



Primăria
Capitalei

ASSM
Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București

STUDIU

privind monitorizarea
greutății și înălțimii
preșcolarilor și școlarilor
din Municipiul București

EDIȚIA A III-A

PERIOADA

2024-2025

DIRECȚIA DE
MEDICINĂ
ȘCOLARĂ



Ai grijă de sănătatea ta!



Obezitatea și supraponderalitatea la copii: o provocare globală în creștere

Obezitatea infantilă este recunoscută de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) drept una dintre cele mai mari amenințări ale secolului XXI la adresa sănătății publice. Această condiție nu mai este specifică doar țărilor dezvoltate, ci afectează în mod semnificativ și statele cu venituri mici și medii, unde se observă o creștere alarmantă a numărului de copii supraponderali și obezi. Fenomenul a fost descris de unii autori drept o "pandemie silențioasă", ale cărei consecințe pe termen lung depășesc cu mult dimensiunea individuală, afectând sisteme întregi de sănătate, economii naționale și calitatea vieții generațiilor viitoare.

Conform celor mai recente date OMS publicate în 2024-2025, peste 390 de milioane de copii și adolescenți (cu vârste între 5 și 19 ani) sunt supraponderali la nivel global, iar dintre aceștia, aproximativ 160 de milioane sunt obezi [1]. Mai mult, numărul copiilor cu vârsta sub 5 ani care suferă de obezitate sau suprapondere a fost estimat la 35,5 milioane în 2024 [UNICEF/WHO/World Bank, 2025]. Un studiu de prognoză publicat în The Lancet (Kerr et al., 2025), realizat în cadrul Global Burden of Disease Study 2021, avertizează că, fără intervenții imediate, aproximativ 746 de milioane de copii și adolescenți (o treime din totalul global) vor trăi cu supraponderalitate sau obezitate până în 2050. Aceste statistici sunt cu atât mai îngrijorătoare cu cât obezitatea infantilă tinde să persiste până la vârsta adultă, crescând riscul de boli cardiovasculare, diabet de tip 2, afecțiuni osteo-articulare, dar și probleme psiho-sociale precum stima de sine scăzută, depresia și anxietatea.

La nivel european, situația este la fel de îngrijorătoare. Datele centralizate în cadrul celei mai recente runde a inițiativei COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative), Runda 6 (2022-2024), publicată de Biroul Regional OMS pentru Europa în 2025, reprezintă cel mai amplu exercițiu de supraveghere a obezității infantile din lume, cu aproximativ 470.000 de copii din 37 de țări măsurați. Rezultatele indică faptul că 25% dintre copiii de 7-9 ani din regiunea europeană sunt supraponderali (incluzând obezitatea), iar 11% sunt obezi [WHO COSI Round 6, 2025].

Prevalența variază dramatic de la o țară la alta: în statele sud-europene precum Cipru, Grecia, Italia și Spania, prevalența combinată a supraponderalității și obezității la copiii de 6-9 ani depășește 40%, în timp ce țările nordice (Norvegia, Suedia, Danemarca) mențin rate sub 20% [COSI Round 6, 2025]. Raportul WHO/Europe din noiembrie 2024 subliniază că "majoritatea țărilor participante nu au reușit să reducă nivelul de supraponderalitate și obezitate post-pandemic, iar în acele țări unde s-au produs modificări, creșterile au fost mai frecvente decât scăderile" [WHO/Europe, 2024].

România se aliniază tendinței europene de creștere a obezității infantile și, din nefericire, se plasează printre statele cu cele mai ridicate prevalențe din Uniunea Europeană. Potrivit datelor INSP din 2022, aproximativ 28% dintre copiii de 8 ani din România sunt fie supraponderali, fie obezi [4], cifre confirmate și agravate de datele recente care plasează România pe primul loc în UE în ceea ce privește obezitatea infantilă.

Statistici recente arată că aproape 40% dintre copiii din România au probleme cu greutatea, iar medicii atrag atenția că aceste situații sunt tot mai întâlnite și la copii care încă nu au împlinit șapte ani. Un meta-studiu global publicat de Zhang et al. (2024) în revista Obesity Reviews estimează o prevalență cumulată a supraponderalității și obezității la copii și adolescenți de 8,5% respectiv 14,8% la nivel mondial, cu variații regionale considerabile, Europa Centrală și de Est situându-se în zona de risc crescut.

Factorii principali care contribuie la obezitatea infantilă sunt multipli și interconectați. Alimentația nesănătoasă, caracterizată prin consumul frecvent de alimente bogate în grăsimi saturate, zaharuri și sare (precum fast-food, dulciuri, sucuri carbogazoase, snacks-uri ultraprocesate), este unul dintre principalii

vinovați. Lipsa activității fizice, cauzată de timpul excesiv petrecut în fața ecranelor (televizor, computer, telefon mobil, consolă de jocuri), contribuie semnificativ la dezechilibrul energetic. Conform recomandărilor OMS (2020), copiii ar trebui să practice minimum 60 de minute pe zi de activitate fizică moderată sau intensă, însă studiile arată că sub 20% dintre copiii europeni ating acest prag [WHO, 2020]. De asemenea, factorii socio-economici joacă un rol important: copiii proveniți din familii cu venituri mici sau cu un nivel scăzut de educație au un risc mai mare de a deveni obezi, din cauza accesului limitat la alimente sănătoase și la infrastructură sportivă.

Un element nou evidențiat de literatura științifică recentă este impactul pandemiei COVID-19 asupra obiceiurilor alimentare și a nivelului de activitate fizică al copiilor. Datele COSI Runda 6, care reprezintă primele estimări post-pandemice, confirmă că restricțiile și schimbările de stil de viață din perioada 2020-2022 au exacerbat problema obezității infantile în majoritatea țărilor europene, inclusiv în România [WHO/Europe, 2024]. Izolarea, stresul, accesul redus la activități sportive organizate și creșterea timpului petrecut în fața ecranelor au constituit factori agravanti care și-au pus amprenta pe cohorte evaluate.

Un alt studiu european, publicat în BMC Public Health (Garrido-Miguel et al., 2021), subliniază faptul că intervențiile de prevenție implementate în mediul școlar, prin ore de educație nutrițională, mese sănătoase la cantină și activitate fizică zilnică, pot reduce semnificativ riscul de suprapondere și obezitate la copii (cu 2-5 puncte procentuale pe o perioadă de 6-12 luni) [5]. De asemenea, implicarea părinților și a comunității este esențială în formarea unui mediu care să încurajeze un stil de viață activ și o alimentație echilibrată. Studiile din țările nordice demonstrează că politicile publice integrate (taxe pe alimente nesănătoase, reglementarea publicității alimentare destinate copiilor, promovarea transportului activ) sunt eficiente în menținerea unor rate scăzute de obezitate infantilă.

În acest context, Direcția de Medicină Școlară din cadrul ASSMB și-a propus să adopte o abordare sistematică și științific fundamentată pentru evaluarea și prevenirea supraponderalității și obezității la nivelul Capitalei. Studiul de față, ajuns la cea de-a treia ediție consecutivă, reprezintă cel mai amplu demers de monitorizare a stării de nutriție și dezvoltare fizică a copiilor preșcolari și școlari din Municipiul București. Prin continuitatea sa anuală, studiul permite nu doar o fotografie a situației curente, ci și analiza tendințelor pe termen mediu, evaluarea impactului intervențiilor și fundamentarea deciziilor de politică de sănătate publică pe date reale, actualizate și specifice populației bucureștene.

Evaluarea stării de sănătate a preșcolarilor și elevilor a fost realizată de 126 medici și 551 asistenți medicali, care activează în cele 489 de cabinete de medicină generală din cadrul instituțiilor de învățământ din mediul urban (Municipiul București). Personalul medical evaluează parametrii esențiali ai dezvoltării copilului: greutatea, înălțimea, indicele de masă corporală (IMC) și stilul de viață raportat (inclusiv alimentația și nivelul de activitate fizică).

Raportările în baza măsurărilor s-au făcut în 6 momente importante ale perioadei de creștere: preșcolari (3-6 ani), clasa I (6-7 ani), clasa a IV-a (9-10 ani), clasa a VIII-a (14 ani), clasa a XII-a (18 ani) și anul II profesională (17 ani). La 31 decembrie 2025, la nivelul Municipiului București erau înscriși 255.770 preșcolari și școlari.

În concluzie, obezitatea infantilă este o problemă complexă și multifactorială, care necesită intervenții coordonate la nivelul politicilor de sănătate publică, educației și comunității. Fără o abordare integrată și susținută, această epidemie silențioasă riscă să compromită sănătatea generațiilor viitoare, cu impact major asupra sistemelor de sănătate și asupra calității vieții. Prezentul studiu își propune să furnizeze datele necesare pentru a înțelege amploarea fenomenului în București și pentru a ghida intervențiile viitoare.

SECȚIUNEA STATISTICĂ MEDICALĂ

Tabel general (numărul și genul subiecților) după momentul măsurătorilor/loturi 2024-2025

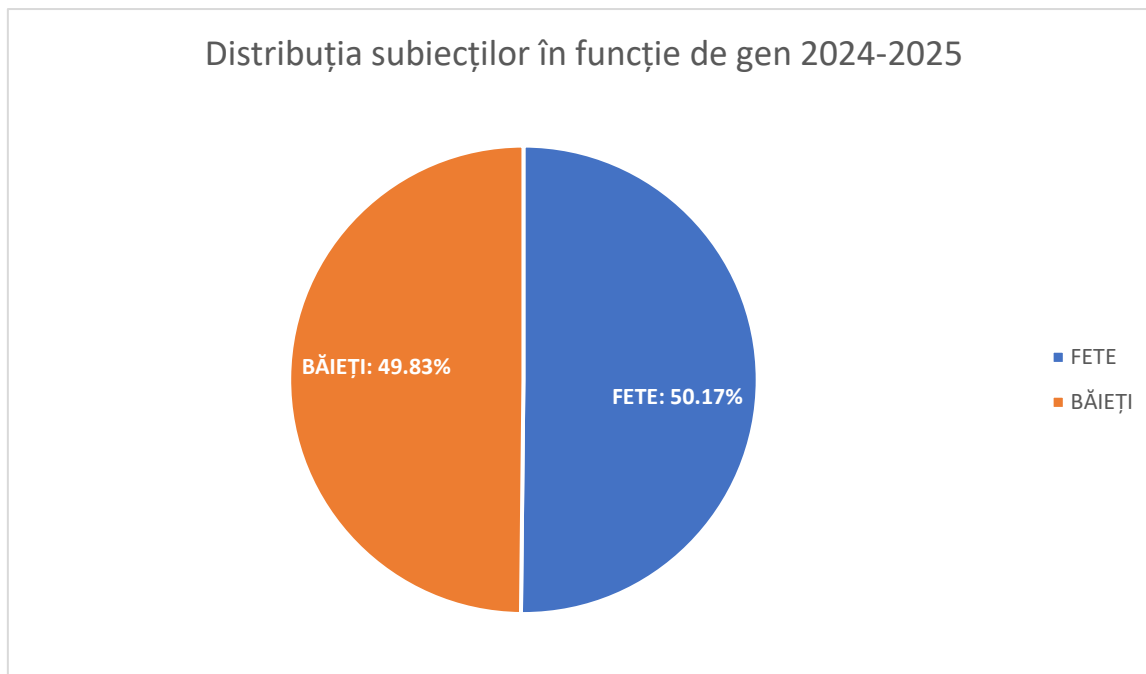
Momentul evaluării (loturi)	Nr. total subiecți examinați fete	Nr. total subiecți examinați băieți	TOTAL pe ciclu	Reprezentând din total loturi
Preșcolar	9064	9372	18436	27,47%
Clasa I	6844	6533	13377	19,93%
Clasa a IV-a	5835	5963	11798	17,58%
Clasa a VIII-a	7253	6932	14185	21,13%
Clasa a XII-a	4555	4309	8864	13,21%
Anul II profesionala	122	334	456	0,68%
TOTAL	33.673	33.443	67.116	

În anul școlar 2024-2025, au fost examinați **67.116 subiecți** (33.673 fete și 33.443 băieți), evaluați în 6 momente-cheie ale dezvoltării. Față de anul anterior (82.090 subiecți în 2023-2024), numărul total al subiecților examinați a scăzut cu 18,2%, posibil din cauza fluctuațiilor de participare la examinările medicale. Cu toate acestea, eșantionul rămâne semnificativ statistic și superior celui din prima ediție (52.493 în 2022-2023).

Cel mai numeros lot a fost cel al preșcolarilor (18.436, reprezentând 27,47% din total), urmat de clasa a VIII-a (14.185, 21,13%). Cel mai mic lot rămâne anul II profesională (456, 0,68%), categorie cu reprezentativitate limitată care trebuie interpretată cu prudență.

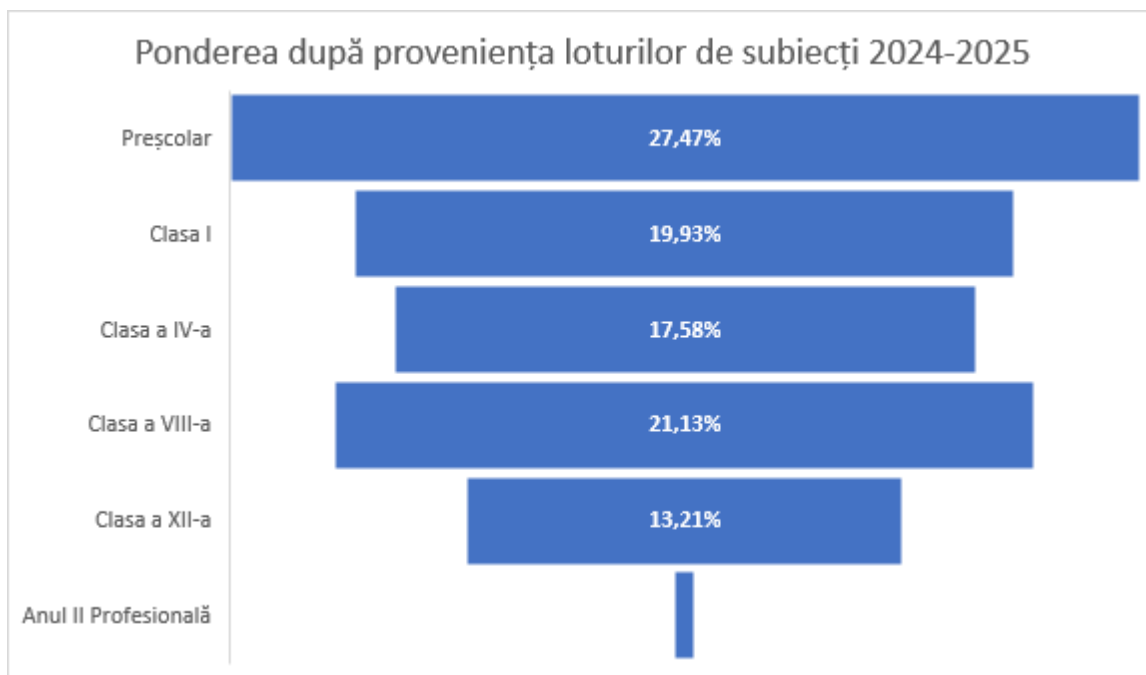
La 31 decembrie 2025, la nivelul Municipiului București erau înscriși 255.770 copii (35.944 preșcolari și 219.826 școlari), iar rețeaua de medicină școlară ASSMB cuprindea 521 cabinete de medicină generală și 161 de cabinete de stomatologie.

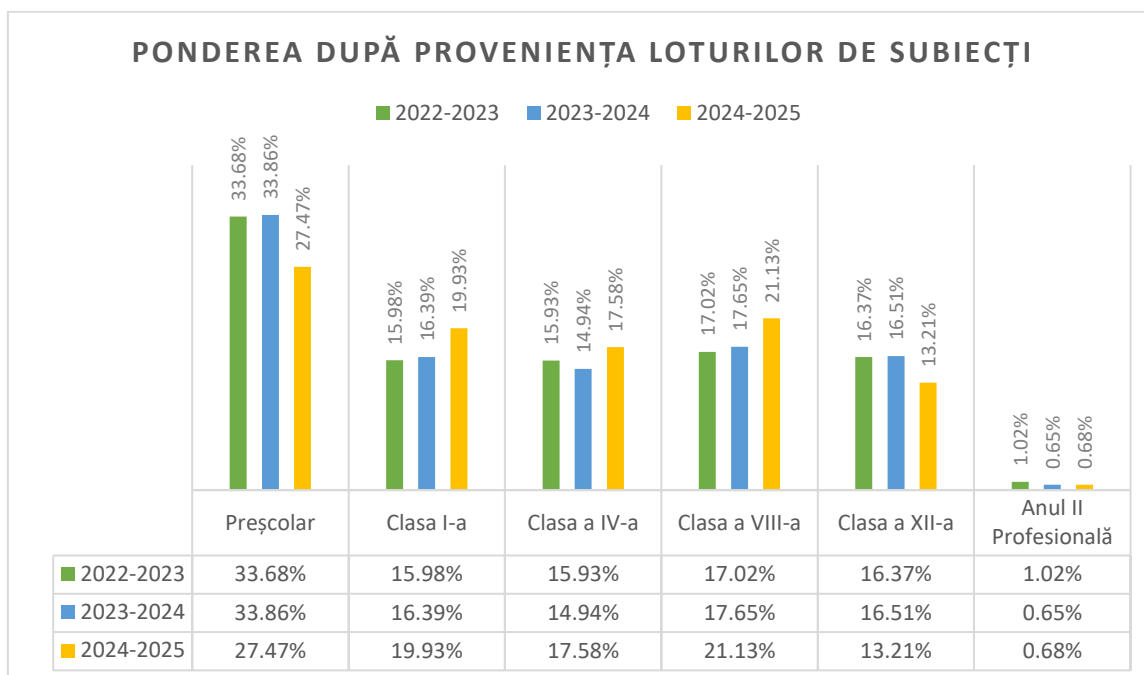
1. Distribuția subiecților în funcție de gen (2024-2025)



Distribuția după gen a fost una echilibrată: **50,17% fete** și **49,83% băieți**, menținând proporția de quasi-paritate observată și în edițiile anterioare (2022-2023: 48,77%/51,23%; 2023-2024: 49,36%/50,64%). Această distribuție echilibrată asigură validitatea comparațiilor de gen și excluderea unui bias de selecție.

