

01/10/2024

# L'Equità per target

## Piano Regionale della Prevenzione

### **Bambini in età scolare**

PP01 - Scuole che promuovono salute

PP02 – Comunità Attive

PL 11 - Promozione della salute materno infantile e dei primi 1000 giorni

PL12 – Alimentazioni nutrizione e sicurezza

#### **Procedura HEA**

*profilo di salute e di equità*

*Progettazione partecipata*

*Programmazione*

*Azioni*

*Valutazione*

Centro Regionale per la Salute Globale  
Laboratorio di Equità



## Introduzione:

In Italia, i bambini e le bambine di 8-9 anni in sovrappeso sono il 19% e con obesità il 9,8%, inclusi bambine e bambini con obesità grave che rappresentano il 2,6%. Sono i dati relativi al 2023 elaborati da OKkio alla SALUTE, il sistema di sorveglianza nazionale coordinato dal Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute (CNaPPS) dell'ISS che è parte dell'iniziativa della Regione Europea dell'OMS "Childhood Obesity Surveillance Initiative-COSI", resi noti oggi nel corso di un convegno nella sede dell'Iss.

Dalla prima raccolta dati, avvenuta nel 2008/9 ad oggi, il sovrappeso mostra un andamento significativo in diminuzione mentre l'obesità, dopo una prima fase di iniziale decremento, è risultata tendenzialmente stabile per qualche anno, con un leggero aumento nel 2023. Come negli anni precedenti, la sorveglianza ISS ha coinvolto tutte le Regioni e Province Autonome e ha arruolato oltre 50mila bambine/i e altrettante famiglie. I genitori hanno riportato che quasi 2 bambini e bambine su 5 non fanno una colazione adeguata al mattino, più della metà consuma una merenda abbondante a metà mattina, 1 su 4 beve quotidianamente bevande zuccherate/gassate e consuma frutta e verdura meno di una volta al giorno.

Il 37% delle bambine e dei bambini consuma i legumi meno di una volta a settimana e più della metà di loro mangia snack dolci più di 3 giorni a settimana. I dati sull'attività fisica evidenziano che un bambino su 5 non ha fatto attività fisica il giorno precedente l'intervista, più del 70% non si reca a scuola a piedi o in bicicletta e quasi la metà trascorre più di 2 ore al giorno davanti alla TV, al tablet o al cellulare. Gli indicatori sulle abitudini alimentari, così come quelli sull'attività fisica sono solo leggermente cambiati rispetto alla raccolta dati precedente (2019). Si mantiene stabile un gradiente geografico Nord-Sud con prevalenze di eccesso ponderale più elevate nelle bambine e nei bambini residenti nell'Italia meridionale. Anche le condizioni socio economiche delle famiglie hanno un impatto sull'eccesso ponderale e sullo stile di vita in generale.

“I dati, pur rilevando un decremento dell'eccesso ponderale infantile dal 2008 ad oggi, evidenziano ancora prevalenze elevate di eccesso di peso e stili di vita inappropriati di bambine e bambini – osserva Giovanni Capelli, Direttore del CNaPPS. Questo può avere implicazioni per la loro salute. Scuola, famiglia, professionisti della sanità e l'intera società possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione e cura dell'obesità e nella promozione di stili di vita salutari. È prioritario affrontare le ingiustificabili disuguaglianze dovute a fattori geografici e socioeconomici”.

Dallo studio EPaS-ISS è emerso che, durante il periodo pandemico, i bambini e le bambine hanno aumentato il consumo di snack salati (24%) e cibi dolci (25%) e hanno leggermente diminuito quello di frutta (8%) e verdura (9%). Nonostante sia emersa una maggiore irregolarità quotidiana nel consumo dei pasti, sono stati rilevati anche cambiamenti positivi come un maggiore consumo di pasti in famiglia (39%) e di cibo cucinato in casa insieme a figli e figlie (42%).

I genitori hanno segnalato che, rispetto al periodo pre-pandemico, i figli e le figlie hanno subito un peggioramento del loro benessere fisico e psicosociale. In particolare, hanno notato una diminuzione di vitalità e di energia, oltre a un aumento di sentimenti di tristezza e solitudine. In analogia con quanto riscontrato a livello internazionale, i dati EPaS-ISS su movimento e sedentarietà hanno evidenziato una riduzione del tempo dedicato al gioco attivo e alle attività all'aperto (44%) e un aumento del tempo trascorso davanti a un dispositivo elettronico (53%).

Le famiglie hanno dichiarato di aver ricevuto supporto in ambito scolastico anche se è emersa una pronunciata eterogeneità di risposta alla pandemia da parte delle diverse istituzioni scolastiche. I dati dello studio hanno inoltre evidenziato un incremento delle disuguaglianze educative a seguito della scuola a distanza, specie tra bambine e bambini più vulnerabili.

