

*DIREZIONE GENERALE  
DIREZIONE SANITARIA  
AUSL TARANTO*

---

***COORDINAMENTO SANITARIO E  
SOCIO-SANITARIO DEL TERRITORIO***

*SETTORE: Promozione ed educazione alla salute*



*“La salute vien mangiando...frutta,  
verdura, legumi e pesce spizzicando”:*

Progetto di educazione alimentare rivolto :studenti  
del III° e IV° anno delle scuole medie superiori  
alunni della III° classe elementare e genitori della  
AUSL di Taranto.

---

**ANNO 2008**

DIRETTORE GENERALE : Dr. Vito Domenico COLASANTO  
 DIRETTORE SANITARIO: Dr. Vito Fabrizio SCATTAGLIA  
 Coordinatore Sanitario e Socio-Sanitario del Territorio  
 Dr.ssa Silvana MELLI  
 Referente Promozione della salute  
 Dr.ssa Antonia ORIGLIA

HANNO PARTECIPATO

**AZIENDA SANITARIA LOCALE**

*Distretto socio-sanitario n. 1* - Dr.ssa Elisabetta TAMBORRINO - Inf. Prof. Maria MAGISTRO

*Distretto socio-sanitario n. 2* - Caposala Teresa EPIFANI - Dr.ssa Alessia ARNESE

*Distretto socio-sanitario n. 3* - Dr.Dario CARACCIOLO – Inf. Prof. Jasmine VECCELLIO

*Distretto socio-sanitario n. 4* - Dr. Francesco MOREA – Dr.ssa Novella BASILE – Dr.ssa Inf. Prof. Anna Maria RISOLVO – Dr.ssa Inf. Prof. Patrizia IURLARO – Dr.ssa Inf. Prof. Antonella MILONE – Fisioterapisti Dr. Antonio CASTALDO – Vincenzo TONTI

*Distretto socio-sanitario n. 5* – Dr.ssa Rosa DA CAMPO – Fisioterapista Lucia VECCARO

*Distretto socio-sanitario n. 6* – Dr. Marcello D’addario – Inf. Prof. Angelo MONGELLI

*Distretto socio-sanitario n. 7* – Dr.ssa Annunziata DE NUZZO – Dr.ssa Gloria SARACINO - Inf. Prof. Anna Maria MARCUCCI

*Ospedale S.S. Annunziata* Dott. Gianfranco ORBELLO – Dott. Fisioterapista Francesco MICCOLI

*Associazioni di volontariato:*

Su.Mi.Pa Dr.ssa Rosanna ARPINO

Dott. Diego CALABRESE

**SCUOLE:**

*IPIA Archimede - Taranto*

*IPSCT PERRONE – Castellaneta*

*1° CIRCOLO Giovanni XXIII ( Plesso Rodari) - Palagianò*

*10° Circolo Lorenzini –Taranto*

*I.C. Battisti – Taranto*

*I.C. Dante – Taranto*

*24° Circolo Beato Egidio – Talsano*

*3° Circolo Chiarelli – Martina Franca*

*3° Circolo Don Bosco ( Plesso Giovanni Paolo II) - Grottaglie*

*1°Circolo Bonsegna - Sava*

*Se chiedo a un bambino “ che cosa è per te la salute?  
La risposta è “ poter giocare fuori con gli amici”*

Chi chiedeva a Platone come scegliere chi doveva dirigere la città **per il benessere dei cittadini**, trovava in risposta che conveniva

*“ cercare quegli artefici nobilmente capaci di seguire le tracce della natura del bello e dell’armonioso, affinché i giovani, abitando in un luogo salubre ne traggono giovamento, allorché dalle opere belle colpisca loro la vista e l’udito quasi un’aura apportatrice di salute da luoghi sani, e li conduca fin da fanciulli senza che se ne avvedano a farsi conformi, amici e concordi con la retta ragione.....”* ( Platone. Repubblica, libro III, 790-796. Traduzione Gabrieli F. Rizzoli BUR Classici, Milano)

Se chiedessimo a uno dei nostri governi a quale paradigma di salute si ispirino le sue decisioni, dovrei ricevere in risposta ciò che è statuito nell’atto costitutivo dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, organismo delle Nazioni Unite, nel quale si afferma

*“ E’ diritto fondamentale di ogni essere umano il possesso del miglior stato di salute, che ciascuno è capace di raggiungere, intendendosi per salute non solo l’assenza di malattia, ma un completo stata di benessere fisico, mentale e sociale”*

Tre punti di vista molto coerenti fra di loro e che dimostrano, senza tante parole, come la salute venga percepita nella realtà delle cose come un complesso unitario: giocare con gli amici all’aperto, ha in se tutti gli elementi del benessere, amministrare la cosa pubblica è preoccuparsi dei fattori che assicurano l’equilibrio, governare le politiche di un paese e tener conto del “ diritto” alla salute, che ogni cittadino deve poter esercitare, riconosce che la salute non è un fatto esclusivamente individuale.

