

<b>Titolo del progetto: Okkio alle 3 A (Alimentazione, Attività motoria &amp; Abitudini)</b>					
<b>Obiettivo generale di salute:</b> Corretti stili di vita					
<b>Breve descrizione dell'intervento programmato:</b>					
Okkio alle 3A è un progetto che parte dalla scuola dell'infanzia e si estende alla scuola primaria. I bambini da 3 a 6 anni, risultano più sensibili all'adozione di stili di vita salutari, maggiore è il coinvolgimento delle famiglie rispetto ad altre fasce d'età. Il rinforzo successivo aiuta a consolidare le scelte salutari.					
Obiettivo è modificare conoscenza, atteggiamenti, comportamenti di insegnanti, famiglie e bambini per favorire l'adozione di stili di vita sani. Operatori sanitari facilitatori aiuteranno insegnanti e genitori nell'ideazione e pianificazione della ricerca-azione da proporre durante l'anno ai bambini con ausilio di materiali didattici					
Risultato atteso far acquisire e mantenere uno stile di vita sano a insegnanti, famiglie e bambini.					
<b>Beneficiari:</b>					
Target primario: i bambini della scuola dell'infanzia e primaria					
Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: le famiglie, gli insegnanti					
L'azione degli operatori sanitari è diretta più specificatamente sul target secondario, che a sua volta agisce sui bambini.					
<b>INDICATORI</b>	<b>FONTE DI VERIFICA</b>	<b>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2018</b>	<b>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2019</b>		
Modifica della capacità dei bambini di compiere giuste scelte sia nel campo alimentare che dell'attività fisica	Realizzazione di almeno una delle azioni proposte da insegnanti e genitori	Individuazione della ricerca-azione in almeno il 50% delle classi aderenti	Mantenimento dell'azione nel 50% delle classi aderenti		

Il modello di riferimento utilizzato per la progettazione è il "project cycle management" (PCM)

### **Contenuti del progetto**

Okkio alle 3A è un progetto rivolto alla scuola dell'infanzia e primaria: i bambini da 3 a 6 anni, risultano più sensibili all'adozione di stili di vita salutari, maggiore è il coinvolgimento delle famiglie rispetto ad altre fasce d'età.

Obiettivo è modificare conoscenza, atteggiamenti, comportamenti di insegnanti, famiglie e bambini per favorire l'adozione di stili di vita sani. Operatori sanitari facilitatori aiuteranno insegnanti e genitori nell'ideazione e pianificazione della ricerca-azione da proporre durante l'anno ai bambini con ausilio di materiali didattici.

Risultato atteso far acquisire uno stile di vita sano a insegnanti, familiari e bambini.

### **Beneficiari e attori**

Target primario: i bambini della scuola infanzia e primaria

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: le famiglie, gli insegnanti

L'azione degli operatori sanitari è diretta più specificatamente sul target secondario, che a sua volta agisce sui bambini.

### **Coinvolgimento dei portatori di interesse**

I gruppi di interesse sono i bambini, le loro famiglie, gli insegnanti, i servizi di ristorazione collettiva, gli operatori sanitari, (Medicina Preventiva di Comunità dell'Età Evolutiva-S.C.Assistenza Consultoriale- S.C.IAN – Fisioterapisti -S.C.Professioni sanitarie – SINU- PLS).

### **Analisi di contesto.**

Nel nostro Paese è crescente la preoccupazione per la notevole diffusione di patologie legate a comportamenti quali la sedentarietà e le abitudini alimentari scorrette, che riguardano un numero di bambini sempre più significativo anche nella nostra Regione.

**I risultati dell'analisi della quinta rilevazione ligure di "OKkio alla SALUTE", condotta nel 2016 su bambini delle classi terze primarie, dimostrano il perdurare di abitudini non salutari. L'eccesso ponderale riguarda il 28% dei bambini, sono fisicamente non attivi il 16%, il 32% dei bambini trascorre quotidianamente più di 2 ore davanti alla tv o ai videogiochi. Riguardo alla percezione da parte dei genitori: il 70% delle madri di bambini in sovrappeso ritiene che il proprio bambino mangi poco o il giusto e il 76% delle madri di bambini non attivi ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente o molta attività fisica.**

Un'ampia letteratura scientifica conferma il rischio che sovrappeso e obesità, già presenti in età pediatrica ed adolescenziale persistano in età adulta. Seppur in proporzione ridotta anche una parte dei bambini oggi normopeso diventerà sovrappeso/obeso in età adulta contribuendo ad aumentare in tal maniera la prevalenza complessiva del sovrappeso/obesità. Di conseguenza è importante attivare interventi efficaci e tempestivi per promuovere stili di vita salutari.