*Fonte Epicentro ISS - <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/la-sorveglianza>*

### **La fonte dei dati:**

OKkio alla SALUTE è un sistema di sorveglianza sul sovrappeso e l'obesità e i fattori di rischio correlati nei bambini delle scuole primarie (6-10 anni). Obiettivo principale è descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, delle abitudini alimentari, dei livelli di attività fisica svolta dai bambini e delle attività scolastiche favorevoli la sana nutrizione e l'esercizio fisico, al fine di orientare la realizzazione di iniziative utili ed efficaci per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini delle scuole primarie.

È nato nel 2007 nell'ambito del progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", promosso e finanziato dal Ministero della Salute/CCM, ed è coordinato dal Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute (CNAPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con le Regioni, il Ministero della Salute e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

Il primo passo per l'attivazione e l'implementazione della sorveglianza è stato quello di mettere a punto un protocollo che descrivesse le finalità e le modalità di realizzazione delle diverse attività. I ricercatori del CNAPPS e i referenti delle Regioni hanno lavorato intensamente su questo documento, che costituisce la mappa e la bussola per la realizzazione del sistema di sorveglianza nei bambini delle scuole primarie.

### *Il contesto di riferimento internazionale e nazionale*

In Italia, come in altri Paesi europei, la necessità di seguire con attenzione la situazione nutrizionale della popolazione generale e, in particolare, dei nostri bambini è fortemente supportata dall'acquisizione che l'obesità rappresenta un problema prioritario di salute pubblica. L'obesità ha un impatto negativo sullo stato di salute generale della popolazione sia in età giovanile (dislipidemia, ipertensione, problemi ortopedici, steatosi epatica, ecc) sia in età adulta (progressivo aumento dei pazienti affetti da diabete e altre patologie croniche). Inoltre è un fattore associato a disuguaglianze socio-economiche; infatti riguarda in maggior misura le classi sociali più svantaggiate.

### *La situazione in Italia prima dell'implementazione del sistema di sorveglianza*

In Italia, prima dell'implementazione del sistema di sorveglianza sono stati condotti vari studi regionali o di Asl basati su misurazioni dirette di peso e statura dei bambini tra 6 e 9 anni, ma questi studi differivano per tempi, modalità, età campionate e diversi altri aspetti che ne rendevano difficile il confronto. Le uniche fonti informative nazionali erano rappresentate dalle indagini multiscopo dell'ISTAT (condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000, dove peso e altezza dei minori sono stati comunicati dai genitori): secondo questi dati, nel nostro Paese il 24% dei ragazzi tra i 6 e i 17 anni presentava un eccesso di peso, fenomeno che sembrava interessare le fasce di età più basse e più frequente nel Sud Italia.

Per definire e mettere a regime un sistema di raccolta dati sullo stato nutrizionale dei bambini di età compresa tra i 6 e i 10 anni che coinvolgesse le Regioni e che permettesse l'acquisizione di informazioni dirette su alcuni parametri antropometrici, abitudini alimentari e attività fisica, il Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) del ministero della Salute e le Regioni hanno affidato al CNAPPS dell'ISS il coordinamento dell'iniziativa "OKkio alla SALUTE - Promozione della salute e della crescita sana dei bambini della scuola primaria", collegato al programma europeo "Guadagnare salute" e al Piano nazionale di prevenzione.

Questa iniziativa ha tracciato il primo passo verso l'evoluzione di un sistema di sorveglianza sostenibile nel tempo (sia per il sistema sanitario che per la scuola), nel e finalizzata a guidare gli interventi di sanità pubblica.

### *Metodi e materiali*

L'approccio metodologico è quello della sorveglianza di popolazione, da effettuarsi con survey a cadenza bi-triennale ripetuti su campioni rappresentativi della popolazione scolastica.

### *Popolazione studiata*

All'interno della scuola primaria è stata scelta la classe terza, con bambini di età di 8-9 anni, sia per ragioni di carattere biologico, in quanto la situazione nutrizionale è ancora poco influenzata dalla pubertà, che per questioni di sviluppo cognitivo, essendo i bambini di questa fascia di età già in grado di rispondere con precisione e validità ad alcune semplici domande.

### *Campionamento*

Il metodo di campionamento scelto è quello a grappolo (cluster survey design - Csd), con la classe come unità di campionamento, metodo raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e ampiamente adoperato in simili indagini internazionali. La selezione del campione è eseguita a livello di Asl (corrispondente spesso alla Provincia), con una lista di campionamento delle classi terze primarie fornita dai rispettivi Uffici scolastici provinciali (Usp).

Le Regioni e le Asl decidono se effettuare un campionamento che sia rappresentativo della regione o delle singole Asl: questa seconda scelta implica un campione di numerosità maggiore.

### *Come si svolge l'indagine*

La raccolta delle informazioni avviene attraverso 4 strumenti:

scheda antropometrica, in cui sarà indicato il peso e la statura dei bambini, misurati dagli operatori dell'Asl nelle scuole con strumenti forniti dall'ISS

questionario della scuola, compilato dal Direttore scolastico

questionario dei bambini, compilato dagli stessi bambini in classe

questionario dei genitori, compilato dai genitori.