2. Ponderea după proveniența loturilor de subiecți 2024-2025





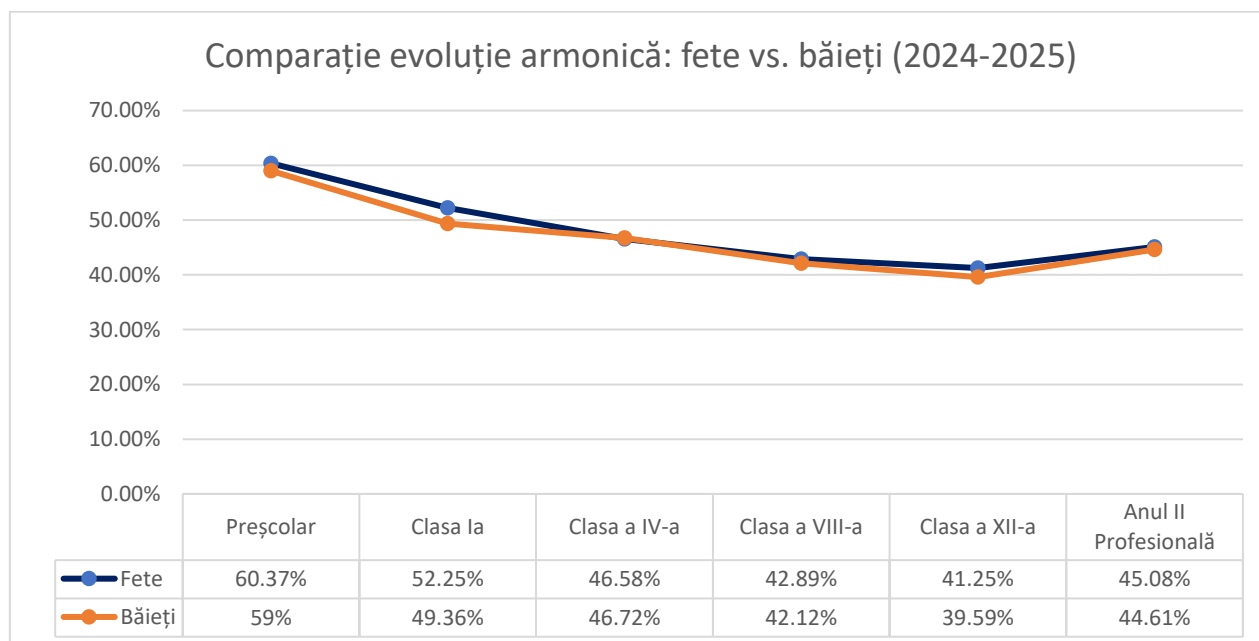
Comparația pe 3 ani a structurii loturilor relevă o modificare semnificativă în ediția 2024-2025: ponderea preșcolarilor a scăzut de la 33,68% (2022-2023) și 33,86% (2023-2024) la **27,47%**, în timp ce loturile de clasa I (19,93%), clasa a IV-a (17,58%) și mai ales clasa a VIII-a (21,13%) au crescut proporțional. Această redistribuire reflectă o acoperire mai extinsă a populației de vârstă școlară medie, permițând o analiză mai detaliată a perioadei critice de tranziție pubertară (9-14 ani), identificată în literatura internațională drept intervalul cu cea mai rapidă acumulare ponderală [Garrido-Miguel et al., BMC Public Health, 2021].

Scăderea ponderii preșcolarilor nu diminuează valoarea studiului, ci indică o reorientare a resurselor de screening către categoriile de vârstă unde intervențiile au cel mai mare impact preventiv.

Dezvoltarea fizică armonică în funcție de gen și loturi 2024-2025

Momentul evaluării (loturi)	Nr. Total subiecți cu dezvoltare fizica armonica fete	% din total lot	Nr. Total subiecți cu dezvoltare fizica armonica baieti	% din total lot
Preșcolar	5472	60,37%	5529	59%
Clasa I	3576	52,25%	3225	49,36%
Clasa a IV-a	2718	46,58%	2786	46,72%
Clasa a VIII-a	3111	42,89%	2920	42,12%
Clasa a XII-a	1879	41,25%	1706	39,59%
Anul II profesionala	55	45,08%	149	44,61%
TOTAL	16.811		16.315	

- Tabel date dezvoltare fizică armonică pe gen și loturi

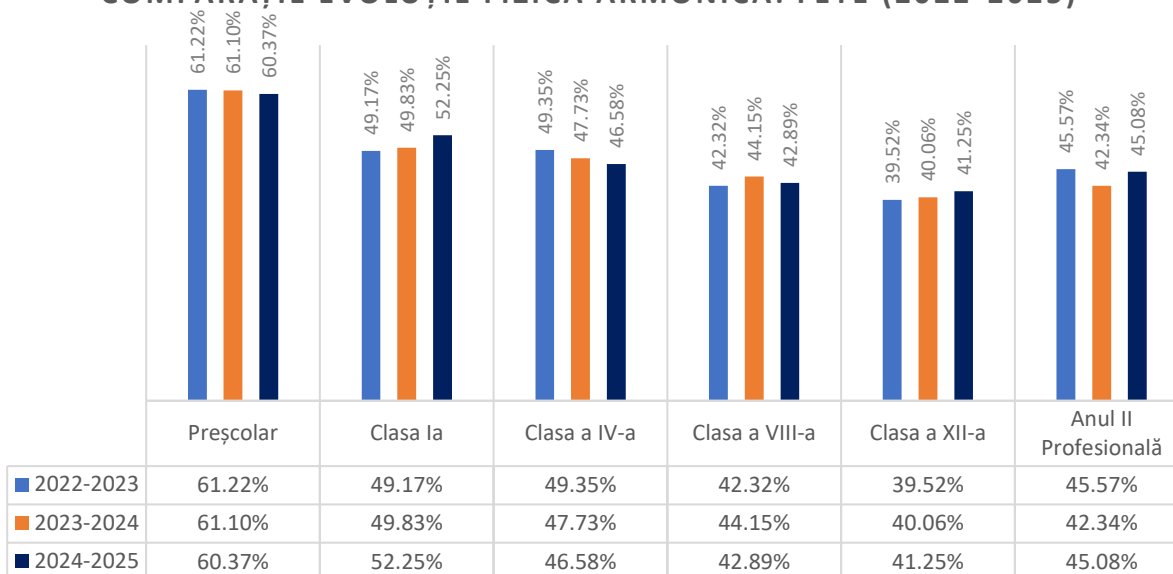


Dezvoltarea fizică armonică prezintă un **gradient descendent clar cu vârsta**, de la 60,37% (fete) și 59% (băieți) la nivel preșcolar, până la 41,25% (fete) și 39,59% (băieți) în clasa a XII-a. Practic, **dacă la grădiniță aproximativ 6 din 10 copii au o dezvoltare proporțională, la 18 ani doar 4 din 10 se mai încadrează în parametrii armonici.**

Fetele prezintă constant un procent ușor mai ridicat de dezvoltare armonică decât băieții pe toate loturile (diferența variind între 0,14 și 2,89 puncte procentuale), cu excepția clasei a IV-a unde valorile sunt aproape identice (46,58% vs. 46,72%). Această diferență de gen devine mai pronunțată la adolescenți (clasa XII: 41,25% vs. 39,59%), sugerând că băieții sunt mai vulnerabili la dezechilibrele ponderale în perioada post-pubertară.

Referință internațională: Un studiu realizat de Spinelli et al. (2024), publicat în Obesity Facts, pe copii din 21 de țări europene, arată că diferențele de gen în prevalența supraponderalității devin semnificative abia după vârsta de 9 ani, cu băieții depășind fetele cu 3-5 puncte procentuale la 11-12 ani, un tipar confirmat de datele ASSMB.

COMPARAȚIE EVOLUȚIE FIZICĂ ARMONICĂ: FETE (2022-2025)



Analiza pe 3 ani relevă tendințe diferențiate pe loturi (evoluție fizică armonică la fete):

Preșcolar: Ușoară scădere (61,22% → 61,10% → 60,37%), sugerând o instalare treptată a dezechilibrelor de la vârste din ce în ce mai mici.

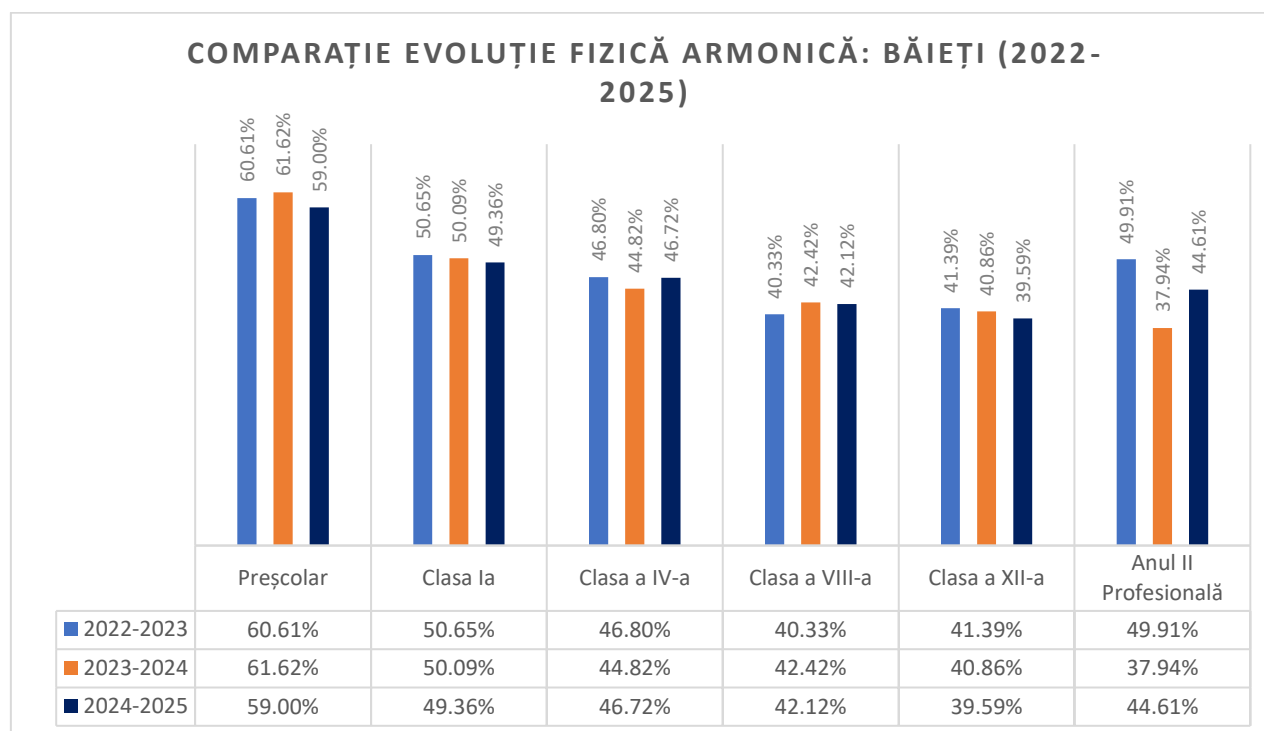
Clasa I: **Ameliorare semnificativă** (49,17% → 49,83% → 52,25%), posibil efect al programelor de educație nutrițională implementate în grădinițe în ultimii 2 ani.

Clasa a IV-a: Scădere continuă (49,35% → 47,73% → 46,58%), confirmând intervalul 9-10 ani ca moment critic de trecere spre disarmonie.

Clasa a VIII-a: Oscilație (42,32% → 44,15% → 42,89%), indicând stabilitate relativă.

Clasa a XII-a: **Tendință pozitivă** (39,52% → 40,06% → 41,25%), posibil prin conștientizare la adolescente.

Referință națională: Datele INSP (2022) indică o prevalență a dezvoltării disarmonice de aproximativ 35-40% la copiii de 8 ani din România, valoare concordantă cu datele ASSMB la clasa a IV-a [4].



La băieți, evoluția pe 3 ani arată:

Preșcolar: Scădere mai accentuată decât la fete (60,61% → 61,62% → 59%), prima ediție în care scade sub 60%.

Clasa I: Scădere treptată (50,65% → 50,09% → 49,36%), sub pragul de 50% pentru prima dată.

Clasa a IV-a: Recuperare (46,80% → 44,82% → 46,72%), posibil efect al variabilității eșantionului.

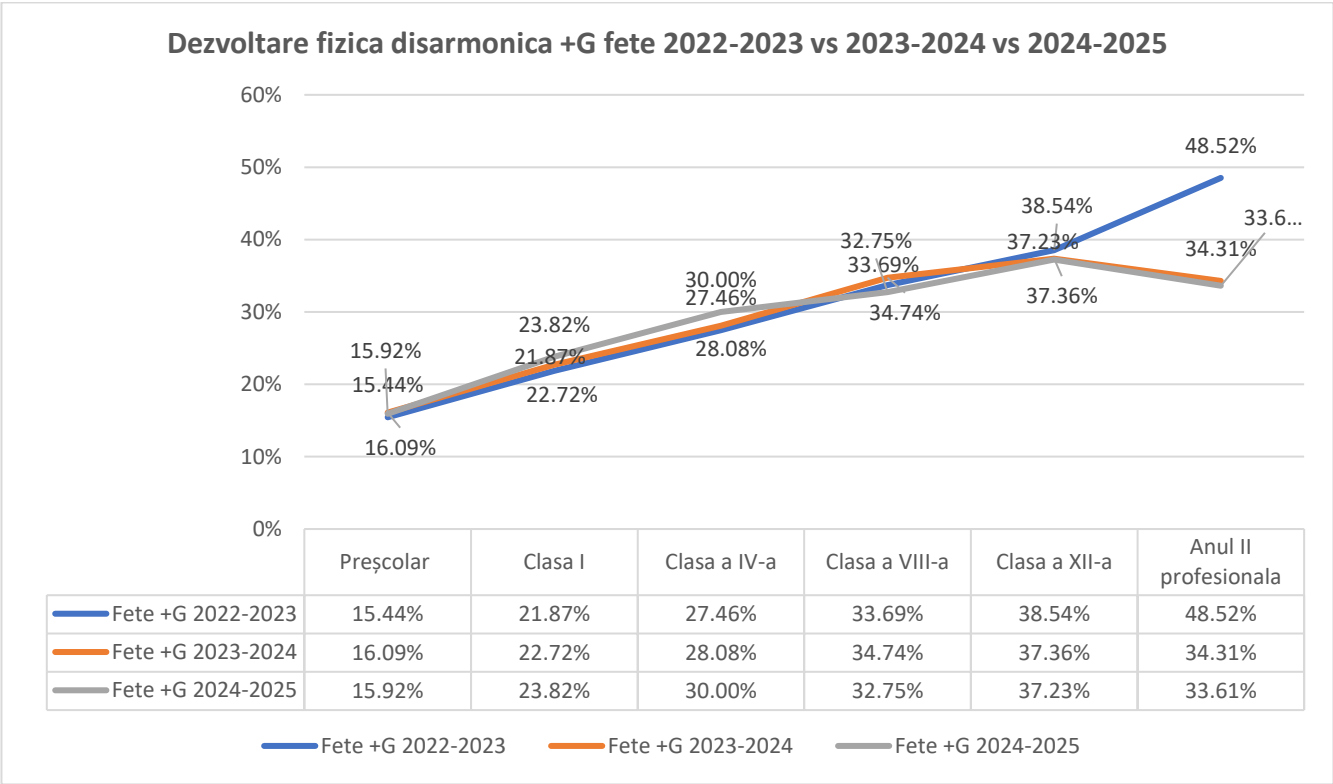
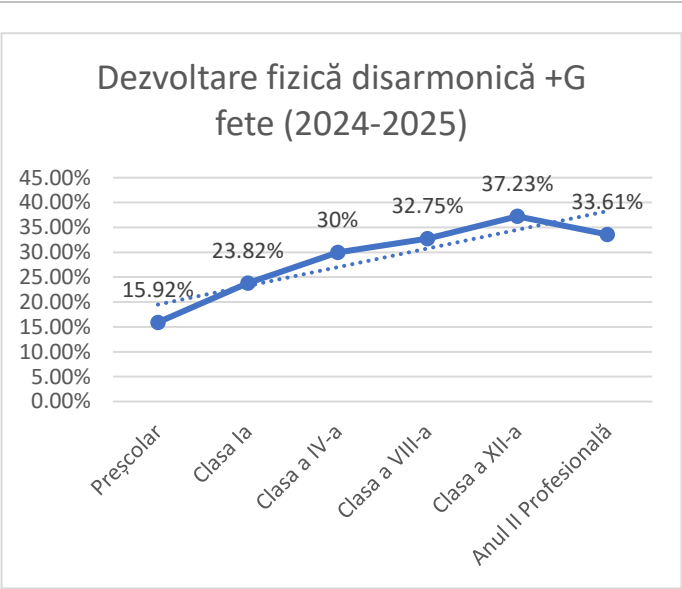
Clasa a VIII-a: Ameliorare (40,33% → 42,42% → 42,12%), stabilizare în jurul valorii de 42%.

Clasa a XII-a: **Tendință negativă continuă** (41,39% → 40,86% → 39,59%), scădere cu aproape 2 puncte procentuale în 3 ani.

Scăderea dezvoltării armonice la băieții de clasa a XII-a sub pragul de 40% este un semnal de alarmă. Conform datelor WHO (2020), băieții adolescenți sunt mai puțin receptivi la mesajele de educație nutrițională și tind să subestimeze riscurile excesului ponderal mai mult decât fetele [WHO, Report on Ending Childhood Obesity, 2020].

2. Dezvoltarea fizică disarmonică +G fete 2024-2025

Momentul evaluării/loturi	Dez.fiz. disarmonică cu +G fete	Reprezentând % din total
Preșcolar	1443	15,92%
Clasa I	1630	23,82%
Clasa a IV-a	1750	30%
Clasa a VIII-a	2375	32,75%
Clasa a XII-a	1696	37,23%
Anul II profesională	41	33,61%
TOTAL	8935	



Din cele 33.673 fete examinate, **8.935** au fost încadrate în grupa disarmonică +G, reprezentând **26,54% din total fete**. Excesul ponderal se instalează progresiv: de la 15,92% la preșcolari la 37,23% în clasa a XII-a, cu o creștere de **21,31 puncte procentuale** între cele două extreme.

Analiza comparativă pe 3 ani evidențiază:

Stabilitate la preșcolari (15,44% → 16,09% → 15,92%), sugerând că factorii determinanți ai excesului ponderal la 3-6 ani (alimentație hipercalorică, sedentarism familial) rămân constanți.

