



REGIONE PIEMONTE
A.S.L. 21 – CASALE MONFERRATO

Deliberazione del _____ **n.** _____ **del** _____

OGGETTO:

PARERI DELLA S.O. PROPONENTE EX ART. 4, 1° COMMA, L. 7.8.1990 N. 241

Il Responsabile del Procedimento
artt. 5 – 6 L. 7.8.90 n. 241

Il Responsabile

Esercizio	Registrazione contabile Conto	Importo
Ufficio Budget		Il Dirigente Responsabile

PARERI DEI DIRETTORI DELL'AZIENDA (ex D.L.vo n. 502/1992 e s.m.i.)

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Sanitario

I pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo sono espressi con la semplice sottoscrizione. Il parere sfavorevole del Direttore Sanitario è esplicitamente indicato a fianco della firma, con allegati motivi, quello del direttore Amministrativo con la mancata sottoscrizione.

	Eseguibile dal	
Pubblicata ai sensi di legge dal		Trasmessa alla Giunta Regionale in data
Trasmessa al Collegio Sindacale in data		Approvata in data
	Il Dirigente Amministrativo SOC Segreteria Affari Generali	

OGGETTO: Progetto " A SCUOLA CON GUSTO". Assegnazione finanziamento regionale e avvio progetto.

IL DIRETTORE GENERALE

Visto il D. Lgs 30/12/92 nr. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
vista la deliberazione di Giunta regionale nr. 136-9216 del 28/04/03, di nomina del Direttore Generale dell'ASL 21 di Casale Monf.to;

visto il Bando Regionale e nomina della Commissione Tecnico-Scientifica per il finanziamento del Programma di azione regionale 2004-05 dei progetti di Promozione della Salute presentati dalle AA.SS.RR. (D.D. 500 del 20/12/04 - BURP 51 del 23/12/04);

vista la nota prot. n. 0005254/29.6 del 22 marzo 2005 con cui la Regione Piemonte, Direzione Controllo delle Attività Sanitarie, comunicava all'ASL 21 l'approvazione del progetto "A scuola con gusto" proposto all'esame della Commissione Tecnico-Scientifica e la concessione del relativo finanziamento di 9.000,00 Euro;

dato atto che si è ottemperato alla procedura prevista per la formulazione ed invio alla Commissione Regionale della versione definitiva del progetto, che si allega quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;

vista la Determinazione dirigenziale n. 114 del 14.06.2005, della Direzione Controllo delle Attività Sanitarie, relativa alla approvazione dei progetti di Promozione della Salute presentati dalle AA.SS.RR, e quindi del progetto " A scuola con gusto" ed al finanziamento degli acconti degli stessi, come da allegato A) facente parte integrante della suddetta determinazione;

ritenuto opportuno attuare il progetto per sviluppare specifiche iniziative di educazione e promozione della salute nelle aree tematiche previste dal Bando Regionale;

dato atto della costituzione di un gruppo di progetto così composto:

- Giuseppina Beviglia, Medico igienista SOC SIAN – responsabile del progetto
- Chiara Angelini, collaboratore amm/vo SOC AST
- Mauro Brusa, medico SOC AST
- Roberto Costanzo, tecnico prevenzione SOC SIAN
- Michela Prada, medico pediatra SOC Pediatria
- Stefania Santolli, dietista SOC SIAN

preso atto del parere obbligatoriamente espresso dal Dirigente Responsabile;

visto il parere obbligatorio espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario ai sensi dell'art.3/7 D.lgs 30/12/1992 n.502 e s.m.i.

DELIBERA

- 1) di attuare il progetto "A SCUOLA CON GUSTO", che si allega quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- 2) di dare avvio al progetto sotto la responsabilità della Dott. ssa Giuseppina Beviglia a far data dalla avvenuta erogazione dei fondi, secondo le modalità ed i tempi stabiliti dalle indicazioni regionali;
- 3) di recepire che il gruppo di progetto è così composto:
 - Giuseppina Beviglia, Medico igienista SOC SIAN – responsabile del progetto
 - Chiara Angelini, collaboratore amm/vo SOC AST
 - Mauro Brusa, medico SOC AST

- Roberto Costanzo, tecnico prevenzione SOC SIAN
 - Michela Prada, medico pediatra SOC Pediatria
 - Stefania Santolli, dietista SOC SIAN
- 4) di introitare a bilancio la somma di 9.000, 00 Euro corrispondenti al finanziamento regionale con destinazione vincolata al progetto, che sarà erogato con un primo acconto del 70% in avvio del progetto e liquidato per il restante 30% secondo le modalità previste dal Bando Regionale;
- 5) di dare atto che il presente provvedimento, non soggetto al controllo preventivo, diviene esecutivo decorsi 10 giorni dalla pubblicazione all'Albo dell'Azienda.

IL DIRETTORE GENERALE
(dr.ssa Carla Peona)



REGIONE PIEMONTE
A.S.L. 21 – CASALE MONFERRATO
Viale Giolitti 2 – 15033 Casale Monferrato (AL) – centralino: 0142.434.111
U.O.A. ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE
Via Palestro, 41 – 15033 Casale Monferrato (AL)
Dirigente Responsabile: Dott. Roberto Stura
e-mail: ast@mbox.asl21.piemonte.it

tel:
0142.434.511

fax:
0142.434.505

Titolo Progetto: A SCUOLA CON GUSTO.

Soggetto proponente: ASL 21 Casale Monferrato

Responsabile Progetto

- Cognome e nome: Beviglia Giuseppina
- Struttura di appartenenza: Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
- Indirizzo postale per comunicazioni: ASL 21 - v.le Giolitti,2 – 15033 Casale Monferrato (AL)
- e-mail: sian@asl21.piemonte.it
- telefono: 0142. 434.506
- fax: 0142. 76374

Tema: Educazione alimentare

Destinatari:

Insegnanti, personale della mensa, genitori e alunni della scuola materna ed elementare di un Istituto Comprensivo

Setting: SCUOLA – FAMIGLIA

Integrazione con Reti OMS o politiche di concertazione locale : Il progetto si colloca nell'ambito del Programma Regionale Nutrizione Piemonte e prevede una continuità con la scuola media inferiore, attraverso la sorveglianza nutrizionale, essendo inserito nello studio internazionale HBSC, sui comportamenti e stili di vita dei giovani in età scolare, promosso dall'Ufficio Europeo dell'OMS.