*L'educazione nutrizionale*, nell'ambito della promozione della salute, è compresa tra gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, nonché nel piano nazionale della Prevenzione 2005-2007 in cui è ribadita la correlazione tra l'incidenza di numerose patologie e un'errata alimentazione, l'assenza o un inadeguato esercizio e attività fisica(1).

In conseguenza della suddetta correlazione tra alimentazione scorretta e patologie risultano necessari interventi destinati alla intera popolazione e, nello specifico, alla terza infanzia e agli *adolescenti* ritenuti bersaglio di rilevanza strategica per promuovere interventi indirizzati a favorire l'adozione di stili di vita lontani da fattori di rischio per la salute.

Nell'obiettivo generale il PSN afferma l'importanza della promozione degli stili di vita salutari, della prevenzione, dell'*educazione alimentare* della popolazione e della comunicazione pubblica sulla salute poiché le condizioni morbose croniche prevalenti nei bambini e negli *adolescenti* sono l'asma e l'*obesità*.

Un problema, continua il Piano Sanitario Nazionale, che riveste un interesse particolare è quello della dieta e del sovrappeso e su questi temi vanno attuate, a fini di prevenzione, campagne di sensibilizzazione nelle scuole, nei consultori adolescenziali con gli operatori sanitari, i medici di medicina generale ed i pediatri; programmi di educazione alimentare mirati a sviluppare un orientamento critico nei riguardi dei comportamenti alimentari e

a favorire l'adozione di standard nutrizionali sani. promuovendo *stili di vita positivi*, vale a dire di un complesso di comportamenti efficaci per mantenere l'equilibrio di salute in ciascun individuo, in ogni periodo della vita (1).

Un buon accrescimento nella *terza infanzia* , negli *adolescenti* e la possibilità di mantenere una buona forma negli adulti dipendono in gran parte da una corretta alimentazione .

Il PSN aggiunge che nell'ambito dell'adozione di stili di vita sani, l'attività fisica riveste un ruolo fondamentale. Il ruolo protettivo dell'esercizio fisico regolare è stato dimostrato soprattutto nei confronti delle patologie cardiovascolari e cerebrovascolari, di quelle osteoarticolari (in particolare osteoporosi) , metaboliche (diabete).

L'esercizio fisico regolare aiuta a controllare il peso corporeo, riduce l'ipertensione arteriosa e la frequenza cardiaca ed aumenta il benessere psicofisico.

Nella Conferenza Internazionale sulla Nutrizione del 1992 è stata ribadita l'importanza della pianificazione delle politiche nutrizionali per la riduzione delle patologie correlate all'alimentazione che presentano un forte impatto sulla popolazione in termini di mortalità e morbosità.

Le prime indicazioni su come sviluppare politiche nutrizionali nel contesto europeo sono state fornite da Helsing (Helsing 1991): innanzitutto, è importante che le attività nutrizionali siano coordinate da un organo centrale in grado di attribuire specifici ruoli ai soggetti coinvolti nelle politiche stesse (2).

I prerequisiti necessari sono la creazione di un sistema informativo che fornisca indicatori utili a valutare lo stato di nutrizione e di salute nonché la definizione di valori soglia specifici.

Mettere in atto una politica nutrizionale significa conoscere e soddisfare i bisogni, percepiti e non, della popolazione in ambito nutrizionale. Significa, quindi, identificare priorità e promuovere azioni, orientarsi verso politiche agrarie, industriali, legislative e sanitarie che inducano scelte alimentari, stili di vita e ambientali favorevoli per la promozione della salute.

La realizzazione di politiche nutrizionali prevede l'attuazione di iniziative dirette ai consumatori. Tali iniziative comprendono la formazione di professionisti nei settori della salute e dell'educazione, negli interventi educativi sulla popolazione; l'etichettatura nutrizionale; la regolamentazione della fortificazione degli alimenti e la legislazione sulla sicurezza alimentare.

Non esistono, comunque, regole precise per sviluppare e migliorare le politiche nutrizionali, in quanto esse devono riflettere le diverse esigenze di ciascun paese.

La promozione della salute, dal punto di vista nutrizionale, viene compresa tra gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008: in base a tale documento l'alimentazione della popolazione italiana deve tendenzialmente adeguarsi agli standard nutrizionali ottimali raccomandati dagli organismi scientifici.

Ulteriori precisazioni sugli interventi da privilegiare per realizzare le politiche nutrizionali sono disponibili nei vari Piani Sanitari Regionali, nei

documenti di indirizzo, nelle linee guide e nelle proposte metodologiche, fornite dalle Istituzioni, dalle Società Scientifiche (2).

Nella Regione Puglia sotto la spinta del Piano Sanitario Regionale 2002-2004 si è incominciato a parlare di strutture dedicate *all'Educazione Sanitaria* intese in modo organico e, soprattutto conferendole grande importanza nel processo di tutela della salute attraverso obiettivi di promozione della salute(3).

