



**A.S.L. TO4**

Azienda Sanitaria Locale  
di Ciriè, Chivasso e Ivrea



## **“UN MIGLIO AL GIORNO INTORNO ALLA SCUOLA”**

### **IL PROGETTO**

#### **ANALISI DEL CONTESTO**

Come noto, l'obesità è progressivamente diventata un grave problema di sanità pubblica in tutto il mondo ed in tutte le fasce di età. Un articolo pubblicato su Lancet nel mese di ottobre 2017 ha evidenziato il drammatico aumento dell'eccesso ponderale negli ultimi 40 anni in molti Paesi, mentre nel profilo del Global Burden Disease (classifica sulla salute nel mondo) messo a punto nel 2015, uno degli indicatori peggiori per l'Italia è risultata essere la prevalenza di obesità infantile. La condizione di obesità in età infantile tende a persistere in età adulta e costituisce un fattore di rischio per molte patologie croniche, motivo per cui, da svariati anni, si cercano strategie di contrasto globali a questo fenomeno.

**I dati delle sorveglianze “okkio alla salute” e HBSC** ci offrono una preoccupante rappresentazione dei bambini che, anche sul territorio dell'ASL TO 4, hanno problemi di sovrappeso/obesità e stili di vita non salutari.

**Nel 2016 nella ASL TO4 hanno partecipato all'indagine Okkio** il 100% delle scuole ed il 100% delle classi sui 21 plessi scolastici e sulle 23 classi rispettivamente campionate.

Tra i bambini della nostra ASL l'1,6% (IC95% 0,7%-3,4%) risulta in condizioni di obesità grave, il 4,7% risulta obeso (IC95% 3,2%-6,7%), il 23,1% sovrappeso (IC95% 18,9%-27,9%), il 69,5% normopeso (IC95% 64,5%-74,1%) e l'1,1% sottopeso (IC95% 0,5%-2,5%).

Complessivamente il 29,4% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità.

È stato confrontato l'IMC del bambino rispetto a quello dei genitori ed è stato valutato, in particolare, l'eccesso di peso del bambino quando almeno uno dei genitori risulta essere sovrappeso o obeso.

Dai dati autoriferiti dai genitori emerge che, nella nostra ASL, il 21% delle madri è in sovrappeso e il 7% è obeso; i padri, invece, sono nel 41% sovrappeso e 8% obesi.

Quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso il 27% dei bambini risulta in sovrappeso e circa il 5% obeso. Quando almeno un genitore è obeso il 35% dei bambini è in sovrappeso e il 14% obeso.

Nella nostra ASL ben il 47% delle madri di bambini sovrappeso e il 12% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso o sottopeso.

Nelle famiglie con bambini in sovrappeso, la percezione non cambia in rapporto al sesso del bambino, mentre rispetto all'obesità è più accurata nei confronti delle femmine (differenze non statisticamente significative).

Le variazioni di percezione rispetto alla scolarità della madre non sono lineari né significative.

Solo il 25% delle madri di bambini sovrappeso e il 56% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo.

Considerando i bambini in sovrappeso e obesi insieme, non è stata constatata nessuna differenza per sesso dei bambini o per livello scolastico della madre rispetto alla percezione di quantità di cibo assunta.

I dati raccolti hanno evidenziato che i bambini della nostra ASL non fanno ancora abbastanza attività fisica. Si stima che circa 1 bambino su 9 risulti fisicamente inattivo, più le femmine rispetto ai maschi (non ha svolto almeno 1 ora di attività fisica il giorno precedente all'indagine, cioè attività motoria a scuola, attività sportiva strutturata o gioco all'aperto nel pomeriggio).

Solo 1 bambino su 3 raggiunge il livello di attività fisica raccomandato per la sua età, inteso come "almeno un'ora da 5 a 7 giorni alla settimana", con un maggior contributo dato dai giochi di movimento.

All'interno del gruppo di bambini non attivi, il 63% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e il 6% molta attività fisica.

