**Programma 2 “A scuola … di salute”**

**Azione n.4**

**SANA ALIMENTAZIONE PER UNA SCUOLA IN SALUTE**

|  |
| --- |
| **BREVE DESCRIZIONE** |
| Le malattie cronico-degenerative hanno in comune alcuni fattori di rischio legati, in gran parte, a comportamenti individuali non salutari, modificabili ma fortemente condizionati dal contesto economico, sociale e ambientale in cui si vive e si lavora, come ad esempio i comportamenti alimentari scorretti. Le abitudini alimentari non corrette si instaurano spesso già durante l’infanzia o l’adolescenza e possono contribuire all’eccesso ponderale.  L’obesità e il sovrappeso in età infantile sono fenomeni in costante aumento a livello mondiale ed hanno implicazioni dirette sulla salute del bambino e rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo di gravi patologie in età adulta.  In Abruzzo dalla recente rilevazione Okkio alla Salute 2014 risulta che i bambini abruzzesi di 8-9 anni sono in sovrappeso per il 27,2%, obesi per il 9,2%, mentre i bambini severamente obesi sono il 2,2%. Dalla rilevazione si osserva la persistenza tra i bambini di abitudini alimentari scorrette: il 6,9% dei bambini salta la prima colazione e il 32% fa una colazione non adeguata (ossia sbilanciata in termini di carboidrati e proteine); il 66,8% fa una merenda di metà mattina non adeguata, mentre i genitori dichiarano che solo il 5,3% dei propri figli consumano le 5 porzioni frutta e/o verdura giornaliere raccomandate e il 37,6% dichiara che i propri figli consumano bevande zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno.  Risulta dunque fondamentale agire nell’ambito del contesto scolastico su bambini e adolescenti, per prevenire comportamenti alimentari scorretti che possano instaurarsi e persistere anche nell’età adulta, favorendo l’adozione di abitudini alimentari salutari.  Nel precedente PRP 2010 – 2012, proroghe 2013 e 2014 sono state progettate ed attuate interventi con insegnanti, alunni e genitori delle classi aderenti, predisposti menù per gli asili nido e scuola dell’infanzia ed attuati incontri con gli operatori food delle mense scolastiche( progetto Comportamenti alimentari) .  Non è stata attuata una raccolta sistematica delle attività eseguite, ma è emersa la criticità della scarsa partecipazione dei genitori.  Lo sviluppo di azioni di promozione della sana alimentazione nel contesto scolastico s’inserisce nel macrobiettivo 2.1 del PNP 2014-2018 “Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili” attraverso gli obiettivi centrali:  -Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l’adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile (1.3)  -Aumentare il consumo di frutta e verdura (1.7) |
| **EVIDENZE DI EFFICACIA** |
| A livello di letteratura è riconosciuta l’efficacia degli interventi multidisciplinari, scuola, comunità , famiglia per aumentare il consumo di frutta . Il messaggio deve essere relativo al consumo di frutta e non di tipo nutrizionale.Per aumentare il consumo di frutta nelle persona a basso reddito sono previsti interventi educativi da parte di personale formato.(Delgado-Noguera M, Tort S, Martínez-Zapata MJ, Bonfill X Primary schoolinterventions to promote fruit and vegetable consumption: a systematic review and meta-analysis PrevMed 2011 Jul-Aug;53(1-2):3-9 doi: 10 1016/j ypmed 2011 04 016 Epub 2011 May 11)  Tra gli interventi di promozione della corretta alimentazione quelli che risultano di maggiore efficacia (strong evidence) sono gli interventi multicomponente ovvero quelli che combinano, riguardo il consumo di frutta e verdura, l’aumento della disponibilità di frutta e verdura con educazione nutrizionale fornita da un’insegnante, dove ci sia il coinvolgimento di almeno 1 genitore. (Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: systematic review of published and 'grey' literature.British Journal of Nutrition / Volume 103 / Issue 06 / March 2010, pp 781-797. [Van Cauwenberghe E](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Van%20Cauwenberghe%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20070915), [Maes L](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Maes%20L%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20070915), [Spittaels H](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Spittaels%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20070915), et al.)  