Abstract:

Dall'indagine ISTAT multiscopo del 2000 emerge che il 20% dei giovani tra 6 e 17 anni è sovrappeso, mentre il 4% è obeso. A livello locale, lo screening sull'obesità, che viene condotto sin dal 1998 dalla Pediatria della nostra ASL su tutti gli alunni di terza elementare, evidenziava nel 2000 che il 28% dei bambini era sovrappeso e il 5,5% obeso. Al contrario di quelli genetici, i fattori di rischio nutrizionali sono correggibili attraverso strategie preventive ed educative che, intervenendo in età precoce, quando abitudini alimentari e stili di vita sono ancora in via di formazione e quindi modificabili, favoriscano una dieta quotidiana equilibrata, in particolare riguardo all'apporto di calorie e nutrienti, incrementino i consumi critici di alcuni alimenti, come frutta e verdura, e promuovano l'aumento di attività fisica quotidiana. A questo proposito la ristorazione scolastica può e deve diventare una risorsa, un mezzo per favorire scelte alimentari salutari del bambino e di conseguenza della famiglia. Il suo ruolo educativo è stato sottolineato anche nel PSN a partire dal 1998 e a tutt'oggi riconfermato dalla 2° Conferenza Nazionale sull'educazione alimentare svoltasi a Roma nel 2001. Il presente lavoro, di durata pluriennale, si prefigge di avviare un percorso, partecipato e condiviso da tutti gli stakeholder del setting d'intervento, che consenta di migliorare la qualità nutrizionale ed organolettica della tabella dietetica scolastica, e di introdurre innovazioni anche nelle abitudini alimentari famigliari. A questo scopo è prevista la co-progettazione con i docenti, il personale della mensa ed i rappresentanti dei genitori, di interventi di educazione alimentare e di promozione dell'attività fisica. Verranno inoltre coinvolte tutte le famiglie in processi decisionali inclusivi, mediante indagini e tecniche di consultazione appropriate, al fine di avere: il loro sostegno nei cambiamenti alimentari (in mensa) e relativi all'attività fisica proposti a scuola, la loro disponibilità a sperimentare modifiche delle abitudini e stili di vita casalinghi, rinforzanti sul piano educativo, e la loro partecipazione ad esperienze di educazione al gusto e di attività fisica rivolte all'intero nucleo familiare.

Contesto di partenza:

Obesità e sovrappeso beneficiano degli interventi di prevenzione rivolti alla popolazione infantile, quale strategia tesa a modificare determinati stili di vita, come le errate abitudini alimentari e la scarsa attività fisica (Evidence Based Prevention : www.pnlg.it). I dati ISTAT, relativi all'indagine multiscopo del 2000, mostrano un'incidenza di sovrappeso del 20% tra i giovani di età compresa fra 6 e 17 anni, mentre il 4% risulta essere obeso. A livello locale, i dati dello screening sull'obesità, che viene condotto dalla Pediatria della nostra ASL su tutti gli alunni di terza elementare, evidenziavano nel 2000 che il 28% dei bambini era sovrappeso e il 5,5% obeso.

A fronte di questa situazione, l'idea iniziale da cui si è partiti, sin dal 1998, attraverso il Gruppo Educazione Sanitaria (GES) della nostra ASL, è stata quella di agire sul setting scuola, coinvolgendo gli insegnanti in un percorso di formazione che li rendesse capaci di progettare interventi di educazione alimentare rivolti agli alunni ed alle loro famiglie. Grazie alla presenza di concomitanti iniziative, come il già citato screening sull'obesità infantile e le linee guida sulla refezione scolastica prodotte dal SIAN, con il contributo dei pediatri e dei veterinari, e presentate nel 2001 al convegno pubblico "La salute è servita a scuola", è stato possibile avviare e consolidare collaborazioni tra questi servizi e il GES, nella prospettiva della co-progettazione degli interventi e della costruzione di alleanze interne ed esterne all'ASL. In

particolare, in questi ultimi anni, la nostra ASL ha attuato interventi educativi rivolti a insegnanti, genitori ed alunni delle scuole materne, elementari e medie, in partnership con il Comune e le ditte della ristorazione scolastica, con Lega Tumori e Coldiretti, nell'ambito del loro programma di educazione alimentare "Lezioni di Salute".

Per quanto riguarda i risultati conseguiti attraverso azioni di questo tipo, a titolo d'esempio, il progetto che nel corso dell'anno scolastico 2000-2001 ha coinvolto 4 scuole elementari, complessivamente 13 classi, 30 insegnanti e 264 alunni, ha evidenziato modifiche apportate alla tabella dietetica per il 37% dei soggetti coinvolti, un incremento del consumo della porzione di frutta in mensa nell'11% dei casi, cambiamenti organizzativi nello svolgimento dell'intervallo nel 58% delle classi, per favorire ad esempio l'introduzione della frutta nello spuntino di metà mattina, riduzione delle attività scolastiche sedentarie nel 52% delle classi. Per quanto riguarda le ricadute sugli adulti ed il gradimento da loro espresso, l'80% degli insegnanti ha dichiarato un aumento di professionalità e un rinforzo del suo ruolo di educatore alla salute. Anche i docenti dichiarano cambiamenti comportamentali: 1/3 di essi riferisce un incremento del consumo di frutta/verdura e di attività fisica quotidiana. Interessanti i risultati riguardanti i genitori, che a fronte di un ampio interesse (superiore all'84%) dimostrato per le attività svolte a scuola dai loro figli, solo nel 6% dei casi hanno partecipato direttamente ad alcune iniziative proposte su questo argomento, a conferma della necessità di adottare nuove e più efficaci strategie e tecniche di coinvolgimento, e di partecipazione attiva ai processi decisionali sui temi della salute.