Una volta effettuato il campionamento, le scuole con classi campionate per l'indagine devono essere informate dal Referente scolastico regionale o provinciale alla salute e gli insegnanti delle classi saranno invitati a un incontro con gli operatori sanitari per predisporre la raccolta dati. Ai Dirigenti scolastici viene richiesto di compilare un questionario su alcuni elementi dell'ambiente scolastico che possono influire favorevolmente sulla salute dei bambini, da restituire agli operatori sanitari il giorno in cui vengono effettuate le misurazioni nelle rispettive scuole.

Nell'incontro preparatorio verranno spiegati agli insegnanti gli obiettivi, le modalità dell'indagine e i termini della loro collaborazione.

Agli insegnanti viene fornita una scheda con codici univoci anonimi da assegnare agli alunni. Viene chiesto loro di scrivere il nome degli alunni nella scheda e di trascrivere il codice di ciascun alunno sul questionario e sulla busta per il rispettivo genitore. Almeno cinque giorni prima della realizzazione dell'indagine nella propria classe, l'insegnante consegnerà a ciascun alunno una busta bianca con il questionario per il genitore e l'informativa.

Ai genitori viene chiesto di riempire il questionario e di restituirlo nell'apposita busta chiusa, nonché di esprimere il consenso alla misurazione del proprio figlio, attraverso la compilazione di una informativa a loro destinata. L'insegnante conserva le buste con i questionari e la scheda con codici univoci anonimi degli alunni.

Il giorno dell'indagine l'insegnante consegna agli operatori della Asl le buste con i questionari dei genitori e le rispettive informative compilate per il consenso o meno alla misurazione degli alunni. L'insegnante, insieme agli operatori sanitari, compila una scheda con informazioni essenziali sulla classe (quali presenze, assenze, rifiuti), e riporta il codice di ciascun bambino sul questionario che verrà somministrato a questi ultimi. I bambini rispondono per iscritto e individualmente al questionario in aula, con gli operatori a disposizione per chiarire i loro possibili dubbi.

Dopo la somministrazione del questionario, gli operatori sanitari misurano i bambini (peso e statura) vestiti, uno alla volta, in una stanza discreta, alla presenza dell'insegnante. Ai bambini viene chiesto di togliersi le scarpe ed eventuali giubbotti o maglioni e di farsi pesare con le tasche vuote e senza cinta. Vengono misurati con strumenti ad elevata precisione forniti dall'ISS: una bilancia e uno stadiometro. Oltre a peso e statura, vengono registrati su una scheda l'età in mesi, il sesso e gli indumenti di ciascun bambino (usando una checklist, per poi tarare il peso in sede di analisi).

I dati vengono successivamente inseriti dagli operatori sanitari in una base dati predisposta a cura dell'ISS che permette la loro analisi in forma aggregata per Asl e/o per Regione a seconda del livello di rappresentatività scelto per il campione.

I risultati dell'analisi vengono diffusi a livello di Asl, regionale e nazionale entro pochi mesi dalla raccolta, coinvolgendo in modo particolare i referenti, gli operatori e le scuole che hanno partecipato all'indagine.

### *Aspetti etici*

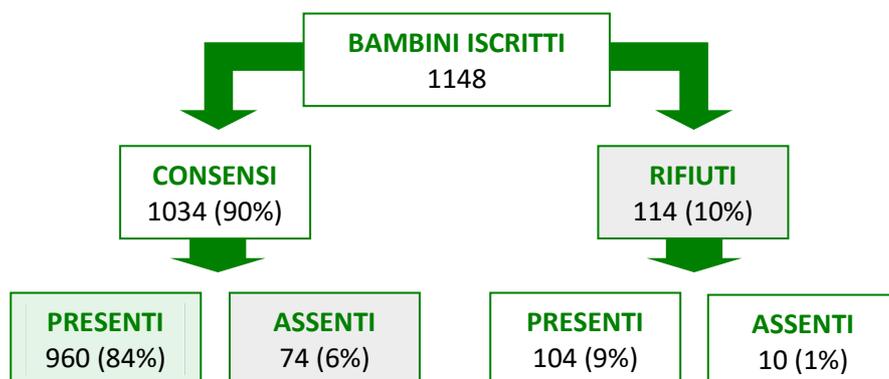
#### Consenso informato delle famiglie

Le famiglie dei bambini delle classi selezionate come campione riceveranno una nota d'informazione sull'indagine. Le famiglie potranno esprimere il loro consenso o meno alla misurazione riconsegnando all'insegnante la lettera d'informazione con la loro firma.

