorosi, solo il 43% mangia frutta ogni giorno e il 34% verdura. Inoltre, il 43% trascorre almeno due ore al giorno guardando la TV o utilizzando dispositivi elettronici.

In conclusione, sono non rilevanti i cambiamenti statisticamente significativi nella prevalenza di sovrappeso o obesità emersi rispetto agli anni 2015-2017 (quarto rapporto). Sebbene sia incoraggiante che solo in tre Paesi si siano registrati aumenti significativi nel periodo di riferimento, quasi un bambino su tre vive in sovrappeso e uno su otto in obesità.

Senza dubbio, il sovrappeso e l'obesità infantile rimangono una sfida importante per la salute pubblica nella Regione Europea dell'OMS. Al riguardo si raccomanda l'adozione di un approccio multisettoriale completo, che agisca sugli ambienti malsani e sui loro fattori determinanti, rafforzando al contempo i sistemi sanitari per prevenire e gestire meglio l'obesità e il sovrappeso.

IMPLICAZIONI DI POLICY

L'European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) dell'OMS, conferma che l'Italia ha

un evidente problema socio-sanitario correlato all'obesità infanto-giovanile. Sana alimentazione e corretti stili di vita sono fondamentali per combattere l'obesità a livello giovanile ed è fondamentale il ruolo dell'attività fisica. Ma in Italia vi sono diversi ostacoli alla pratica sportiva, quali il fattore culturale: il 27% non è motivato a fare sport mentre 8 ragazzi su 10 fanno sport solo se lo praticano i genitori. Emerge chiaramente come il contesto familiare e abitativo, sia in grado di condizionare le scelte del bambino riguardo la pratica sportiva.

L'Italia è al sedicesimo posto nell'Ue per la spesa pubblica destinata allo sport e rimane in testa per la cronica carenza di infrastrutture con 131 impianti ogni 100mila abitanti (4,6 volte in meno della Finlandia). Di questi, il 60% è stato costruito più di 40 anni fa e 6 edifici scolastici su 10 non hanno una palestra.

I dati evidenziano la cattiva educazione in tema alimentare a livello giovanile, con un ruolo del sistema scolastico quasi inesistente. Nel 2019, l'abitudine a non consumare la prima colazione (8,7%) o a consumarla in maniera inadeguata (35,6%) persiste negli anni, così come la fruizione di una merenda abbondante di metà mattina (55,2%). Il consumo non quotidiano di frutta e/o verdura dei bambini, secondo quanto dichiarato dai genitori, rimane elevato (24,3%); diminuisce, invece, l'assunzione giornaliera di bevande zuccherate e/o gassate (25,4%). I legumi sono consumati dal 38,4% dei bambini meno di una volta a settimana mentre il 48,3% e il 9,4% consuma rispettivamente snack dolci e salati più di 3 giorni a settimana.

Rispetto alle ore di sonno in un normale giorno feriale, fattore indicato in alcuni studi come associato all'obesità, i dati 2019 evidenziano che il 14,4% dei bambini, secondo quanto riportato dai genitori, dorme meno di 9 ore per notte.

Riguardo la percezione materna dello stato di salute dei propri figli, emerge che il 40,3% dei bambini in sovrappeso o obesi è percepito dal-

la madre come sotto-normopeso; il 59,1% delle madri di bambini fisicamente poco attivi ritiene che il proprio figlio svolga attività fisica adeguata e tra le madri di bambini in sovrappeso o obesi, il 69,9% pensa che la quantità di cibo assunta dal proprio figlio non sia eccessiva.

Sebbene nel corso degli anni il divario Nord-Sud sia diminuito, le Regioni del Sud Italia, e in parte quelle del Centro, continuano a mostrare prevalenze al di sopra della media nazionale.

Da questi dati emerge chiaramente che le politiche sull'obesità devono essere intersettoriali e con un forte coordinamento tra Stato e Regioni e interventi legislativi a sostegno della prevenzione dell'obesità infantile-giovanile attraverso una corretta informazione del bambino e della famiglia, politiche sull'attività fisico-sportiva con forme di incentivazione e defiscalizzazione e incremento delle infrastrutture ludico-sportive e degli spazi verdi, promozione di una cultura alimentare appropriata sia in ambito familiare che in ambito scolastico e una lotta alla sedentarietà come elemento socio-culturale.

Da qui bisogna fare riflessioni e sviluppare aree d'intervento istituzionale che nel PNRR possono trovare risposte concrete e che trovano nella scuola l'alveo naturale di sviluppo.

L'intervento previsto a pagina 180 del PNRR alla voce "Potenziamento infrastrutture per lo sport a scuola", con un finanziamento di 300 milioni di euro, dove nel testo si legge: "L'obiettivo è quello di potenziare le infrastrutture per lo sport e favorire le attività sportive a cominciare dalle prime classi delle scuole primarie. Infatti, è importante valorizzare, anche attraverso l'affiancamento di tutor sportivi scolastici, le competenze legate all'attività motoria e sportiva nella scuola primaria, per le loro valenze trasversali e per la promozione di stili di vita salutari, al fine di contrastare la dispersione scolastica, garantire l'inclusione sociale, favorire lo star bene con se stessi e con gli altri, scoprire e orientare le attitudini personali, per il pieno sviluppo del potenziale di ciascun

individuo in armonia con quanto previsto dalle Indicazioni nazionali per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo d'Istruzione".

L'implementazione di strutture sportive annesse alle istituzioni scolastiche consente di poter raggiungere un duplice obiettivo: favorire lo sport e le attività motorie nelle scuole e consentire di mettere a disposizione dell'intera comunità territoriale, soprattutto nei tessuti urbani, tali strutture sportive, nuove o riqualificate, al di fuori dell'orario scolastico attraverso convenzioni e accordi con le stesse scuole, gli enti locali e le associazioni sportive e dilettantistiche locali, facendo sì che lo sport diventi volano di coesione sociale nelle nostre città e strumento di prevenzione dell'obesità.