A questo proposito, la richiesta pervenuta al SIAN, da parte di una scuola materna ed elementare del Comune di Rosignano, di modificare la tabella dietetica, è parsa una "ghiotta" opportunità per sperimentare un percorso di promozione ed educazione alimentare innovativo, basato sulla buona pratica e su prove di evidenza di efficacia, e articolato in un programma di durata pluriennale, concordato in maniera partecipata con tutti gli attori del setting d'intervento, che consenta il miglior risultato possibile in termini di soddisfazione dei destinatari e raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Il presente lavoro si inserisce, altresì, nell'ambito del Progetto Nutrizione Piemonte, con una continuità data dal fatto che i destinatari dell'intervento saranno sottoposti, nel passaggio alla scuola media, alla sorveglianza nutrizionale prevista dal PNP, con la rilevazione delle misure antropometriche e la somministrazione di un questionario sullo stile di vita e le abitudini alimentari dei ragazzi tra gli 11 ed i 15 anni.

Diagnosi educativa ed organizzativa:

La storia naturale di sovrappeso/obesità è associata a gravi complicanze cardiovascolari e cronico-degenerative, oltre che ad implicazioni sull'apparato scheletrico e condizionamenti di carattere psico-sociale già nell'infanzia, con una riduzione della speranza di vita di circa 8-10 anni (Quaderni di sanità pubblica, 2003).

Informazioni sui comportamenti correlati a questo problema di salute sono state tratte dalla già citata indagine annuale Multiscopo dell'ISTAT sulle famiglie ("Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2001 - Stili di vita e condizioni di salute) e dal Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2001 - 2002 (Stili di vita e salute dei giovani italiani 11-15 anni). Da queste fonti emerge, ad esempio, che i 2/3 dei giovani italiani tra 11 e 15 anni non consuma nemmeno una porzione di verdura al giorno, che solo il 22% dei piemontesi dai 3 anni in su dichiara di fare passeggiate in città almeno una volta la settimana, che l'abitudine a fare attività fisica quotidiana, nei ragazzi di 11-15 anni, si riduce progressivamente con l'aumentare dell'età.

A livello locale, in questi ultimi anni, sono state raccolte informazioni, sui comportamenti alimentari e sui loro determinanti, attraverso indagini di tipo qualitativo: focus group con gli insegnanti sui significati (culturali, valoriali, sociali, ecc.) attribuiti al cibo, questionari alle famiglie (solo il 20% dei bambini consuma la verdura preparata in casa), osservazioni in classe degli insegnanti (frequenza di fuori pasto e spuntini ipercalorici), nominal group con i rappresentanti delle commissioni mensa cittadine sui principali aspetti di qualità della refezione scolastica. Sul versante del tempo riservato ad attività di movimento, rispetto a quelle sedentarie, una nostra indagine, condotta nei bambini tra 3 e 10 anni, ha evidenziato che il tempo quotidiano dedicato all'uso del computer e della televisione era, mediamente, di 95 minuti per i bambini delle materne e di 120 in quelli delle elementari.

Il nostro progetto si propone di intervenire, nel primo anno, sui fattori che favoriscono una dieta quotidiana equilibrata, in particolare riguardo all'apporto di calorie (grassi soprattutto), al frazionamento dei pasti giornaliero, sia a livello della ristorazione scolastica che delle abitudini alimentari famigliari. A questo proposito, i comportamenti da modificare ed i loro determinanti saranno oggetto di una diagnosi educativa ed organizzativa condotta con decisori (amministratori comunali, scolastici e della ditta della ristorazione), insegnanti, genitori e personale addetto alla mensa del setting d'intervento, attraverso appositi incontri e con l'impiego di tecniche di consultazione partecipative, principalmente focus group e nominal group ("A più voci" di L.Bobbio - ESI).

Per quanto concerne, invece, i fattori che condizionano le abitudini alimentari e l'attività fisica quotidiana, a cui sarà dedicato il secondo anno del nostro lavoro, i dati di letteratura hanno evidenziato che, rispetto al **comportamento di incremento del consumo di frutta/verdura**, i bambini: a) non si percepiscono attori rispetto ai temi della salute, b) non danno importanza e credibilità a ciò che riguarda la loro salute futura, c) attribuiscono un significato molto differente alla frutta, alla verdura e ai dolci, d) apprezzano le occasioni offerte loro per esercitare la capacità di scelta del cibo, e) attribuiscono al pranzo, alla cena, ai pasti in genere, un valore sociale, f) percepiscono la contraddizione tra ciò che viene loro detto e ciò che gli adulti mettono in pratica. Per quanto riguarda il **comportamento di aumento dell'attività fisica quotidiana**, per i bambini sono importanti: a) aspetti specifici dell'attività fisica, come divertirsi, stare in compagnia, il senso di sfida, la competizione, b) preferenze e priorità, c) abitudini familiari e sostegno dei genitori, d) disponibilità maggiore o minore di accedere alle strutture e di praticare sport (Tratto dal Dossier di Documentazione

DORS "Prevenire l'obesità infantile e promuovere l'attività fisica" – Laboratorio Valutazione in Promozione della Salute. Torino 20/05/2004)

Sulla base di quanto sopra e delle diagnosi educative condotte con gli insegnanti, nell'ambito dei corsi di formazione svolti in questi ultimi anni, si considerano come principali determinanti del **comportamento relativo al consumo di frutta e verdura**, i seguenti fattori:

- a) **fattori predisponenti** : conoscenze (piramide alimentare, stagionalità, effetti protettivi di frutta/verdura), consapevolezza delle preferenze personali, assaggio e scoperta dei sapori;
- b) **fattori abilitanti** : manualità nella preparazione dei cibi, presentazione dei piatti, nuove ricette, proposte di piatti innovativi in mensa;
- c) **fattori rinforzanti** : esempio dei compagni, modelli adulti (genitori in primis)

Mentre, per quanto concerne il **comportamento relativo all'attività fisica**:

- a) **fattori predisponenti** : conoscenza del territorio, scoperta di nuovi giochi di movimento
- b) **fattori abilitanti** : capacità di orientamento, disponibilità di spazi e tempi utili a fare movimento, presenza di adulti con funzione di accompagnatori (figure simili ai nonni davanti a scuola)
- c) **fattori rinforzanti** : sollecitazione dei compagni, esempio dei genitori

Prove di efficacia ed esempi di buona pratica

Le azioni strategiche del nostro progetto si sviluppano con un respiro pluriennale, mirano a sviluppare abilità personali sulla corretta nutrizione e attività fisica quotidiana, si prefiggono di creare ambienti favorevoli e costruire alleanze all'interno dell'azienda sanitaria, riorientando i servizi di tipo clinico e preventivo, e con l'esterno. Questo disegno progettuale è stato pensato e delineato applicando le indicazioni desunte da alcuni documenti ufficiali e dalla letteratura, in particolare da:

- il documento OMS "The first action plan for food and nutrition policy";
- il Piano Sanitario Nazionale 2002-2004 – Progetto-obiettivo 9 dal titolo "Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute"
- il rapporto della SINU, "Educazione alimentare nelle scuole", in Prevenire l'obesità in Italia. Indicazioni metodologiche per la realizzazione di interventi di educazione alimentare, EDRA, 2001, pp. 122-136;
- la Division of Nutrition and Physical Activity dei CDC di Atlanta (che dal 2000 ha avviato un programma di supporto ai dipartimenti di salute per sviluppare interventi mirati e campagne di informazione sui comportamenti nutrizionali e di attività fisica utili alla prevenzione di condizioni croniche, specialmente l'obesità);
- le raccomandazioni derivanti dalla 2° Conferenza Nazionale sull'educazione alimentare, svoltasi a Roma nel 2001, in particolare riguardo al ruolo educativo della ristorazione scolastica;
- i dossier di documentazione sull'argomento elaborati da DORS

Una particolare attenzione è stata posta alle rassegne sistematiche prodotte nel 2003 da EPPi – Centre, Social Research Unit, Institute of Education (<http://www.eppi.ioe.ac.uk>), sulla promozione della salute inerente le abitudini alimentari e l'attività fisica nei bambini in età scolare, le quali propongono come efficaci gli interventi che:

- a) Si propongono più di un obiettivo, ad esempio: aumentare il consumo di frutta e verdura; ridurre i comportamenti sedentari (guardare la TV e giocare con videogiochi);
- b) Realizzano percorsi educativi integrati che comprendono: apprendimento dei benefici di frutta e verdura, educazione al gusto, sviluppo di capacità (senso di autoefficacia);
- c) Prevedono azioni a più livelli: momenti educativi in classe, miglioramenti in ambito di istituto, attività condotte in famiglia come: formazione degli insegnanti, cambiamenti a livello di cibo fornito a scuola, coinvolgimento dei genitori

Di un certo interesse, infine, l'articolo che descrive l'implementazione e la valutazione di processo di un intervento, realizzato nelle scuole elementari inglesi, rivolto ad alunni di età compresa tra 7 e 11 anni, ai loro insegnanti, ai genitori e a quanti operano all'interno della scuola (Sahota P., et al., "Evaluation of implementation and effect of primary school based interventions to reduce risk factors for obesity" in BMJ 323, 2001, pp. 1-4)

Modelli teorici di cambiamento dei comportamenti:

Le ricerche in questo senso, specie quelle riguardanti il cambiamento delle abitudini alimentari, non hanno evidenziato, per quanto concerne il setting scuola, approcci educativi a cui si correlano migliori risultati (dall'intervento "Promozione della salute e comportamenti alimentari: quale efficacia?" – E. Coffano - DORS)

Tuttavia, rispetto agli interventi del progetto che riguardano l'introduzione di innovazioni nella tabella dietetica e quindi nei piatti proposti in mensa e a casa, si è fatto riferimento alle teorie del cambiamento comunitario, in particolare a quella della diffusione di una innovazione. In tal senso il coinvolgimento dei genitori sarà teso a suscitare attenzione e interesse sulle proposte di cambiamento onde favorire lo sviluppo di motivazione e proposito di azione. Da questo punto di vista, almeno per quanto riguarda l'adulto, ci si ricollega alle teorie basate sul cambiamento individuale del

comportamento, soprattutto al modello degli stadi del cambiamento di Clemente e Di Prochaska. Mentre, per quanto riguarda gli interventi rivolti ai bambini, si è fatto riferimento al modello dell'apprendimento sociale, in particolare rispetto all'adozione di nuove abilità e all'incremento del senso personale di autoefficacia, concetto sviluppato da Bandura.

Gerarchia di obiettivi congruenti con la diagnosi educativa ed organizzativa:

L'obiettivo di salute è di ridurre la prevalenza di sovrappeso (peso corretto per altezza > 75° percentile), rispetto all'osservato iniziale, nei bambini destinatari dell'intervento.

A questo scopo gli obiettivi del progetto, che si vogliono raggiungere alla fine degli interventi, sono stati così articolati:

- Obiettivi Comportamentali dei destinatari finali

1. i bambini consumano i piatti unici proposti loro sia in mensa che a casa;
2. i bambini riducono il consumo di fuori pasto, specie di snack ipercalorici;
3. i bambini aumentano il consumo di porzioni di frutta e verdura quotidiano;
4. i bambini aumentano l'attività fisica quotidiana, in particolare riducono la quota di tempo libero dedicata ad attività di tipo sedentario;

- Obiettivi Comportamentali degli insegnanti e delle altre figure educative significative:

1. i genitori (e gli insegnanti) incrementano il consumo di porzioni di frutta/verdura quotidiano;
2. i genitori incrementano le occasioni in cui fare attività fisica con i loro figli (e gli insegnanti con i loro alunni);
3. i genitori inseriscono nel menù quotidiano/settimanale piatti proposti/consumati alla mensa scolastica.