Un approccio globale alla prevenzione, attraverso lo sviluppo concreto del concetto di "salute" deve comportare una strategia che parta dall'obiettivo di rendere gli ambienti di vita e di lavoro favorevoli a scelte salutari, ponendo particolare attenzione non solo agli aspetti specificatamente sanitari, ma anche ai determinanti ambientali, sociali ed economici della salute, in particolare a quelli che maggiormente influenzano le scelte ed i comportamenti delle persone. L'idea essenziale è quella di intendere la salute come bene collettivo da perseguire attraverso azioni integrate e intersettoriali. Pertanto, uno stile di vita sedentario e il diffondersi di abitudini alimentari scorrette con assunzione di alimenti ad alto tenore di grassi e zuccheri semplici e alto contenuto calorico sono determinanti importanti nella genesi del sovrappeso/obesità infantili.

Sempre dalla letteratura in materia si trovano indicazioni che gli interventi di prevenzione efficaci richiedono un approccio combinato con il coinvolgimento della famiglia, della scuola e della comunità al fine di favorire una maggiore aderenza dei bambini e delle loro famiglie all'adozione di stili di vita sani.

Numerose sono le azioni di prevenzione su alimentazione e attività fisica condotte in questi anni nella scuola da operatori sanitari delle ASL, da Comuni e da altri portatori d'interesse in diversi ambiti del territorio regionale.

La progettazione di un intervento educativo segue la sequenza procedurale della ricerca intervento o ricerca-azione e implica tre fasi principali: la valutazione dei bisogni, lo sviluppo di un programma che traduce i determinanti di salute in obiettivi operativi, la valutazione degli effetti prodotti.

Tutto ciò ha portato alla realizzazione del progetto di educazione alimentare e motoria in età prescolare, OKkio alle 3 A (Alimentazione, Attività motoria & Abitudini), progetto regionale realizzato su tutto il territorio ligure con strumenti e indicatori comuni a partire dall'anno scolastico 2009-2010. Tale progetto è stato frutto della collaborazione tra la Regione Liguria, l'Istituto Giannina Gaslini, le cinque ASL Liguri con il coinvolgimento diretto di: servizi consultoriali, servizio di medicina scolastica, SIAN, U.O. Epidemiologia, UO Medicina dello sport, servizi di Dietologia, i Pediatri di libera scelta, gli Uffici Scolastici Regionale e Provinciali. Ha preso spunto dai risultati della prima indagine ligure "OKkio alla salute", condotta nel 2008 sui bambini di 8 anni ed in continuità con il progetto pilota di promozione della salute "AAA:

alimentazione, attività, abitudini" inserito nel PRP 2005/2007, linea prevenzione dell'obesità e realizzato dal Centro per la Prevenzione ed il Trattamento dell'obesità in età evolutiva dell'Istituto G. Gaslini in alcune scuole primarie genovesi nel biennio 2005-2006 (progetto finalizzato dalla Regione Liguria, DRG 16 novembre 2004, n°1297).

Tale progetto pilota è stato ideato e realizzato (sino alla fase 4 del processo translazionale secondo il modello di Greenwald e Cullen (1985)) che identifica le seguenti cinque fasi:

1. acquisizione di dati scientifici che permettano di comprendere il fenomeno di interesse e prevederne le possibili conseguenze (nel caso dell'obesità gli aspetti fisiologici e comportamentali), selezionare gli obiettivi dell'intervento (i comportamenti da cambiare), la scelta delle misure di outcome;
2. valutazione dei metodi di ricerca, delle tecnologie, della struttura e del setting dell'intervento;
3. analisi dell'efficacia dell'intervento in condizioni sperimentali ovvero in presenza di un elevato grado di controllo da parte degli sperimentatori finalizzato ad aumentare la validità interna del programma;
4. analisi dell'efficienza dell'intervento nel "mondo reale", minimizzando il controllo da parte degli sperimentatori
5. valutazione delle condizioni che possono facilitare o impedire la diffusione, adozione, realizzazione dell'intervento e del suo mantenimento nel tempo.

I risultati del programma A.A.A. hanno mostrato un accrescimento ponderale dei bambini della scuola primaria più regolare nelle scuole in cui è stato effettuato l'intervento rispetto ai bambini della scuola di controllo. "L'accrescimento ponderale è stato inferiore nei bambini delle scuole nelle quali è stato condotto l'intervento ( $3.6 \pm 2.3$  Kg/anno) rispetto ai controlli ( $5.9 \pm 3.6$  Kg/anno). Nel gruppo di intervento, si è registrato un miglioramento nei comportamenti." (1) Vignolo M, Torrisi C, Parodi A. AAA Alimentazione, Attività, Abitudini. Programma per la prevenzione del sovrappeso nella scuola primaria. FOSAN. 2008, 4; 323-335.