Del resto una seconda linea d'intervento di 700 milioni, indentificata a pagina 218 nel capitolo "Investimento 3.1: Sport e inclusione sociale" come tale investimento debba essere finalizzato a favorire il recupero delle aree urbane puntando sugli impianti sportivi e sulla realizzazione di parchi urbani attrezzati, al fine di favorire l'inclusione e l'integrazione sociale, soprattutto nelle zone più degradate e con particolare attenzione alle persone svantaggiate.

In sede di presentazione del PNRR alle Camere si evidenziò come "L'Italia da anni reclamava un piano sulle politiche sportive. Con un miliardo di investimenti nel PNRR da oggi lo sport ha piena dignità nelle politiche pubbliche del nostro Paese, anche per lo stretto legame che c'è tra l'attività sportiva, il benessere e la coesione sociale. Intendiamo potenziare le infrastrutture per lo sport e favorire le attività sportive a cominciare dalle prime classi delle scuole primarie. Delle infrastrutture sportive scolastiche beneficerà inoltre l'intera comunità territoriale, al di fuori dell'orario scolastico attraverso convenzioni e accordi con le stesse scuole, gli enti locali e le associazioni sportive e dilettantistiche locali".

In questo contesto appaiono indispensabili elementi normativi a livello interministeriale e una

legge specifica sulla prevenzione dell'obesità e sulla prescrizione dell'attività fisica all'interno del Sistema Sanitario Nazionale.

CHILDHOOD OBESITY SURVEILLANCE INITIATIVE (COSI)

L'European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) dell'OMS è un sistema unico che da oltre 10 anni misura le tendenze del sovrappeso e dell'obesità tra i bambini in età scolare. Il COSI comporta l'adozione di misurazioni standardizzate di peso e altezza da oltre 300.000 bambini in tutta la regione europea dell'OMS, fornendo dati rappresentativi a livello nazionale per i paesi partecipanti, nonché un ampio set di dati a livello regionale per l'analisi dei determinanti del sovrappeso e dell'obesità infantile. Questa vitale collaborazione tra OMS/Europa e istituti di ricerca di tutta la regione fornisce dati di alta qualità per informare la politica e la pratica clinica per rispondere al problema del sovrappeso infantile e dell'obesità.

INFORMAZIONI SUL COSI

Il COSI è stato istituito in risposta alla Conferenza ministeriale europea dell'OMS sulla lotta all'obesità, tenutasi a Istanbul, in Turchia, nel 2006. Gli Stati membri hanno riconosciuto la necessità di un sistema di sorveglianza armonizzato tra i bambini delle scuole elementari per informare lo sviluppo delle politiche nella lotta contro l'epidemia emergente di obesità nella regione europea dell'OMS. L'importanza e l'impegno politico nei confronti del sistema di sorveglianza sono stati rafforzati nella Dichiarazione di Vienna sulla nutrizione e le malattie non trasmissibili nel contesto della salute 2020, adottato nel 2013, e il piano d'azione europeo per l'alimentazione e la nutrizione 2015-2020, adottato nel 2014.

COSI è un'indagine basata su campioni rappresentativi a livello nazionale e prende misure

standardizzate di peso e altezza raccogliendo informazioni sugli ambienti scolastici e sulle abitudini alimentari e di attività fisica. I bambini sono misurati e studiati sulla base di un protocollo e di un approccio comuni. La prima raccolta dati è avvenuta durante l'anno scolastico 2007-2008, la seconda durante l'anno scolastico 2009-2010, la terza durante l'anno scolastico 2012-2013, la quarta durante l'anno scolastico 2015-2017 e il quinto durante gli anni scolastici 2018-2020. Il 6 ° turno si svolgerà durante gli anni scolastici 2021-2023. COSI è ora stabilito in oltre 40 Stati membri della regione, con il numero di paesi che cresce con ciascuno Ciclo di raccolta dati.

Dal suo lancio nel 2007, COSI ha fatto la differenza informando le iniziative politiche e la risposta della salute pubblica all'epidemia di obesità nella regione. I dati COSI raccolti negli ultimi 10 anni hanno anche portato a numerosi dati internazionali e specifici per paese con pubblicazioni e relazioni scientifiche.

REGISTRAZIONE COSI E PROCESSO DI RACCOLTA DATI

Prima dell'introduzione del COSI in uno Stato membro, il paese identifica un istituto responsabile del coordinamento e della gestione nazionale generale e assegna un ricercatore principale come rappresentante autorizzato dell'istituto. L'istituto firma quindi un accordo di collaborazione con l'OMS/Europa, definendo i ruoli e le responsabilità del paese partecipante e dell'Ufficio regionale, comprese le politiche, i principi, i termini e le procedure di rilascio e pubblicazione dei dati. Il sistema COSI è semplice da implementare e non consuma molte risorse. Non mira a sostituire gli attuali sistemi di sorveglianza sanitaria, antropometrica e alimentare dei paesi o quelli in fase di pianificazione. Al contrario, l'approccio COSI ha una forte possibilità di essere integrato nei sistemi esistenti, ove possibile. Il protocollo

COSI e il manuale delle procedure consentono a ciascun paese partecipante di sviluppare un sistema adatto alle proprie circostanze locali.

L'OMS/Europa offre ora uno strumento per la raccolta di dati online in risposta al crescente numero di paesi che partecipano all'iniziativa. Questo sistema di gestione del database, chiamato OpenClinica, è preparato su misura per i paesi interessati per facilitare il processo. Utilizzando questa piattaforma, i dati possono essere inseriti direttamente online durante la raccolta dei dati o successivamente dalle informazioni raccolte su carta.