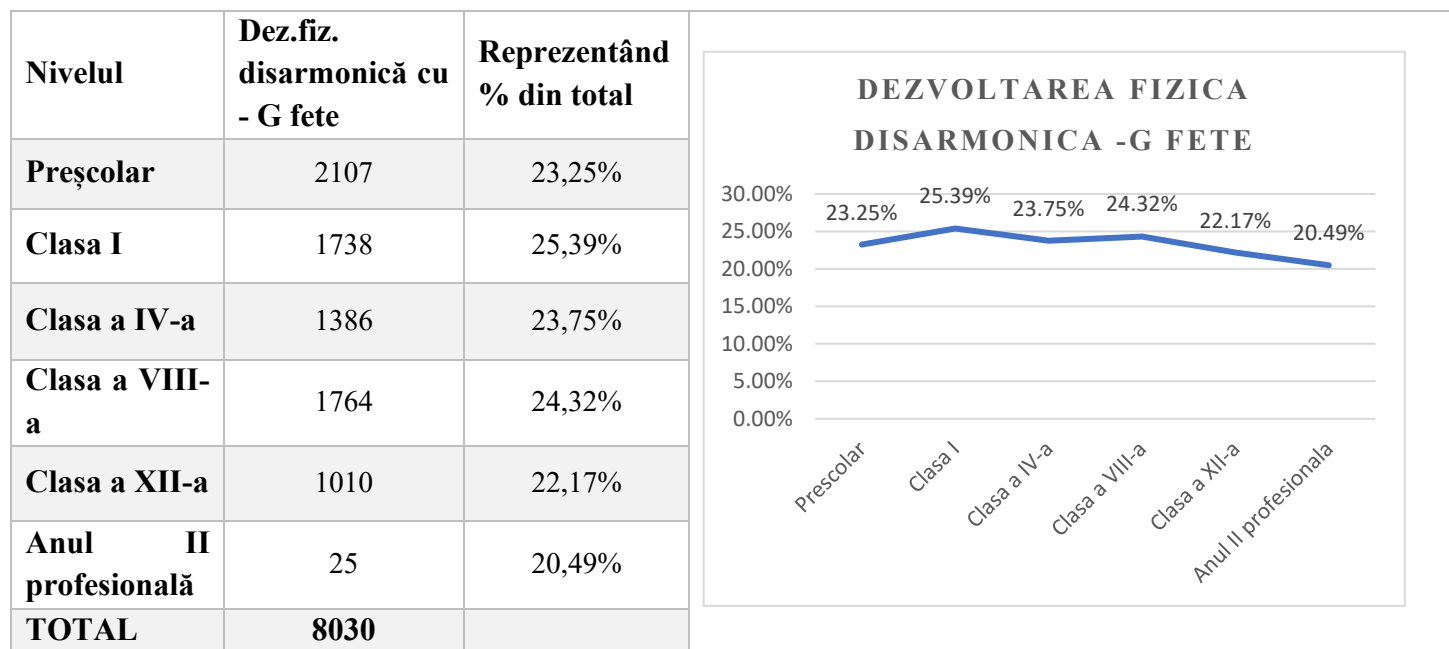
Creștere la clasa a IV-a (27,46% → 28,08% → **30%**), depășind pentru prima dată pragul de 30%. Aceasta coincide cu debutul perioadei pre-pubertare, când modificările hormonale favorizează acumularea adiposă.

Scădere la clasa a XII-a (38,54% → 37,36% → 37,23%), cu o reducere de 1,31% în 3 ani. Această ameliorare poate fi atribuită conștientizării adolescenților privind imaginea corporală, dar ridică și întrebarea legată de adoptarea unor diete restrictive nesupervizate.

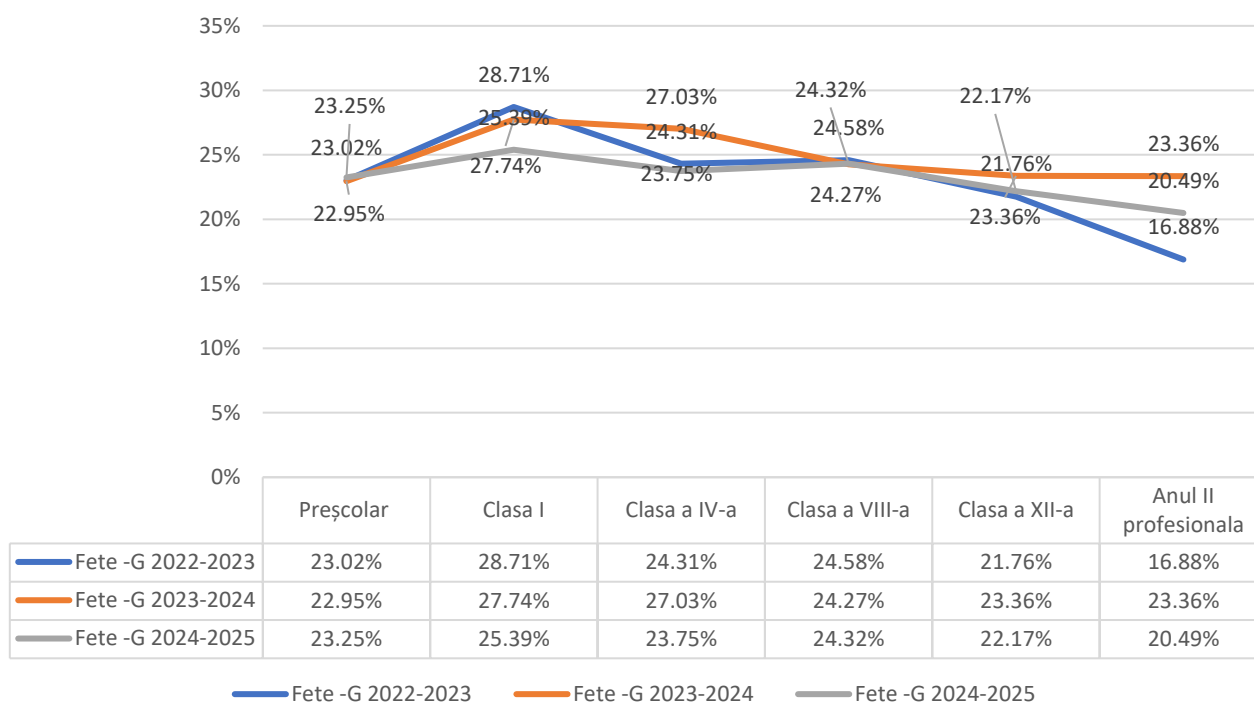
Context internațional: Conform datelor COSI Round 6 (WHO, 2025), prevalența supraponderalității la fetele de 7-9 ani variază între 9% (Tadjikistan) și 42% (Cipru). Valoarea de 23,82% la clasa I (6-7 ani) din București se situează în zona medie europeană, comparabilă cu Spania (24%) și Croația (23%), dar semnificativ peste Norvegia (12%) sau Suedia (13%) [COSI Round 6, WHO/EURO:2025-11788-51560-78769].

Remarcă: Garrido-Miguel, M. et al. (2021) demonstrează în meta-analiza lor pe 85 de studii că intervențiile școlare combinate (nutriție + activitate fizică) pot reduce prevalența +G cu 2-5% într-un interval de 6-12 luni [BMC Public Health, 21(1), 1-15].

3. Dezvoltarea fizică disarmonică -G fete 2024-2025



Dezvoltare disarmonica -G fete 2022-2023 vs 2023-2024 vs 2024-2025



Din totalul fetelor examinate, **8.030 au fost încadrate în grupa disarmonică -G**, reprezentând **19,82%**. Spre deosebire de disarmonia cu plus de greutate (+G), valorile -G nu prezintă un gradient ascendent cu vârsta, ci se mențin relativ constante între loturi, cu valori cuprinse între **20,49% și 25,39%**. Cea mai ridicată valoare se înregistrează la clasa I (**25,39%**), iar cea mai redusă la anul II profesională (**20,49%**); diferența de 4,90 puncte procentuale indică o variație moderată între grupele de vârstă.

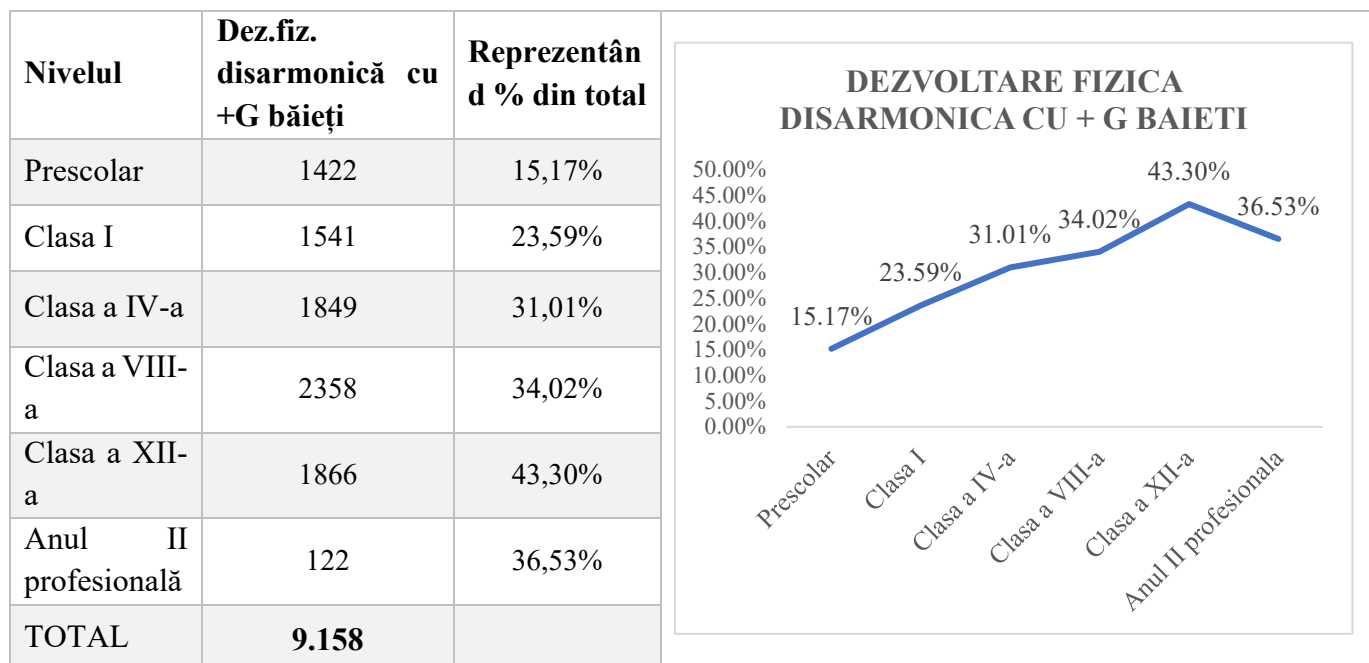
Comparația pe trei ani confirmă lipsa unui trend linear clar. La preșcolari, procentul a variat de la **23,02%** în 2022-2023 la **22,95%** în 2023-2024 și **23,25%** în 2024-2025. La clasa I s-a observat o scădere de la **28,71%** la **25,39%**, iar la clasa a IV-a de la **24,31%** la **23,75%**. În clasele a VIII-a și a XII-a, valorile au fost relativ stabile, cu o ușoară reducere în 2024-2025.

Prin urmare, subponderalitatea feminină pare să reprezinte un fenomen persistent, cu variații anuale moderate, și nu o evoluție conjuncturală sau exclusiv dependentă de vârstă.

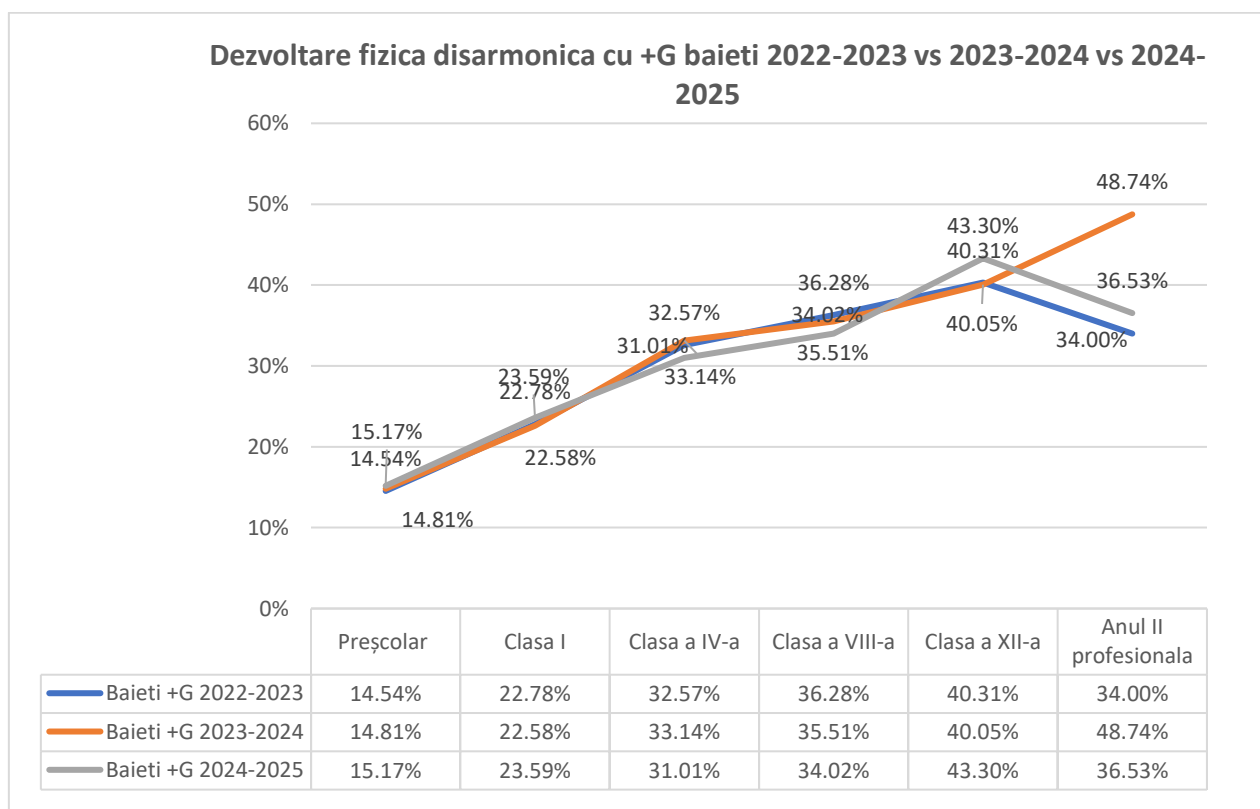
Valoarea agregată de **19,82%** este apropiată de intervalul de **18-22%** raportat pentru subponderalitatea copiilor din mediul urban românesc de Mihăilescu și Vasilescu (2020). Totuși, valorile de la preșcolari, clasa I, clasa a IV-a și clasa a VIII-a depășesc limita superioară a acestui interval, ceea ce justifică monitorizarea individuală și evaluarea factorilor nutriționali, constituționali și socio-economici asociați. Datele nu permit stabilirea cauzelor la nivel individual, dar indică necesitatea unor intervenții de prevenție care să includă consiliere nutrițională, urmărirea curbei de creștere și identificarea precoce a copiilor cu deficit ponderal.

Referință: Mihăilescu, D. & Vasilescu, M. (2020), „Prevalența supraponderalității și obezității la copii din mediul urban și rural din România”, *Jurnal de Sănătate Publică*, 8(1), 27-36.

4. Dezvoltare fizică disarmonică cu +G băieți 2024-2025



Din 33.443 băieți examinați, **9.158 au fost încadrați în grupa disarmonică +G**, reprezentând **27,38% din total băieți**, procent mai ridicat decât la fete (26,54%). Creșterea este exponențială cu vârsta: de la 15,17% la preșcolari la **43,30% în clasa a XII-a**, acesta din urmă reprezentând cel mai mare procent din istoria celor 3 ediții ale studiului.



Analiza pe 3 ani la clasa a XII-a este deosebit de relevantă: 40,31% (2022-2023) → 40,05% (2023-2024) → **43,30%** (2024-2025).

Creșterea de **+3,25 puncte procentuale** într-un singur an este alarmantă și sugerează o accelerare a fenomenului la băieții adolescenți.

Spre deosebire de fete, la băieți nu se observă efectul autocorectiv al conștientizării ponderii excesive, ceea ce poate fi atribuit:

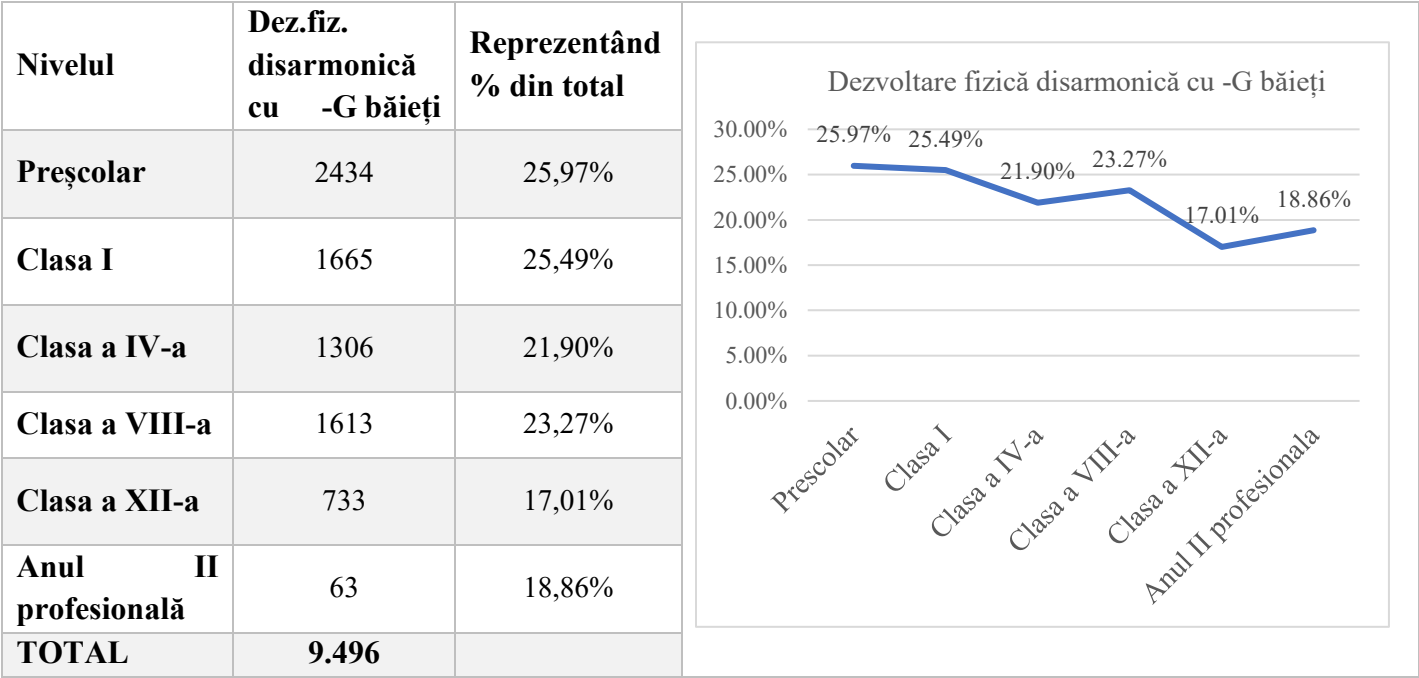
- (a) normelor sociale care asociază masculinitatea cu o constituție masivă;
- (b) sedentarismului crescut asociat gaming-ului;
- (c) consumului caloric ridicat fără percepția riscului.

La clasele intermediare, se observă o scădere la clasa a IV-a (32,57% → 33,14% → 31,01%) și la clasa a VIII-a (36,28% → 35,51% → 34,02%).