Dall'anno scolastico 2015/2016, visto l'apprezzamento per OKkio alle 3 A di insegnanti e genitori delle scuole dell'infanzia coinvolte dal 2010 in poi e la necessità di rinforzare il messaggio anche nella scuola primaria, si è esteso il coinvolgimento alle scuole primarie. Nonostante la progressiva riduzione delle risorse umane sanitarie, che costituivano il gruppo di lavoro iniziale, sono stati comunque mantenuti e consolidati i rapporti di collaborazione e coinvolgimento diretto con i vari portatori d'interesse quali l'Ufficio scolastico regionale, i Dirigenti scolastici e gli insegnanti delle scuole partecipanti, alcuni rappresentanti dei genitori. La partecipazione al tavolo di coordinamento del setting scolastico formalizzato dalla Regione Liguria, per il monitoraggio delle attività del Piano Regionale Prevenzione (P.R.P. - Delibera Regione Liguria N. 730 del 29/05/2015) costituisce un importante momento di coesione dei vari attori. Il Progetto OKkio alle 3A è inserito nel P.R.P. Liguria 2014 - 2018 nel programma Prevenzione e Promozione di corretti stili di vita nel setting scolastico - scheda 3; è presente nell'Offerta formativa per la Regione Liguria per l'anno scolastico 2018 - 2019 (Delibera A.Li.Sa. N. 148 del 08/06/2018).

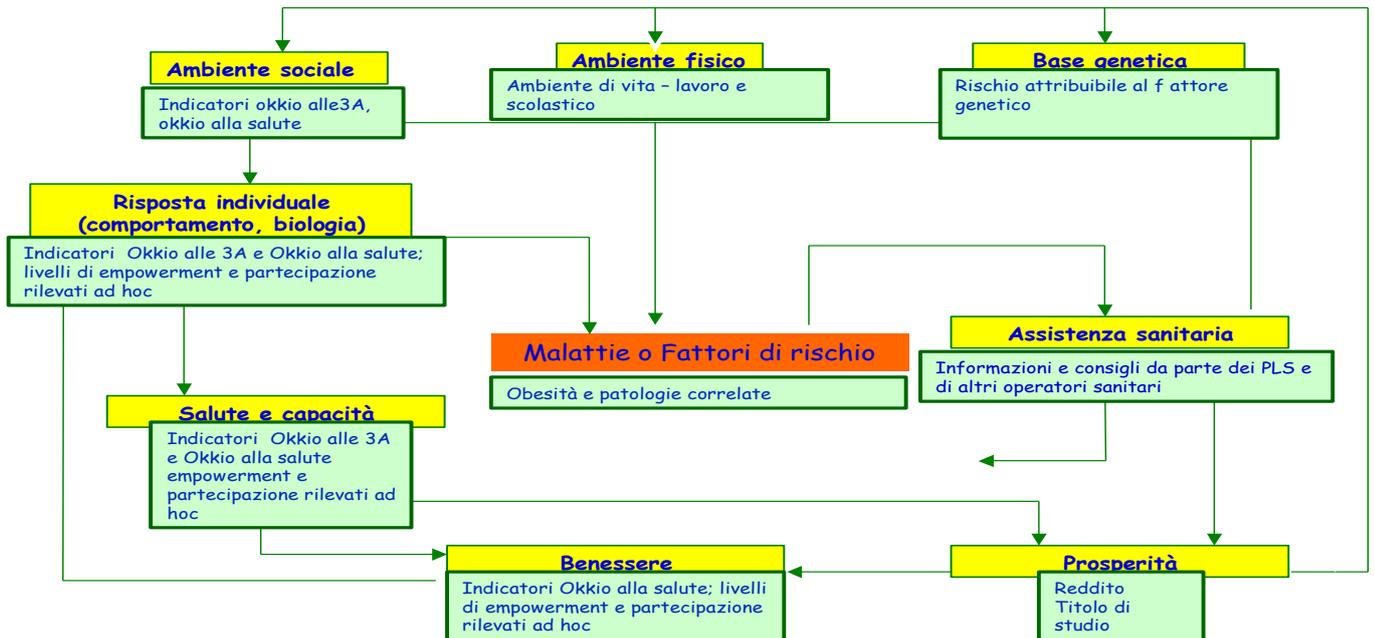
Si evidenzia inoltre come il progetto tenga conto anche dell'aspetto concernente le disuguaglianze presenti nella composizione della popolazione generale poiché è rivolto all'ambiente scolastico nella sua interezza, essendo la classe nel suo insieme il centro dell'azione. Dal profilo di salute regionale risulta che la composizione della popolazione ligure comprende nella fascia d'età tra 0 e 14 anni il 17,7% di stranieri immigrati (a parziale riequilibrio della demografia ligure in favore delle classi di età giovani - adulte).