L'OMS/Europa fornisce supporto tecnico per l'attuazione del COSI e un gruppo di sviluppo scientifico fornisce consulenza sul continuo miglioramento dei metodi e degli strumenti di indagine. L'OMS/Europa offre inoltre ai paesi formazione e assistenza in materia di campionamento, utilizzo delle apparecchiature, nonché l'interpretazione, la presentazione e l'uso dei dati.

L'OMS/Europa sta lavorando in collaborazione con le istituzioni di tutta la regione per pubblicare articoli e rapporti utilizzando i dati COSI e organizzare incontri della rete COSI ogni anno per facilitare supporto e collaborazione con i paesi partecipanti.

METODOLOGIA DI INDAGINE

Il gruppo target COSI è la popolazione nazionale di bambini delle scuole elementari di età compresa tra 6 e 9 anni. Una volta selezionato un campione rappresentativo a livello nazionale di scuole primarie con l'introduzione del sistema, queste scuole possono rimanere sentinelle nazionali, siti in cui le stesse scuole vengono utilizzate nei turni successivi. In alternativa, i paesi possono scegliere di selezionare un nuovo campione rappresentativo a livello nazionale di scuole ad ogni round COSI.

Il COSI è implementato in conformità con le linee guida etiche internazionali. I genitori sono pie-

namente informati su tutte le procedure di studio e il loro consenso informato per le misurazioni e il trattamento dei dati è ottenuto su base volontaria prima dell'iscrizione al sistema.

Il consenso dei bambini viene ottenuto anche prima delle misurazioni. Le informazioni vengono raccolte su 2 moduli obbligatori (bambino e scuola) e 1 modulo facoltativo (famiglia).

Il modulo per bambini include alcune variabili obbligatorie come peso, altezza, data di nascita (o età) e sesso, e alcune domande volontarie che i paesi possono scegliere di utilizzare o meno. Le misurazioni antropometriche sono prese da esaminatori che sono addestrati e standardizzati secondo il protocollo comune. Simile al modulo bambino, il modulo del record scolastico include alcune caratteristiche obbligatorie riguardanti l'ambiente scolastico, come la frequenza dell'educazione fisica, la disponibilità della scuola, parchi giochi, la possibilità di acquistare una serie di prodotti alimentari e bevande elencati nei locali della scuola e le iniziative scolastiche in corso per promuovere uno stile di vita sano. Il modulo volontario di registrazione della famiglia è compilato dai genitori o dagli operatori sanitari e può fornire dati sull'assunzione dietetica, sull'attività fisica e sui modelli di inattività dei bambini, nonché sulle caratteristiche socio-economiche delle famiglie e sulle condizioni di comorbilità associate all'obesità. I dati vengono raccolti una volta in una determinata scuola anno e turni saranno condotti ogni 2 o 3 anni.

Ogni paese è responsabile della raccolta e dell'analisi dei dati nazionali attraverso l'istituto precedentemente identificato responsabile del coordinamento e della gestione nazionale generale. I dati vengono analizzati sia a livello nazionale che dagli investigatori dell'iniziativa di sorveglianza team dell'OMS/Europa, che conduce analisi comuni tra paesi del set di dati aggregati. Il processo di gestione dei dati sarà completo con il rilascio delle informazioni attraverso report e/o pubblicazioni scientifiche.

COSI - FACT SHEET HIGHLIGHTS 2018-2020

Source: file:///C:/Users/Utente/Downloads/FS-COSI-R5-report.pdf

Fig. 1. Expansion of COSI, 2007–2020

ROUND 1 (2007–2008)	ROUND 2 (2009–2010)	ROUND 3 (2012–2013)	ROUND 4 (2015–2017)	ROUND 5 (2018–2020)
1. Belgium	1. Belgium	1. Belgium	1. Albania	1. Albania (ALB)
2. Bulgaria	2. Bulgaria	2. Bulgaria	2. Belgium	2. Austria (AUT)
3. Cyprus	3. Cyprus	3. Cyprus	3. Bulgaria	3. Belgium (BEL)
4. Czechia	4. Czechia	4. Czechia	4. Cyprus	4. Bulgaria (BUL)
5. Ireland	5. Ireland	5. Greece	5. Czechia	5. Croatia (CRO)
6. Italy	6. Italy	6. Hungary	6. Greece	6. Cyprus (CYP)
7. Latvia	7. Latvia	7. Ireland	7. Hungary	7. Czechia (CZH)
8. Lithuania	8. Lithuania	8. Italy	8. Ireland	8. Denmark (DEN)
9. Malta	9. Malta	9. Latvia	9. Italy	9. Estonia (EST)
10. Norway	10. Norway	10. Lithuania	10. Latvia	10. Finland (FIN)
11. Portugal	11. Portugal	11. Malta	11. Lithuania	11. France (FRA)
12. Slovenia	12. Slovenia	12. North Macedonia	12. Malta	12. Georgia (GEO)
13. Sweden	13. Sweden	13. Norway	13. North Macedonia	13. Greece (GRE)
	14. Greece	14. Portugal	14. Norway	14. Hungary (HUN)
	15. Hungary	15. Slovenia	15. Portugal	15. Ireland (IRE)
	16. North Macedonia	16. Spain	16. Republic of Moldova	16. Italy (ITA)
	17. Spain	17. Sweden	17. Romania	17. Kazakhstan (KAZ)
		18. Albania	18. San Marino	18. Kyrgyzstan (KGZ)
		19. Republic of Moldova	19. Slovenia	19. Latvia (LVA)
		20. Romania	20. Spain	20. Lithuania (LTU)
		21. San Marino	21. Sweden	21. Malta (MAT)
		22. Türkiye	22. Türkiye	22. Montenegro (MNE)
			23. Austria	23. Netherlands (NET)
			24. Croatia	24. North Macedonia (MKD)
			25. Denmark	25. Norway (NOR) ^a
			26. Estonia	26. Poland (POL)
			27. Finland	27. Portugal (POR)
			28. France	28. Republic of Moldova (MOA)
			29. Georgia	29. Romania (ROM)
			30. Kazakhstan	30. Russian Federation (RUS) ^b
			31. Kyrgyzstan	31. San Marino (SMR)
			32. Montenegro	32. Serbia (SRB)
			33. Poland	33. Slovakia (SVK)
			34. Russian Federation ^b	34. Slovenia (SVN)
			35. Serbia	35. Spain (SPA)
			36. Slovakia	36. Sweden (SWE)
			37. Tajikistan	37. Tajikistan (TJK)
			38. Turkmenistan	38. Türkiye (TUR)
			39. Netherlands	39. Turkmenistan (TKM) ^c
				40. Armenia (ARM)
				41. Azerbaijan (AZE) ^c
				42. Bosnia and Herzegovina (BIH) ^c
				43. Germany (GER) ^d
				44. Israel (ISR)
				45. Uzbekistan (UZB) ^c