*Fonte Epicentro ISS - <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/la-sorveglianza>*

## Le principali disuguaglianze evidenziabili da OKkio alla salute:

Bambini coinvolti nell'indagine: partecipanti, rifiuti e assenti. Umbria – OKkio alla SALUTE 2023



- Il 10% dei genitori ha rifiutato la misurazione dei propri figli. Questo valore è risultato **leggermente** superiore a quello nazionale (circa 9%) e aumentato rispetto alle precedenti rilevazioni. Tale dato suggerisce che la comunicazione tra ASL, scuola e genitori dovrà essere migliorata in occasione della prossima rilevazione.
- Nella giornata della misurazione erano assenti 84 bambini pari al 7% del totale di quelli iscritti. La bassa percentuale di assenti tra i consensi, nonostante il dato elevato dei rifiuti, rassicura sull'attiva partecipazione dei bambini e dei genitori.
- I bambini ai quali è stato possibile somministrare il questionario e di cui sono stati rilevati peso e statura sono stati quindi 960 ovvero l'84% degli iscritti negli elenchi delle classi. La percentuale di partecipazione assicura una rappresentatività del campione soddisfacente.
- Hanno risposto al questionario dei genitori 1027 delle famiglie dei 1148 bambini iscritti (89%).

## I genitori e le disuguaglianze familiari

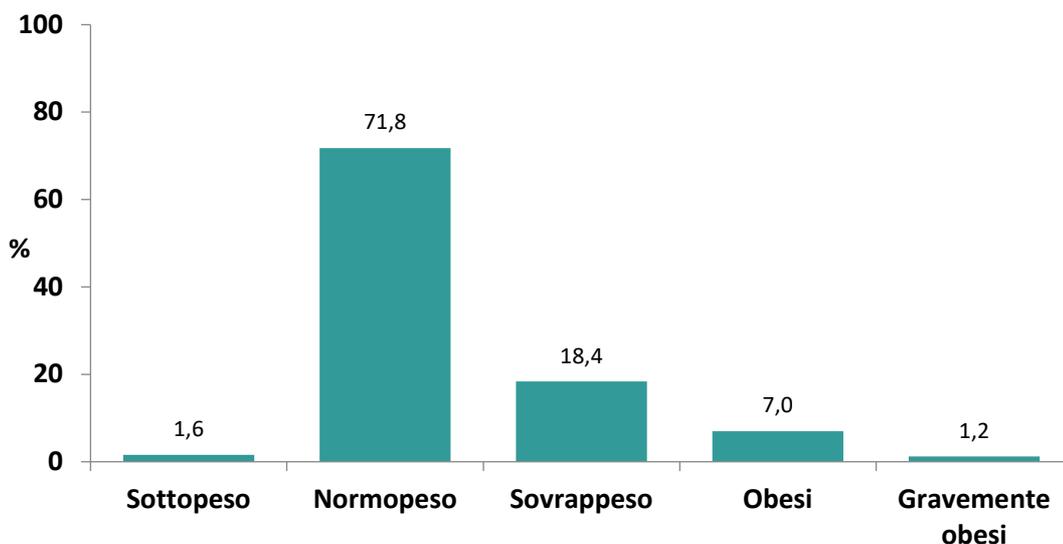
CARATTERISTICHE	MADRE		PADRE	
	N	%	N	%
<b>Livello di istruzione</b>				
Nessuna, elementare, media	179	17,8	234	24,1
Diploma superiore	456	45,3	498	51,4
Laurea	370	36,9	237	24,5
<b>Nazionalità</b>				
Italiana	823	84,0	789	78,4
Straniera	157	16,0	218	21,6
<b>Lavoro*</b>				
Tempo pieno	379	43,1	-	-
Part time	287	32,6	-	-
Nessuno	214	24,3	-	-

Inoltre, attraverso il questionario dei genitori, sono state raccolte informazioni circa lo stato economico della famiglia e la composizione del nucleo familiare del bambino/a.

- Con il reddito a disposizione della famiglia, il 32,6% dei rispondenti dichiara di arrivare a fine mese con qualche difficoltà e il 3,6% dichiara di arrivarci con molte difficoltà.

TIPOLOGIA DI FAMIGLIA	%
Madre e padre (no altri adulti)	53,3
Solo madre	9,7
Solo padre	1,5
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	1,1
Madre e/o padre con nonni o altri adulti	28,1
Altra sistemazione	6,3
Totale	100

#### Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni (%). Umbria – OKkio alla SALUTE 2023