[http://www.alisa.liguria.it/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=2383&Itemid=130](http://www.alisa.liguria.it/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2383&Itemid=130)

I risultati iniziali del progetto sono stati presentati ai portatori d'interesse nel convegno "Guadagnare Salute: i progressi delle Aziende Sanitarie per la salute in Italia" (24 - 25 settembre 2009) svoltosi a Napoli e al secondo Convegno "Guadagnare Salute: i progressi delle Aziende sanitarie" (21 - 22 Giugno 2012) svoltosi a Venezia. Tra i vari canali di comunicazione vi sono i siti delle ASL dove il progetto viene svolto <http://www.asl3.liguria.it/stili-di-vita/okkio-alle-3-a.html> .

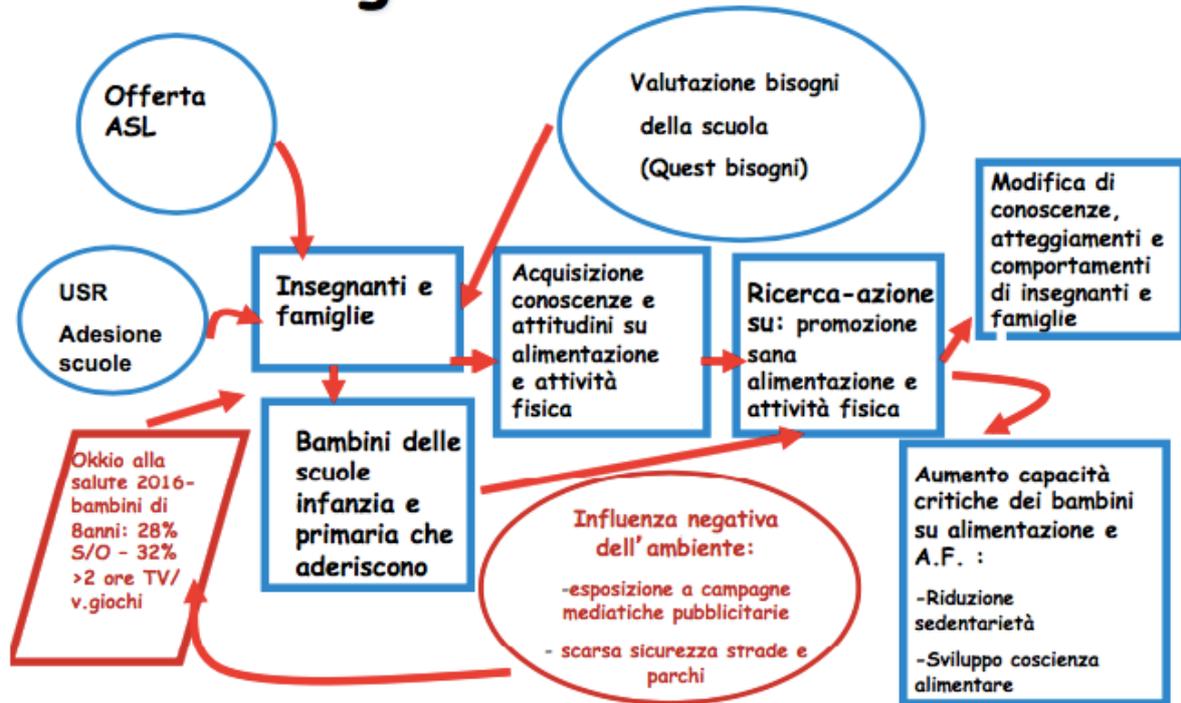


## Analisi di contesto : gli indicatori



I dati liguri 2016 del Sistema di sorveglianza OKkio alla Salute evidenziano determinanti e indicatori rappresentati da attitudini e comportamenti non salutari dei bambini: abitudini alimentari (il 7% dei bambini non fa colazione e il 32% fa una colazione non adeguata; il 17% non consuma quotidianamente frutta e verdura; il 57% fa una merenda di metà mattina troppo abbondante; il 31% beve quotidianamente bibite zuccherate), sedentarietà (il 32% trascorre più di 2 ore davanti a TV o altro schermo). Il 21,7 dei bambini è in sovrappeso e il 6,4 obeso con un trend in lieve diminuzione rispetto al 2008. La % di bambini che consumano frutta e verdura almeno 2 volte al dì è aumentata dal 58,6% del 2010 al 63,6% del 2016.