Countries printed in red participated in COSI for the first time. Only countries printed in bold collected data in the relevant COSI round

a Data collected in Norway are not included in the current fact sheet as they were not available at the time of writing.

b Data were collected only in Moscow (rounds 4 and 5, RUS-MS) and Yekaterinburg (round 5, RUS-YK).

c Data collection, processing and/or analysis were disrupted by the COVID-19 pandemic and hence could not take place.

d Data were collected only in Bremen (GER-BR)

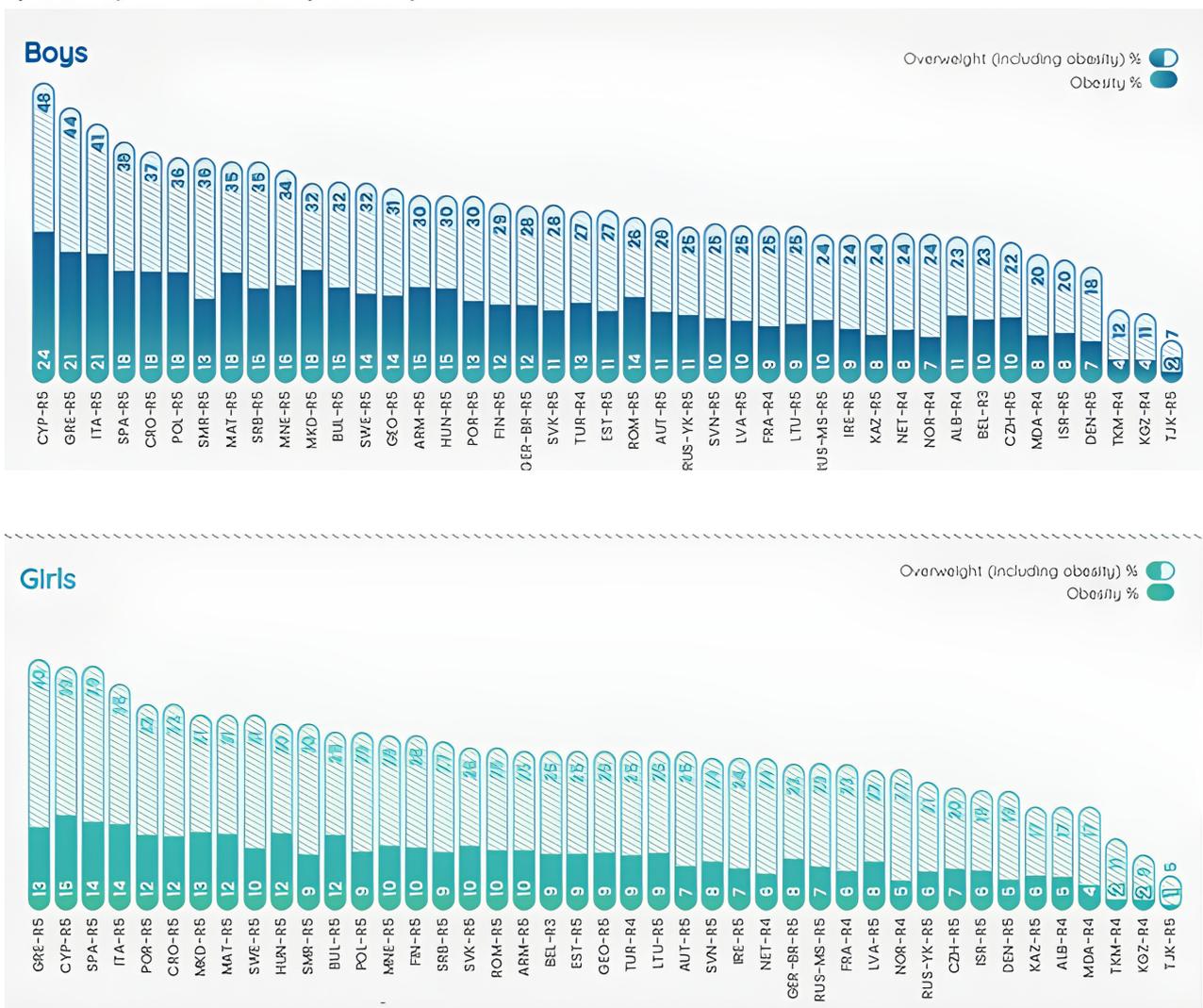
OVERWEIGHT and OBESITY among children aged 7-9 years

in the WHO European Region – latest available data from COSI

Since the first round of COSI data collection in 2007, 42 countries have gathered data at least once. When the latest available data from all countries are plotted (including data from previous rounds for countries that did not participate in the fifth round), the highest prevalence of both overweight (including obesity) and obesity was observed in Cyprus, Greece, Italy and Spain (Fig. 2).