- Obiettivi Ambientali (Strategici e Organizzativi)

1. La scuola inserisce nel piano di offerta formativa il progetto di promozione ed educazione alla sana alimentazione
2. La scuola offre al proprio personale una formazione specifica in educazione alimentare
3. La scuola mette a disposizione spazi, strutture e tempi per attività/esperienze di educazione alimentare

- Obiettivi Educativi (rispetto ai fattori P.A.R.) sul comportamento alimentare dei destinatari finali

a) rispetto ai determinanti PREDISPONENTI:

1. i bambini sanno collocare sulla piramide alimentare, al "posto giusto", la lista dei cibi loro fornita;
2. i bambini sanno appaiare correttamente i diversi tipi di frutta e verdura proposti alle diverse stagioni di maturazione
3. i bambini sanno descrivere le diverse caratteristiche sensoriali dei cibi di cui fanno l'assaggio
4. i bambini sanno elencare una lista dei gusti a loro graditi;
5. i bambini sanno indicare i principali benefici apportati dai diversi tipi di frutta/verdura

b) rispetto ai determinanti ABILITANTI:

1. i bambini sanno preparare semplici spuntini a base di frutta e verdura di stagione
2. la scuola aggiorna la tabella dietetica apportando innovazioni come il piatto unico
3. la scuola mette a disposizione elettrodomestici per preparare centrifugati di frutta/verdura
4. la ditta della ristorazione scolastica introduce cambiamenti nella presentazione di alcuni piatti sulla base delle indicazioni espresse dai bambini
5. la ditta della ristorazione prepara piatti a base di verdure utilizzando alcune proposte originali e gradite fornite dagli stessi bambini

c) rispetto ai determinanti RINFORZANTI:

1. I genitori riportano in tavola ricette a base di frutta/verdura appartenenti alle loro tradizioni
2. I bambini decidono un elenco di spuntini a base di frutta, derivati della frutta o snack ipocalorici da consumare tutti insieme nell'intervallo di alcuni giorni della settimana

- Obiettivi Educativi (rispetto ai fattori P.A.R.) sul comportamento attività fisica dei destinatari finali

a) rispetto ai determinanti PREDISPONENTI:

1. i bambini sanno descrivere le regole dei diversi giochi di movimento da loro sperimentati e/o conosciuti
2. i bambini sanno costruire la "loro" lista dei vantaggi principali apportati dall'attività fisica e/o sportiva
3. i bambini sanno narrare alcuni itinerari a piedi da loro sperimentati o conosciuti

b) rispetto ai determinanti ABILITANTI:

1. la scuola inserisce nei suoi programmi nuove modalità di fare didattica riducendo il tempo di sedentarietà
 2. la scuola predispone spazi e tempi per favorire attività ricreative di movimento
- c) rispetto ai determinanti RINFORZANTI:
1. I genitori individuano e praticano alcuni spostamenti a piedi, in compagnia dei loro figli, che in precedenza facevano in auto;
 2. I bambini decidono un elenco di passeggiate da fare durante l'anno con i compagni del gruppo classe (sia in compagnia dei loro insegnanti che con i genitori in alcune giorni festivi)

Programma delle attività

- a) Presentazione, proposta e verifica di fattibilità del progetto ai decisori (amministratori del comune, dirigente scolastico, responsabili della ditta della ristorazione) ed agli altri stakeholder del setting di intervento (insegnanti, cuoche, rappresentanti di classe dei genitori) da parte del team di progetto, attraverso materiale cartaceo, riunioni e gruppi di discussione (utilizzando appropriate tecniche di consultazione per stabilire, in maniera partecipata e condivisa, le priorità di azione).
(entro febbraio 2005).
- b) Rilevazione dei dati antropometrici, dei consumi alimentari e del tempo dedicato all'attività fisica, rispetto alla sedentarietà, mediante intervento diretto di operatori sanitari del SIAN per la pesatura/misurazione dei bambini nelle classi e la somministrazione di questionari a bambini e genitori.
(tra maggio e settembre 2005 prima rilevazione. Follow-up per i due anni successivi).
- c) Formazione degli insegnanti: 5 incontri informativi/formativi (di durata 2 ore ciascuno) condotti dagli specialisti (dietista, igienista, pediatra) e dagli esperti in progettazione e comunicazione sulla salute, utilizzando la tecnica della attivazione dell'aula, lavoro di gruppo, plenaria e sintesi informativa conclusiva, al fine di confrontare opinioni/credenze, acquisire conoscenze corrette sulla dieta equilibrata, sui benefici del consumo di frutta/verdura e dell'attività fisica, ridiscutere la diagnosi educativa, gli obiettivi, le caratteristiche, le risorse ed i vincoli degli interventi educativi che gli insegnanti dovranno successivamente attuare nelle classi.
(entro dicembre 2005).
- d) Gruppi di discussione con genitori: 3 incontri della durata di 2 ore ciascuno, con i rappresentanti dei genitori delle scuole materna ed elementare, condotti da operatori sanitari del GES utilizzando tecniche di consultazione dei gruppi (focus group, brainstorming). La finalità è quella di individuare e descrivere i significati e l'importanza attribuita dai genitori ai comportamenti correlati alla salute dei loro figli, ed avviare una indagine motivazionale, estesa a tutte le restanti famiglie (grazie all'intermediazione dei rappresentanti di classe appositamente addestrati a dare voce e raccogliere le opinioni degli altri genitori) sui possibili cambiamenti/innovazioni da introdurre, in tema di alimentazione e attività fisica, a casa ed a scuola.
(entro dicembre 2005).
- e) Determinazione del grado di sensibilità al gusto amaro (ad es. verdure a foglia verde) con mappatura delle classi rispetto a taster – medio e supertaster a cura degli operatori sanitari;
(entro dicembre 2005).
- f) Incontro di restituzione rivolto a decisori, insegnanti e genitori per presentare il programma concordato di attività educative rivolte ai bambini ed i risultati dei contatti intercorsi con le famiglie;
(entro dicembre 2005).
- g) Avvio progetto educativo nelle classi
(gennaio 2006).
- h) Esperienze di educazione al gusto : distinguere i sapori, riconoscere caratteristiche sensoriali dei cibi (sapore, odore, rumore) a seconda di abbinamenti e modalità di preparazione
(entro marzo 2006).
- i) Modifica tabella dietetica e introduzione di piatti innovativi in mensa
(gennaio 2006).
- j) Esperienze pratiche di cucina con i bambini condotte con il supporto delle cuoche della scuola e personale esterno esperto;
(entro giugno 2006).
- k) Corso pratico di cucina, condotto da esperto in tecniche culinarie, per genitori e addetti mensa: consigli, ricette e trucchi per cucinare e rendere più appetibili i cibi meno graditi
(entro giugno 2006).
- l) Visite guidate nelle fattorie didattiche di Coldiretti a cui partecipano il gruppo classe con insegnanti e genitori (prevedendo 2 uscite: in primavera e in autunno)
(marzo – maggio 2006 e settembre – ottobre 2006).
- m) Incontro di fine anno rivolto a decisori, insegnanti e genitori per fare il punto sulle attività svolte, i risultati conseguiti, raccogliere suggerimenti, proposte e adesioni alle iniziative in cantiere.
(entro giugno 2006).