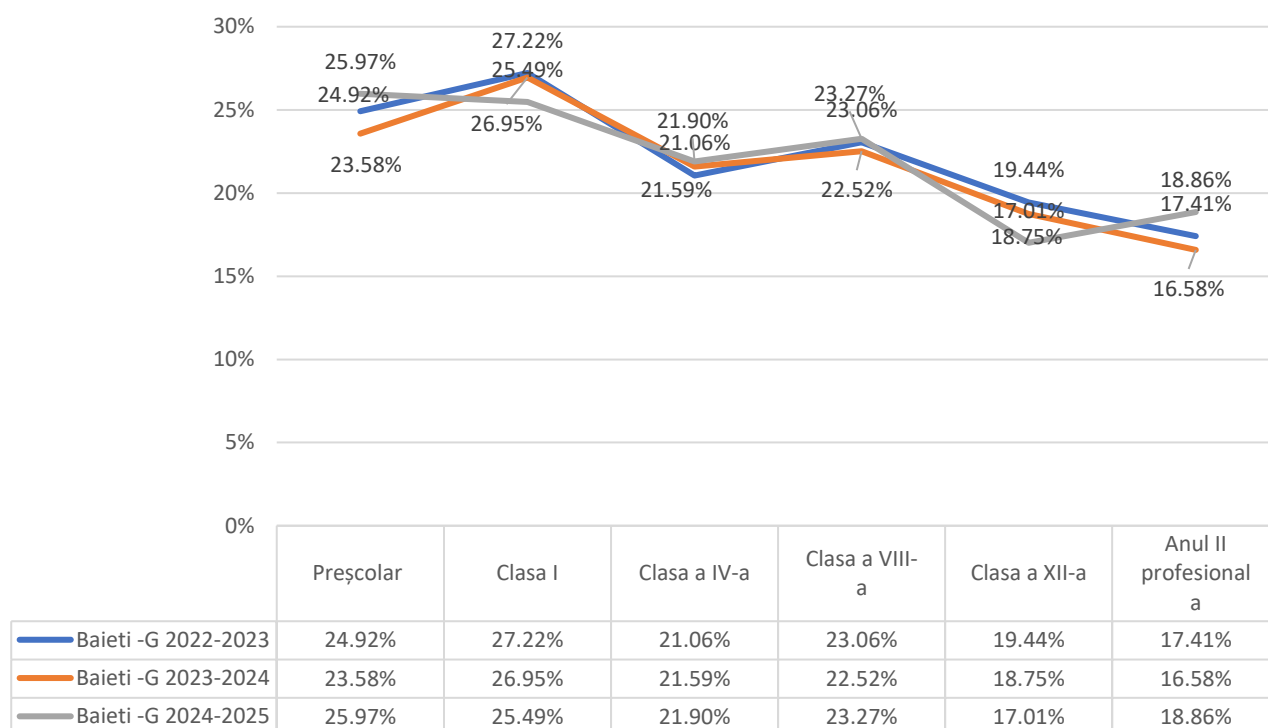
Comparație internațională: În Marea Britanie, National Child Measurement Programme (NHS Digital, 2024) raportează 23,4% obezitate (nu supraponderalitate) la băieții de 10-11 ani, ceea ce, cumulat cu supraponderalitatea, depășește 38%. La nivel european, studiul COSI Round 6 (2025) arată că băieții au constant rate mai mari de supraponderalitate decât fetele cu 2-4%, diferența crescând cu vârsta.

Datele din București (43,30% la 18 ani) sunt comparabile cu cele din Grecia (40% la 9 ani) și Cipru (43% la 9 ani), dar la grupe de vârstă diferite, ceea ce sugerează o agravare mai tardivă dar mai accentuată la populația din România [WHO COSI Round 6, 2025; NHS Digital, 2024].

5. Dezvoltare fizică disarmonică cu -G băieți 2024-2025



Dezvoltarea fizica disarmonica cu -G baieti 2022-2023 vs 2023-2024 vs 2024-2025



Totalul băieților cu -G este de **9.496** (28,39%). Gradientul este **descendent** cu vârsta: de la 25,97% la preșcolari la 17,01% în clasa a XII-a.

Scăderea de 8,96 puncte procentuale reflectă:

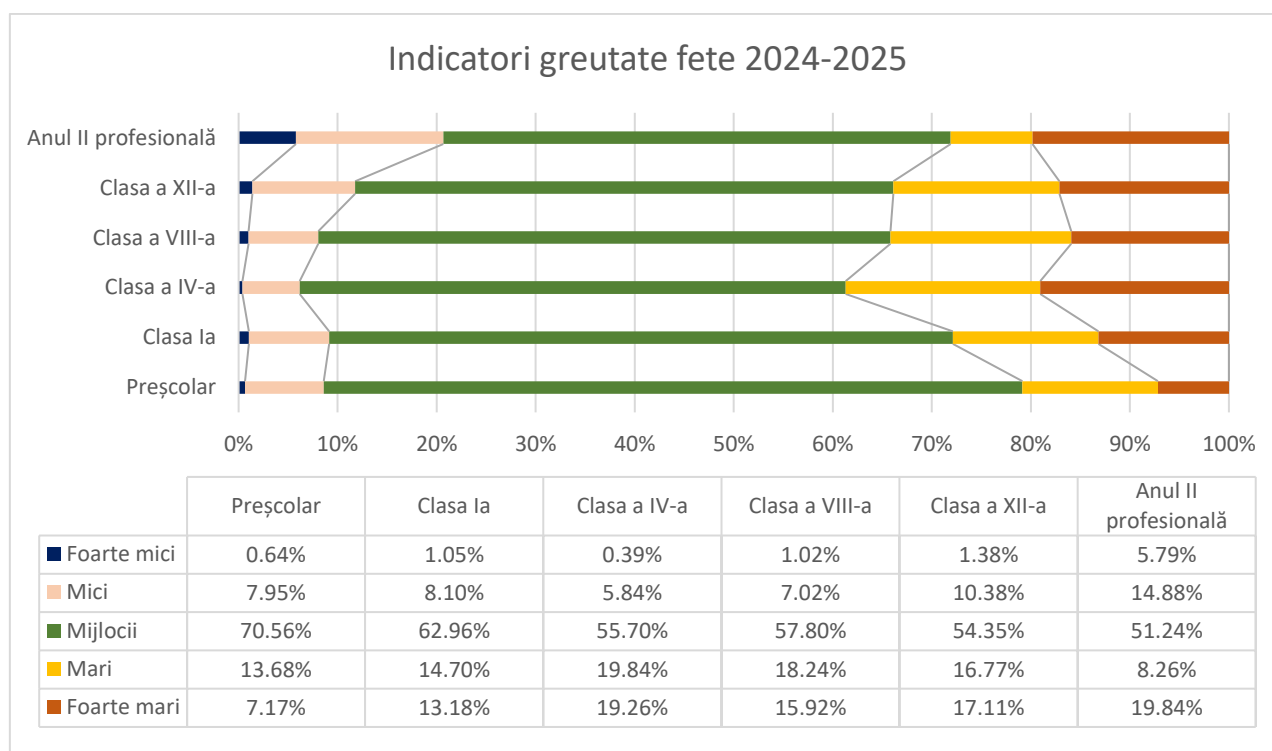
- (a) normalizarea fiziologică a greutateii odată cu creșterea staturală la pubertate;
- (b) tranziția unor subiecți hiponderali spre zona de greutate normală sau chiar supraponderală.

Comparația pe 3 ani arată o ușoară creștere a -G la preșcolari (24,92% → 23,58% → 25,97%), posibil legată de o mai bună identificare a copiilor cu deficit ponderal sau de factori nutriționali din primii ani de viață (diversificare deficitară, alergii alimentare, selectivitate).

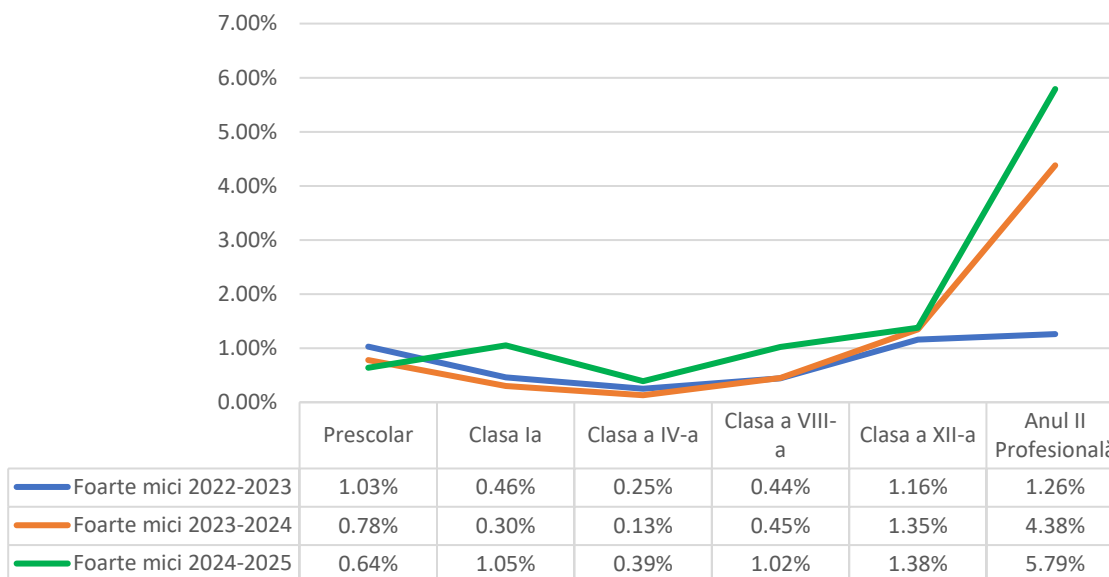
Observație clinică: Subiecții din diferența de 6-8% (între preșcolar și clasele superioare) își vor normaliza greutatea sau, în unele cazuri, vor trece în zona hiperponderală, fenomen descris în literatura de specialitate ca "rebound adipozitar" [Rolland-Cachera, Int J Obes, 2006].

6. Indicatori pentru greutate fete 2024-2025

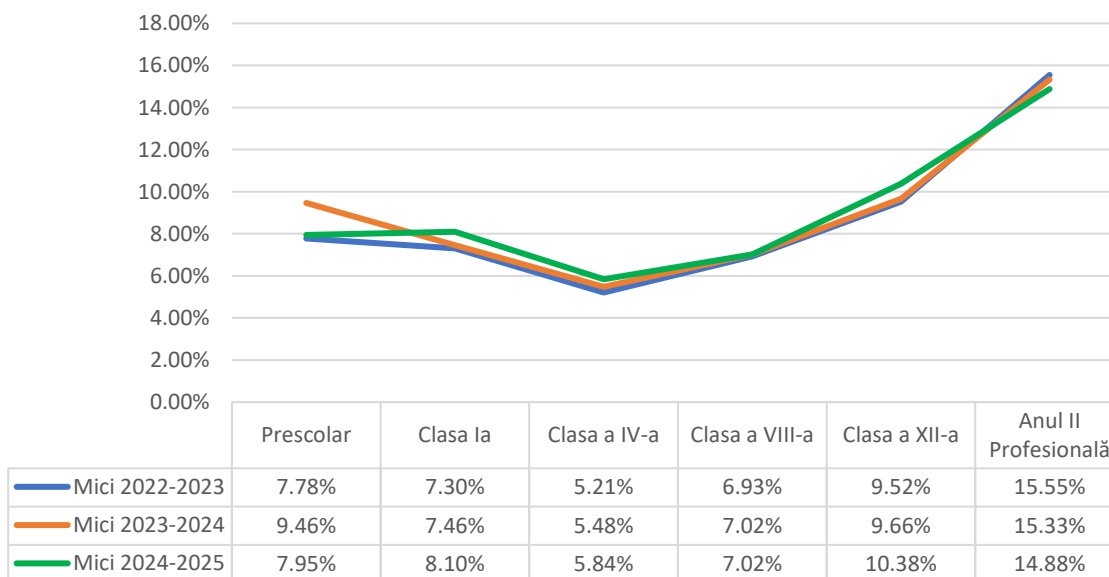
Nivelul	Nr. total subiecti examinati	Foarte mici	Reprezent ând %	Mici	Reprezent ând %	Mijlocii	Reprezent ând %	Mari	Reprezent ând %	Foarte mari	Reprezent ând %
Preșcolar	9065	58	0,64%	721	7,95%	6396	70,56%	1240	13,68%	650	7,17%
Clasa I	7046	74	1,05%	571	8,10%	4436	62,96%	1036	14,70%	929	13,18%
Clasa a IV-a	5878	23	0,39%	343	5,84%	3274	55,70%	1166	19,84%	1132	19,26%
Clasa a VIII-a	7123	73	1,02%	500	7,02%	4117	57,80%	1299	18,24%	1134	15,92%
Clasa a XII-a	4651	64	1,38%	483	10,38%	2528	54,35%	780	16,77%	796	17,11%
Anul II profesională	121	7	5,79%	18	14,88%	62	51,24%	10	8,26%	24	19,84%



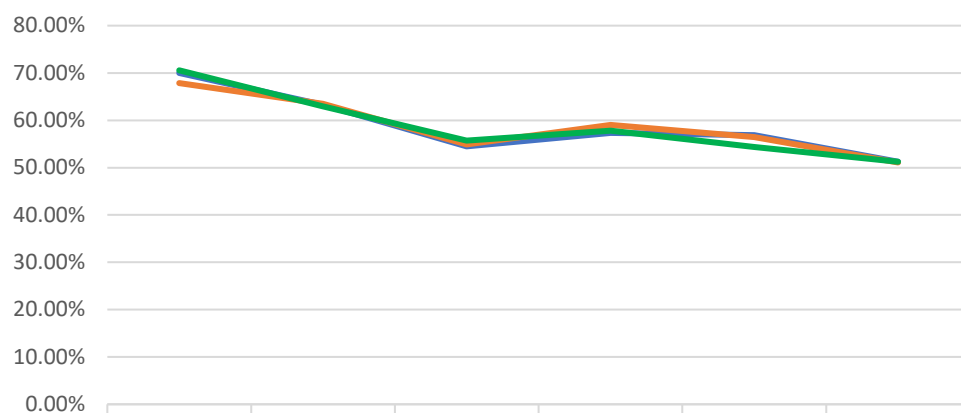
Indicatori greutate foarte mici (fete) 2022 - 2025



Indicatori greutate mici (fete) 2022 - 2025

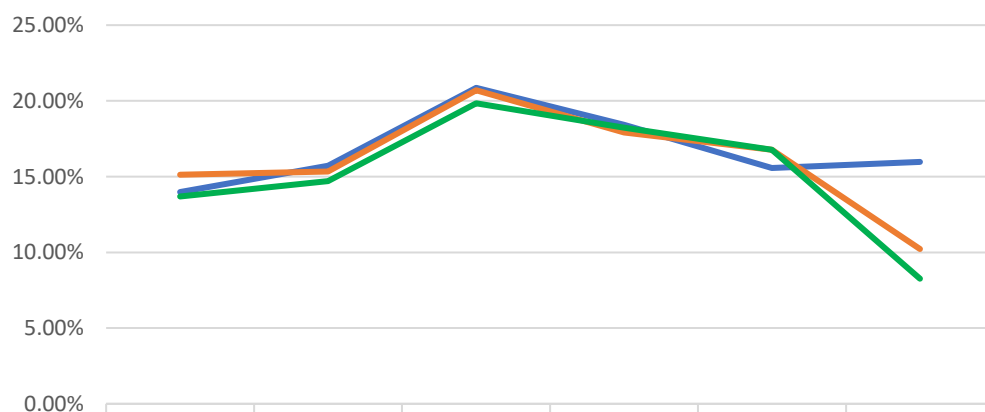


Indicatori greutate mijlocii (fete) 2022 - 2025



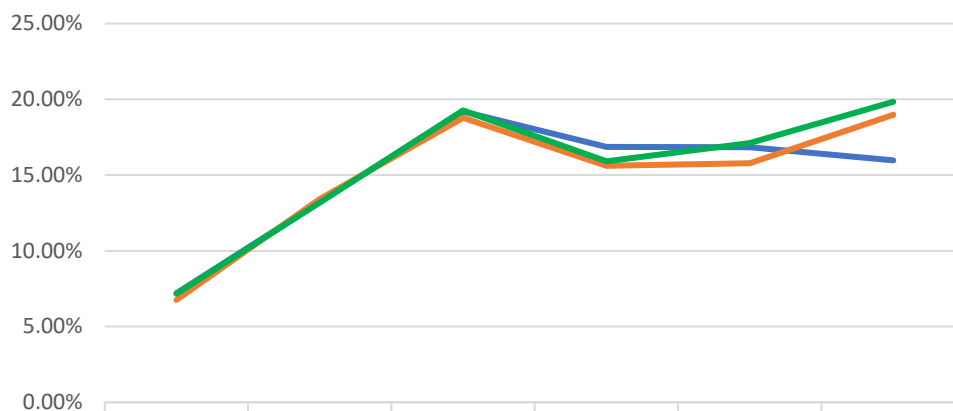
	Prescolar	Clasa Ia	Clasa a IV-a	Clasa a VIII-a	Clasa a XII-a	Anul II Profesională
Mijlocii 2022-2023	70.00%	63.30%	54.48%	57.34%	56.89%	51.25%
Mijlocii 2023-2024	67.86%	63.47%	54.90%	59.01%	56.43%	51.09%
Mijlocii 2024-2025	70.56%	62.96%	55.70%	57.80%	54.35%	51.24%

Indicatori greutate mari (fete) 2022 - 2025



	Prescolar	Clasa Ia	Clasa a IV-a	Clasa a VIII-a	Clasa a XII-a	Anul II Profesională
Mari 2022-2023	13.98%	15.71%	20.86%	18.43%	15.57%	15.97%
Mari 2023-2024	15.13%	15.34%	20.70%	17.92%	16.77%	10.22%
Mari 2024-2025	13.68%	14.70%	19.84%	18.24%	16.77%	8.26%

Indicatori greutate foarte mari (fete) 2022 - 2025



	Prescolar	Clasa Ia	Clasa a IV-a	Clasa a VIII-a	Clasa a XII-a	Anul II Profesională
Foarte mari 2022-2023	7.20%	13.23%	19.20%	16.86%	16.85%	15.97%
Foarte mari 2023-2024	6.76%	13.42%	18.79%	15.61%	15.79%	18.98%
Foarte mari 2024-2025	7.17%	13.18%	19.26%	15.92%	17.11%	19.84%

Indicii de greutate **mijlocii** (echivalenți normoponderalității) reprezintă ponderea majoritară la toate loturile, dar scad progresiv: de la **70,56%** la preșcolari la **51,24%** la anul II profesională. Aceasta înseamnă că, **dacă la grădiniță 7 din 10 fete au greutate normală, la 17-18 ani doar jumătate se mai încadrează.**

Indicii **mari + foarte mari** (supraponderalitate + obezitate) cresc de la **20,85%** (preșcolar) la **39,10%** (clasa a IV-a), acesta fiind **vârful maxim**, după care se temperează ușor la 34,16% (clasa VIII) și 33,88% (clasa XII). Vârful la clasa a IV-a coincide cu perioada pre-pubertară (9-10 ani), descrisă în literatura de specialitate ca momentul „rebound-ului adipozitar tardiv” [Rolland-Cachera et al., 2006].