The prevalence of overweight and obesity for both genders was lowest in Tajikistan, Kyrgyzstan and Turkmenistan. Of 42 countries (43 study locations), there are only six where the proportion of children aged 7-9 years affected by overweight or obesity is less than one in five.

Fig. 2. Overweight and obesity prevalence estimates according to data from COSI round 3 (2012-2013), COSI round 4 (2015-2017) and COSI round 5 (2018-2020)



הנתונים מבוססים על נתונים שנאספו במסגרת תוכנית המחקר הבריאותית העולמית (WHO) בשנים 2012-2013, 2015-2017 ו-2018-2020. המדינות הנתונות הן: ציפריס, יוון, איטליה, ספרד, קרואטיה, פולין, סלובניה, מלטה, סרביה, מונטנגרו, מקדוניה, בולגריה, שוודיה, גאורגיה, ארמניה, הונגריה, פורטוגל, פינלנד, גרמניה (ברלין), סלובקיה, רומניה, ארמניה, בלגיה, אסטוניה, גאורגיה, טורקיה, ליטא, אוסטריה, סלובניה, אירלנד, נידרלנד, נורווגיה, רוסיה (קזאכסטן), רוסיה (מרכז), צ'כיה, ישראל, דנמרק, קזחסטן, אלבניה, מולדובה, טקמניסטן, קזחסטן, טג'יקיסטן.

Overall, 29% of children aged 7–9 years in the participating countries were living with overweight (including obesity) according to WHO definitions (Fig. 3). Prevalence was higher among boys (31%) than girls (28%) (Fig. 4).

There continue to be large differences between countries, with country specific prevalence of overweight (including obesity) among children aged 7–9 years ranging from 6% in Tajikistan to 43% in Cyprus. Among boys, prevalence ranged from 7% to 48%; among girls, from 5% to 40%.

Highest prevalence of overweight among children (both genders combined)

was observed in Cyprus, Greece, Spain and Italy. Prevalence was lowest in Tajikistan, Denmark, Israel and Kazakhstan. These results appear in line with the north-south gradient previously reported and analysis of data from the previous round of data collection which found that, on average, the children of Northern Europe were the tallest, those of Southern Europe had the highest weight and the children living in Central Asia had the lowest weight and were the shortest.

Fig. 3. Prevalence of overweight (including obesity) in children aged 7–9 years (%); COSI round 5 (2018–2020)

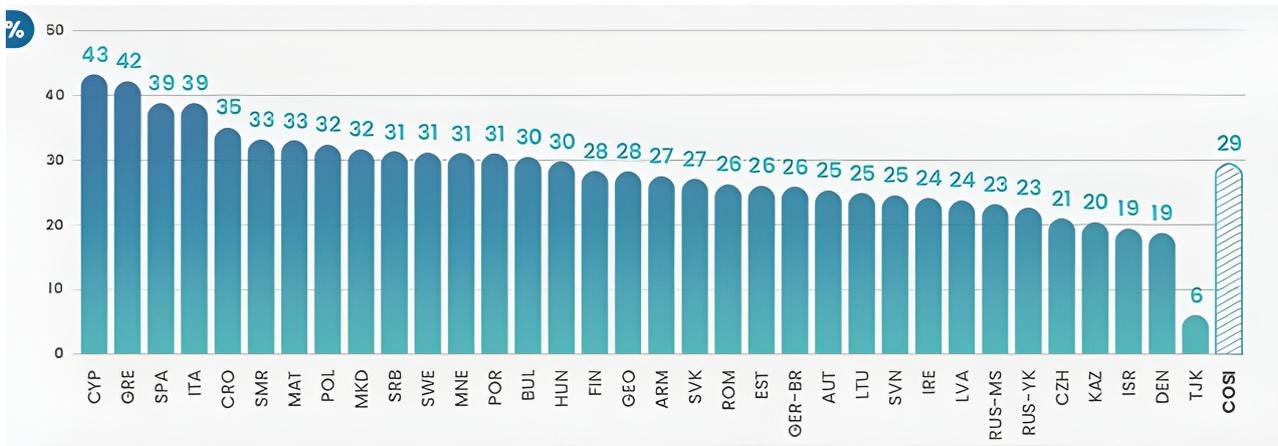


Fig. 4. Prevalence of overweight (including obesity) in boys and girls aged 7–9 years (%), and difference between genders (boys minus girls, percentage points on horizontal axis); COSI round 5 (2018–2020)



הנתונים מוצגים כאחוזים של ילדים בעלי עודף משקל (כולל השמנת יתר) בהתאמה להגדרות ה-WHO. נתונים אלה מציגים את השכיחות של ילדים בעלי עודף משקל (כולל השמנת יתר) בהתאמה להגדרות ה-WHO ברחבי המדינות המשתתפות במחקר. הנתונים מוצגים כאחוזים של ילדים בעלי עודף משקל (כולל השמנת יתר) בהתאמה להגדרות ה-WHO ברחבי המדינות המשתתפות במחקר. הנתונים מוצגים כאחוזים של ילדים בעלי עודף משקל (כולל השמנת יתר) בהתאמה להגדרות ה-WHO ברחבי המדינות המשתתפות במחקר. הנתונים מוצגים כאחוזים של ילדים בעלי עודף משקל (כולל השמנת יתר) בהתאמה להגדרות ה-WHO ברחבי המדינות המשתתפות במחקר.