- n) Realizzazione di un calendario-ricettario con consigli, preferenze, accorgimenti provenienti dai bambini stessi e dalle loro famiglie
(settembre - dicembre 2006).
- o) Realizzazione di un evento/momento di incontro conclusivo, rivolto a tutti gli attori del progetto, per la presentazione dei risultati, dei lavori prodotti dai bambini, verificare la fattibilità di una continuità del progetto raccogliendo eventuali proposte in merito.
(entro marzo 2007).

Alleanze per la salute tra gli attori interessati al progetto (sia interni all'azienda sanitaria sia esterni nella comunità)

- a) Alleanze Interne:
- Gruppo Educazione Sanitaria
 - SOC Pediatria
 - SOC Veterinario
- b) Alleanze Esterne:
- Lega Tumori
 - Coldiretti
 - Studio60 Agenzia di Marketing Sociale

La procedura per costruire alleanze interne all'azienda sanitaria è stata la seguente:

- riunione dei membri del Gruppo di Progetto per stabilire i criteri con cui selezionare i potenziali alleati del progetto;
- contatti diretti con i responsabili dei servizi individuati per verificare il loro interesse e l'eventuale disponibilità a partecipare;
- discussione/confronto sulle principali azioni strategiche del progetto con i partner del progetto;
- condivisione della scelta del responsabile e negoziazione degli ambiti d'azione sui quali investire/utilizzare le risorse che si renderanno disponibili

Rispetto alle alleanze esterne, essendo su questa tematica già esistenti quelle più sopra indicate, si procederà alla presentazione degli aspetti innovativi del presente progetto, al fine di concordare le modalità ed i tempi dello svolgimento di iniziative comuni e/o di supporto alle azioni in programma (come ad esempio la fornitura di materiale informativo e ludico da parte di Lega Tumori). Si procederà inoltre ad individuare eventuali altri potenziali partner di questo progetto ed a verificare la disponibilità e fattibilità della loro collaborazione.

Piano per la valutazione di processo

Il progetto sarà suddiviso in alcune fasi principali a cui corrispondono risultati attesi e indicatori come da tabella seguente:

FASE	OUTPUT	RISULTATI ATTESI	INDICATORI
Costruzione di alleanze	<ul style="list-style-type: none"> • Incontri di presentazione del progetto agli stakeholder 	<ul style="list-style-type: none"> • Condivisione del progetto da parte di amministratori e decisori • Coinvolgimento di insegnanti, cuoche e rappresentanti dei genitori 	<ul style="list-style-type: none"> • adesione formale al progetto della Scuola; • inserimento progetto nel Piano Offerta Formativo • n° partecipanti / n° invitati • disponibilità/oppositività dei partecipanti al progetto
Analisi dei bisogni	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio dati antropometrici e indagini su stili di vita • Incontri x analizzare e definire le priorità espresse da insegnanti e genitori 	<ul style="list-style-type: none"> • Conoscenza approfondita del problema di salute e dei comportamenti • Analisi partecipata e condivisa dei problemi/bisogni sui quali co-progettare 	<ul style="list-style-type: none"> • Report delle misurazioni effettuate • Relazione sull'indagine • Elenco dei comportamenti di salute prioritari su cui intervenire
Interventi Formativi	<ul style="list-style-type: none"> • Corso di formazione x insegnanti • Gruppi di discussione con i rappresentanti dei genitori 	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione • Disponibilità ad attuare gli interventi educativi in classe • Partecipazione • Disponibilità a coinvolgere le altre famiglie della classe • Condivisione di un percorso educativo casa-scuola 	<ul style="list-style-type: none"> • n° partecipanti / n° adesioni • documento di programma condiviso • n° presenti / n° invitati • lista delle idee/proposte delle famiglie • calendario di iniziative educative genitori con figli
Interventi Educativi	<ul style="list-style-type: none"> • Attività didattica degli insegnanti nelle classi 	<ul style="list-style-type: none"> • Attuazione del programma concordato (didattico, ludico, esperienziale) • Soddisfazione alunni/genit. 	<ul style="list-style-type: none"> • n° di attività svolte / n° di attività programmate • indici di gradimento (griglie)