Tant'è che, come primo e importante riflesso di questa nuova visione, l'Assessorato Regionale alla Sanità, attraverso l'agenzia Regionale per la Sanità (ARES) avviava una decisiva svolta in tal senso, anche sotto l'impulso del D.P.C.M. 29/11/2001 (definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza).

Questi primi segnali si sono concretizzati con la costituzione di un *Gruppo di lavoro regionale* costituito da personale sanitario referente per ciascuna Azienda presso l'Assessorato regionale alla Sanità con specifici compiti (come tabella che segue) nel campo della *promozione della salute e dell'educazione sanitaria* in seno alle rispettive Aziende di appartenenza. Vedi schema seguente.

**ATTIVITA' E FUNZIONI DEL REFERENTE ASL****PER L'EDUCAZIONE ALLA SALUTE**

- analizzare la domanda e formulare proposte di programmi relativamente alla Azienda ;
- coordinare le attività di educazione sanitaria previste nella programmazione aziendale;
- curare la realizzazione di materiale informativo nel campo dell'educazione alla salute;
- selezionare e garantire la diffusione di materiale informativo e documentativo nel campo dell'educazione alla salute verso gli utilizzatori interessati, anche esterni all'Azienda;
- individuare i temi e i settori prioritari per i quali realizzare interventi formativi e di educazione alla salute;
- promuovere, coordinare e realizzare gli interventi di informazione ed educazione sanitaria;
- verifica della qualità e dell'efficacia degli interventi formativi, informativi e di educazione alla salute;
- coordinare ed integrare la programmazione aziendale nel campo della educazione alla salute con quella promossa da altri Enti e Associazioni.

Tale gruppo regionale ha iniziato da tempo a operare anche con il supporto di esperti e professionalità di volta in volta ritenute necessarie, promuovendo e conducendo una serie di iniziative di Promozione della salute, individuando tra le problematiche correnti meritevoli interventi di informazione sanitaria e di educazione alla salute, taluni temi di particolare interesse.

Tale ottica di integrazione e di superamento di un'azione frammentaria e di cooperazione intersettoriale è collocabile nella strategia operativa della promozione della salute che privilegia il partnerariato nell'organizzazione delle strutture che operano nella stessa programmazione degli interventi (4).

I programmi di educazione sanitaria, diversificati per argomenti e per popolazione *target* (soggetti in età evolutiva, famiglie, insegnanti, popolazione generale, categorie professionali), hanno riguardato varie aree tematiche.

E' in questa ottica che l'Azienda sanitaria ASL TA/1, *il coordinamento sanitario e sociosanitario del Territorio*, ha proposto, tra le varie tematiche, l'intervento educativo sui "*comportamenti alimentari e l'attività fisica nella terza infanzia e in età adolescenziale*" poiché molti aspetti della personalità che caratterizzano l'adulto si formano o hanno radici in questi periodi della vita, per cui è importante capire le dinamiche che si manifestano in questa età per la costruzione di una personalità futura forte ed equilibrata.

## PRIMO CAPITOLO

### Il problema di salute

#### 1.1 Alimentazione non corretta – rischio per la salute

Le conoscenze scientifiche attuali dimostrano che l'incidenza di molte patologie è legata agli stili di vita connessi all'alimentazione: oltre ad una crescente quota di popolazione in sovrappeso, numerose patologie sono correlate ad una *alimentazione scorretta*. Tra queste, alcuni tipi di tumori, il diabete mellito di tipo 2, le malattie cardiovascolari ischemiche, l'artrosi, l'osteoporosi, la litiasi biliare, lo sviluppo di carie dentarie e le patologie da carenza di ferro e di iodio(1).

L'obesità è la seconda causa di morte prevenibile, dopo il fumo. Nel mondo industrializzato circa metà della popolazione è in eccesso di peso. In Italia negli ultimi decenni la prevalenza dell'obesità è aumentata del 50%.

I costi socio- sanitari dell'obesità hanno superato negli Stati Uniti i cento miliardi di dollari l'anno, mentre per l'Italia i costi diretti dell'obesità sono stimati in circa ventitré miliardi di euro l'anno.

La maggior parte di tali costi (pari al 60%) è dovuta ai ricoveri ospedalieri, ad indicare quanto il sovrappeso e l'obesità siano i reali responsabili di una serie di gravi patologie cardiovascolari, metaboliche, osteoarticolari, tumorali che comportano una ridotta aspettativa di vita ed un notevole aggravio per il sistema Sanitario Nazionale.

Attenzione va rivolta anche ai disturbi alimentari – anoressia nervosa, bulimia – che mostrano a partire dagli anni '70 un significativo incremento di incidenza e prevalenza. I valori attuali di prevalenza in Italia nelle donne di età compresa tra i 12 e 25 anni (soggetti a rischio) sono i seguenti: anoressia 0,3 – 0,5% ; bulimia 1-3% , altri disturbi del comportamento alimentare 6%(1).