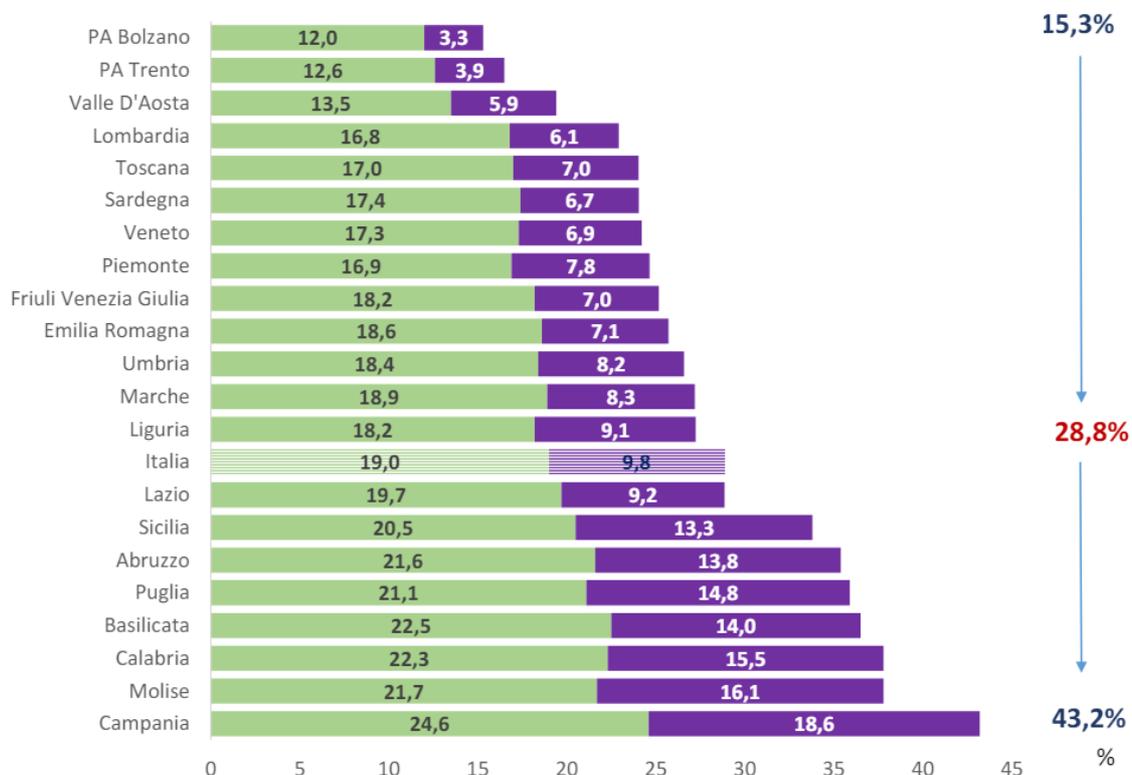


- Tra i bambini della nostra Regione l'1,2% (IC95% 0,7%-1,9%) risulta in condizioni di obesità grave, il 7,0% risulta obeso (IC95% 5,6%-8,7%), il 18,4% sovrappeso (IC95% 16,2%-20,8%), il 71,8% normopeso (IC95% 69,1%-74,3%) e l'1,6% sottopeso (IC95% 1,1%-2,7%).
- Complessivamente il 26,6% (IC95% 24,1%-29,2%) dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità (dato nazionale: 28,8%).

Se riportiamo la prevalenza di sovrappeso e obesità riscontrata in questa indagine a tutto il gruppo di bambini di età 6-11 anni residenti in Umbria secondo ISTAT, il numero di bambini sovrappeso e obesi nella Regione sarebbe pari a 11.320, di cui 3.485 obesi.

## Disuguaglianze territoriali legate a determinanti socio economici e di istruzione:

### Sovrappeso e obesità per Regione (%) nei bambini di 8-9 anni che frequentano classe III della scuola primaria. OKkio alla SALUTE 2008-2023



- Complessivamente a livello nazionale, il 28,8% dei bambini presenta un eccesso ponderale. Confrontando i dati regionali delle prevalenze di sovrappeso e obesità, si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali.
- La nostra Regione si colloca a livello intermedio, con valori di sovrappeso e di obesità non significativamente diversi da quelli medi nazionali.

Qual è il rapporto tra stato ponderale e caratteristiche del bambino e dei genitori?

CARATTERISTICHE	NORMO/SOTTOPESO	SOVRAPPESO	OBESO
<b>Età</b>			
8 anni	73,2	17,8	9,0
9 anni	73,7	19,2	7,1
<b>Sesso</b>			
Maschi	72,8	18,7	8,5
Femmine	74,1	18,0	7,9
<b>Zona abitativa*</b>			
<10.000 abitanti	67,0	23,9	9,1
10.000-50.000	76,4	14,2	9,4
>50.000 (non metropolitana)	73,9	19,1	7,0
Area (peri)metropolitana	-	-	-
<b>Istruzione della madre*</b>			
Nessuna, elementare, media	70,3	14,8	14,9
Diploma superiore	71,3	21,3	7,4
Laurea	79,2	14,8	5,9

Da questo grafico si evidenziano delle disuguaglianze significative espresse con un asterisco

- L'abitare in Centri più piccoli, al di sotto dei 10.000 abitanti espone i bambini ad un rischio maggiore di avere sovrappeso e obesità, 10 punti percentuali sono attribuibili alle disuguaglianze.
- La stessa cosa si evidenzia nel livello di istruzione della madre con circa 9 punti percentuali attribuibili alla disuguaglianza di istruzioni.