# Modello logico Okkio alle 3A



## Quadro logico

Finalità programma	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	riduzione del rischio di acquisire stili di vita non corretti, soprattutto nel campo dell'alimentazione e dell'attività fisica, da parte dei bambini			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilità della scuola a partecipare e sostenere il progetto</li> <li>• Disponibilità di risorse sanitarie in rapporto all'adesione delle scuole</li> </ul>
Obiettivo specifico	Aumentare la capacità dei bambini di compiere giuste scelte sia nel campo alimentare che dell'attività fisica	realizzazione da parte dei bambini delle azioni proposte; partecipazione e gradimento da parte dei bambini	materiali prodotti/eventi realizzati	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coinvolgimento numerico e compliance delle famiglie</li> <li>• Mantenere e consolidare la collaborazione tra la Regione, la ASL, l'Ufficio scolastico Regionale e i Dirigenti Scolastici, i PLS</li> <li>• Ampliare il coinvolgimento partecipativo di altri portatori d'interesse locali, quali i responsabili delle ristorazioni scolastiche, i Comuni e l' associazionismo locale (società sportive o culturali).</li> </ul>
Risultati attesi	Aumentare le conoscenze e favorire lo sviluppo di atteggiamenti e comportamenti adeguati nei confronti di alimentazione e attività fisica negli insegnanti e nelle famiglie			
Attività (vedi schede varie attività)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rilevazione dei "bisogni della scuola" attraverso specifico questionario e analisi dei bisogni emersi.</li> <li>-Formazione di una "commissione scolastica", ( un gruppo di lavoro per la progettazione partecipata, formato da genitori, insegnanti, operatori sanitari)</li> <li>-Realizzazione da parte</li> </ul>	Mezzi	Costi	

	di insegnanti e genitori di una ricerca-azione nelle classi frequentate dai rispettivi alunni/bambini su almeno uno di una serie di argomenti predefiniti inerenti l'alimentazione o l'attività fisica.		
--	---	--	--

Si riportano di seguito gli indicatori e standard di risultato e di processo delle varie attività previste riguardo all'obiettivo specifico

<b>R.A.:Attività 1</b>	<b>Valutazione dei bisogni della scuola da parte della commissione preposta</b>		
Indicatore di risultato	Questionario di valutazione dei punti di forza e di debolezza delle scuole materne		
Standard di risultato	Identificazione dei principali bisogni in maniera condivisa da tutti i portatori d'interesse		
<b>Azione</b>	<b>Indicatore/i di processo</b>	<b>Standard di processo</b>	
1.1 formazione della commissione cioè del gruppo di lavoro per la progettazione condivisa	individuazione dei membri nell'ambito scolastico e sanitario e delle famiglie	Commissione costituita	
1.2 compilazione questionario	riunione	Questionario compilato	
1.3 analisi dei bisogni emersi	Valutazione dei risultati del questionario	Definizione dei bisogni	

	2018												2019					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
Formazione della commissione																		
Compilazione questionario																		
Analisi dei bisogni emersi																		

	2019												2020					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
Formazione della commissione																		
Compilazione questionario																		
Analisi dei bisogni emersi																		