Limitatamente ai non attivi vi sono differenze, non significative, di percezione per sesso dei bambini (le madri considerano più attivi di quel che sono i maschi, 70% rispetto a 56% delle femmine), e per livello scolastico della madre (percezione più accurata da parte delle madri laureate).

**Nel 2014 hanno partecipato all'indagine HBSC a livello regionale 2.300 studenti** rappresentativi delle classi di età 11, 13 e 15 anni. Tale edizione è stata caratterizzata da un'ottima adesione, pari al 94% delle 160 classi campionate.

La frequenza di normopeso, in relazione a peso e altezza dichiarati, aumentano con l'età: dal 78,7% degli undicenni, all'81,9% dei tredicenni, all'89% per i quindicenni. Il "salto" avviene dunque durante le scuole medie. Sovrappeso e obesi diminuiscono di conseguenza, con una quota di sovrappeso/obesi che è del 17% a undici anni e scende al 9,3% a quindici anni. La quota di obesità è soprattutto a carico dei maschi, in tutte le fasce d'età.

Secondo l'OMS i livelli raccomandati di attività fisica per i giovani (5-17 anni) includono il gioco, lo sport, i trasporti, la ricreazione, l'educazione fisica, nel contesto delle attività di famiglia, scuola e comunità, in modo da accumulare quotidianamente almeno 60 minuti di attività motoria moderata-intensa (WHO, 2010).

L'attività motoria, la salute e la qualità della vita risultano strettamente correlate tra loro, tant'è che la riduzione della prestazione motoria è associata all'aumento di prevalenza dell'obesità, come ulteriore fattore di rischio per la salute; a questo proposito, la letteratura scientifica internazionale evidenzia la relazione tra l'incremento dell'attività fisica in età adolescenziale ed una migliore salute in età adulta (Janssen, 2007).

Come suggeriscono alcuni studi (Janssen, 2009; WHO, 2011), l'acquisizione di modelli comportamentali attivi durante l'infanzia e l'adolescenza tende a rendere tali comportamenti abitudinari anche in età adulta. Combattere la sedentarietà deve divenire, quindi, una pratica costante e quotidiana, sentita e fortemente voluta dall'interessato.

Fare attività fisica regolare non sembra un'abitudine diffusa fra gli adolescenti: risulta che meno della metà (46,5%) dei ragazzi fa attività fisica almeno 4 giorni la settimana e solo il 17% raggiunge la frequenza di almeno 6 giorni la settimana.

In linea con le osservazioni nazionali ed internazionali, emerge che la frequenza di attività fisica nella settimana diminuisce con l'età e che le ragazze fanno meno attività fisica dei ragazzi.

Una quota consistente di ragazzi (30-40%) dichiara di svolgere esercizio fisico in occasione di attività extrascolastiche tra le due e le tre volte alla settimana.

La mancanza di spazi e di tempi adeguati, nonché di sicurezza nel frequentare luoghi all'aperto, fa sì che i ragazzi siano sempre più confinati in spazi chiusi e più sicuri, in particolare in casa davanti alla televisione o ai videogame (Sonneville, 2009).

Sebbene l'analisi dei dati di HBSC mostri una debole o nessuna relazione con l'attività fisica ridotta (Janssen, 2005; Borraccino, 2009), il comportamento sedentario risulta

essere un fattore di rischio per le malattie cardiovascolari indipendente dai bassi livelli attività fisica (Hume, 2009).

E' dimostrato che la scuola può giocare un ruolo fondamentale nel migliorare lo stato ponderale dei bambini/ragazzi, sia creando condizioni favorevoli per una corretta alimentazione e per lo svolgimento dell'attività motoria strutturata, che promuovendo, attraverso l'educazione, abitudini alimentari adeguate.

La scuola rappresenta, inoltre, l'ambiente ideale per seguire nel tempo l'evoluzione dello stato ponderale dei bambini e per creare occasioni di comunicazione con le famiglie che determinino un loro maggior coinvolgimento nelle iniziative di promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica dei bambini.