Inoltre le azioni, rivolte sia ai bambini sia alle famiglie, che sembrano avere maggiore efficacia mirano a: ridurre il consumo di bevande gassate zuccherate (forza della raccomandazione strong, grado di evidenza a supporto high); consigliare il consumo della prima colazione (forza della raccomandazione strong, grado di evidenza a supporto moderate); limitare la dimensione delle porzioni di cibo assunte (forza della raccomandazione strong, grado di evidenza a supporto high). (Prevention and Management of Obesity for Children and Adolescents, July 2013. Health Care Guideline. ICSI.) |
| **EVIDENZA DI SOSTENIBILITÀ** |
| Le attività proposte sono sostenibili nel tempo in quanto la formazione di un gruppo di formatori *ad hoc*  garantirà negli anni incontri annuali con gli insegnanti.  La formazione dei formatori è ripetuta annualmente al fine di arruolare nuovi formatori e garantire eventuali sostituzioni.  Le attività nelle classi saranno svolte prevalentemente dagli insegnanti e il personale AUSL sarà disponibile con numero telefonico e strumenti telematici *ad hoc* per supporto ad insegnanti ed incontri con famiglie.  Le linee guida per la ristorazione scolastica rappresentano lo standard per le Ditte che preparano, somministrano e vendono alimenti nelle scuole e sono quindi oggetto di monitoraggio in corso di ispezione alle mense |
| **SISTEMA DI SORVEGLIANZA** |
| * Report regionale sorveglianza Okkio alla Salute (dati sul consumo di frutta e verdura, colazione adeguata, merenda adeguata, consumo di bevande zuccherate, dei bambini di 8-9 anni) * Report regionale sorveglianza HBSC (dati sul consumo di frutta e verdura, colazione adeguata, merenda adeguata, consumo di bevande zuccherate, dei ragazzi di 11-15 anni) * Questionari sulle abitudini alimentari (genitori, alunni) |
| **CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE** |
| Si segnala che il progetto è orientato alla prevenzione e al contrasto alle disuguaglianze, tenuto conto che il sovrappeso e l’obesità interessano strati socio-economici svantaggiati e che le famiglie a basso reddito consumano meno frutta e verdura.  Il progetto prevede il contrasto alle diseguaglianze tramite:   * formazionedel personale sociale dei comuni e degli ambiti sociali mediante progetti educativi *ad hoc* per i soggetti a basso reddito * possibilità di prendere accordi da parte dei comuni con aziende di produttori agricoli per aumentare l’accessibilità al consumo di frutta e verdura da parte dei soggetti economicamente svantaggiati * valorizzazione della multiculturalità attraverso la conoscenza e la sperimentazione in classe delle culture alimentari dei paesi di origine dei bambini stranieri e/o con genitori stranieri * si terrà conto delle differenze culturali anche nelle linee guida regionali sulla ristorazione scolastica * stesura in più lingue di materiali informativi da distribuire ai genitori per facilitarne la fruizione agli stranieri * realizzazione di incontri e materiali informativi chiari e comprensibili a tutti i soggetti coinvolti per abbattere le differenze nel grado di istruzione |
| **OBIETTIVI SPECIFICI e loro articolazioni** |
| **AB.2.7 –** Aumentare la proporzione di soggetti in età evolutiva che adottano comportamenti alimentari sani (consumo di frutta e verdura, riduzione degli snack insalubri, delle bevande zuccherate e dell’uso di sale)  **AB.2.8 –** Adottare linee guida regionali per la ristorazione collettiva scolastica e per la distribuzione automatica di cibi e bevande nelle scuole |