<b>R.A.:Attività 2</b>	<b>Formazione degli insegnanti per implementare in modo strutturato le conoscenze e favorire lo sviluppo di atteggiamenti e comportamenti adeguati nei confronti di alimentazione e attività fisica nei bambini</b>	
Indicatore di processo	Formazione degli insegnanti su alimentazione e/attività fisica secondo il bisogno rilevato nella scuola	
Standard di processo	Realizzazione in almeno 70% delle classi	
<b>Azione</b>	<b>Indicatore/i di processo</b>	<b>Standard di processo</b>
2.1.Formazione degli insegnanti coinvolti	N° insegnanti che partecipano alla formazione / N° insegnanti della sezione che ha aderito al progetto	100%
2.2.Scelta, da parte di insegnanti, operatori sanitari e famiglie, dell' intervento/i tra quelli proposti in merito all'obiettivo specifico	Incontro di classe	Individuazione dell'area di intervento
2.2.1 Fare una prima colazione adeguata	Intervento di ricerca-azione condotto dagli insegnanti con il coinvolgimento di bambini e famiglie	Produzione materiale per evento di comunità
2.2.2 Fare una merenda di metà mattina adeguata	Intervento di ricerca-azione condotto dagli insegnanti con il coinvolgimento di bambini e famiglie	Realizzazione di merenda adeguata in classe
2.2.3 Preparare pranzo e cena equilibrati	Intervento di ricerca-azione condotto dagli insegnanti con il coinvolgimento di bambini e famiglie	Produzione materiale per evento di comunità
2.2.4 Fare una merenda pomeridiana adeguata	Intervento di ricerca-azione condotto dagli insegnanti con il coinvolgimento di bambini e famiglie	Realizzazione di merenda adeguata in classe
2.2.5 Consumare adeguate porzioni di frutta e verdura	Intervento di ricerca-azione condotto dagli insegnanti con il coinvolgimento di bambini e famiglie	Realizzazione di orto a scuola o fruit park
2.2.6: Mappatura del quartiere	Intervento di ricerca-azione condotto dagli insegnanti con il coinvolgimento di bambini e famiglie	Produzione della mappa
2.2.7: Riscoperta dei giochi antichi	Intervento di ricerca-azione condotto dagli insegnanti con il coinvolgimento di bambini e famiglie	Raccolta di materiale utile alla realizzazione del gioco
2.3.utilizzo delle conoscenze raggiunte e valutazione dei cambiamenti nelle attitudini e comportamenti	Elaborazione a scuola del materiale raccolto	Realizzazione di un evento di comunità

## CRONOGRAMMA

	2018												2019											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Formazione degli insegnanti coinvolti																								
Scelta intervento																								
Ricerca-azione																								
Utilizzo delle conoscenze raggiunte																								
Realizzazione evento																								

<b>R.A.:Attività 3</b>	<b>Aumentare le azioni corrette dei bambini nei confronti di almeno una delle azioni proposte</b>	
Indicatore di risultato	Realizzazione di almeno una delle azioni proposte	
Standard di risultato	Per ognuna delle azioni scelte almeno il 70% delle classi aderenti ha raggiunto il risultato	
Azioni proposte	Indicatore/i di processo	Standard di processo
3.1 Fare una prima colazione adeguata	Intervento di ricerca-azione condotto dagli insegnanti con il coinvolgimento di bambini e famiglie	Produzione materiale per evento di comunità
3.2 Fare una merenda di metà mattina adeguata	Intervento di ricerca-azione condotto dagli insegnanti con il coinvolgimento di bambini e famiglie	Realizzazione di merenda adeguata in classe
3.3 Preparare pranzo e cena equilibrati	Intervento di ricerca-azione condotto dagli insegnanti con il coinvolgimento di bambini e famiglie	Produzione materiale per evento di comunità
3.4 Fare una merenda pomeridiana adeguata	Intervento di ricerca-azione condotto dagli insegnanti con il coinvolgimento di bambini e famiglie	Realizzazione di merenda adeguata in classe
3.5 Consumare adeguate porzioni di frutta e verdura	Intervento di ricerca-azione condotto dagli insegnanti con il coinvolgimento di bambini e famiglie	Realizzazione di orto a scuola o fruit park
3.6: Mappatura del quartiere	Intervento di ricerca-azione condotto dagli insegnanti con il coinvolgimento di bambini e famiglie	Produzione della mappa
3.7: Riscoperta dei giochi antichi	Intervento di ricerca-azione condotto dagli insegnanti con il coinvolgimento di bambini e famiglie	Raccolta di materiale utile alla realizzazione del gioco
3.8 Utilizzo delle conoscenze raggiunte e valutazione dei cambiamenti nelle attitudini e comportamenti	Elaborazione a scuola del materiale raccolto	Realizzazione di evento di comunità

## **Piano di valutazione**

Il piano di valutazione prevede il coinvolgimento dei vari attori e portatori d'interesse a livello regionale e aziendale.

Nel 2010 la valutazione di processo e d'impatto era stata fatta tramite un questionario KAB somministrato al tempo 0 e dopo 1 anno di conduzione del progetto a insegnanti e genitori. Il tasso di risposta ai questionari KAB era stato del 94% per gli insegnanti e del 68% per i genitori. Dall'analisi dei dati forniti era risultato che per aumentare le conoscenze si evidenziava la necessità di lavorare sull'apprendimento di una corretta distribuzione dei vari gruppi di alimenti per un'alimentazione equilibrata; per migliorare gli atteggiamenti si poteva proporre come fornire idonee scelte alimentari anche nel menù serale, sperimentando nuove modalità di coinvolgimento dei bambini e lavorando sulla mancanza di consapevolezza dell'influenza della pubblicità sulle scelte alimentari; riguardo ai comportamenti ampio era lo spazio di incremento di azioni per contrastare lo scarso consumo di frutta e verdura, l'insufficiente attività fisica, l'uso improprio del biberon.