Overall, prevalence of obesity among children aged 7–9 years in the participating countries was 12% (Fig. 5). Prevalence among boys in this age group was 14%, compared to 10% among girls (Fig. 6). Country-specific prevalence of obesity among children ranged from 1% in Tajikistan to 19% in Cyprus.

Among boys, prevalence ranged from 2% to 24%; among girls, from 1% to 15%. The same north-south gradient emerged as the one observed for overweight. Prevalence of obesity was higher in boys than girls in all countries except in Lithuania, Portugal, Slovakia and Tajikistan, where levels were the same or similar in both genders.

Fig. 5. Prevalence of obesity in children aged 7–9 years (%); COSI round 5 (2018–2020)

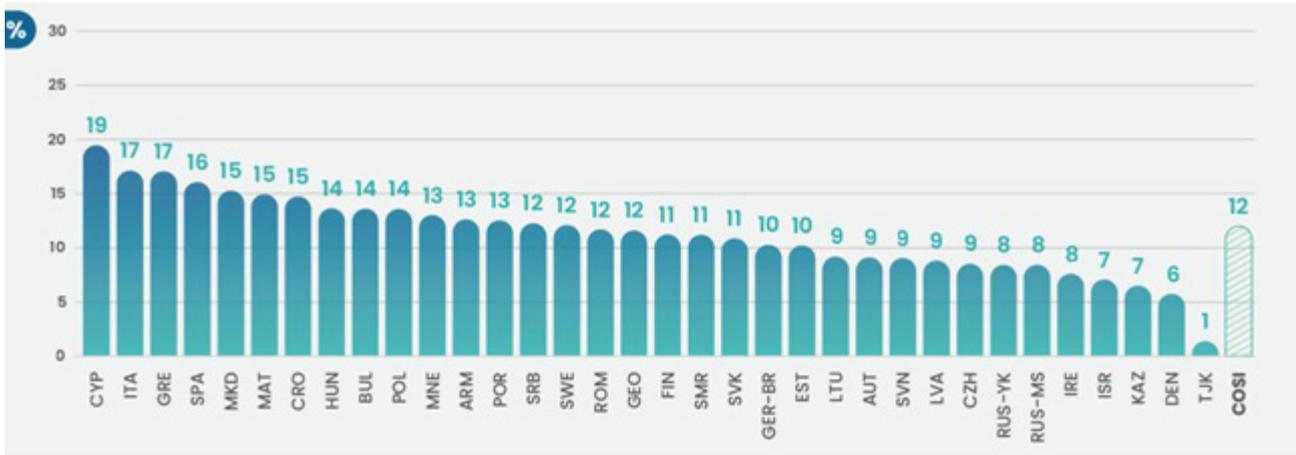
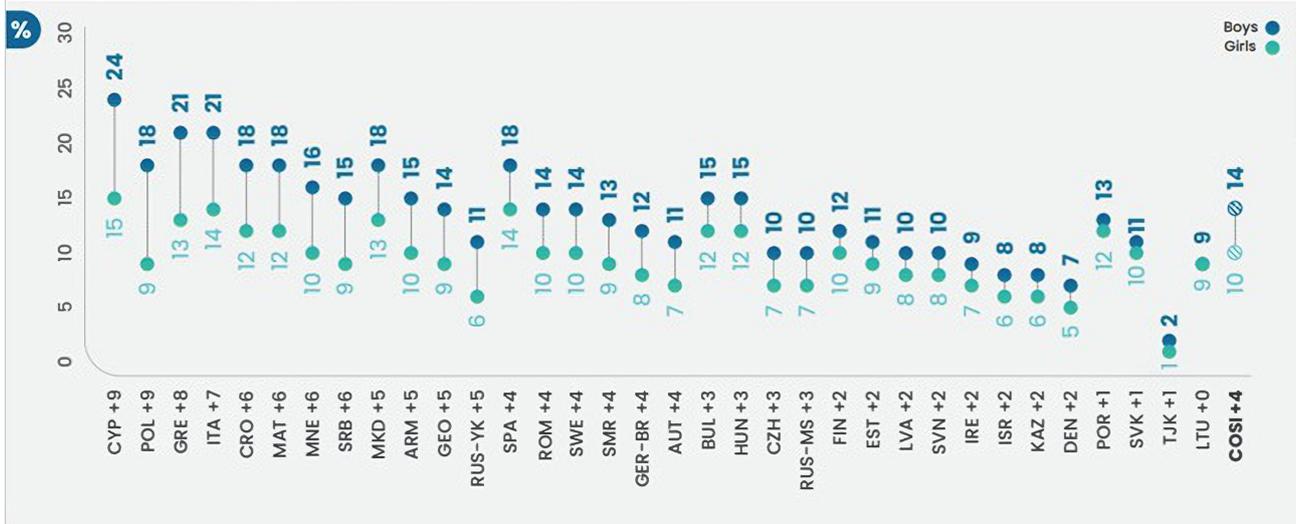


Fig. 6. Prevalence of obesity in boys and girls aged 7–9 years (%), and difference between genders (boys minus girls, percentage points on horizontal axis); COSI round 5 (2018–2020)



Data relate to: (i) 7-year-olds in Armenia, Bulgaria, Czechia, Denmark, Estonia, Finland, German (State of Bremen only), Georgia, Greece, Hungary, Ireland, Israel, Kazakhstan, Latvia, Lithuania, Malta, Montenegro, North Macedonia, Portugal, Romania, Russian Federation (Moscow and Yekaterinburg), Serbia, Slovakia, Slovenia, Spain and Tajikistan; (ii) 8-year-olds in Austria, Croatia, Italy, Poland, San Marino and Sweden; and (iii) 9-year-olds in Cyprus. Differences were calculated as estimates among boys minus estimates among girls. Prevalence was calculated based on WHO definitions.