Indicii **foarte mici + mici** (subponderalitate) variază între 6,23% (clasa IV) și 20,67% (anul II prof.), cu o medie de aproximativ 9% pe loturi, consistent cu prevalența subponderalității raportată la nivel european (5-10% conform Eurostat, 2023).

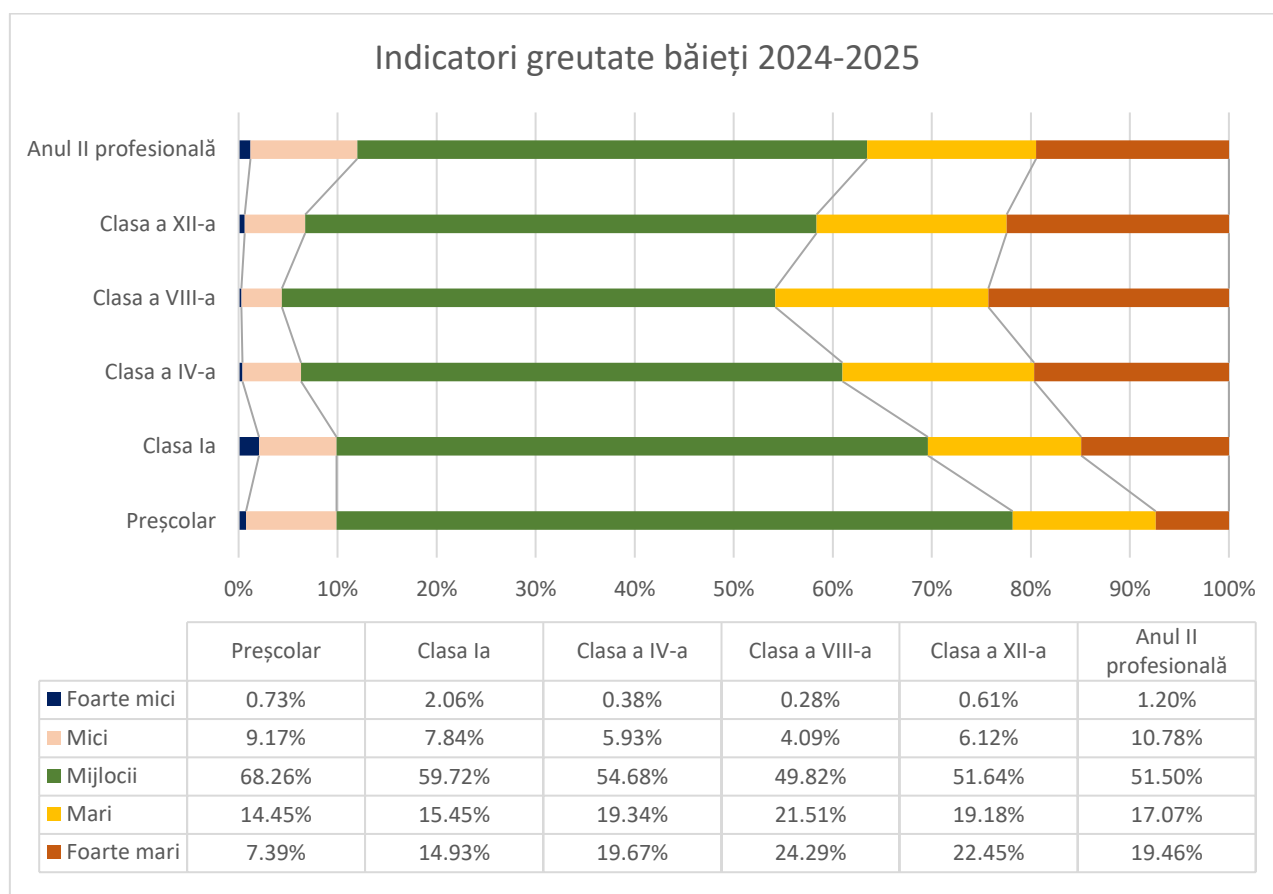
Evoluție pe 3 ani a indicilor „foarte mari” (obezitate severă):

Aceștia au crescut la clasa a XII-a de la 16,85% (2022-2023) la **17,11%** (2024-2025) și la anul II profesională de la 15,97% la **19,84%**, sugerând o agravare a formelor severe de obezitate la adolescentele mai mari.

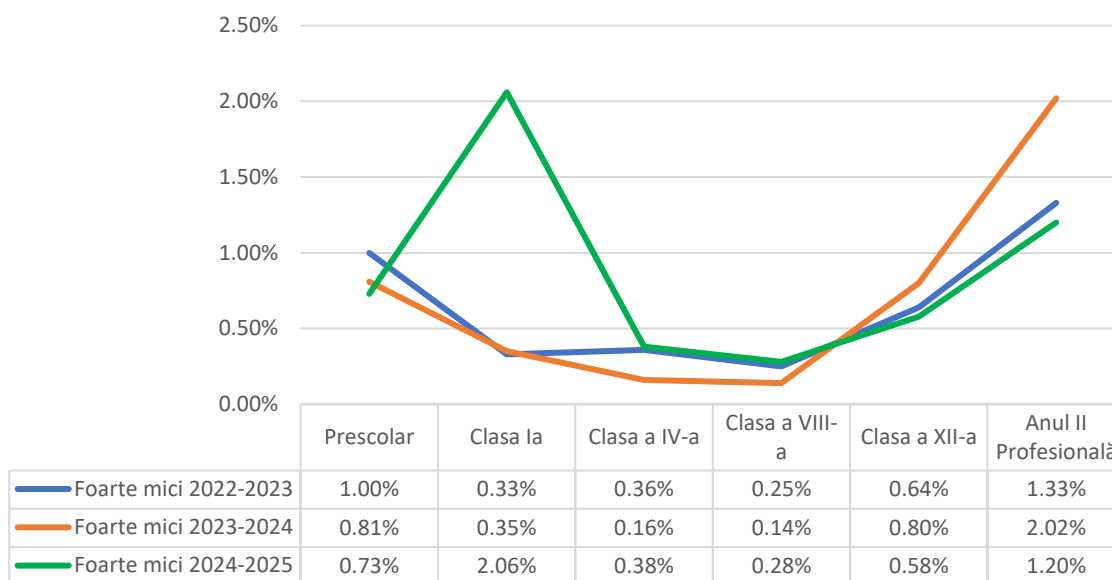
Context internațional: Conform raportului COSI Round 6 (WHO, 2025), 11% dintre copiii de 7-9 ani din Europa sunt obezi, iar 3-4% prezintă obezitate severă. Valoarea de 13,18% la fetele din clasa I (6-7 ani) din București pentru indicele „foarte mari” este peste media europeană. România este pe locul întâi în Uniunea Europeană în ceea ce privește obezitatea infantilă, cu aproape 40% dintre copii având probleme cu greutatea [Eurostat, 2023]. Un studiu publicat de NCD Risk Factor Collaboration în The Lancet (2024) arată că rata globală a obezității la fete 5-19 ani a crescut de la 0,7% în 1975 la 5,6% în 2024, adică o multiplicare de 8 ori în 50 de ani [NCD-RisC, Lancet, 2024].

7. Indicatori pentru greutate băieți 2024-2025

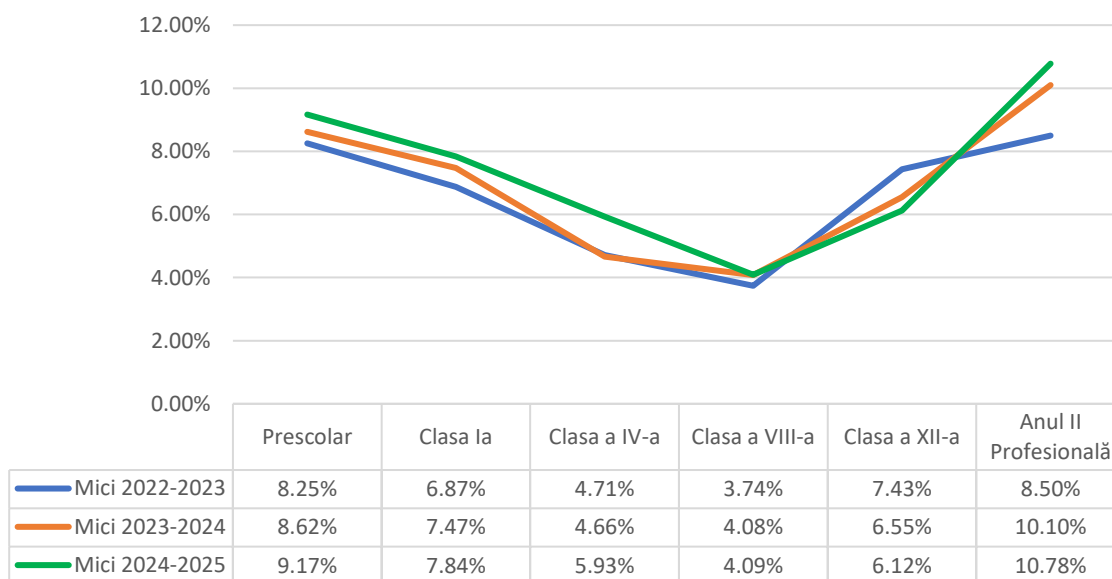
Nivelul	Nr. total subiecți examinați	Foarte mici	Reprezentând %	Mici	Reprezentând %	Mijlocii	Reprezentând %	Mari	Reprezentând %	Foarte mari	Reprezentând %
Preșcolar	9183	67	0,73%	842	9,17%	6268	68,26%	1327	14,45%	679	7,39%
Clasa I	6591	136	2,06%	517	7,84%	3936	59,72%	1018	15,45%	984	14,93%
Clasa a IV-a	5988	23	0,38%	355	5,93%	3274	54,68%	1158	19,34%	1178	19,67%
Clasa a VIII-a	7117	20	0,28%	291	4,09%	3546	49,82%	1531	21,51%	1729	24,29%
Clasa a XII-a	4103	25	0,61%	251	6,12%	2119	51,64%	787	19,18%	921	22,45%
Anul II profesională	334	4	1,20%	36	10,78%	172	51,50%	57	17,07%	65	19,46%



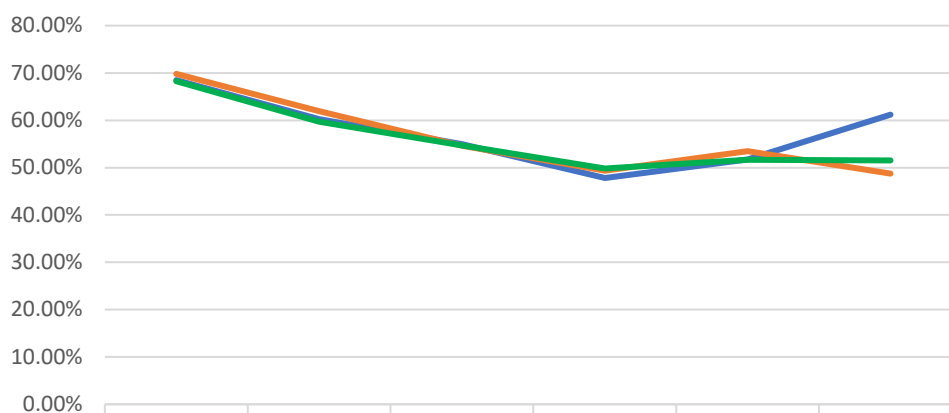
Indicatori greutate foarte mici (băieți) 2022 - 2025



Indicatori greutate mici (băieți) 2022 - 2025

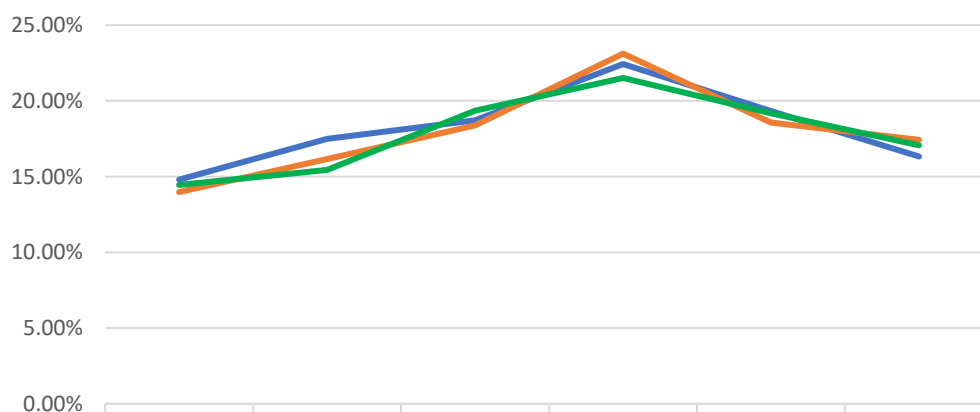


Indicatori greutate mijlocii (băieți) 2022 - 2025

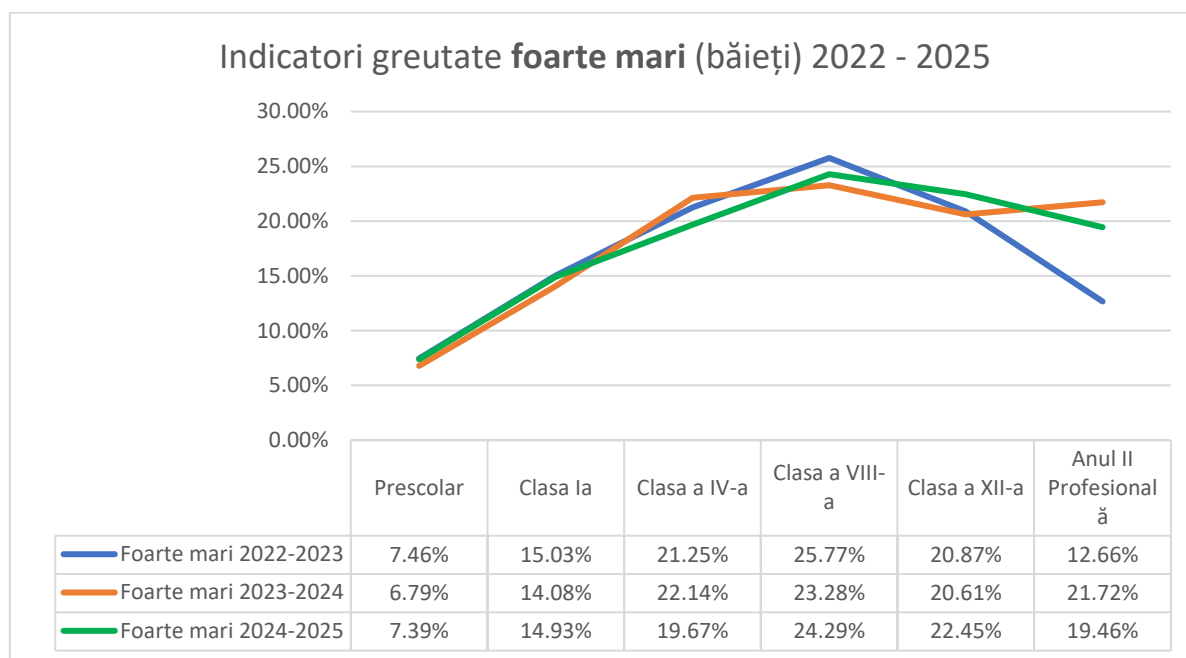


	Prescolar	Clasa Ia	Clasa a IV-a	Clasa a VIII-a	Clasa a XII-a	Anul II Profesională
Mijlocii 2022-2023	68.49%	60.27%	54.98%	47.81%	51.72%	61.16%
Mijlocii 2023-2024	69.81%	61.94%	54.66%	49.38%	53.48%	48.74%
Mijlocii 2024-2025	68.26%	59.72%	54.68%	49.82%	51.64%	51.50%

Indicatori greutate mari (băieți) 2022 - 2025



	Prescolar	Clasa Ia	Clasa a IV-a	Clasa a VIII-a	Clasa a XII-a	Anul II Profesională
Mari 2022-2023	14.80%	17.49%	18.71%	22.43%	19.33%	16.33%
Mari 2023-2024	13.98%	16.17%	18.38%	23.12%	18.56%	17.42%
Mari 2024-2025	14.45%	15.45%	19.34%	21.51%	19.18%	17.07%



La băieți, tabloul este mai pronunțat decât la fete. Indicii mijlocii (normoponderalitate) scad de la **68,26%** (preșcolar) la **49,82%** (clasa VIII), ceea ce înseamnă că **la 14 ani mai puțin de jumătate dintre băieți au greutate normală.**

Indicatorii **mari + foarte mari** (supraponderalitate + obezitate) ating valori critice: **39,01%** (clasa a IV-a), **45,80%** (clasa a VIII-a) și **41,63%** (clasa a XII-a).

Vârful la clasa a VIII-a (14 ani) este semnificativ mai ridicat decât la fete (34,16% la același lot), diferența de peste 11 puncte procentuale fiind explicabilă prin:

- (a) masa musculară mai mare la băieți care poate supraestima indicii ponderali;
- (b) comportamente alimentare diferite (porții mai mari, preferința pentru alimente hipercalorice);
- (c) saltul hormonal pubertar mai intens.

Evoluție pe 3 ani a indicilor „foarte mari”:

Clasa a VIII-a: 25,77% (2022-2023) → 23,28% (2023-2024) → **24,29%** (2024-2025), oscilație fără trend clar.

Clasa a XII-a: 20,87% → 20,61% → **22,45%**, creștere de 1,84%, indicând o agravare recentă.

Calculând depășirile greutății corporale normale (indici mari + foarte mari): la vârsta preșcolară sunt depășite cu **21,84%**, crescând exponențial la **41,63%** în clasa a XII-a.

Comparații internaționale: Conform COSI Round 6 (WHO, 2025), media europeană a supraponderalității (incluzând obezitate) la 7-9 ani este de **25%**.

Datele ASSMB la clasa I (30,38% indici mari + foarte mari la băieți) plasează Bucureștiul cu **5% peste media europeană** chiar de la 6-7 ani.

În Polonia, prevalența supraponderalității la băieții de 7 ani este de 22% [COSI, 2022-2024]; în Cehia 21%. București (23,59% +G) este comparabil cu aceste valori.

În Italia, unul din trei băieți de 8 ani este supraponderal sau obez (33%) [COSI Round 6, 2025].