Altre disuguaglianze:

- Confrontando i dati relativi allo stato ponderale dei genitori con quelli relativi allo stato ponderale dei bambini emerge una significativa associazione: se entrambi i genitori sono sotto-normopeso il 16,9% dei bambini risulta essere in eccesso ponderale, mentre quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso tale percentuale sale al 24,2% e raggiunge il 44,2% quando almeno un genitore è obeso. Frazione attribuibile dalla disuguaglianza fra il caso peggiore (entrambi sotto – peso) e quello migliore (entrambi normo-peso la frazione attribuibile alla disuguaglianza è di quasi 30 punti %.
- Nella nostra Regione, i genitori riferiscono che meno della metà (41,3%) dei bambini fa un consumo quotidiano di frutta e solo il 18,8% la mangia più volte al giorno.

#### **Differenze alimentari per livello di istruzione della madre:**

all'aumentare del livello di istruzione della madre viene registrato un lieve aumento della frequenza di consumo della frutta e anche della verdura.

il consumo di bibite confezionate contenenti zucchero, come pure di snack salati diminuisce con il crescere della scolarità della madre.

**Bambini fisicamente non attivi (%). Umbria – Okkio alla SALUTE 2023**

CARATTERISTICHE	NON ATTIVI
<b>Sesso</b>	
Maschi	14,8
Femmine	16,4
<b>Zona abitativa*</b>	
<10.000 abitanti	6,8
10.000-50.000	12,1
>50.000 (non metropolitana)	21,4
Area (peri)metropolitana	-

\* Differenza statisticamente significativa ( $p < 0,05$ )

Ancora disuguaglianze dovute al luogo in cui si vive:

Livello di inattività fisica per Regione (%) nei bambini che frequentano classe III della scuola primaria. OKkio alla SALUTE 2023



La percentuale maggiore di bambini non attivi vive in aree geografiche con più di 50.000 abitanti (21,4%).

Confrontando i dati regionali delle prevalenze di inattività fisica, si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali (min 9,6% – max 33,3%).

Maggiore è la percentuale di bambini che ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bicicletta nelle zone abitative con più di 50.000 abitanti.

**Motivi che impediscono di recarsi a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini, più risposte possibili (%). Umbria – Okkio alla SALUTE 2023**

MOTIVI	%
Distanza eccessiva	65,1
Strada non sicura	18,7
Mancanza di tempo	15,7
Il bambino si muove già abbastanza durante la giornata	1,9

Disuguaglianze legate all’offerta di alimenti e di attività nella scuola che si frequenta:

- Nella nostra Regione il 48% delle scuole campionate ha una mensa scolastica funzionante.
- Nelle scuole dotate di una mensa, il 76% di esse sono aperte almeno 5 giorni la settimana.
- Nella nostra Regione, le scuole che distribuiscono ai bambini frutta o latte o yogurt, nel corso della giornata, sono il 57%.
- In tali scuole, la distribuzione si effettua prevalentemente a metà mattina (89%).
- Durante l’anno scolastico il 27% delle classi ha partecipato ad attività di promozione del consumo di alimenti sani all’interno della scuola con Enti e/o associazioni.

Sintesi disuguaglianze rispetto alla media Nazionale in giallo i valori, in rosso le differenze.

	Umbria (%)							Italia (%)	Frazione attribuibile alle disuguaglianze
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2023	2023	2023
Presenza mensa	56	60	49	68	62	68	48	76	-28%
Distribuzione alimenti sani	11	18	18	46	61	47	57	48	+9%
Educazione nutrizionale curricolare	66	70	72	69	70	68	74	84	-10%
Iniziative sane abitudini alimentari	65	67	36	65	62	56	27	63	-36%
Coinvolgimento genitori iniziative alimentari	34	41	35	39	71	70	17	27	-10%
Attività motoria extra-curricolare	57	34	43	36	53	38	38	53	-15%
Rafforzamento attività motoria	97	90	98	91	97	96	89	94	-5%
Coinvolgimento genitori iniziative di attività motoria	43	31	35	38	44	26	16	23	-7%

### Misure raccomandate:

Le dimensioni dell’eccesso ponderale nei bambini giustificano da parte degli **operatori sanitari** un’attenzione costante e regolare che dovrà esprimersi nella raccolta dei dati, nell’interpretazione delle tendenze, nella comunicazione ampia ed efficace dei risultati a tutti i gruppi di interesse e nella proposta/attivazione di interventi integrati tra le figure professionali appartenenti a istituzioni diverse allo scopo di stimolare o rafforzare la propria azione di prevenzione e di promozione della salute.

Inoltre, considerata la scarsa percezione dei genitori dello stato ponderale dei propri figli, gli interventi sanitari proposti dovranno includere anche interventi che prevedano una componente diretta al *counselling* e all’*empowerment* (promozione della riflessione sui vissuti e sviluppo di consapevolezza e competenze per scelte autonome) dei genitori stessi.