EATING HABITS of children aged 6–9 years

in the WHO European Region – COSI round 5 (2018–2020)

Overall, 43% of children aged 6–9 years consumed fresh fruit daily in the 27 study locations providing data (Fig. 7). The proportion of children consuming fruit daily was highest in Portugal, Ireland and Denmark (around 60%), and lowest in Georgia and Latvia (around 25%).

Only 34% of children ate vegetables daily (Fig. 8). The percentage of children eating vegetables every day varied widely between countries, ranging from 57% to only 13%.

Fig. 9 shows that 22% of children aged 6–9 years consumed soft drinks on more than 3 days per week. There was a wide variation between countries, from 2% in Greece to 41% in Czechia.

Overall, 75% of children ate breakfast every day (Fig. 10). Levels of daily breakfast consumption ranged from 94% in Portugal and Denmark to only 44% in Armenia and 49% in Greece.

Fig. 7. Fresh fruit consumed daily (%)

COSI Average
43%

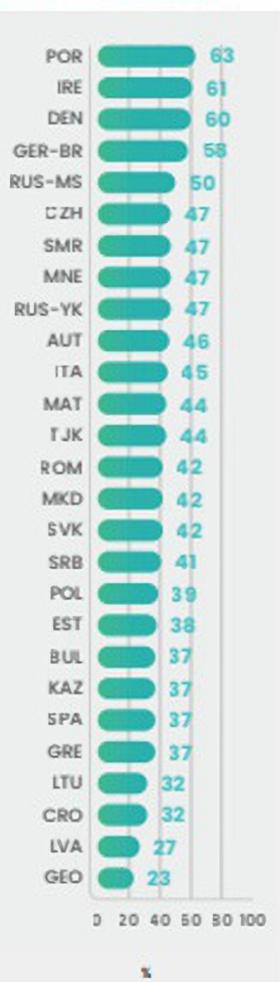


Fig. 8. Vegetables consumed daily (%)

COSI Average
34%

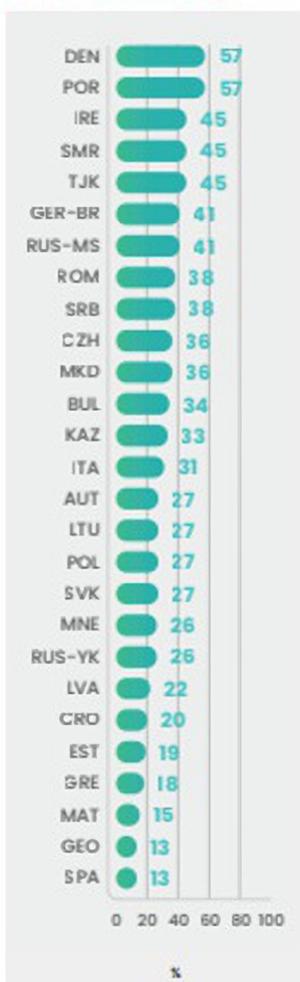


Fig. 9. Soft drinks consumed more than 3 days/week (%)

COSI Average
22%

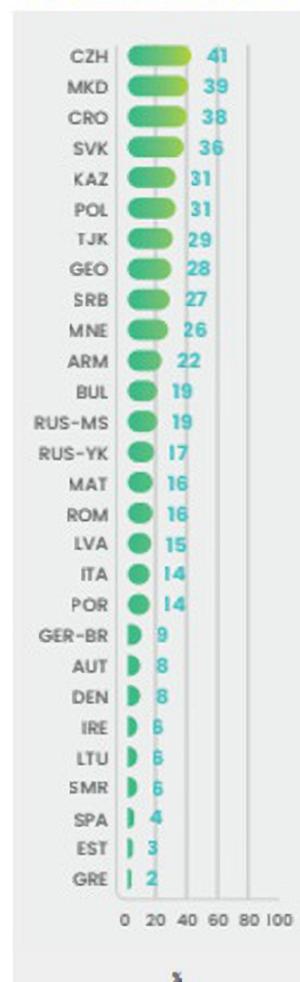
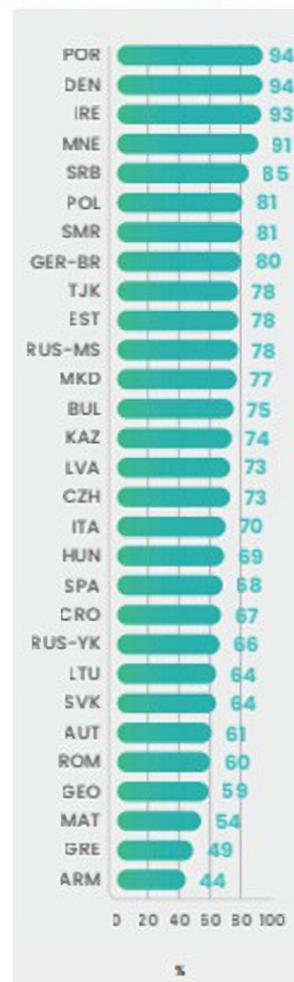


Fig. 10. Breakfast eaten every day (%)

COSI Average
75%



PHYSICAL ACTIVITY and SCREEN TIME of children aged 6–9 years

in the WHO European Region – COSI round 5 (2018–2020)

Only 41% of children aged 6–9 years travelled to and from school actively (on foot, by bike, by nonmotorized scooter or on skates) in the 28 study locations that provided data (Fig. 11). The percentage ranged from 6% in San Marino to 98% in Tajikistan.

Overall, 53% of children spent at least 2 hours per week doing sports or dancing in the 27 study locations providing data (Fig. 12). Country-specific values ranged from 27% to 86%.