Questo sistema di valutazione non ha però fornito risultati efficaci nel tempo, perché il target di riferimento (famiglie e bambini della scuola materna) si modificava nel corso dello sviluppo del progetto. Pertanto in oggi si utilizza un questionario di valutazione qualitativa somministrato a insegnanti e operatori sanitari, che ha evidenziato una buona compliance.

Nell'anno scolastico 2017/18 nella provincia di Genova hanno aderito al progetto 9 scuole dell'infanzia con 17 classi, 356 alunni e 37 insegnanti formati. Le scuole primarie sono state 13 con 27 classi, 550 alunni e 21 insegnanti formati. Nell'anno scolastico 2018/19 hanno aderito ulteriori 4 scuole primarie con 13 classi e 256 alunni e 4 scuole infanzia con 11 classi e 240 alunni.

La scheda **Analisi SWOT** somministrata agli insegnanti alla fine dell'anno scolastico ha in generale evidenziato come **punti forti** la formazione/aggiornamento per gli insegnanti e una migliore consapevolezza di svolgere un percorso di benessere psicofisico per i bambini e gli adulti di riferimento. Tra le **opportunità** è stata rilevata l'importanza dello sviluppo di un'attività educativa in rete fra diverse agenzie formative: scuola, commissione mensa, Asl, società sportive territoriali, genitori. **Punti deboli** evidenziati sono la scarsa visibilità del progetto su parte del territorio e in alcuni ambienti la scarsa partecipazione delle famiglie. **Pericoli** la mancata adesione di tutte le classi della scuola, rischio che il progetto non sia considerato patrimonio comune.

I Focus group condotti dagli insegnanti nella scuola dell'infanzia con bambini di 3, 4 e 5 anni hanno evidenziato in generale come i bambini di 4 e 5 anni ricordino bene le varie azioni proposte e svolte durante l'anno, mentre i bambini di 3 anni meno, tra le varie attività quella risultata più gradita è stata quella motoria.

Si evidenziano alcune criticità nella conduzione del progetto legate alla progressiva diminuzione di personale dell'area sanitaria, all'assenza di risorse economiche dedicate, alla talvolta scarsa disponibilità dei genitori per difficoltà lavorative e familiari, alla disomogeneità nella fruizione del pasto a scuola per la scelta di alcuni soggetti di portare il pasto da casa, anziché usufruire della mensa scolastica. In contrapposizione, come già evidenziato nell'analisi di contesto, la collaborazione dei vari attori e le alleanze sono mantenute e facilitate dall'inserimento del progetto nell'Offerta Formativa di A.Li.Sa (Agenzia Ligure Sanitaria) e nel conseguente inserimento nel PTOF (Piano Triennale Offerta Formativa) della scuola.

Il P.R.P. Liguria prevedeva per il 2018 uno specifico indicatore di piano per gli interventi finalizzati alla corretta alimentazione, promozione dell'attività fisica e di sani stili di vita attraverso vari progetti (Paesaggi di Prevenzione, Media Education, Okkio alle 3 A, Ragazzi in gamba, Pedibus): contributo alla copertura del 10% delle scuole e 80% delle classi. Poiché in generale risulta difficile coprire l'80% delle classi negli istituti che aderiscono all'offerta formativa, è stata richiesta e ottenuta dal Ministero una modifica all'indicatore: la copertura di un numero di istituti maggiore del 10% ancorché con una percentuale di classi inferiore all'80% nel singolo istituto. Nell'anno scolastico 17/18 è stato raggiunto il 24% delle classi, nell'anno scolastico 18/19 il 22% ; il 22% corrisponde a più del 12 % di scuole previste nel 18/19.

Riguardo agli standard di risultato e di processo nelle scuole aderenti sono stati raggiunti: identificazione dei bisogni (100%), formazione insegnanti (100%), realizzazione azione proposta in base all'area d'intervento individuata per la classe (85%), scheda analisi SWOT insegnanti(70%), Focus group gradimento bambini (55%).

Tra le attività più significative che sono state svolte: semina e raccolta di piante alimentari, lavori su frutta e verdura (disegni, interviste), attività ludiche motorie, piccole produzioni alimentari in classe con assaggio.