**La scuola** ha un ruolo chiave nel promuovere la salute nelle nuove generazioni.

Seguendo la sua missione, la scuola dovrebbe estendere e migliorare le attività di educazione nutrizionale dei bambini.

Per essere efficace tale educazione deve focalizzarsi da una parte sulla valorizzazione del ruolo attivo del bambino, della sua responsabilità personale e sul potenziamento delle *life skills*, dall'altra, sull'acquisizione di conoscenze e del rapporto fra nutrizione e salute individuale, sulla preparazione, conservazione e stoccaggio degli alimenti.

In maniera più diretta gli insegnanti possono incoraggiare i bambini ad assumere abitudini alimentari più adeguate, promuovendo la colazione del mattino che migliora la performance e diminuisce il rischio di fare merende eccessive a metà mattina. A tal proposito i materiali di comunicazione, realizzati attraverso la collaborazione tra mondo della scuola e della salute, possono offrire agli insegnanti spunti e indicazioni per coinvolgere attivamente i bambini.

Sul fronte dell'attività fisica, è necessario che le scuole assicurino almeno 2 ore di attività motoria a settimana e che cerchino di favorire le raccomandazioni internazionali di un'ora al giorno di attività fisica per i bambini.

Le iniziative promosse dagli **operatori sanitari, dalla scuola e dalle famiglie** possono essere realizzate con successo solo se **la comunità** supporta e promuove migliori condizioni di alimentazione e di attività fisica nella popolazione. Per questo la partecipazione e la collaborazione dei diversi Ministeri, di Istituzioni e organizzazioni pubbliche e private, nonché dell'intera società, rappresenta una condizione fondamentale affinché la possibilità di scelte di vita salutari non sia confinata alla responsabilità della singola persona o della singola famiglia, piuttosto sia sostenuta da una responsabilità collettiva.

## Il catalogo delle scuole che promuovono salute Regione Umbria:

Alcuni progetti in corso per l'anno 2024 - 2025

### Pensiamo Positivo BP:

Tema di salute

*Life skills*, sviluppo delle competenze personali, sociali e relazionali

Destinatari

Scuola dell'infanzia, scuola primaria, scuola secondaria di primo grado

Obiettivi

Introdurre/diffondere nelle scuole, fin dalle età più precoci, percorsi di educazione socio-affettiva con le seguenti finalità:

- Favorire ed accompagnare il processo di costruzione dell'identità individuale e lo sviluppo delle competenze personali e relazionali (Life Skills)
- Accrescere le competenze comunicative e relazionali di insegnanti e studenti, facendo della comunità scolastica una "comunità di relazioni"
- Approfondire argomenti di interesse, tra cui temi specifici riguardanti la salute, con modalità comunicative aperte ed efficaci.

Metodologia

Il progetto si basa sull'educazione socio-affettiva, una metodologia che tende a potenziare le abilità di

- riconoscere e gestire le proprie emozioni,
- stabilire relazioni interpersonali gratificanti
- esplorare le proprie risorse e i propri limiti e costruire un'autostima realistica.

I percorsi di educazione socioaffettiva utilizzano prevalentemente lo strumento del Circle time (Tempo del cerchio), ovvero la costituzione, secondo un processo metodologicamente definito, di un gruppo di condivisione centrato sull'argomento e dedicato alla conoscenza di sé e degli altri, all'espressione di esperienze e sentimenti, in un clima di reciproco rispetto. Il gruppo è condotto da un insegnante nel ruolo di facilitatore, cioè con il compito di guidare l'attività e coordinare il dibattito, facilitando la comunicazione. Gli incontri, di circa un'ora ciascuno, sono programmati secondo una cadenza costante (una volta la settimana), in orario scolastico.

Nell'ambito dei percorsi di educazione socioaffettiva possono essere utilizzati ulteriori strumenti, quali:

- ✓ **Role playing:** gioco di ruolo, in cui alcuni partecipanti svolgono il ruolo di "attori", in interazione tra loro, mentre altri partecipanti della classe fungono da "osservatori". Successivamente viene analizzato il contenuto, le modalità di esercizio di specifici ruoli, e, più in generale, i processi di comunicazione.
- ✓ **Feedback:** è l'informazione di ritorno a seguito di una comunicazione o di un'azione. In ambito comunicativo il feedback ha il fine di confermare, rafforzare o modificare l'atteggiamento o il comportamento dell'interlocutore, per migliorare la qualità complessiva della comunicazione della persona o del gruppo.
- ✓ **Brainstorming:** intervista di gruppo nella quale viene sfruttato il meccanismo dell'associazione di idee. La finalità è fare emergere diverse possibili alternative, in vista della soluzione di un problema o di una scelta da compiere.