Le indagini Multiscopo condotte dall'ISTAT 2001 sugli stili di vita alimentari rilevano che le abitudini degli italiani si stanno modificando in tutta la nostra penisola: aumentano coloro che scelgono la cena come pasto principale e cresce la quota di persone che pranzano fuori di casa, alla mensa, al ristorante, al bar e posto di lavoro(5).

Si osserva un lieve aumento settimanale di consumo di alimenti proteici di origine animale, si mangia più pesce.

C'è una ripresa a mangiare frutta tutti i giorni, che nel quinquennio precedente aveva registrato una costante diminuzione .

Cresce nella popolazione l'abitudine al consumo di acqua minerale: l'87,2% della popolazione di 14 anni e più beve acqua minerale , percentuale in costante aumento rispetto agli anni precedenti (78,6% nel 1993).

Consuma bevande gassate il 58% della popolazione di 14 anni e più: il consumo quotidiano di bevande gassate risulta concentrato tra i ragazzi di 14-17 (1-2 bicchieri il 23% e ½ litro l'11%) soprattutto tra i maschi (1-2 bicchieri il 26,2% e ½ litro il 15,2% )

Beve vino almeno qualche volta l'anno il 59% delle persone di 14 anni e più, percentuale che si mantiene piuttosto stabile nel tempo (58% ne 1993).

Dal 1993 è aumentata la percentuale di coloro che consumano birra almeno una volta l'anno ( da 42,6% al 48,4%).

Aumenta il consumo di alcolici fuori pasto in particolare per tutti gli adolescenti e soprattutto per le femmine: tra il 1995 e il 2001 per la classe dei 14-17enni si passa per maschi dal 14,1% al 17,1% e per le femmine dal 7,1% al 13,8%(5).

## **1.2 Alimentazione nella terza infanzia e in età adolescenziale**

### *La terza infanzia (7-10 anni)*

Un aspetto importante della problematica è che la prevalenza di soprappeso ed obesità ha coinvolto sempre maggiore strati della popolazione in età evolutiva.

Nella popolazione infantile il 4% è obeso e la prevalenza del soprappeso si stima a 15-20% con punte regionali al 30%, a causa di un'alimentazione ipercalorica, non sempre bilanciata in rapporto alle effettive esigenze energetiche, e della scarsa attività fisica(6)

L'obesità infantile è diventato così un problema di notevole rilevanza sociale, in quanto fattore predittivo di obesità in età adulta. Peraltro la prevenzione in età infantile è di cruciale importanza, in considerazione dell'elevata percentuale di insuccesso nel trattamento a lungo termine dell'obesità.

Numerosi fattori, si ritiene, contribuiscano o siano associati con l'obesità infantile. Questi includono il peso alla nascita, l'allattamento al seno, il peso e l'altezza dei genitori, lo stato socio-economico, le abitudini alimentari e la ridotta attività fisica.

Questi ultimi, entrambi potenzialmente modificabili, sono anche considerati le cause più importanti dell'incremento della prevalenza di obesità, recentemente osservato.

L'obesità nei soggetti in età evolutiva ha acquistato negli ultimi anni importanza crescente per le implicazioni sia sulla salute del bimbo obeso, sia come condizione di rischio per l'insorgenza di patologie dismetaboliche e degenerative dell'età adulta. Per quanto riguarda l'assunzione di nutrienti la dieta del bambino italiano, pur differenziandosi nelle aree geografiche del Paese, risulta iperproteica ( 15%) con eccesso di assunzione di proteine di origine animale, iperlipidica (32-38%) con elevato intake di grassi saturi (11,9%) e ipoglucidica (48-52,9%) con relativo esagerato intake di zuccheri a rapido assorbimento. (7)

Le indagini effettuate in età pediatrica quindi dimostrano che la maggior parte dei bambini in età scolare effettua errori sia quantitativi che qualitativi. L'apporto calorico mediamente assunto dai bambini italiani risulta, in generale, eccessivo rispetto al loro dispendio energetico.

La dimostrazione che le strie lipidiche, precursori delle malattie coronariche si manifestano già nell'infanzia, ha fatto sì che negli ultimi anni fosse studiata a fondo la relazione tra nutrizione e lipidi plasmatici in età evolutiva. Le abitudini nutrizionali si instaurano in età infantile e hanno un

indubbio effetto sui livelli plasmatici dei lipidi e sul rischio di malattia cardiovascolare e di obesità e quindi sul destino del bambino.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità... “ l'effetto del sovrappeso sulla mortalità persiste durante l'intera durata della vita”..... , sebbene questo effetto sia più marcato tra gli uomini e le donne sotto i 50 anni di età.

### *L'adolescenza*

*L'adolescenza* è una fase del ciclo della vita in cui il cambiamento è particolarmente ampio e profondo. Alla trasformazione fisica e psicologica della pubertà si associa infatti l'acquisizione di una nuova identità sociale.

Attraverso questo periodo, l'adolescente affronta nuove esperienze, nel mondo esterno e in quello interno, allargando il raggio delle proprie azioni, aprendosi a inedite sensazioni e pensieri, affacciandosi a nuovi mondi (6).