Nell'ASL TO 4 esiste uno spazio di confronto e di co/progettazione con le scuole del territorio, il "Laboratorio Scuole che Promuovono Salute", all'interno del quale nascono proposte e si condividono percorsi: in tale sede la scuola primaria di Fiano (scuola polo rete SHE), ha voluto condividere l'esperienza svolta nell'anno scolastico 2016/17 mutuata dal progetto scozzese "Daily Mile".

Si tratta di una pratica che, nata da un'iniziativa di una scuola scozzese, si sta rapidamente diffondendo oltre al Regno Unito, anche in molti paesi europei (Olanda, Belgio, Francia, Spagna ecc.. e negli USA. Anche in Italia sono attive alcune esperienze. E' un'iniziativa che incoraggia bambini e ragazzi a camminare/correre all'aperto per 15 minuti al giorno durante l'orario scolastico: è semplice, gratuito ed efficace, in quanto migliora la forma fisica, la concentrazione, la salute sociale, emotiva e mentale ed il benessere generale dei bambini e degli insegnanti.

La presentazione delle insegnanti di Fiano ha suscitato molto entusiasmo tra i colleghi: il gruppo di lavoro dell'ASL (costituito dalla SSD Promozione della Salute, dalla SS Medicina dello Sport e dal Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione), tenendo conto dei dati delle sorveglianze, della difficoltà del mondo della scuola di avviare autonomamente progettazioni sui temi legati agli stili di vita e della carenza di proposte mirate per la scuola dell'infanzia e della primaria, ha ipotizzato dunque un percorso denominato "Un miglio al giorno intorno alla scuola", da inserire nel Catalogo dei progetti di promozione della salute che l'ASL TO4 tutti gli anni propone al territorio (allegato 3)

## MODELLI TEORICI

I modelli teorici utilizzati per lo sviluppo delle attività sono:

- il modello Precede-Proceed (Green e Kreuter 1991)
- il modello transteoretico degli “Stadi del Cambiamento” (Di Clemente e Prochaska 1982)
- il modello della “Ricerca-Azione” (Lewin) (analizzare una *pratica* relativa ad un campo di esperienza (ad esempio, la *pratica educativa*) da parte di un attore sociale con lo scopo di introdurre, nella *pratica* stessa, dei cambiamenti migliorativi.

Sono i modelli che da qualche tempo vengono utilizzati nella programmazione degli interventi di promozione della salute dagli operatori dell'ASL TO 4 e che ci sembrano essere i più adatti a fornire strumenti di analisi, di sintesi e di valutazione quando il livello della complessità diventa più elevato. Nello specifico, Precede-Proceed ci sembra particolarmente adatto quando per arrivare al risultato auspicato concorre l'integrazione di soggetti, settori e competenze diversi (modello ecologico), il modello transteoretico degli “Stadi del Cambiamento”, aggiunge elementi utili agli aspetti relativi alle motivazioni dei soggetti coinvolti e delle loro comunità.

### **Analisi dei determinanti, diagnosi educativa, diagnosi organizzativa**

Ciò che è necessario è promuovere e ottenere un cambiamento su tutti i livelli e con tutti i soggetti coinvolti partendo dalla realizzazione di un'esperienza gratificante.

Partiamo dal presupposto (elemento predisponente) che il movimento, il cammino, la corsa rappresentano un fattore spontaneo per i ragazzi altamente gratificante rispetto alla sedentarietà forzata del banco; questo elemento può valere anche per gli adulti (ma non per tutti). Inoltre l'uscita a piedi offre al docente uno spazio di interpretazione pedagogica e di gestione dell'inclusione che lo rende protagonista dell'azione.

Dal punto di vista organizzativo gli elementi di forza sono quelli abilitanti, costruire le opportunità per il cambiamento: realizzazione del corso di formazione, tutoraggio delle attività, consenso attivo dei Dirigenti scolastici, partecipazione delle Amministrazioni Comunali nella individuazione e gestione dei percorsi , ecc.