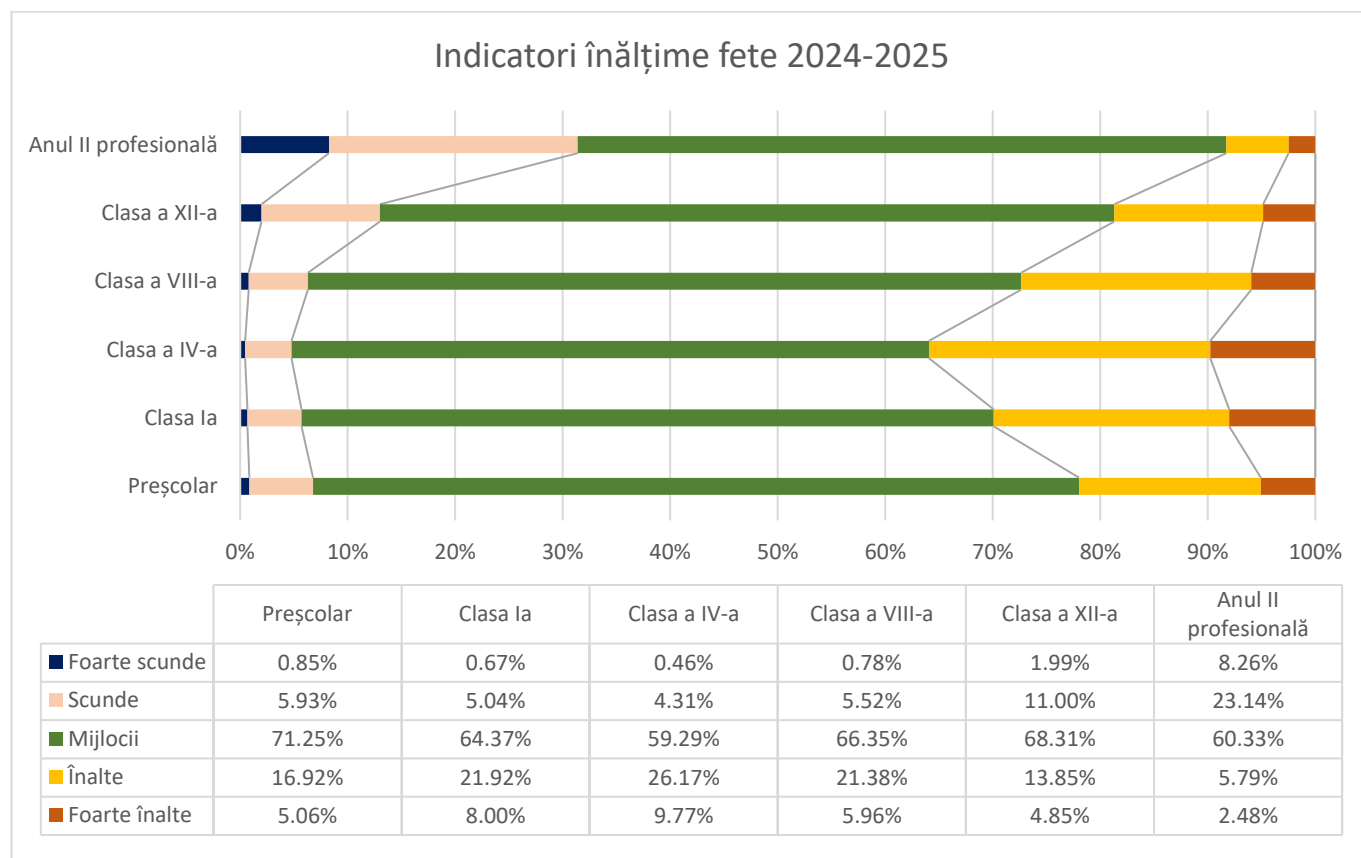
La aceeași vârstă, datele ASSMB (clasa I-IV, 30-39%) se situează la un nivel similar sau superior. Un meta-studiu publicat de Zhang et al. (2024) în Obesity Reviews, bazat pe 1.505 studii din 204 țări, estimează prevalența globală a supraponderalității la băieți la 14,8%, ceea ce face ca valoarea de 30-45% observată în București să fie de **2-3 ori peste media globală** [Zhang et al., Obesity Reviews, 2024].

Bibliografie: [1] WHO COSI Round 6, 2025; [20] NCD-RisC, Lancet, 2024; [22] NHS Digital, 2024; [23] Zhang et al., Obesity Reviews, 2024.

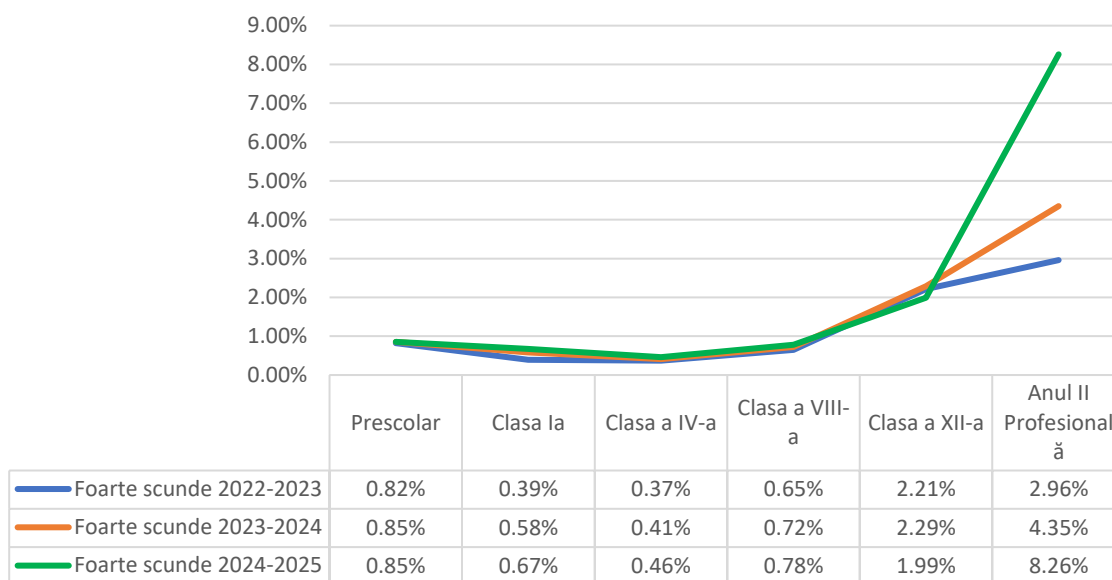
EVALUAREA ÎNĂLȚIMII

Indicatori pentru înălțime fete 2024-2025

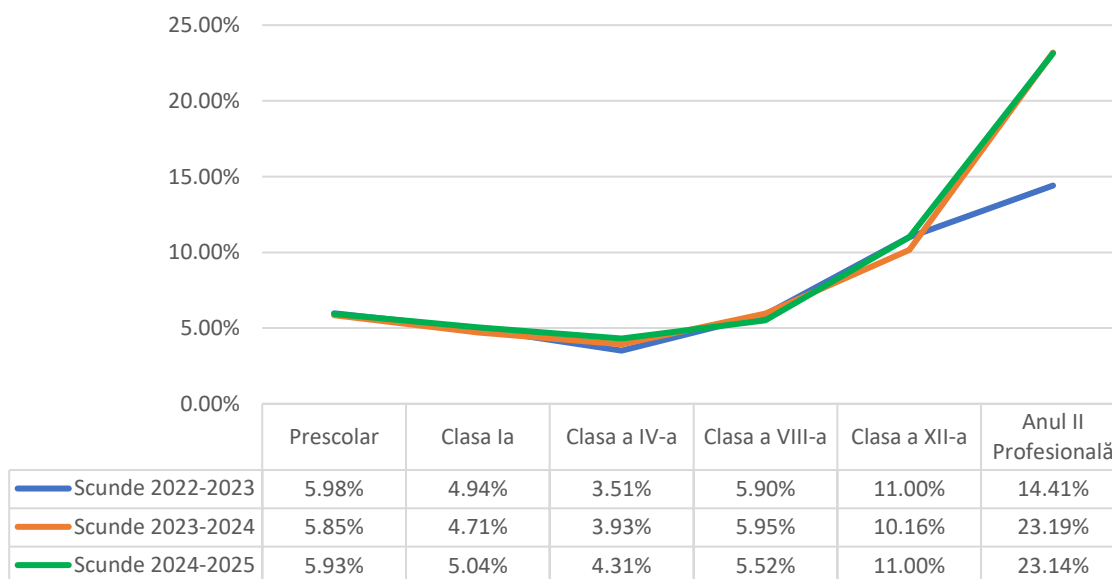
Nivelul	Nr. total subiecți examinați	Foarte scunde	Reprezentând %	Scunde	Reprezentând %	Mijlocii	Reprezentând %	Înalte	Reprezentând %	Foarte înalte	Reprezentând %
Prescolar	9376	80	0,85%	556	5,93%	6680	71,25%	1586	16,92%	474	5,06%
Clasa I	6963	47	0,67%	351	5,04%	4482	64,37%	1526	21,92%	557	8%
Clasa a IV-a	5853	27	0,46%	252	4,31%	3470	59,29%	1532	26,17%	572	9,77%
Clasa a VIII-a	7192	56	0,78%	397	5,52%	4772	66,35%	1538	21,38%	429	5,96%
Clasa a XII-a	4534	90	1,99%	499	11%	3097	68,31%	628	13,85%	220	4,85%
Anul II profesională	121	10	8,26%	28	23,14%	73	60,33%	7	5,79%	3	2,48%



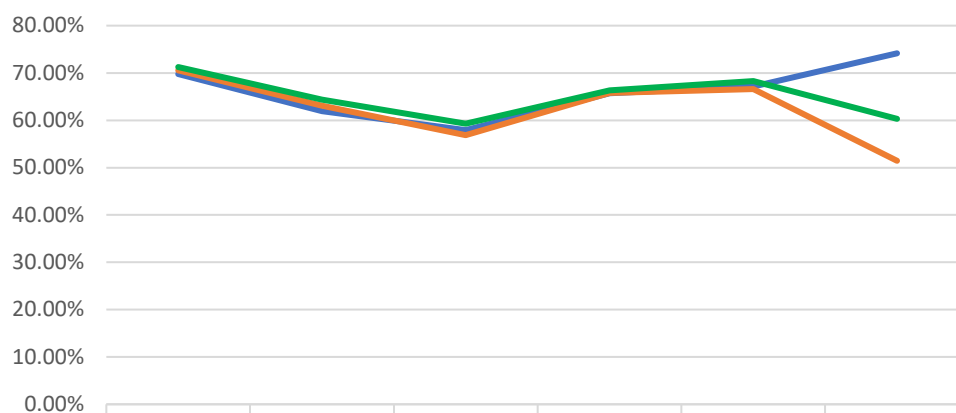
Indicatori înălțime - fete foarte scunde 2022 - 2025



Indicatori înălțime - fete scunde 2022 - 2025

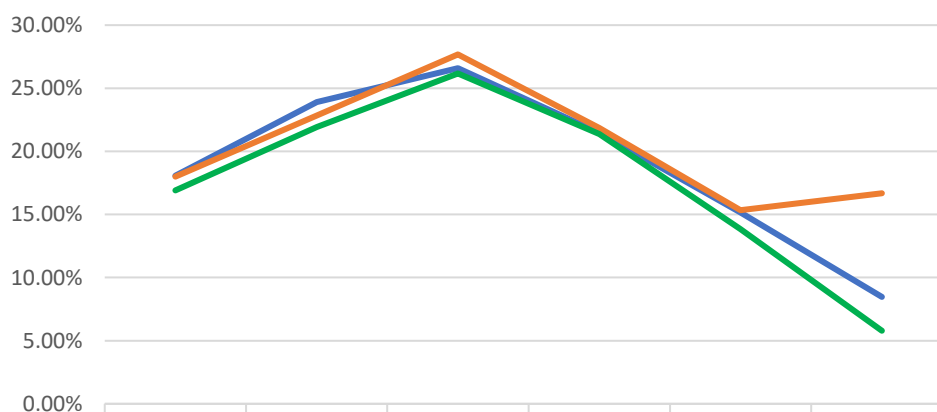


Indicatori înălțime - fete mijlocii 2022 - 2025



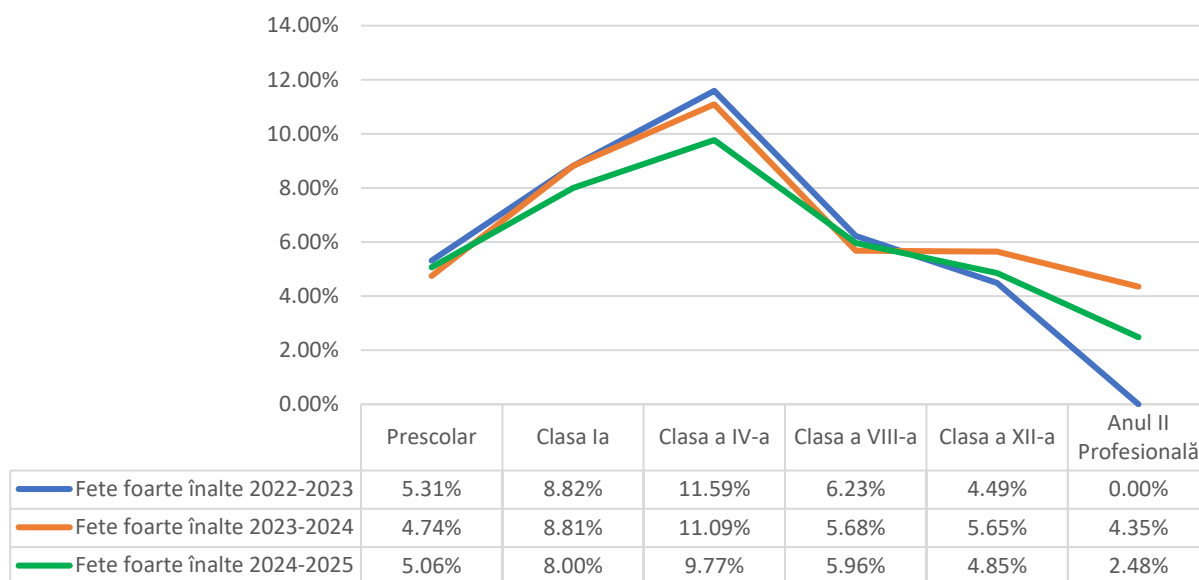
	Prescolar	Clasa Ia	Clasa a IV-a	Clasa a VIII-a	Clasa a XII-a	Anul II Profesională
Mijlocii 2022-2023	69.80%	61.93%	57.93%	65.75%	67.15%	74.15%
Mijlocii 2023-2024	70.55%	63.06%	56.88%	65.81%	66.57%	51.45%
Mijlocii 2024-2025	71.25%	64.37%	59.29%	66.35%	68.31%	60.33%

Indicatori înălțime - fete înalte 2022 - 2025



	Prescolar	Clasa Ia	Clasa a IV-a	Clasa a VIII-a	Clasa a XII-a	Anul II Profesională
Fete înalte 2022-2023	18.08%	23.91%	26.59%	21.46%	15.15%	8.47%
Fete înalte 2023-2024	18.00%	22.84%	27.68%	21.84%	15.34%	16.67%
Fete înalte 2024-2025	16.92%	21.92%	26.17%	21.38%	13.85%	5.79%

Indicatori înălțime - fete foarte înalte 2022 - 2025



Indicatorii de înălțime ”**mijlocii**” domină la toate loturile (59-71%), cu vârf la preșcolari (71,25%) și un minim relativ la clasa a IV-a (59,29%), unde se observă cea mai mare dispersie staturală, specifică perioadei de variabilitate pre-pubertară.

Indicatorii ”**fete înalte + foarte înalte**” sunt maximi la clasa a IV-a (**35,94%**), cu saltul pre-pubertar de creștere staturală la fete (care debutează mai devreme decât la băieți).

La clasa a XII-a, doar 18,70% sunt înalte sau foarte înalte, reflectând finalizarea creșterii și consolidarea tiparului statural definitiv.

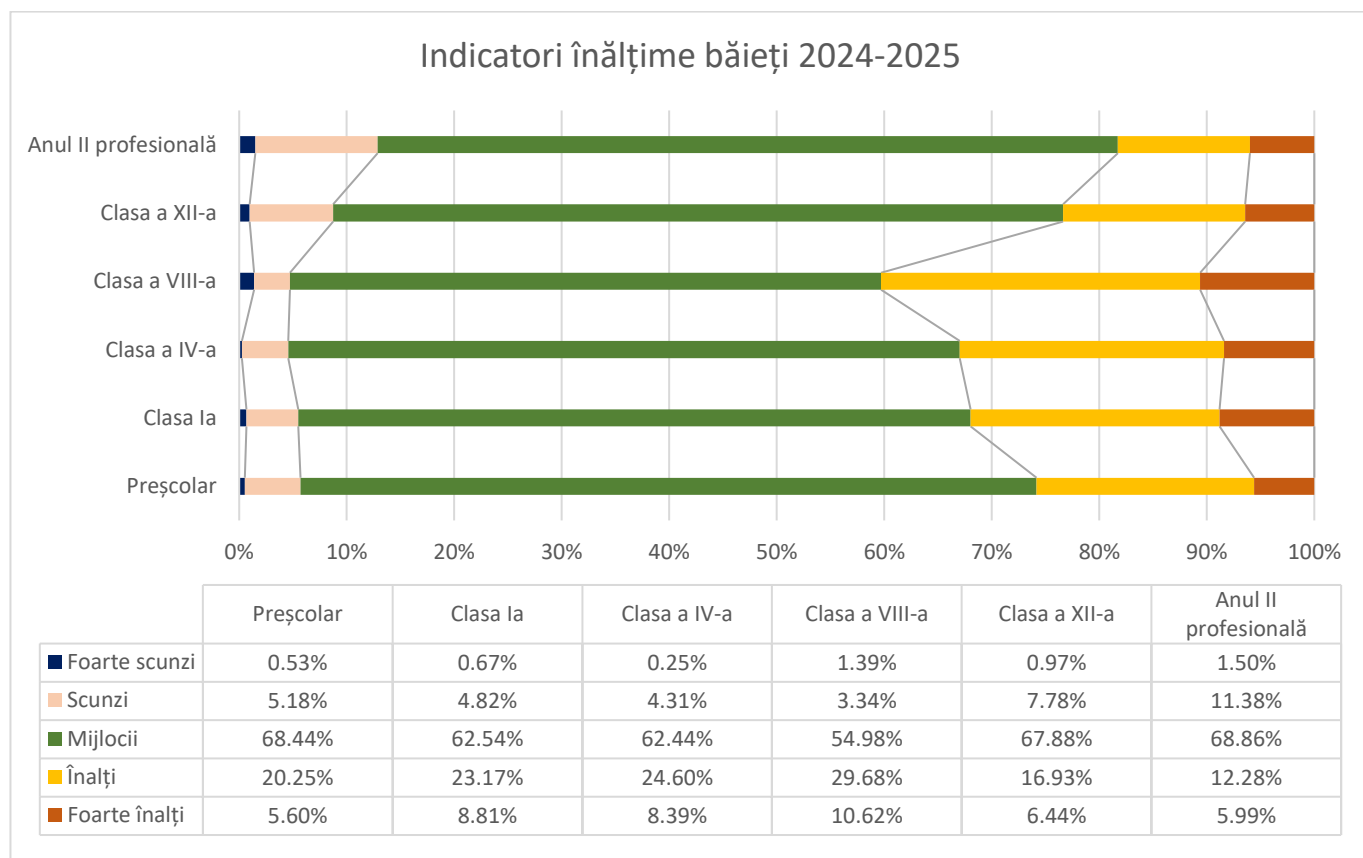
Indicii **foarte scunde + scunde** sunt minimi la clasele primare (sub 6%) și cresc la clasa a XII-a (12,99%) și la anul II profesională (31,40%).