I diversi comportamenti nelle relazioni affettive familiari - nel rapporto con il proprio corpo e con il gruppo dei compagni, così come nell'avvio di relazioni sentimentali e sessuali - producono nuove abitudini e definiscono progressivamente un personale stile di vita, che tenderà ad essere relativamente stabile nella vita adulta.

Questa plasticità dell'adolescenza la rende un periodo a "rischio" e contemporaneamente fecondo per gli interventi di prevenzione e educazione alla salute.

Diverse sono le prospettive dalle quali possiamo analizzare il complesso rapporto tra adolescenza e rischio:

- ❖ identificando singoli comportamenti a rischio
- ❖ calcolando il rischio evolutivo, come probabilità che l'adolescente ha di non riuscire a completare il proprio percorso di crescita e di entrare adeguatamente in un ruolo adulto
- ❖ individuando i fattori di rischio e protezione di questo percorso evolutivo
- ❖ descrivendo il vissuto soggettivo dell'adolescente nel suo rapporto con le diverse situazioni a rischio(6).

La psicologia della prevenzione ha sviluppato una molteplicità di orientamenti, ma in generale si può dire che i diversi indirizzi teorici abbiano tutti recepito l'importanza di sostenere il ragazzo nell'affrontare i suoi problemi, invece di mirare a produrre effetti allarmanti: non suscitare ansia, indicando i problemi, ma aiutare a trovare soluzioni.

A questo scopo sono auspicabili interventi basati principalmente sull'aumento di competenza, secondo i quali occorre aiutare l'adolescente a trovare soluzioni ai suoi problemi soprattutto migliorando le sue capacità relazionali, la sua autostima, la sua autonomia di scelta.

Questo orientamento propone per esempio programmi cognitivi rivolti all'aumento della capacità di capire.

Per esempio, in un progetto di prevenzione alla salute alimentare può esser costituito da tre fasi:

- ❖ la prima mira all' aumento dell'autoconsapevolezza (dei propri sentimenti, atteggiamenti e valori)
- ❖ la seconda punta all'aumento delle abilità di comunicazione, di presa di decisione e di soluzione dei problemi
- ❖ la terza, infine, mira ad applicare queste conoscenze e abilità alla conduzione dei progetti, rendendo attivi i ragazzi di fronte ai loro problemi(6).

La più recente indagine Multiscopo sulle famiglie (Fonte ISTAT 1999) conferma che la trasformazione degli stili alimentari ha coinvolto anche la tradizionale scansione dell'assunzione del cibo durante la giornata. In particolare, *i bambini e gli adolescenti*, negli stati posizionati nelle zone medio alte della società per professione, istruzione , dichiarano di considerare la cena come il pasto principale(7).

L'abitudine ad una colazione completa si è estesa, in particolare per il contributo dei *bambini* e degli *adolescenti* che consumano, però, poca frutta, verdura e pesce.

Un altro significativo fattore di modificazione della tradizionale giornata alimentare è costituito dal diffondersi degli snack mattutini, pomeridiani e serali (dopo cena) che costituiscono una parte molto rilevante dei consumi alimentari fuori casa che riguarda soprattutto *i bambini* e gli *adolescenti*.

Vi contribuiscono anche la diffusione della TV e Internet. A tale proposito una indagine Makno evidenzia che abitualmente il 60% degli adolescenti e predolescenti mangiano guardando la TV o navigando in Internet e i giovani da 14-24 anni dichiarano con percentuale del 45% che amano guardare una videocassetta, soli o in compagnia, mangiando uno spuntino (8).

Danno corpo alla tendenza di “caricare” l'alimentazione fuori tavola.

In riferimento alle conoscenze dei giovani sull'alimentazione e alle loro consapevolezza relativamente a cattive o buone abitudini si può dire che complessivamente gli adolescenti, da una parte, sono in grado di comprendere sufficientemente il significato di nutrizione corretta riconoscendo l'importanza di una dieta bilanciata per una buona salute, dall'altra – (dati rilevati da un questionario formulato ad hoc per i genitori - Studio Sonia 2001/2002) divorano dolci e mangiano in maniera disordinata.

C'è una discordanza tra messaggio assorbito e comportamento.

E' evidente che l'atteggiamento mentale "corretto" verso certi prodotti non trova sempre riscontro nel consequenziale comportamento alimentare. E' probabile che gli *adolescenti* apprendano il corretto messaggio, ma che allo stesso tempo vengano allettati, attratti e fuorviati da immagini, circostanze e colori verso comportamenti non coerenti rispetto al messaggio ricevuto (9).

### **1.3 Alimentazione e attività fisica**

La letteratura scientifica internazionale è concorde nell'indicare che anche un modesto calo ponderale, dell'ordine del 5-10% del peso iniziale, è sufficiente a risolvere molte delle patologie concomitanti e comunque a ridurre drasticamente il rischio di morbilità e di mortalità; associando attività fisica moderata (svolgendo almeno 30 minuti al giorno di cammino a passo spedito)(10).