Gli elementi rinforzanti: soprattutto le attività socio relazionali sviluppate dai ragazzi tra di loro nel corso delle uscite, nel rapporto con gli insegnanti e anche con i genitori; ma anche il senso di appartenenza costruito sulla base della rete SHE e sulla condivisione di opportunità e criticità, la costruzione di significati comuni e condivisi con gli altri partecipanti al progetto.

Dal “flusso di senso” prodotto da queste esperienze deriva un entusiasmo che rappresenta il principale elemento rinforzante.

## **RISORSE**

Il progetto non prevede risorse finanziarie aggiuntive, è offerto a tutte gli Istituti scolastici target a titolo gratuito. Le risorse sono rappresentate dalle ore lavorative degli Operatori dell'ASL TO 4 addetti ( strutture di Promozione della Salute, Medicina dello Sport, Prevenzione Nutrizionale), dei Dirigenti e dei Docenti degli Istituti partecipanti, e dalle varie opportunità di collaborazione raccolte sulla base delle realtà locali come le Amministrazioni Comunali, le associazioni di volontariato, i gruppi di cammino.

## **OBIETTIVI**

**Obiettivo generale:** costruire percorsi esperienziali per la promozione del benessere a scuola con strumenti e modalità innovative

### **Obiettivi specifici:**

- promuovere il movimento e l'attività all'aria aperta come parte integrante della giornata a scuola, contrastare obesità e sedentarietà
- diffondere nella comunità scolastica informazioni, conoscenze ed esperienze di stili di vita sani
- promuovere l'esercizio della cittadinanza attiva ed educare alla conoscenza ed al rispetto dell'ambiente
- migliorare le relazioni all'interno del gruppo classe coinvolgendo tutti gli studenti in base alle proprie capacità e risorse

## **DESTINATARI**

**intermedi (fase della formazione):** dirigenti ed insegnanti delle scuole dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado

**finali (fase applicativa):** studenti e insegnanti della scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado; genitori.

## **DESCRIZIONE DEL PERCORSO**

“Un miglio al giorno” ha avuto inizio come sperimentazione in una scuola primaria, ma può essere adottato, con le opportune declinazioni, nelle scuole di ogni ordine e grado; nelle scuole che lo stanno sperimentando, tutti i giorni, durante l'orario scolastico, le classi a rotazione, accompagnate dagli insegnanti, escono dall'edificio scolastico per coprire la distanza di un miglio (circa 1600 metri) a passo svelto. In caso di maltempo tale da impedire l'uscita, un'attività di movimento viene comunque svolta in palestra, o dove possibile, in luogo riparato. Il tempo per svolgere questo compito quotidiano, vista l'andatura da tenere (circa 5 – 5.5 km/ora) è calcolato intorno ai 15-20 minuti, sicuramente non incidente sull'intera giornata passata a scuola dagli studenti e dedicata alla didattica, ma favorente un maggior benessere e concentrazione.

Le esperienze anglosassoni (già sviluppate su un intero ciclo di studi) hanno dimostrato che i benefici sugli studenti sono innegabili: camminare/correre un miglio al giorno migliora l'apprendimento scolastico, allontanando l'ansia, la noia, la demotivazione. E' necessario sottolineare l'evidenza che assume la continuità dell'attività (ad es.nell'arco del ciclo della scuola primaria).

L'attività non necessita di attrezzature, solo di un abbigliamento comodo per passeggiare; permette però di allenare il fisico e ossigenare la mente, contrastando il rischio di soprappeso e la sedentarietà, e offrendo ad insegnanti e ragazzi uno spazio completamente nuovo in cui inserire elementi della didattica con riscontri sorprendentemente positivi.

### **La formazione degli insegnanti**

Le scuole che hanno aderito all'iniziativa sono state accompagnate su un percorso di ricerca/azione avente per obiettivo la realizzazione del progetto sostenute da una specifica attività formativa (accreditata sulla piattaforma S.O.F.I.A. del MIUR) e con il tutoraggio dell'ASL TO 4. Tale attività formativa si è articolata nell'anno scolastico 2017/18 con le seguenti modalità:

- una giornata residenziale di 7 ore
- un laboratorio di monitoraggio di 3 ore
- un laboratorio valutazione di 3 ore
- attività di ricerca, monitoraggio, valutazione e documentazione 13 h

per un totale di 26 h complessive di attività formative.