|  |
| --- |
| **TARGET** |
| Popolazione infantile e giovanile delle scuole dell’infanzia, primaria, media inferiore e media superiore |
| **SETTING** |
| Scuola |
| **INTERSETTORIALITÀ** |
| Istituti scolastici, Uffici Scolastici Regionale e Provinciali, Famiglie, Comuni, Gestori del servizio di ristorazione scolastica, Pediatri, MMG, Servizi ASL, Associazioni produttori agricoli, Istituti alberghieri, Società di distribuzione automatica di alimenti e bevande. |
| **INDICATORI** |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Indicatori di esito**  finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici  *Fonte: Sorveglianza Okkio Alla Salute, Direzione Scolastica regionale.* | Baseline | Valore atteso  2015 | Valore atteso  2016 | Valore atteso  2017 | Valore atteso  2018 | | **Prevalenza dei bambini (8-9 anni) che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura**  **Cod. indicatore 1.7.2** | **51,2 %**  **(somma consumo di frutta + verdura da 2 a 3 porzioni al dì)** |  | **55,0%** |  | ***58,8%***  *(+ 15 %)* | | **Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l’80% delle classi) alla progettazione regionale specifica**  **Cod. indicatore 1.3.1** | **0** | **0** | **5%** | **10%** | ***Almeno 10% degli istituti comprensivi regione*** | | **Proporzione di controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso la ristorazione collettiva**  **Cod. indicatore 10.10.2** | **0** | **0** | **Rilevazione nel 30% nelle mense della ristorazione collettiva (scuola dell’infanzia) e trasmissione dati** | **Rilevazione nel 70% nelle mense della ristorazione collettiva (scuola dell’infanzia) e trasmissione dati** | ***100% di trasmissione dei dati sui controlli effettuati secondo procedure standardizzate*** |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Indicatori di processo**  **( sentinella )**  finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici  *Fonte: Regione* | | Baseline | Valore atteso  2015 | Valore atteso  2016 | Valore atteso  2017 | Valore atteso  2018 | | **MACROBIETTIVO 2.1** | **INDICATORE Di PROCESSO** | **Pluralità di documenti** | **Raccolta e perfezionamento dati di tutte le attività** | **50% incontri programmati** | **100% incontri programmati** | **Report attività svolte** | | **Obiettivo 1.3**  **Promozione del potenziamento dei fattori di protezione**  **(life skill, empowerment) attraverso interventi multidisciplinari rivolti ad insegnanti, famiglie, PLS e MMG** | **Report di tutte le attività svolte nelle varie azioni** | | **MACROBIETTIVO 2.1** | **INDICATORE DI PROCESSO** | **Pluralità di documenti** | **Scelta del questionario da somministrare** | **Somministrazione e raccolta dati al tempo 0** | **Somministrazione e raccolta dati al 50% delle classi target** | **Incremento del 15% delle abitudini alimentari corrette** | | **Obiettivo 1.3**  **Adozione di comportamenti alimentari sani** | **Sperimentazione questionario validato sulle abitudini alimentari**  **(alunni, genitori) al 50% delle classi target** | | **Produzione e fornitura di materiale didattico per genitori, insegnanti e alunni, PLS e MMG** | **Pluralità di materiali didattici** | **Scelta dei materiali didattici e produzione per tutte le classi target e agli *stakeholder*** | **Somministrazione dei materiali didattici al 50% delle classi target e agli *stakeholder*** | **Somministrazione dei materiali didattici al 100% delle classi target e agli *stakeholder*** | **Report attività svolte** | |  | **Elaborazione protocollo delle**  **Attività pratiche da svolgere con genitori, famiglie e alunni in collaborazione con Istituti Alberghieri, aziende agricole , comuni** | **Pluralità di documenti** |  | **Censimento dei soggetti coinvolti nello sviluppo delle attività( Istituti Alberghieri, Comuni, Aziende agricole )** | **Svolgimento delle attività pratiche nel 30% delle classi target** | **Svolgimento delle attività pratiche nel 50% delle classi target** | | **MACROBIETTIVO 2.10** | **INDICATORE DI PROCESSO** | **Pluralità di documenti** | **Censimento del 100% delle mense scolastiche della scuola dell’infanzia** |  |  |  | | **Obiettivo 10.10**  **Ridurre i disordini da carenza iodica** | **Disponibilità di un elenco completo delle mense scolastiche della scuola dell’infanzia** | | **Indagine conoscitiva sulla presenza di sale iodato nei capitolati d’appalto delle ditte di ristorazione scolastica** | **Pluralità di documenti** |  | **100% delle ditte di ristorazione scolastica indagate sull’utilizzo di sale iodato** |  |  | | **Sviluppo di protocollo standard per invio dei dati al Ministero e all’ISS sull’utilizzo di sale iodato nella ristorazione collettiva**  **( indicatore sentinella)** | **Pluralità di documenti** |  |  | **70% controlli effettuati secondo procedura ed invio dati** | **100% controlli effettuati secondo procedura ed invio dati** | | **MACROOBIETTIVO**  **2.1** | **INDICATORE DI PROCESSO** |  |  |  |  |  | | **Obiettivo 1.3**  **Adozione di comportamenti alimentari sani** | **Adozione di linee guida regionali per la ristorazione scolastica e per la distribuzione automatica di alimenti e bevande nelle scuole**  **( indicatore sentinella)** | **Pluralità di documenti** |  | **Valutazione dell’adeguatezza del 100% dei menù scolastici rispetto alle linee di indirizzo nazionali tramite check list *ad hoc*** | **Stesura n.2 linee guida regionali (nidi e scuola dell’infanzia )** | **Stesura n.4 linee guida regionali (scuola primaria, media inferiore e superiore, distribuzione automatica)** | |
| **ATTIVITÀ** |
| Le azioni del progetto “sana alimentazione per una scuola in salute” sono:   1. Promuovere la life skill e l’empowerment attraverso interventi multidisciplinari rivolti a insegnanti, alunni e famiglie (incontri, formazione, materiale didattico). 2. Promuovere comportamenti alimentari sani (incentivare colazione sana, merenda adeguata, consumo di frutta e verdura, ridurre il consumo di sale eccessivo ed il consumo di bevande zuccherate) tramite interventi nelle classi, nel contesto familiare e ambientale (incontri, formazione, materiale didattico, attività pratiche -laboratori di cucina, percorsi di spesa salutare, integrazione culturale alimentare, orti didattici- aumento dell’accessibilità al consumo di frutta e verdura) 3. Riduzione del consumo di sale e promozione dell’utilizzo di sale iodato nella ristorazione collettiva 4. Adozione di linee guida regionali per la ristorazione scolastica e per la distribuzione automatica di alimenti e bevande nelle scuole, al fine di promuovere e rafforzare gli obiettivi 1, 2, 3. |