Infatti nelle società industrializzate, oltre ad un'alimentazione incongrua, è anche lo stile di vita estremamente sedentario e con livelli assai ridotti di attività fisica a costituire un altro importante fattore di rischio: contribuisce cioè alla preoccupante diffusione del sovrappeso e dell'obesità .

E' stato riscontrato, inoltre, che solo una modesta percentuale di adolescenti e preadolescenti esercitano una regolare attività sportiva. Negli *adolescenti* con bassi livelli di attività fisica si associa un aumento dell'IMC

(Indice di Massa Corporea); al contrario, l'attività fisica può aiutare i ragazzi a:

- ❖ mantenere un peso ideale
- ❖ contrastare la tendenza all'obesità e all'osteoporosi in età adulta.

Sostanzialmente è necessario sollecitare i bambini e i ragazzi, sin da piccoli, al moto spontaneo (es. camminare, salire e scendere le scale a piedi, andare in bicicletta, ect...) senza per questo trascurare l'abituale pratica di uno sport.

L'attività fisica produce, infatti, notevoli vantaggi sul metabolismo: migliora la cosiddetta "sensibilità all'insulina", cioè l'efficienza con cui l'ormone prodotto dalle cellule beta del pancreas consente ai nostri muscoli di utilizzare il glucosio ed aiuta a mantenere il peso corporeo nei limiti più accettabili.

L'educazione fisica è quella disciplina con cui s'intende "tutto quel complesso di norme atte a favorire, per cause estrinseche all'organismo, lo sviluppo fisico dell'uomo e a potenziare le normali attività".

Tutti gli esercizi hanno lo scopo di :

- ❖ favorire lo sviluppo armonico dei muscoli
- ❖ facilitare lo sviluppo dello scheletro
- ❖ aumentare la capacità respiratoria con conseguente azione sulla respirazione e sulla circolazione
- ❖ aumentare la capacità di coordinazione dei movimenti(11).

La promozione dell'attività fisica e sportiva è sempre di più assimilata alla promozione della salute.

L'attività fisica e sportiva intesa non più sulla fatica energetica, sulla valorizzazione del più forte, del corpo scolpito, ma su una visione più ampia nella quale si possa ritrovare un numero sempre più grande di ragazzi: che le pratiche fisiche, sportive e artistiche acquistino un significato agli occhi degli adolescenti affinché questi possano sperimentare i propri limiti, ma anche avere il piacere di partecipare, provare emozioni di vita, acquisire consapevolezza e confidenza con il proprio corpo.

Contrariamente agli adulti per i quali la pratica fisica si iscrive spesso in una prospettiva di salute, i ragazzi danno priorità alle relazioni sociali, al divertimento e alla ricerca di sensazioni per il corpo.

Le attività fisiche e sportive permettono loro anche di sperimentare i propri limiti, attraverso l'elemento intermediario del rischio. L'assunzione del rischio nell'attività fisica e sportiva si moltiplica, spesso assume una forma ludica, alla ricerca di uno sguardo di ammirazione.

L'educazione all'attività fisica e sportiva è prima di tutto un luogo di forte esperienza sociale, mettendo in gioco non solamente il corpo ma lo studente nella sua globalità secondo un'ampia gamma di relazioni con sé e con gli altri(12).

## SECONDO CAPITOLO

### Fase della conoscenza

#### **2.1 Matrice epidemiologica**

Si riportano alcuni dati relativi ai comportamenti alimentari, sia del sovrappeso e obesità nella popolazione in generale e negli *adolescenti e preadolescenti*

I dati si riferiscono all'Italia e alla Puglia.

##### **2.1.1 Comportamenti alimentari nella popolazione in generale**

Le indagini Multiscopo condotte dall'ISTAT nel 2001 sugli stili di vita alimentari affermano che gli italiani stanno modificando le loro abitudini in tutte le zone del paese: aumentano coloro che scelgono la cena come pasto principale (dal 17,3% nel 1993 al 20,3% nel 2001) e cresce la quota di persone che hanno l'abitudine di pranzare fuori di casa, alla mensa, al ristorante, bar e lavoro (15,8% nel 1997, 17,9% nel 2001)(5).

E' soprattutto nelle grandi città che si pranza in casa meno frequentemente (67,2%) e la cena è più spesso il pasto principale (32,2%). Inoltre tale abitudine è ovviamente influenzata dalla professione: il 39% degli impiegati pranza fuori casa, mentre pranzano in casa i ritirati dal

lavoro (95,6%) , le casalinghe (94,8%), gli studenti (80,6%) e i lavoratori in proprio (72,7%).