Evoluție pe 3 ani: Indicatorii mijlocii au crescut ușor pe toate loturile (69,80% → 70,55% → 71,25% la preșcolari), sugerând o tendință seculară de uniformizare staturală. Procentul fetelor foarte înalte la clasa IV-a scade ușor (11,59% → 11,09% → 9,77%), posibil prin efect de cohortă.

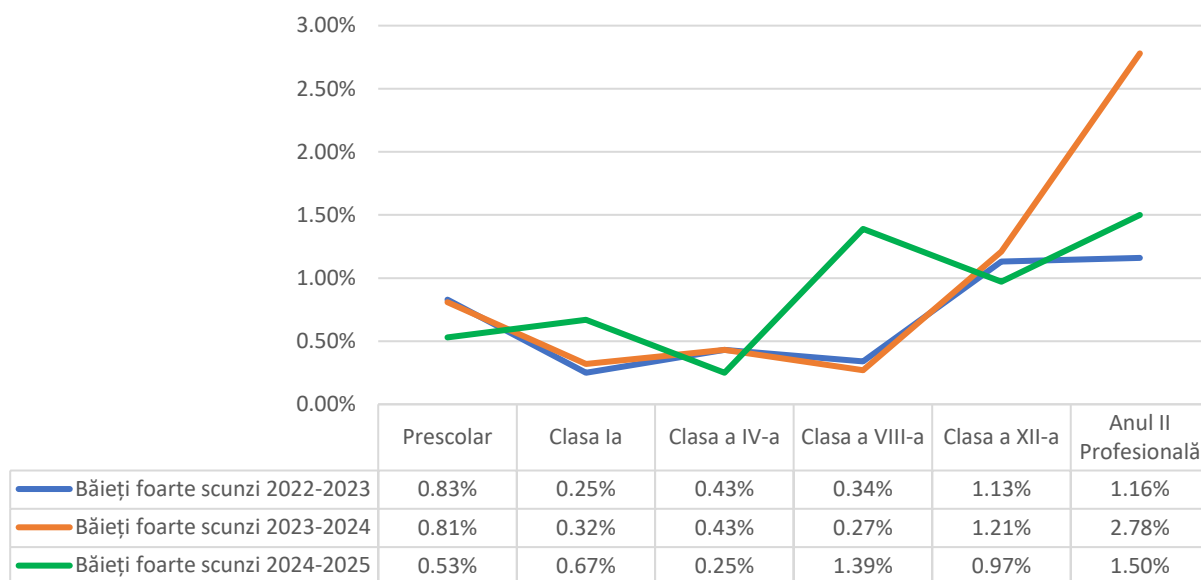
Referință: Conform NCD-RisC (eLife, 2020), în Europa de Est creșterea staturală medie a fost de 1-2 cm/deceniu în ultimii 30 de ani, un trend secular confirmat de proporțiile ridicate de copii înalți observate în datele ASSMB la grupele 9-14 ani.

Indicatori pentru înălțime băieți 2024-2025

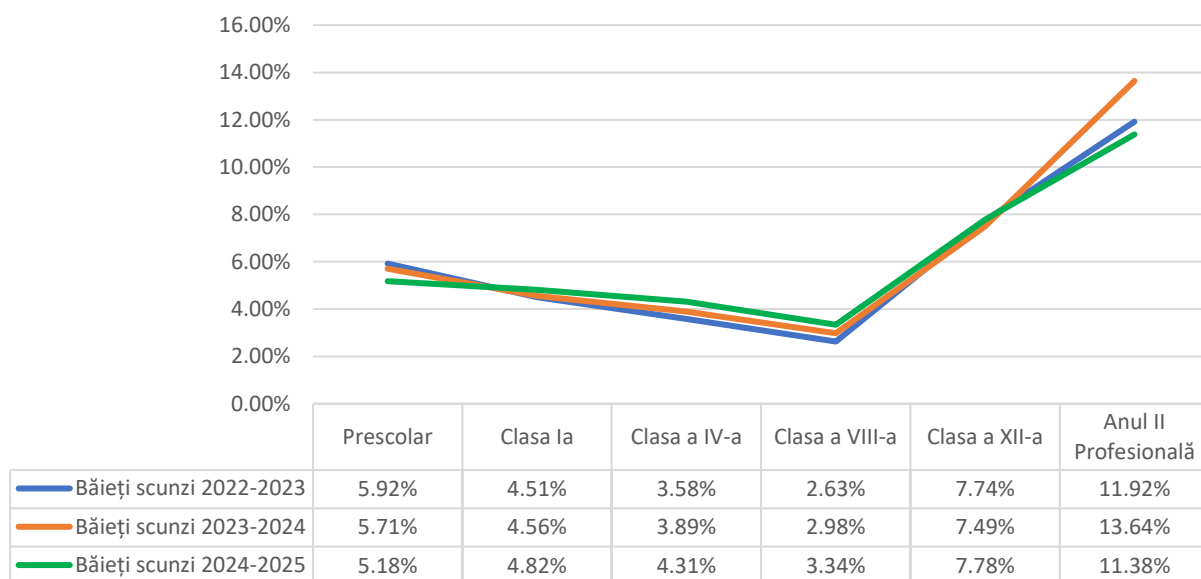
Nivelul	Nr. total subiecți examinați	Foarte scunzi	Reprezent ând %	Scunzi	Reprezent ând %	Mijlocii	Reprezent ând %	Înalți	Reprezent ând %	Foarte înalți	Reprezent ând %
Prescolar	9052	48	0,53%	469	5,18%	6195	68,44%	1833	20,25%	507	5,60%
Clasa I	6561	44	0,67%	316	4,82%	4103	62,54%	1520	23,17%	578	8,81%
Clasa a IV-a	5956	15	0,25%	257	4,31%	3719	62,44%	1465	24,60%	500	8,39%
Clasa a VIII-a	7281	101	1,39%	243	3,34%	4003	54,98%	2161	29,68%	773	10,62%
Clasa a XII-a	4241	41	0,97%	330	7,78%	2879	67,88%	718	16,93%	273	6,44%
Anul II profesională	334	5	1,50%	38	11,38%	230	68,86%	41	12,28%	20	5,99%



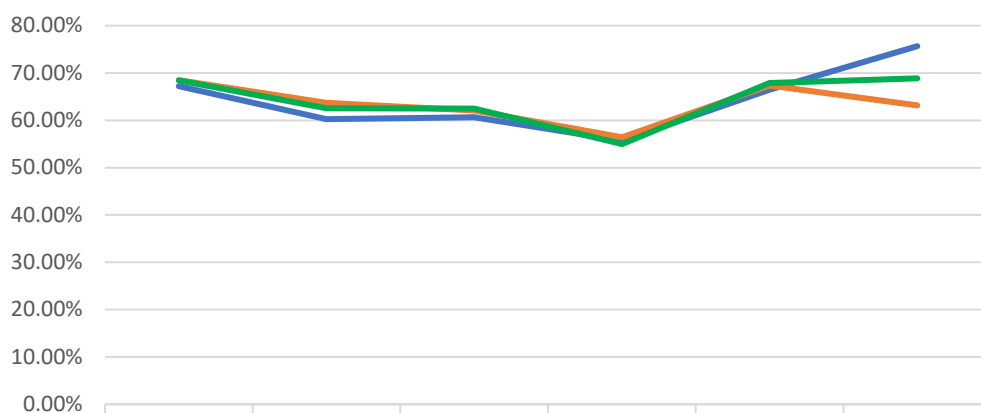
Indicatori înălțime - băieți foarte scunzi 2022 - 2025



Indicatori înălțime - băieți scunzi 2022 - 2025

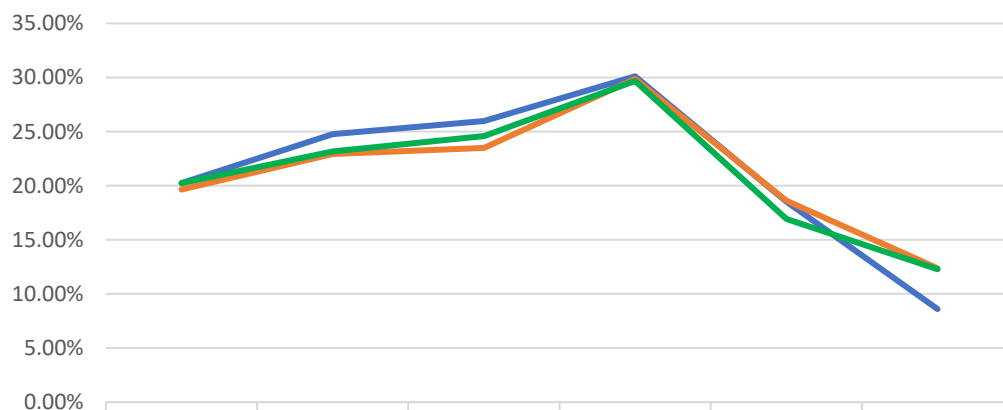


Indicatori înălțime - băieți mijlocii 2022 - 2025



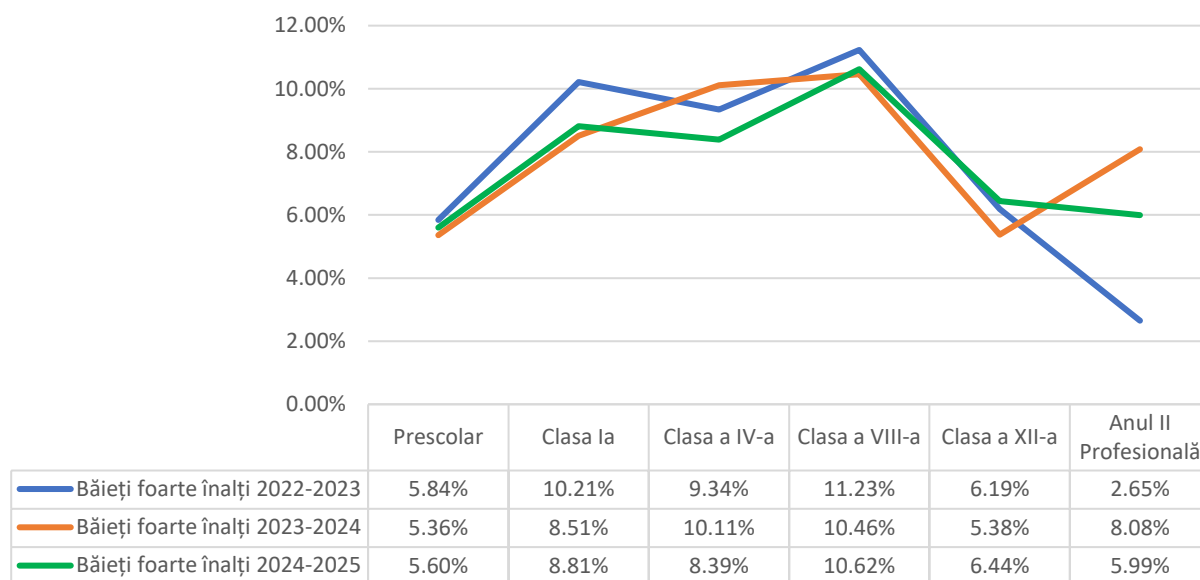
	Prescolar	Clasa Ia	Clasa a IV-a	Clasa a VIII-a	Clasa a XII-a	Anul II Profesională
Băieți mijlocii 2022-2023	67.18%	60.26%	60.67%	55.69%	66.43%	75.66%
Băieți mijlocii 2023-2024	68.48%	63.69%	62.08%	56.41%	67.31%	63.13%
Băieți mijlocii 2024-2025	68.44%	62.54%	62.44%	54.98%	67.88%	68.86%

Indicatori înălțime - băieți înalți 2022 - 2025



	Prescolar	Clasa Ia	Clasa a IV-a	Clasa a VIII-a	Clasa a XII-a	Anul II Profesională
Băieți înalți 2022-2023	20.23%	24.76%	25.98%	30.11%	18.51%	8.60%
Băieți înalți 2023-2024	19.65%	22.93%	23.49%	29.87%	18.60%	12.37%
Băieți înalți 2024-2025	20.25%	23.17%	24.60%	29.68%	16.93%	12.28%

Indicatori înălțime - băieți foarte înalți 2022 - 2025



La băieți, cel mai remarcabil aspect este proporția ridicată de subiecți **înalți și foarte înalți** la clasa a VIII-a: **40,30%** (29,68% + 10,62%), reflectând saltul pubertar de creștere care la băieți atinge intensitatea maximă la 13-15 ani (cu 2-3 ani mai târziu decât la fete).

La clasa a XII-a, procentul scade la 23,37%, iar cel al băieților scunzi crește la 8,75%, reflectând încheierea perioadei de creștere activă.

Indicatorii mijlocii sunt relativ stabili pe 3 ani (67-69% la preșcolari, 55-57% la clasa VIII-a, 67-68% la clasa XII-a), confirmând consistența măsurărilor și reprezentativitatea eșantionului.

Interpretare clinică: Indicatorii de înălțime arată că ponderea copiilor cu deficit statural (hipotrofici statural) tinde să scadă, iar procentele majoritare sunt în zonele de normal și ușor hiperstatural. Aceasta este consecința tendinței seculare pozitive de creștere, determinată de ameliorarea condițiilor de nutriție și igienă din ultimele decenii.

Poziționare internațională:

România se situează pe **locul 43 mondial** în clasamentul înălțimii medii (bărbați: 177,82 cm; femei: 164,73 cm), imediat după Belgia (loc 42) și înaintea Noii Zeelande (loc 44).

Clasamentul este condus de Olanda (183,78 cm bărbați / 170,36 cm femei), Muntenegru (183,30 cm) și Estonia (180,74 cm).

În Europa de Est, doar Serbia și Ucraina înregistrează medii mai mari decât România.

Românii se află în primele 25% dintre cele mai înalte populații la nivel mondial, depășind numeroase țări din Europa de Vest, America de Nord sau Asia de Sud-Est.

Bibliografie: NCD-RisC (2020). Height and body-mass index trajectories of school-aged children and adolescents. eLife, 9, e55692.

Statistici generale

Coroborarea datelor din toate secțiunile studiului relevă câteva constatări marcante:

1. Amploarea problemei ponderale: Din totalul de 67.116 copii examinați, **18.093** (26,96%) prezintă dezvoltare disarmonică cu plus de greutate (+G) la ambele sexe cumulate, iar **19.475** (29,01%) prezintă minus de greutate (-G). Doar **33.126** (49,35%) au dezvoltare fizică armonică.

Aceasta înseamnă că **mai puțin de jumătate** din populația școlară din București are o dezvoltare fizică proporțională.

2. Record negativ la băieții de clasa a XII-a: Procentul de 43,30% +G este cel mai mare din toate cele 3 ediții și depășește orice altă valoare înregistrată vreodată în acest studiu, indiferent de gen sau lot.

3. Divergența de gen la adolescenți: Diferența +G între băieți (43,30%) și fete (37,23%) în clasa a XII-a este de **6,07%**, cea mai mare diferență de gen observată în studiu, sugerând că factorii comportamentali specifici sexului masculin (sedentarism digital, alimentație hipercalorică, lipsa preocupării pentru greutate) devin critici la această vârstă.

4. Ameliorare la clasa I fete: Creșterea dezvoltării armonice de la 49,17% la 52,25% pe parcursul a 3 ani este singura tendință pozitivă robustă din studiu, posibil atribuibilă programelor „Sănătatea pe limba ta” derulate în grădinițe.

5. Corelația greutate-înălțime: Deși copiii din București cresc în medie mai mult decât generațiile anterioare (tendință seculară pozitivă confirmată de proporțiile ridicate de copii înalți/foarte înalți), această creștere staturală nu este însoțită de o normalizare ponderală, ci de o accentuare a disarmoniei. Copiii sunt mai înalți, dar și mai obezi.

6. Comparație cu media europeană: Conform COSI Round 6 (WHO, 2025), 25% dintre copiii de 7-9 ani din Europa sunt supraponderali. La aceeași vârstă (clasa I), datele ASSMB arată 23,82% (fete +G) și 23,59% (băieți +G), la care se adaugă indicii „mari” din tabelele de greutate (14-15%). Prevalența totală de supraponderalitate + obezitate la 6-7 ani în București depășește **30%**, plasând Capitala cu **5% peste media COSI**.

SITUAȚIA ACTUALĂ

Obezitatea și supraponderalitatea la copii reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, cu efecte asupra dezvoltării fizice, psihice și sociale. Excesul ponderal apărut în copilărie poate persista la vârsta adultă și se asociază cu un risc crescut de diabet zaharat de tip 2, hipertensiune arterială, boli cardiovasculare, dislipidemie, steatoză hepatică, tulburări respiratorii, afecțiuni osteoarticulare și probleme de sănătate mintală [1, 4, 13].

La nivel mondial, peste 390 de milioane de copii și adolescenți cu vârste între 5 și 19 ani sunt supraponderali, iar aproximativ 160 de milioane sunt obezi. În 2024, aproximativ 35,5 milioane de copii cu vârsta sub 5 ani prezentau supraponderă [1, 18]. La nivel european, rezultatele celei de-a șasea runde COSI, realizată în perioada 2022-2024, pe aproximativ 470.000 de copii din 37 de țări, arată că 25% dintre copiii cu vârsta de 7-9 ani sunt supraponderali, inclusiv obezi, iar 11% sunt obezi [20].

Datele studiului ASSMB 2024-2025 confirmă existența unei probleme importante la nivelul populației școlare din București. Au fost examinați 67.116 copii și adolescenți, dintre care 33.673 fete și 33.443 băieți, în șase momente de evaluare: perioada preșcolară, clasa I, clasa a IV-a, clasa a VIII-a, clasa a XII-a și anul II profesională.

Rezultatele indică o scădere progresivă a ponderii copiilor cu dezvoltare fizică armonică odată cu înaintarea în vârstă. La preșcolari, dezvoltarea armonică a fost identificată la 60,37% dintre fete și 59% dintre băieți, în timp ce în clasa a XII-a valorile au scăzut la 41,25% la fete și 39,59% la băieți. Acest gradient nu trebuie interpretat ca o evoluție individuală obligatorie a fiecărui copil, deoarece loturile sunt analizate transversal, nu longitudinal, însă indică o acumulare a dezechilibrelor ponderale și staturale în perioada școlară și adolescentină.

O problemă distinctă este reprezentată de dezvoltarea fizică disarmonică prin plus de greutate. La fete, 8.935 de subiecte au fost încadrate în grupa +G, reprezentând 26,54% din totalul fetelor examinate. La băieți, 9.158 de subiecți au fost încadrați în aceeași categorie, reprezentând 27,38% din totalul băieților. Procentul +G crește de la aproximativ 15% la vârsta preșcolară la 37,23% la fetele din clasa a XII-a și la 43,30% la băieții din aceeași categorie de vârstă.