|  |
| --- |
| **CRONOPROGRAMMA GENERALE DELL’AZIONE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2015** | **2016** | **2017** | **2018** |
| 1. Promozione del potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) attraverso interventi multidisciplinari rivolti ad insegnanti e famiglie | X | X | X |  |
| 2. Promozione di comportamenti alimentari sani con attività nelle classi, nel contesto familiare e ambientale |  | X | X | X |
| 3. Riduzione del consumo di sale e promozione dell’utilizzo di sale iodato nella ristorazione collettiva | X | X | X | X |
| 4. Adozione di linee guida regionali per la ristorazione scolastica e per la distribuzione automatica di alimenti e bevande nelle scuole |  | X | X | X |

|  |
| --- |
| **CRONOPROGRAMMI SPECIFICI** |









|  |
| --- |
| **ANALISI DEI RISCHI** |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **RISCHI** | **AZIONI CORRETTIVE** | | **ANALISI DEI RISCHI**  (indicare gli elementi interni o esterni che possono ostacolare il raggiungimento degli obiettivi) | 1. Non adesione di istituti scolastici e delle classi target | Contatti diretti e individuali con dirigenti scolastici e insegnanti (counseling motivazionale su rete scuole promotrici di salute con bollino ) | | 2. Mancata collaborazione delle insegnanti e turnover insegnanti | Supporto gruppo AUSL e insegnanti referenti | | 3. Ridotta presenza dei genitori e degli insegnanti agli incontri | Incontri a domicilio con presenza anche di educatori comunali e incontri in orari scelti dai genitori | | 4. Carenza personale dedicato ASL | Individuazione personale ad hoc | | 5. Scarse risorse finanziarie ad hoc | Finalizzazione risorse specifiche | | 6. Scarsa collaborazione da parte delle ditte di ristorazione scolastica | Inserimento specifiche clausole nelle gare di appalto da parte dei comuni | | 7. Scarsa collaborazione da parte dei Comuni | Incentivo città sane | | 8. Disomogeneità nell’attuazione degli interventi da parte delle ASL | Inserimento da parte della Regione nell’obiettivo di valutazione dei Direttori Generali delle AUSL | |