Il progetto presenta una buona sostenibilità poiché gli insegnanti formati possono realizzare le attività in classe in completa autonomia, inoltre essendo le azioni proposte non legate a caratteristiche specifiche del contesto ligure è possibile trasferire il progetto in altri contesti regionali.

Di seguito alcune domande di valutazione di impatto del progetto:

**Tabella 4 - Valutazione**

Domande di valutazione	Indicatori valutazione	Fonte dati	Strumento di raccolta	Tempistica
La valutazione dei bisogni della scuola è stata effettuata e condivisa da tutti i portatori di interesse?	Proporzione dei componenti della commissione che ritengono soddisfacente la valutazione dei bisogni		Dichiarazione	Fine anno scolastico
Dirigenti scolastici e insegnanti come giudicano il progetto?	Proporzione di dirigenti e insegnanti che ritiene utile il progetto	Quantitativo e qualitativo	Scheda Analisi SWOT insegnanti	Fine anno scolastico
Valutazione soddisfazione bambini	Proporzione di bambini che hanno gradito il progetto	Qualitativo	Focus group	Fine anno scolastico
Per gli operatori sanitari come è stata la collaborazione con insegnanti, genitori e bambini?	Valutazione della collaborazione ed in generale dell'intervento	Qualitativa	Dichiarazione	Fine anno scolastico

### ***Bibliografia***

1. Vignolo M, Torrisi C, Parodi A. AAA Alimentazione, Attività, Abitudini. Programma per la prevenzione del sovrappeso nella scuola primaria. FOSAN. 2008, 4; 323-335.
2. A.A.A. ALIMENTAZIONE, ATTIVITA', ABITUDINI Programma per la prevenzione del sovrappeso nella scuola primaria .Vignolo M., Torrisi C., Parodi A. Università di Genova – Clinica Pediatrica - IRCCS G. Gaslini
3. Sito epicentro per OKkio alla SALUTE, risultati dell'indagine della Regione Liguria, 2008 <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine2008.asp>
4. Ministero della Salute, "Guadagnare salute", 2007. <http://www.ministerosalute.it/stiliVita/paginaMenuStiliVita.jsp?menu=programma&lingua=italiano>

5. Epstein LH, Roemmich JN, Robinson JL, Paluch RA, Winiewicz DD, Fuerch JH, Robinson TN. A randomized trial of the effects of reducing television viewing and computer use on body mass index in young children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008;162(3):239-45.
6. DeMattia L, Lemont L, Meurer L. Do interventions to limit sedentary behaviours change behaviour and reduce childhood obesity? A critical review of the literature. *Obes Rev.* 2007;8(1):69-81.
7. Katz DL, O'Connell M, Yeh M, Nawaz H, Njike V, Anderson LM, Cory S, Dietz W. Public Health Strategies for Preventing and Controlling Overweight and Obesity in School and Worksite Settings: A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR*, October 7, 2005 / 54(RR10);1-12.
8. Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ. Interventions for preventing obesity in children *Cochran Database of Systematic Reviews*, Issue 3 Art. No.: CD001871. DOI: 10.1002/14651858. CD001871.pub2, 2007. Flynn MAT, McNeil DA, Maloff B, Wu M, Ford, C Tough SC. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. *Obesity Reviews*, 2006; 7(Suppl. 1), 7-66.
9. Bluford DAA, Sherry B, Scanlon KS. Interventions to prevent or treat obesity in preschool children: A review of evaluated programs. *Obesity*, 2007; 15(6):1356-1372.
10. Stice E, Shaw H, Mati N. A meta-analytic review of obesity prevention programs for children and adolescents: The skinny on intervention that work. *Psychological Bulletin*, 2006, 132(5):667-691.
11. Doak CM, Visscher RLS, Renders CM et al. The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: A review of interventions and programs. *Obesity Reviews*, 2006, 7, 111-136.
12. Flynn MA, McNeil DA, Maloff B, Mutasingwa D, Wu M, Ford C, Tough SC. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. *Obes Rev.* 2006 Feb;7 Suppl 1:7-66.
13. Project Cycle Management (PCM). Manuale per la formazione. Strumenti Formez <http://campus.unibo.it/177985/1/PMManualFormez.pdf>
14. Baldacci M. (2014), La realtà educativa e la ricerca-azione in pedagogia, "Journal Of Educational, Cultural And Psychological Studies", vol. 9, 387-396.
15. Kotler P., Roberto N., Lee N. *Social Marketing - Improving the Quality of Life*. Thousand Oaks (California), Sage Publications, 2002