	<ul style="list-style-type: none"> • Corso pratico di cucina per genitori e cuoche • Visite in fattorie didattiche per alunni con famiglie • Escursioni guidate per alunni con famiglie 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di prodotto comunicativo visibile x alunni, famiglie e scuole • Partecipazione • Soddisfazione alunni/genit • Partecipazione • Soddisfazione alunni/genit • Partecipazione • Soddisfazione alunni/genit 	<ul style="list-style-type: none"> • dossier contenente il materiale grezzo prodotto dal lavoro in classe • n° presenti / n° adesioni • indici di gradimento (griglie) • n° presenti / n° adesioni • indici di gradimento (griglie) • n° presenti / n° adesioni • indici di gradimento (griglie)
Interventi sulla refezione scolastica	<ul style="list-style-type: none"> • Modifica tabella dietetica • Introduzione piatto unico 	<ul style="list-style-type: none"> • Soddisfazione famiglie • Soddisfazione alunni 	<ul style="list-style-type: none"> • n° lamentele / n° fruitori • tasso assenti in mensa • indice gradimento alunni
Divulgativa	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di un prodotto comunicativo con "ricette" pratiche • Evento di restituzione dei risultati 	<ul style="list-style-type: none"> • Diffusione • Utilità/Gradimento • Ricadute 	<ul style="list-style-type: none"> • n° e tipologia di soggetti raggiunti • n° utilizzatori / n° destinatari • nuovi bisogni/domande

Piano per la valutazione di risultato:

1. Comportamenti ATTESI

1a) I bambini delle classi materne ed elementari sottoposti all'intervento educativo:

- consumano i piatti innovativi (piatti unici, oppure i piatti a base di verdure, ecc.) proposti in mensa;
Strumenti / Metodi : Scheda residui mensa
Indicatori :
n° di alunni che consumano almeno una parte della porzione di un certo piatto/ n° di alunni che sono serviti a mensa in quel giorno;
- aumentano il consumo individuale di spuntini ipocalorici, a scuola ed a casa
Strumenti / Metodi : Diario alimentare personale;
Indicatori : n° di spuntini ipocalorici consumati / n° totale di spuntini consumati nel periodo considerato;
- aumentano il consumo quotidiano di porzioni di frutta o verdura
Strumenti / Metodi : Diario alimentare personale;
Indicatori : n° di porzioni di frutta e/o verdura quotidiane consumate dal singolo bambino;
- aumentano le attività di movimento quotidiane
Strumenti / Metodi : Automonitoraggio con Scheda del tempo libero;
Indicatori : n° di attività di movimento quotidiane nel tempo libero/ n° totale attività quotidiane nel tempo libero;
n° di minuti quotidiano trascorso davanti a TV e PC

1b) i genitori (e gli insegnanti) coinvolti nel progetto

- aumentano il consumo quotidiano di porzioni di frutta o verdura
Strumenti / Metodi : Automonitoraggio; Diario alimentare familiare; follow-up mediante questionario;
Indicatori : n° di adulti che consumano almeno 3-4 porzioni di frutta o verdura quotidiane / n° di adulti rispondenti;
- portano in tavola i piatti proposti in mensa, richiesti dai bambini o suggeriti dalla scuola in quanto capaci di compensare/equilibrare la dieta della refezione scolastica.
Strumenti / Metodi : Automonitoraggio; Diario alimentare familiare; follow-up mediante questionario;
Indicatori : n° di famiglie in cui si sono cucinati i piatti proposti / n° di famiglie rispondenti;
- aumentano le attività di movimento personali e/ con i loro figli
Strumenti / Metodi : Automonitoraggio; Diario attività fisica familiare; follow-up mediante questionario;
Indicatori : n° di famiglie in cui si sono sperimentate nuove occasioni di movimento (personali e con i figli) / n° di famiglie rispondenti;

2. Cambiamenti AMBIENTALI ATTESI (Strategici e Organizzativi) :

Oltre agli obiettivi riguardanti le attività formative, già riportati nel piano di valutazione di processo, si valuterà se:

- Le scuole si dotano di, ed utilizzano, spazi e attrezzature per fornire stabilmente nuove opportunità di degustazione ai bambini, nell'intervallo od a merenda
Strumenti / Metodi : Registro delle merende/spuntini/assaggi fatti a scuola
Indicatori : n° di classi in cui si introducono modifiche degli spuntini che dipendono dall'organizzazione scolastica / n° totale di classi coinvolte nel progetto
- Le scuole si dotano di, ed utilizzano, spazi e attrezzature per fornire stabilmente nuove opportunità di fare attività ludico-didattiche di movimento
Strumenti / Metodi : Registro delle attività di movimento fatte a scuola
Indicatori : n° di classi in cui si riducono i momenti/tempi di sedentarietà che dipendono dall'organizzazione scolastica / n° totale di classi coinvolte nel progetto

3. Risultati EDUCATIVI ATTESI:

- I bambini coinvolti in esperienze di apprendimento, tese a modificare conoscenze e atteggiamenti (obiettivi educativi predisponenti), mostrano, nelle diverse attività di verifica (appropriate alla loro età), un incremento/spostamento delle risposte ai diversi test (ad es. conoscenze su piramide alimentare e piramide dell'attività fisica, sui benefici di frutta/verdura e attività fisica, capacità di riconoscere sapori, disposizione a nuovi assaggi/cibi, ecc.), secondo lo standard minimo prestabilito.

Strumenti / Metodi : Questionari, descrizioni sensoriali, griglie di osservazione, prove pratiche, ecc.

Indicatori : costruzione e calcolo dei coefficiente di efficacia informativa (CEI) e degli atteggiamenti (CEA) dei diversi interventi, utilizzando i criteri ed i metodi applicati nelle indagini sull'efficacia degli interventi informativi/educativi del Gruppo Veneto di Serpelloni.

A titolo esemplificativo si riporta la formula generale per il cambiamento delle conoscenze:

IC att = Incremento atteso di conoscenze corrette

IC att = (n° max teorico di risposte esatte – n° di risposte esatte al test)

IC oss= Incremento osservato di conoscenze corrette

IC oss = (n° max teorico di risposte esatte – n° di risposte esatte alla ripetizione del test)

CEI = (IC oss / IC att) x 100

- I bambini coinvolti in esperienze di apprendimento pratico (obiettivi educativi abilitanti) raggiungono il grado di capacità/abilità atteso (mondare, preparare semplici spuntini, orientarsi nei percorsi a piedi, ecc.)