**La prima giornata di formazione** (locandina, allegato 4), svoltasi a **settembre 2017** prima dell'avvio della scuola, ha avuto l'obiettivo di abilitare gli insegnanti (almeno due/tre per istituto coinvolto) a realizzare il progetto nei propri contesti.

Sono stati offerti agli insegnanti anche strumenti per lavorare sul miglioramento dello stile di vita in tema di alimentazione, perché ad un'auspicabile attività di movimento quotidiana occorre abbinare fin dall'infanzia una corretta alimentazione.

E' stato consegnato un cronoprogramma con i tempi della realizzazione del percorso nell'anno scolastico (Allegato 5)

**A febbraio 2018 è previsto un laboratorio di monitoraggio** (locandina, allegato 6) per un confronto tra le scuole partecipanti sullo stato dell'arte delle attività intraprese, sulle criticità e sulle opportunità riscontrate. E' stato chiesto alle scuole di produrre un breve report (su schema fornito, allegato 7) da predisporre per ciascun plesso scolastico partecipante.

**A giugno 2018 è previsto un laboratorio finale di valutazione** (locandina, allegato 8) per sviluppare e condividere il percorso dell'intero anno scolastico e documentare le attività del primo anno del progetto.

Si prevede la selezione di classi per effettuare **misurazioni di peso e statura** dei ragazzi ad inizio e fine anno scolastico; i criteri per la scelta delle classi sono:

- numero di uscite settimanali da tre a cinque;
- continuità del progetto per almeno tre anni (classi 1°, 2° e 3° della scuola primaria e classi prime della scuola secondaria di I° grado). I genitori dei bambini partecipanti dovranno fornire il consenso per le misurazioni, tramite apposito modulo (allegato 9).

I bambini del "Miglio" verranno misurati (rilevazione di peso e altezza) con modalità e strumenti uguali a quelli utilizzati per le rilevazioni di OKkio alla salute e HBSC (allegato 10).

Viene calcolato l'indice di massa corporea o BMI, che si ottiene dividendo il peso espresso in Kg per l'altezza espressa in metri elevata al quadrato

$$\text{BMI} = \text{peso}/\text{altezza}^2$$

Il BMI dei bambini viene rapportato a quello delle persone > =18 anni mediante delle tabelle in cui viene indicato il sesso del bambino e l'età espressa in mesi