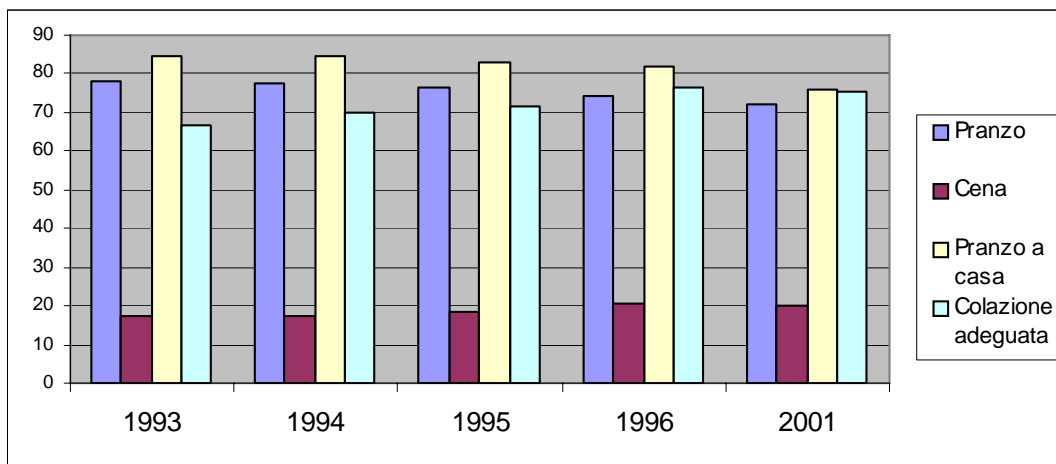
Fare una colazione adeguata (in cui non si assume solo the o caffè, ma si beve latte e/o si mangia qualcosa) è un'abitudine molto diffusa (75,6%), in particolare tra i bambini (oltre il 90% dai 3 ai 10 anni) e gli anziani (81,5% dai 75 anni e più) .

Per la maggior parte degli italiani (72,1%) il pasto principale rimane comunque il pranzo che viene consumato in casa nel 76,1% dei casi. (tab.1)

*Tabella 1: percentuale di persone di 3 anni e più per stile alimentare Italia (Fonte ISTAT)*

*Pasto principale*

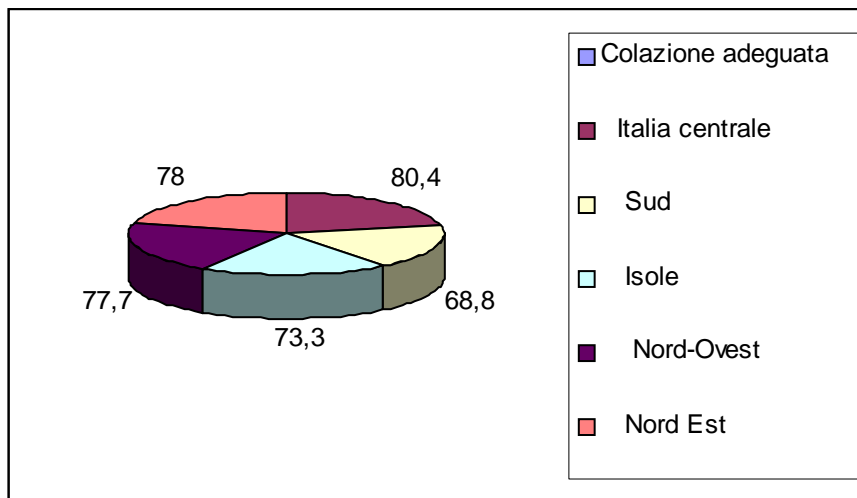
	Pranzo	Cena	Pranzo a casa	Colazione adeguata
1993	78,2	17,3	84,5	66,8
1994	77,7	17,5	84,7	69,8
1995	76,6	18,5	82,8	71,6
1996	74,2	20,7	82,0	76,6
2001	72,1	20,3	76,1	75,6



A livello territoriale si osserva una tendenza maggiore a fare colazione adeguata nell'Italia centrale (80,5%) e minore nel Mezzogiorno (Sud 68,8%, Isole (73,3%) mentre il Nord si colloca in una posizione intermedia (Nord-ovest 77,7%, Nord-est 78%)

### *Colazione adeguata*

✧	Italia centrale	80,5%
✧	Sud	68,8%
✧	Isole	73,3%
✧	Nord-Ovest	77,7%
✧	Nord Est	78 %