Strumenti / Metodi : Griglie di osservazione

Indicatori : n° di bambini che raggiungono lo standard di performance richiesto / n° di bambini che eseguono le prove

- I bambini coinvolti in esperienze di tipo decisionale collettivo (obiettivi educativi rinforzanti) trovano un accordo sulle loro preferenze di piatti/ presentazioni / spuntini da consumare insieme oppure itinerari, giochi, attività di movimento da fare insieme

Strumenti / Metodi : Osservazione dinamiche di gruppo

Indicatori : Elenchi, liste di suggerimenti/richieste prodotte in maniera partecipata e condivisa

Piano di comunicazione e documentazione del progetto

Per quanto riguarda la comunicazione interna, il progetto, ad approvazione avvenuta, sarà:

- presentato, mediante apposite riunioni, a tutti gli operatori dei Servizi direttamente coinvolti nelle azioni programmate;
- predisposto sotto forma di una scheda descrittiva cartacea, da inviare al Direttore del Dipartimento di Prevenzione ed ai Dirigenti Responsabili delle strutture, ospedaliere e territoriali, che a vario titolo intervengono sul tema alimentazione con finalità di tipo preventivo-clinico ed educativo, con preghiera di diffonderlo tra tutti gli operatori delle strutture medesime.

Per conferire una certa visibilità esterna all'iniziativa, sarà:

- realizzato un articolo da pubblicare sulla stampa locale ad avvio del progetto nelle classi;
- predisposta una nota informativa e descrittiva del progetto, sintetica e chiara, da inviare, all'Amministrazione del Comune in cui si svolge il progetto, all'Assessorato Pubblica Istruzione del Comune di Casale, all'ex-Provveditorato agli studi della provincia, ai Dirigenti Scolastici delle scuole materne ed elementari del nostro territorio, ecc.
- inserito il progetto nella banca dati regionale, informatizzata, di DORS.

Il materiale che correda il progetto prevede:

- documento di progetto;
- scheda informativa del progetto per una sintetica descrizione delle finalità e delle azioni previste;
- presentazione Power Point del progetto

- kit didattico per l'intervento formativo rivolto agli insegnanti;
- kit delle unità didattiche per gli interventi rivolti ai bambini;
- report dei risultati di tutte le indagini (rilevazioni antropometriche, questionari sui comportamenti, ecc.) e delle attività programmate;
- materiale informativo e prodotti comunicativi realizzati dai bambini, con le attività didattiche in classe e con il supporto degli insegnanti e di eventuali altri soggetti esterni esperti, per mandare messaggi in maniera efficace ai loro coetanei sui temi della salute, alimentazione e attività fisica;
- relazioni conclusive sui risultati complessivi del progetto, diversificando il linguaggio e sottolineando gli aspetti rilevanti a seconda del destinatario (decisioni, insegnanti, genitori, ecc.)

Gruppo di progetto

I componenti il Gruppo di Progetto, di cui si fornisce la presentazione, oltre ai loro personali curriculum formativi hanno partecipato al Corso di Formazione sulla metodologia della progettazione, conduzione e attuazione di interventi di educazione sanitaria, organizzato dal Gruppo di lavoro aziendale per l'Educazione Sanitaria della ASL 21 di Casale Monferrato, sotto la supervisione del DORS.

Cognome e nome	Professione	Servizio Appartenenza	Ruolo	Compiti
Beviglia Giuseppina	Medico Igienista	SOC SIAN	Responsabile progetto	Organizzazione Formazione.
Angelini Chiara	Amministrativo	SOC AST	Segreteria organizzativa GES	Organizzazione Marketing sociale
Brusa Mauro	Medico	SOC AST	REPES	Formazione Valutazione
Costanzo Roberto	Tecnico Prev.	SOC SIAN	Esperto	Valutazione
Prada Michela	Medico Pediatra	SOC Pediatria	Esperto	Formativi Educativi
Santolli Stefania	Dietista	SOC SIAN	Esperto	Formativi Educativi

Tipologia di spesa	Voci analitiche di spesa	Auto/co-finanziamento	Finanziamento richiesto
Personale	1) Medico Igienista x interventi formativi/educativi 10 ore x 50€/h = € 500 2) Medico Pediatra x interventi formativi/educativi 10 ore x 50€/h = € 500 3) Dietista x interventi formativi/educativi 10 ore x 30€/h = € 300 4) Referente Educazione Sanitaria x interventi formativi/educativi 6 ore x 50€/h = € 300 5) Esperto Marketing x interventi informativi 6 ore x 30 €/h = € 180 6) Esperto Tecnico Prevenzione x interventi informativi 6 ore x 30€/h = € 180 7) Esperto in tecniche di cucina x interventi formativi/educativi 10 ore x 30 €/h = € 300	€ 500 € 500 € 300 € 300 € 180 € 180	€ 300
Attrezzature	1) Grembiuli da cucina x i bambini x attività pratiche n° 150 x 10 € = € 1500 2) Frullatore/Centrifuga da mettere a disposizione della cucina della scuola € 250		€ 1500 € 200
Sussidi	1) Materiale ludico-didattico prodotto da Lega Tumori – Sezione di Alessandria e messo a disposizione gratuitamente		
Spese di gestione e finanziamento	1) Realizzazione e stampa di prodotto comunicativo da diffondere a famiglie e scuole realizzato a partire dai lavori dei bambini € 3000 2) Consulenza creativa fornita gratuitamente dalla Agenzia Studio60 di Alessandria 3) Visite guidate a fattorie didattiche indicate da Coldiretti N°125 famiglie x 30 € = € 3750 4) Trasferimenti in autobus x i bambini = € 500 3) Cancelleria € 300 4) Cartucce stampante € 300	€ 300 € 300	€ 3000 € 3500 € 500
Spese di coordinamento	Contatti telefonici – Comunicazioni postali - Incontri - Riunioni pubbliche (utilizzo di strumenti e strutture dell' ASL)		
Altro			
	TOTALE	€ 2.560	€ 9.000

Data

Il Responsabile del progetto

(Dr.ssa Giuseppina Beviglia)

Il Referente aziendale PES

(Dr. Mauro Brusa)

IL Direttore Generale

(Dr.ssa Carla Peona)