Age (years)	Boys						Girls					
	BMI 16*	BMI 17*	BMI 18.5*	BMI 21*	BMI 24*	BMI 27*	BMI 16*	BMI 17*	BMI 18.5*	BMI 21*	BMI 24*	BMI 27*
2.0	13.60	14.29	15.54	18.36	19.99	21.20	13.40	14.02	14.96	18.09	19.81	21.13
2.5	13.44	14.11	15.02	18.09	19.73	20.92	13.25	13.88	14.77	17.84	19.57	20.90
3.0	13.30	13.94	14.83	17.85	19.50	20.75	13.11	13.73	14.60	17.64	19.38	20.74
3.5	13.16	13.79	14.66	17.66	19.33	20.61	12.98	13.59	14.44	17.48	19.25	20.60
4.0	13.04	13.62	14.51	17.52	19.23	20.56	12.85	13.45	14.30	17.36	19.16	20.52
4.5	12.92	13.53	14.38	17.43	19.20	20.60	12.72	13.31	14.16	17.27	19.14	20.57
5.0	12.80	13.40	14.26	17.39	19.27	20.79	12.59	13.18	14.04	17.23	19.20	20.85
5.5	12.66	13.27	14.15	17.42	19.46	21.15	12.46	13.06	13.93	17.20	19.36	21.16
6.0	12.54	13.16	14.06	17.52	19.76	21.69	12.34	12.96	13.85	17.33	19.62	21.61
6.5	12.44	13.07	14.00	17.67	20.15	22.35	12.26	12.89	13.81	17.48	19.96	22.19
7.0	12.39	13.04	14.00	17.88	20.59	23.08	12.20	12.87	13.82	17.69	20.39	22.88
7.5	12.39	13.06	14.08	18.12	21.06	23.83	12.25	12.91	13.90	17.96	20.89	23.60
8.0	12.43	13.11	14.13	18.41	21.56	24.61	12.30	12.98	14.00	18.28	21.44	24.50
8.5	12.48	13.19	14.24	18.73	22.11	25.45	12.37	13.07	14.13	18.63	22.04	25.42
9.0	12.54	13.27	14.36	19.07	22.71	26.40	12.44	13.16	14.26	18.99	22.66	26.39
9.5	12.61	13.36	14.49	19.43	23.34	27.39	12.52	13.27	14.40	19.38	23.31	27.38
10.0	12.70	13.47	14.63	19.80	23.96	28.35	12.61	13.40	14.58	19.78	23.97	28.36
10.5	12.80	13.59	14.79	20.15	24.54	29.22	12.72	13.57	14.78	20.21	24.62	29.28
11.0	12.91	13.73	14.96	20.51	25.07	29.97	12.84	13.77	15.03	20.66	25.23	30.14
11.5	13.03	13.89	15.15	20.89	25.56	30.63	13.05	14.00	15.30	21.12	25.87	30.93
12.0	13.20	14.07	15.36	21.20	26.02	31.21	13.28	14.26	15.59	21.59	26.47	31.66
12.5	13.40	14.27	15.59	21.54	26.45	31.73	13.64	14.54	15.91	22.05	27.04	32.33
13.0	13.61	14.50	15.84	21.89	26.87	32.19	13.92	14.84	16.23	22.49	27.57	32.91
13.5	13.84	14.74	16.11	22.25	27.26	32.61	14.20	15.13	16.55	22.90	28.03	33.39
14.0	14.09	15.01	16.39	22.60	27.64	32.98	14.47	15.43	16.86	23.27	28.42	33.78
14.5	14.35	15.28	16.69	22.95	28.00	33.29	14.74	15.71	17.16	23.60	28.74	34.07
15.0	14.61	15.55	16.98	23.28	28.32	33.56	15.06	15.97	17.43	23.89	29.01	34.28
15.5	14.87	15.82	17.26	23.59	28.61	33.78	15.34	16.21	17.68	24.13	29.22	34.43
16.0	15.12	16.08	17.53	23.89	28.88	33.98	15.65	16.42	17.90	24.34	29.40	34.53
16.5	15.36	16.33	17.79	24.16	29.13	34.19	15.63	16.61	18.08	24.53	29.55	34.64
17.0	15.59	16.57	18.04	24.40	29.43	34.43	15.78	16.76	18.24	24.70	29.70	34.73
17.5	15.80	16.79	18.28	24.73	29.71	34.71	15.90	16.89	18.38	24.85	29.83	34.87
18.0	16	17	18.5	25	30	35	16	17	18.5	25	30	35

\* cut-offs del BMI a 18 anni per la definizione di magrezza (1°, 2°, 3° grado), obesità e obesità morbigena

Questo è un estratto della tabella

	Limite normopeso	Limite sovrappeso	Limite obesità	Limite obesità grave
<b>&gt; =18 anni</b>	<b>18,5</b>	<b>25</b>	<b>30</b>	<b>35</b>
<b>Maschio 8 anni</b>	<b>14,13</b>	<b>18,41</b>	<b>21,56</b>	<b>24,6</b>
<b>Maschio 8 anni e mezzo</b>	<b>14,24</b>	<b>18,73</b>	<b>22,11</b>	<b>25,45</b>
<b>Maschio 9 anni</b>	<b>14,36</b>	<b>19,07</b>	<b>22,71</b>	<b>26,4</b>
<b>Maschio 11 anni</b>	<b>14,96</b>	<b>20,51</b>	<b>25,07</b>	<b>29,97</b>

Agli insegnanti è richiesta la **registrazione quotidiana delle uscite** (per verifiche percentuali numero uscite/numero giorni anno scolastico), su apposito modulo (allegato 11)

Si richiede di avviare il progetto all'interno dei propri plessi scolastici entro il mese di ottobre.