În paralel, subponderalitatea rămâne prezentă și necesită atenție medicală. În anul 2024-2025, 8.030 de fete au fost încadrate în grupa disarmonică -G, reprezentând 19,82% din totalul fetelor examinate. Valorile pe loturi au fost relativ stabile, între 20,49% și 25,39%, fără un gradient ascendent cu vârsta. Această situație arată că politicile de sănătate trebuie să abordeze simultan excesul ponderal și deficitul ponderal, fără a reduce problematica nutrițională exclusiv la obezitate.

POLITICI PUBLICE ȘI INTERVENȚII

Prevenirea obezității infantile nu poate fi realizată exclusiv prin recomandări adresate copilului sau familiei. Alimentația, activitatea fizică, accesul la spații de joacă, oferta alimentară din școli, publicitatea și condițiile socio-economice formează un mediu care influențează comportamentele zilnice. Prin urmare, intervențiile trebuie să fie integrate, constante și adaptate fiecărei grupe de vârstă.

Politicile publice ar trebui să urmărească următoarele direcții:

1. **Crearea unui mediu alimentar sănătos în unitățile de învățământ**, prin aplicarea și actualizarea reglementărilor privind alimentele nerecomandate copiilor și adolescenților, limitarea băuturilor îndulcite și reducerea accesului la produse ultraprocesate [16].

2. **Asigurarea accesului zilnic la activitate fizică**, inclusiv prin folosirea curților școlare, a sălilor de sport și a spațiilor publice. OMS recomandă pentru copiii și adolescenții cu vârste între 5 și 17 ani cel puțin 60 de minute de activitate fizică moderată sau intensă pe zi [27].
3. **Reglementarea publicității alimentare adresate copiilor**, în special a promovării produselor cu conținut crescut de zahăr, sare și grăsimi.
4. **Introducerea educației nutriționale aplicate**, nu doar a unor informații teoretice. Copiii trebuie să învețe să interpreteze etichetele, să recunoască porțiile adecvate, să aleagă apa în locul băuturilor îndulcite și să înțeleagă rolul alimentelor în creștere și dezvoltare.
5. **Screening antropometric periodic**, cu măsurarea greutateii și înălțimii, calcularea IMC raportat la vârstă și sex și urmărirea evoluției individuale pe curba de creștere.
6. **Integrarea serviciilor medicale, educaționale și sociale**, astfel încât copiii identificați cu risc să poată beneficia de consiliere medicală, nutrițională și psihologică.
7. **Actualizarea standardelor naționale de creștere**, având în vedere faptul că ultimele măsurători populaționale utilizate pentru unele repere naționale sunt vechi. Standardele trebuie să reflecte caracteristicile actuale ale populației și să fie armonizate cu recomandările OMS.

Politicile publice trebuie să evite stigmatizarea copilului cu obezitate. Limbajul folosit în școală și în familie trebuie să fie neutru, medical și orientat spre sănătate, nu spre aspectul fizic. Obiectivul nu este doar scăderea numărului de kilograme, ci îmbunătățirea stării generale de sănătate, a condiției fizice și a relației copilului cu alimentația și propriul corp.

CONCLUZII GENERALE ȘI MĂSURI DE PREVENIRE

Studiul ASSMB 2024-2025 evidențiază o scădere a dezvoltării fizice armonice pe măsura înaintării în vârstă și o creștere a proporției copiilor cu plus de greutate, mai ales în intervalul 9-18 ani. Clasele a IV-a și a VIII-a reprezintă perioade importante pentru prevenție, deoarece aici se observă valori ridicate ale indicilor de greutate „mari” și „foarte mari”.

La băieți, valoarea +G de 43,30% în clasa a XII-a reprezintă unul dintre cele mai importante semnale ale raportului. La fete, plusul de greutate crește progresiv până la 37,23% în clasa a XII-a, dar subponderalitatea afectează 8.030 de subiecte, respectiv 19,82% din totalul fetelor examinate. Aceste rezultate confirmă necesitatea unei abordări echilibrate, care să includă atât prevenirea obezității, cât și identificarea și tratarea deficitului ponderal.

Măsurile de prevenire trebuie începute în perioada preșcolară și continuate fără întrerupere pe parcursul următorilor ani. Prevenția eficientă nu presupune diete restrictive, înfometare sau exerciții fizice excesive, ci formarea unor obiceiuri stabile: alimentație variată, mișcare zilnică, somn suficient, hidratare adecvată și limitarea timpului sedentar.

Se recomandă:

- monitorizarea anuală a greutateii, înălțimii și IMC;
- identificarea timpurie a copiilor cu plus sau minus de greutate;
- reducerea consumului de băuturi îndulcite și alimente ultraprocesate;
- creșterea consumului de legume, fructe, leguminoase, cereale integrale și apă;
- minimum 60 de minute de activitate fizică pe zi pentru copiii și adolescenții cu vârsta între 5 și 17 ani;
- respectarea unui program regulat de somn;
- limitarea perioadelor lungi de stat pe scaun și a timpului recreațional petrecut în fața ecranelor;

- consiliere medicală și nutrițională pentru cazurile identificate;
- sprijin psihologic atunci când există anxietate, tulburări de imagine corporală, alimentație emoțională sau comportamente alimentare restrictive.

RECOMANDĂRI PENTRU CADRELE DIDACTICE

Cadrele didactice au un rol important în prevenirea dezechilibrelor nutriționale, deoarece observă zilnic comportamentele copiilor și pot contribui la crearea unui mediu școlar favorabil sănătății.

Se recomandă:

1. **Promovarea unui limbaj nediscriminatoriu.** Greutatea, forma corpului și aspectul fizic nu trebuie folosite pentru glume, comparații sau sancționare.
2. **Identificarea discretă a situațiilor de risc.** Observarea oboselii, a izolării, a dificultăților de participare la activități fizice, a schimbărilor rapide de greutate sau a preocupării excesive pentru alimentație trebuie comunicată medicului școlar, nu discutată public în clasă.
3. **Integrarea educației pentru sănătate în activitățile școlare.** Temele pot include hidratarea, alimentația echilibrată, somnul, mișcarea, imaginea corporală și utilizarea responsabilă a ecranelor.
4. **Încurajarea activității fizice pentru toți copiii.** Activitățile trebuie adaptate nivelului funcțional al elevilor și să evite stigmatizarea celor cu greutate crescută sau cu capacitate fizică redusă.
5. **Colaborarea cu medicul și familia.** Cadrele didactice nu trebuie să stabilească diagnostice sau diete, ci să orienteze familia către medicul școlar, medicul de familie, pediatru sau specialistul în nutriție.
6. **Susținerea incluziunii.** Copiii cu obezitate, subponderalitate, dizabilități sau boli cronice trebuie integrați în activitățile școlare, cu adaptările necesare.
7. **Monitorizarea climatului clasei.** Bullyingul asociat greutateii poate favoriza izolarea, alimentația emoțională, anxietatea și abandonul activităților fizice.

➔ **Puteți consulta și:** GHIDUL DE MENIURI ECHILIBRATE pentru o alimentație sănătoasă (pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 2 și 6 ani) <https://assmb.ro/page/ghid-de-meniuri-echilibrate>

RECOMANDĂRI PENTRU PĂRINȚI

Familia reprezintă principalul mediu în care se formează obiceiurile alimentare și de mișcare. Recomandările trebuie aplicate întregii familii, nu doar copilului identificat cu o problemă de greutate.

Părinții sunt încurajați:

- să ofere mese regulate și variate, fără presiune sau forțarea copilului să mănânce;
- să includă zilnic legume, fructe, produse integrale, leguminoase și surse adecvate de proteine;
- să limiteze băuturile îndulcite, produsele de tip fast-food, dulciurile și gustările ultraprocesate;
- să ofere apă ca principală băutură;
- să evite folosirea alimentelor ca recompensă sau metodă de calmare;
- să ia masa împreună cu copilul, într-un mediu fără televizor sau telefon;
- să încurajeze mișcarea prin joacă, mers pe jos, bicicletă, înot sau sport;
- să respecte un program de somn adecvat vârstei;
- să stabilească reguli clare pentru utilizarea ecranelor;
- să evite dietele restrictive fără recomandare medicală;
- să solicite evaluare medicală la modificări rapide ale greutateii, oboseală persistentă, sforăit sever, dureri articulare, tulburări de alimentație sau preocupare excesivă pentru imaginea corporală.

Copilul nu trebuie făcut responsabil individual pentru greutatea sa. Schimbarea eficientă presupune modificarea obiceiurilor familiei, gradual și fără culpabilizare.

COMPLICAȚII PE TERMEN MEDIU ȘI LUNG

Excesul ponderal persistent în copilărie poate avea consecințe asupra mai multor sisteme ale organismului.

Complicații pe termen mediu

Pot apărea:

- creșterea tensiunii arteriale;
- modificări ale profilului lipidic;
- rezistență la insulină și alterarea metabolismului glucidic;
- steatoză hepatică metabolică;
- apnee obstructivă în somn și tulburări de respirație;
- dureri articulare și limitarea mobilității;
- tulburări de postură și suprasolicitarea aparatului locomotor;
- oboseală și reducerea toleranței la efort;
- anxietate, depresie, izolare socială și bullying.

Complicații pe termen lung

Obezitatea instalată precoce crește riscul de:

- diabet zaharat de tip 2;
- hipertensiune arterială cronică;
- boli cardiovasculare;
- accident vascular cerebral;
- boală renală;
- steatohepatită și fibroză hepatică;
- unele forme de cancer;
- probleme de fertilitate și tulburări endocrine;
- persistența obezității la vârsta adultă;
- reducerea calității vieții și creșterea costurilor medicale.

Aceste complicații nu apar la toți copiii și nu pot fi deduse doar dintr-un procent statistic. Ele justifică însă identificarea timpurie a riscului și monitorizarea medicală individuală.

RECOMANDĂRI PENTRU MANAGEMENTUL OBEZITĂȚII

Managementul obezității pediatrice trebuie realizat gradual, individualizat și supravegheat medical. Scopul nu este obținerea rapidă a unei scăderi ponderale, ci îmbunătățirea stării de sănătate și a comportamentelor pe termen lung.

Se recomandă următoarele etape:

1. **Evaluare clinică inițială:** greutate, înălțime, IMC pentru vârstă și sex, curba de creștere, istoricul familial, alimentația, activitatea fizică, somnul și starea emoțională.
2. **Identificarea cauzelor și factorilor favorizanți:** alimentație hipercalorică, sedentarism, somn insuficient, medicație, afecțiuni endocrine sau genetice, stres și factori socio-economici.
3. **Obiective realiste și măsurabile:** reducerea băuturilor îndulcite, creșterea activității fizice, îmbunătățirea somnului și stabilizarea greutății în perioadele de creștere.
4. **Intervenție familială:** copilul nu trebuie tratat separat de familie. Părinții trebuie implicați în planificarea meselor, activități fizice și reguli privind ecranele.

5. **Consiliere nutrițională:** planurile alimentare trebuie adaptate vârstei, preferințelor, culturii alimentare și situației medicale.
6. **Activitate fizică adaptată:** se începe gradual, prin activități plăcute și accesibile, evitând sancționarea copilului prin exerciții fizice.
7. **Sprijin psihologic:** este indicat când apar tulburări de imagine corporală, alimentație compulsivă, anxietate, depresie, bullying sau refuzul școlii.
8. **Monitorizare periodică:** reevaluarea trebuie să urmărească nu numai greutatea, ci și evoluția IMC, circumferința taliei, tensiunea arterială, toleranța la efort și starea psihică.
9. **Trimitere către specialist:** cazurile cu obezitate severă, comorbidități, creștere rapidă în greutate sau suspiciune de cauză endocrină/genetică necesită evaluare pediatrică de specialitate.

Tratamentul medicamentos sau intervențional nu reprezintă prima măsură pentru majoritatea copiilor și adolescenților. Acesta se ia în considerare numai în situații selectate, conform ghidurilor medicale și sub supraveghere de specialitate.

PROGRAMELE ȘI INITIATIVELE DIRECTIEI DE MEDICINĂ ȘCOLARĂ ASSMB

Direcția de Medicină Școlară ASSMB are un rol central în prevenirea și monitorizarea problemelor de nutriție din unitățile de învățământ bucureștene. Activitatea sa trebuie menținută și dezvoltată pe următoarele direcții:

1. Screening antropometric anual

Medicii și asistenții medicali școlari efectuează măsurători de greutate și înălțime, înregistrează datele și identifică elevii care necesită evaluare suplimentară. Screeningul trebuie însoțit de informarea individuală a familiei și de orientare către servicii medicale, atunci când este necesar.

2. Campania „Sănătatea pe limba ta”

Campania poate continua prin activități interactive adaptate vârstei: hidratare, somn, alimentație echilibrată, mișcare, joacă în aer liber și folosirea responsabilă a tehnologiei. Pentru adolescenți, mesajele trebuie să includă imaginea corporală, prevenirea dietelor extreme și alimentația emoțională.

3. Informarea și consilierea părinților

Părinții trebuie să primească informații clare despre rezultatele evaluării, semnificația IMC-ului raportat la vârstă și pașii următori. Comunicarea trebuie făcută confidențial, fără etichetarea copilului.

4. Pregătirea personalului medical și didactic

Sunt recomandate sesiuni periodice despre interpretarea antropometriei, comunicarea non-stigmatizantă, prevenirea tulburărilor de alimentație și orientarea copiilor către specialiști.

5. Colaborarea cu Ministerul Sănătății și instituțiile partenere

ASSMB poate contribui la actualizarea reglementărilor privind alimentele disponibile în unitățile de învățământ, la dezvoltarea materialelor educaționale și la evaluarea impactului politicilor publice.

6. Materiale educaționale

Broșurile, pliantele, afișele și materialele digitale trebuie să fie adaptate vârstei și să ofere recomandări practice. Mesajele trebuie să promoveze sănătatea, nu aspectul corporal.

7. Colaborarea medic-părinte-școală

Prevenția este mai eficientă atunci când medicul școlar, familia și cadrul didactic transmit aceleași mesaje și urmăresc aceleași obiective.

8. Monitorizare longitudinală și raportare anuală

Identificarea grupelor vulnerabile și evaluarea eficienței programelor de prevenție.

Raportul 2024-2025 arată că dezechilibrele nutriționale reprezintă o problemă complexă, care include atât excesul ponderal, cât și subponderalitatea. Rezultatele justifică menținerea screeningului antropometric anual și orientarea intervențiilor către perioada 9-14 ani, fără neglijarea adolescenților și a copiilor de vârstă preșcolară.

Prevenția trebuie să înceapă devreme, să fie continuă și să implice familia, școala, serviciile medicale și autoritățile publice. Un copil sănătos nu este definit doar prin greutate, ci printr-o dezvoltare proporțională, o stare emoțională bună, capacitatea de a participa la activități și accesul la un mediu care susține alegerile sănătoase.

BIBLIOGRAFIE

1. **American Academy of Pediatrics.** (2017). *Expert Committee Recommendations on the Assessment, Prevention, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity.* Pediatrics, 120(Supplement 4), S164-S192.
2. **ASSMB.** (2025). *Studiu privind monitorizarea greutatei și înălțimii preșcolarilor și școlarilor din Municipiul București.* Ediția a II-a, perioada 2023-2024.
3. **ASSMB.** (2024). *Studiu privind monitorizarea greutatei și înălțimii preșcolarilor și școlarilor din Municipiul București.* Prima ediție, perioada 2022-2023.
4. **Eurostat.** (2023). *Overweight and obesity: BMI statistics by age and sex.* Luxembourg: Publications Office of the European Union.
5. **Garrido-Miguel, M., et al.** (2021). School-based interventions to prevent childhood obesity: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 21(1).
6. **Institutul Național de Sănătate Publică.** (2022). *Studiu privind prevalența obezității și a supraponderabilității la copiii de vârstă școlară din România.* București.
7. **Kerr, J. A., et al.** (2025). Global, regional, and national prevalence of child and adolescent overweight and obesity, 1990-2021, with forecasts to 2050. *The Lancet*.
8. **Locke, A. E., Kahali, B., Berndt, S. I., et al.** (2015). Genetic studies of body mass index yield new insights for obesity biology. *Nature*, 518, 197-206.
9. **Mihăilescu, D., & Vasilescu, M.** (2020). Prevalența supraponderabilității și obezității la copii din mediul urban și rural din România. *Jurnal de Sănătate Publică*, 8(1), 27-36.
10. **Ministerul Sănătății și Ministerul Educației și Cercetării.** (2025). *Ordinul comun nr. 1503/6821/2025 pentru aprobarea Metodologiei privind asigurarea asistenței medicale a antepreșcolarilor, preșcolarilor, elevilor din unitățile de învățământ preuniversitar și studenților din instituțiile de învățământ superior pentru menținerea stării de sănătate a colectivităților și pentru promovarea unui stil de viață sănătos.* Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1154 din 12 decembrie 2025.
11. **Ministerul Sănătății.** (2025). *Ordinul nr. 1582 din 18 noiembrie 2025 privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății nr. 541/2025 pentru aprobarea Listei alimentelor nerecomandate preșcolarilor și școlarilor și a principiilor care stau la baza unei alimentații sănătoase pentru copii și adolescenți în unitățile de învățământ preuniversitar.* Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1101 din 28 noiembrie 2025.
12. **National Institute for Health and Care Excellence.** (2013, actualizat). *Obesity: Identification, Assessment and Management (CG189).* London: NICE.
13. **National Health Service England.** (2024). *National Child Measurement Programme, England 2023/24 School Year.*
14. **NCD Risk Factor Collaboration.** (2020). Height and body-mass index trajectories of school-aged children and adolescents. *eLife*, 9, e55692.
15. **NCD Risk Factor Collaboration.** (2024). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022. *The Lancet*, 403(10431), 1027-1050.
16. **Popescu, A., & Ionescu, D.** (2021). Etiologia multifactorială a obezității infantile: rolul factorilor genetici și de mediu. *Revista Română de Endocrinologie Pediatrică*, 14(2), 101-115.
17. **UNICEF, World Health Organization & World Bank Group.** (2025). *Levels and Trends in Child Malnutrition: Joint Child Malnutrition Estimates, Key Findings of the 2025 Edition.*
18. **World Health Organization.** (2020). *Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour.* Geneva: WHO.
19. **World Health Organization.** (2020). *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity.* Geneva: WHO.
20. **World Health Organization.** (2023). *Obesity and Overweight.* Fact sheet.

21. **World Health Organization.** (2025). *Global Nutrition Targets 2030: Childhood Overweight Brief*. Geneva: WHO.
22. **World Health Organization Regional Office for Europe.** (2021). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: Romania Report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
23. **World Health Organization Regional Office for Europe.** (2024). *New WHO/Europe Fact Sheet Highlights Worrying Post-COVID Trends in Childhood Obesity*. Copenhagen.
24. **World Health Organization Regional Office for Europe.** (2025). *WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): Report on the Sixth Round of Data Collection, 2022-2024*. WHO/EURO:2025-11788-51560-78769.
25. **World Obesity Federation.** (2024). *World Obesity Atlas 2024*. London: World Obesity Federation.
26. **Zhang, X., et al.** (2024). Global prevalence of overweight and obesity in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*.