Fig. 13 shows that 87% of children aged 6–9 years in the 27 study locations providing data spent at least 1 hour a day in active or vigorous play. There was considerable variation between countries, from 65% to 96%. In all but three countries, the percentage was 75% or more.

Overall, 43% of children spent at least 2 hours a day watching TV or using electronic devices (Fig. 14). There was a wide variation between countries, ranging from 18% to 74%.

Fig. 11. Travelled to and from school actively (%)

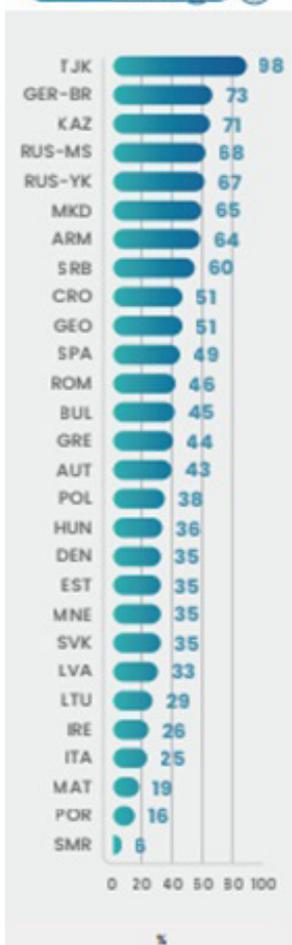


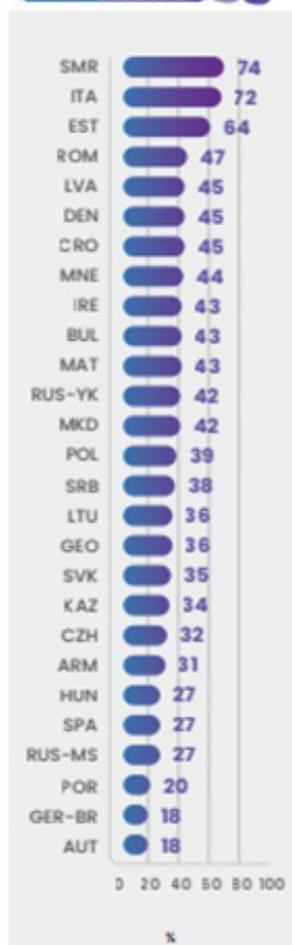
Fig. 12. Spent at least 2 hours/week doing sports or dancing (%)



Fig. 13. Spent at least 1 hour/day in active or vigorous play (%)



Fig. 14. Spent at least 2 hours/day watching TV or using electronic devices (%)



BIBLIOGRAFIA

- WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) Report on the fifth round of data collection, 2018–2020 – WHAO REGION EUROPE
- Childhood Obesity Surveillance Initiative COSI - FACT SHEET HIGHLIGHTS 2018-2020 WHO REGION EUROPE
- Piano di Ripresa e Resilienza 2021 – GOVERNO ITALIANO
- Gli italiani e la pratica sportiva - FACT SHEET 2022 OSSERVATORIO PERMANENTE SULLO SPORT IN ITALIA
- Health City Report 2022 -HEALTH CITY INSTITUTE
- “Stili di vita e obesità nei bambini: i dati italiani di OKkio alla Salue e il confronto con l'Europa” 2020 – MINISTERO DELLA SALUTE
- Italian Baometer Obesity Report 2022 – IBDO FOUNDATION
- PDL 741 “Disposizioni per la prevenzione e la cura dell'obesità” – CAMERA DEI DEPUTATI ON: ROBERTO PELLA
- DDL 287 “Disposizioni recanti interventi finalizzati all'introduzione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia all'interno del Servizio sanitario nazionale” – SENATO DELLA REPUBBLICA SEN. DANIELA SBROLLINI

OPEN ITALY

Il network OPEN (Obesity Policy Engagement Network) ITALY è una iniziativa di advocacy istituzionale sull'obesità che è collegato ad un'iniziativa globale che ha l'obiettivo, attraverso il confronto reciproco e lo scambio di best practice, di sostenere il percorso nazionale di ogni Nazione aderente per il raggiungimento degli obiettivi di policy per la prevenzione e la cura dell'obesità.

Attraverso la rete nazionale e globale ai membri è data l'opportunità di discutere dei progressi e dei risultati ottenuti nel proprio Paese, ottenere informazioni e suggerimenti da altri Paesi ed esperti, nonché strumenti tangibili per sviluppare ulteriormente la propria strategia nazionale sull'obesità.

OPEN Italy si è insediato a Roma il 7 ottobre 2019 ed è costituito da esperti che rappresentano società scientifiche, associazioni pazienti e di cittadinanza, rappresentanti politico-istituzionali.

Obiettivo di OPEN ITALY è quello di ottenere il riconoscimento politico, clinico e pubblico dell'obesità come malattia per garantire una responsabilità condivisa, e non solo sul singolo individuo;

- Rivedere e ottimizzare l'allocazione delle risorse sanitarie per garantire finanziamenti per l'assistenza e la cura della persona con obesità;
- Integrare l'obesità nel percorso di formazione e nei curricula di apprendimento per le professioni legate all'obesità al fine di adottare cure più efficaci e informate;
- Istituire centri di obesità multidisciplinari e garantire l'accesso alle cure transdisciplinari per le persone con obesità.

OPEN MIND SET è un tool di discussione e approfondimento su temi di politica sanitaria, sociali, economici e clinici per favorire il dibattito istituzionale e l'advocacy sull'obesità.

OPEN MIND SET

Numero 1 - Maggio 2023

Editore



ALTIS Omnia Pharma Service S.r.l.

+39 02 49538300

info@altis-ops.it

www.altis-ops.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. **Nota dell'Editore:** nonostante l'impegno messo nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.