## **Le collaborazioni da attivare**

### ➤ Altri colleghi insegnanti

Su ciascuna classe dovranno essere impegnati almeno due insegnanti per garantire le uscite quotidiane; il coinvolgimento del maggior numero di colleghi permetterà un lavoro interdisciplinare, offrendo alla didattica uno spazio completamente nuovo

### ➤ Comune

Dovrà essere coinvolto per la scelta dei percorsi e la relativa messa in sicurezza

### ➤ Associazioni di volontariato

Possono essere coinvolte negli accompagnamenti per le uscite, nell'organizzazione di eventi...

## **L'individuazione dei percorsi**

Si dovranno stabilire almeno due itinerari nei pressi della scuola della lunghezza definita, con caratteristiche di sicurezza e percorribilità in tutte le stagioni.

## **Il coinvolgimento delle famiglie**

Ad inizio anno scolastico si dovrà prevedere una presentazione dell'iniziativa ai genitori, come parte integrante della giornata scolastica; il coinvolgimento delle famiglie deve essere attivato nel corso di tutto l'anno scolastico (es: nella scelta delle merende da dare ai figli, con eventi aperti volti a informare circa l'andamento del progetto...), chiedendo la loro collaborazione.

Nelle classi soggette a misurazioni i genitori dovranno firmare un modulo di consenso.

## **PROGRAMMA DI VALUTAZIONE**

### **Valutazione di processo**

- Misurazione di peso e statura degli studenti ad inizio e fine anno scolastico su classi selezionate ad opera di personale ASL
- Registrazione delle uscite per verifiche percentuali numero uscite/numero giorni anno scolastico
- Compilazione di una scheda di monitoraggio (allegato 7) tesa a rilevare:
  - Miglioramento dello stile di vita in tema di alimentazione: solo per chi ha scelto di lavorare sul tema
  - Miglioramento del benessere relazionale: clima di classe; rapporto insegnanti, studenti, genitori

- Grado di integrazione con la didattica
- Inclusione degli alunni con problematiche (disabilità, disturbi del comportamento...)
- Potenzialità del gruppo di sperimentare uno spazio nuovo per l'apprendimento

### **Valutazione di risultato**

- documentazione prodotta nel corso dell'anno (fotografie, disegni, cartelloni, altro materiale didattico...)
- compilazione di un questionario di autovalutazione finale (allegato 12) da parte degli insegnanti
- elaborazione di tutti i dati raccolti

Le adesioni delle scuole interessate a partecipare al progetto vanno formalizzate dal Dirigente Scolastico utilizzando il modulo presente nel catalogo delle azioni di promozione della salute dell'ASL TO 4.

### **Bibliografia**

<https://thedailymile.co.uk>

Porter CM (2016), Revisiting Precede-Proceed: a leading model for ecological and ethical health promotion. HEJ, Vol 75 (6), pp. 753-764

Green LW e Kreuter MW (2005), Health program planning. An educational and ecological approach. New York: Mc Graw –Hill.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. American Journal of Health Promotion, 12, (1): 11-12.

Global Advocacy Council for Physical Activity, International Society for Physical Activity and Health. The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call to Action. [www.globalpa.org.uk](http://www.globalpa.org.uk). 20 Maggio 2010

“OKkio alla Salute. Risultati dell'indagine 2016. Regione Piemonte”

“Health Behaviour in School aged Children” 2014 Piemonte

Laverack G (2005), “Public Health. Power, Empowerment and Professional Practice” Palgrave Macmillan

Freire P (2014) Pedagogia dell'autonomia. Saperi necessari per la pratica educativa. EGA