- ✓ Giochi psico-sociali: attività di gioco, svolte all'interno di regole definite, che permettono di esplorare tematiche comunicative, relazionali, sociali, per favorire lo sviluppo delle proprie competenze.
- ✓ Attivazioni di gruppo: giochi brevi che facilitano la costruzione di un clima di lavoro disteso e produttivo, anche detti giochi rompighiaccio
- ✓ Lavoro in piccoli gruppi
- ✓ Dibattiti su temi significativi scelti dagli studenti.

Il progetto prevede in primo luogo la formazione degli insegnanti sulla metodologia dell'educazione socio affettiva, attraverso corsi programmati dalla Regione Umbria e realizzati dalla Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica; i formatori sono operatori con formazione ed esperienza specifica afferenti alle Reti di promozione della salute delle Aziende USL; i corsi sono realizzati in ciascun territorio di distretto sanitario secondo i bisogni formativi espressi dalle scuole.

Ciascun corso si sviluppa in due giornate, alternando momenti teorici e momenti esperienziali, secondo un format uniforme prestabilito a livello regionale.

Il percorso di supporto ai docenti da parte degli operatori ASL prosegue con la programmazione, in maniera partecipata, dell'organizzazione degli interventi nelle classi e con la realizzazione di incontri successivi di confronto e supervisione delle attività svolte in classe.

Valutazione

La valutazione comprende l'utilizzo di questionari pre e post sulle conoscenze, questionario di gradimento, incontri di monitoraggio in itinere con i docenti.

## **Un miglio attorno a scuola**

**(BP)**

*Tema di salute:* benessere e movimento

*Destinatari*

Scuole primarie, Scuole secondarie di primo e secondo grado

Servizio Responsabile del Progetto: Igiene Pubblica e

Promozione della Salute

*Obiettivi*

Implementare interventi evidence-based (EB) sull'attività fisica a scuola contribuendo al raggiungimento dei livelli di attività motoria consigliati, aumentando le occasioni per poterla praticare e creando un'abitudine al movimento che possa consolidarsi e strutturarsi in uno stile di vita attivo in età adulta.

## **Pause attive (BP)**

*Tema di salute:* benessere e movimento

*Destinatari*

Scuole dell'infanzia, Scuole primarie e Scuole secondarie di primo grado

Servizio Responsabile del Progetto: Igiene Pubblica e  
Promozione della Salute

*Obiettivi*

Sensibilizzare insegnanti, genitori e alunni rispetto a buone pratiche per la promozione del benessere psicofisico attraverso la sperimentazione diretta di brevi, ma frequenti e costanti, pause attive in classe.

## **“IO ...DI CO OK”**

*Tema di salute* Utilizzo del sale iodato nell'alimentazione Destinatari

Scuole primarie, Scuole secondarie di primo grado e Ristorazione Collettiva

### *Obiettivi*

Il progetto intende sensibilizzare sull'importanza dell'assunzione quotidiana dello iodio attraverso l'alimentazione nonché la riduzione del consumo di sale, preferendo l'utilizzo del sale iodato per l'adozione di comportamenti alimentari salutari.

In particolare:

- Promuovere la iodoprofilassi nelle scuole e nella ristorazione collettiva, comprese le mense scolastiche;
- Promuovere l'utilizzo di meno sale ma iodato e di alimenti naturalmente ricchi di iodio;
- Formazione sul contenuto di iodio negli alimenti (pesce marino, latte, ecc);
- Conoscenza dei metodi di cottura che provocano il decadimento dello iodio contenuto negli alimenti;
- Valutazione nutrizionale delle eventuali ricette (SIAN);
- Dove possibile, realizzazione e degustazione delle ricette proposte (Istituti alberghieri);
- Redazione opuscolo/brochure informativa.

## **Nutrizionando**

*Tema di salute* Alimentazione e corretto stile di vita

### *Destinatari*

Scuole primarie (classi IV e V), Scuole secondarie di primo grado (classi II) e Scuole secondarie di secondo grado (classi I e II)

### *Obiettivi*

Sensibilizzare gli studenti delle scuole primarie, secondarie di primo grado e di secondo grado sull'importanza dello stile di vita e dei comportamenti individuali e sociali e sulla loro influenza nelle scelte nutrizionali e sullo stato di salute delle persone. L'iniziativa vuole fornire ai ragazzi stessi quelle competenze di comunicazione efficace, lasciando loro il ruolo di protagonisti consapevoli nelle scelte legate ai temi di salute, e

per tale motivo è stata fatta la scelta di fare promozione della salute dall'interno del setting scolastico, sviluppando la peer education o educazione tra pari, in modo che con i materiali realizzati dagli studenti, i messaggi risultino più efficaci in quanto mittenti e destinatari del processo comunicativo coincidono, ragionano nello stesso modo, usano lo stesso linguaggio e si incontrano negli stessi canali. Il progetto pilota si avvale di materiali didattici forniti dal Ministero della Salute, con la condivisione e partecipazione sia della Regione Umbria che dell'Ufficio scolastico regionale (loghi di tutti e tre gli enti citati) editabili dal sito e/o stampati a cura della Regione Umbria.