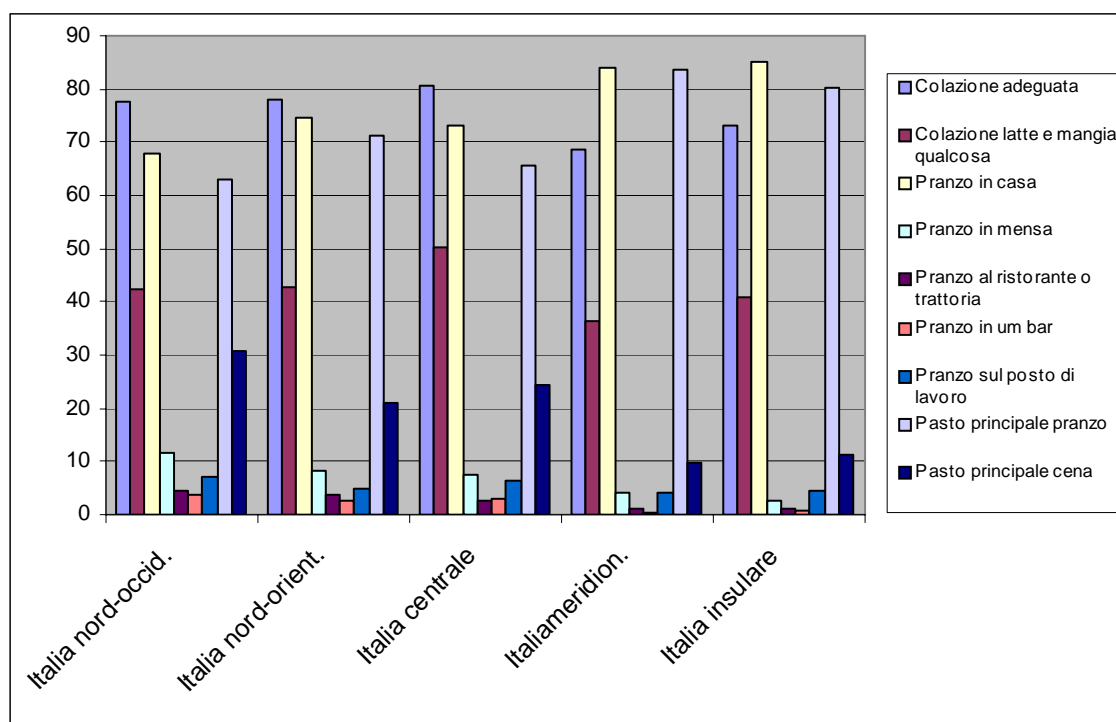


Si osserva una considerevole differenza geografica negli stili di vita alimentari.

(tab. 2)

*Tabella 2: Percentuale di persone di 3 anni e più per stile alimentare per ripartizione geografica (Fonte ISTAT 2001)*

	Colazione adeguata	Colazione latte e mangia qualcosa	Pranzo in casa	Pranzo in mensa	Pranzo al ristorante o trattoria	Pranzo in un bar	Pranzo sul posto di lavoro	Pasto principale pranzo	Pasto principale cena
Italia nord-occid.	77,7	42,3	67,8	11,6	4,4	3,9	7,0	63,0	30,7
Italia nord-orient.	78,0	42,8	74,8	8,2	3,8	2,6	4,7	71,4	21,1
Italia centrale	80,5	50,4	73,1	7,5	2,7	3,1	6,3	65,5	24,5
Italiameridion.	68,8	36,3	84,0	4,2	1,2	0,4	4,2	83,5	9,6
Italia insulare	73,3	40,8	85,3	2,7	1,0	0,6	4,4	80,3	11,2



Il dato nazionale riporta che 88,3% delle persone di 3 anni e più mangia pane, pasta o riso almeno una volta al giorno.

L'88,3% delle persone di 3 anni e più mangia carni bovine almeno qualche volta alla settimana: tale abitudine alimentare si riscontra maggiormente tra gli uomini (75,2%), contro il 69,3% delle donne.

Il consumo almeno settimanale di carni rosse ritorna ai livelli del 1999 (73,4% nel 1999, 69,2% nel 2000 e 72,2% nel 2001) segno che il calo dei consumi dovuti all'allarme per il morbo della "mucca pazza" nel 2001 è in parte rientrato. Il dato interessante del 2001 appare da un lato il mantenimento di più alti livelli di consumo della carne di maiale (48,3%) rispetto al 2000 (41,6%) e la contemporanea ripresa del consumo di carne bovina.

L'incremento generalizzato del consumo settimanale di alimenti di origine animale risulta confermato anche dal lieve aumento del consumo di pesce almeno una volta a settimana (dal 55,5% nel 2000 al 56,4% nel 2001).

Nell'ultimo anno si rileva una ripresa a mangiare frutta tutti i giorni, che nel quinquennio precedente aveva registrato una costante diminuzione (dal 85,4% nel 1993 al 78,3% del 2001).

Il 61,1 % delle persone di 3 anni e più beve latte almeno una volta al giorno. I bambini fino a 14 anni (3-5 anni 83,6%, 6-10 anni 79,1%, 11-14 anni 72,4%) e gli anziani (75 anni o più 68,6%) lo bevono più spesso.

I grassi più usati per cuocere (95,3%) e condire a crudo (96,6%) sono l'olio di oliva o altri di origine vegetale. Queste abitudini sono più frequenti

nell'Italia insulare (rispettivamente 97% e 97,4%) e meridionale (rispettivamente 96,6% e 96,1%), mentre la regione in cui se ne fa un minor uso è il Trentino Alto Adige (rispettivamente 84,8% e 91,3%) (5).

Nelle diverse ripartizioni geografiche si nota una considerevole differenza in percentuali che rappresentano le persone di 15 anni e più in sovrappeso (tab. 3) e obese (tab. 4)

Tabella 3: *Persone di 15 anni e più in sovrappeso per ripartizione geografica, classe di età (tassi per 100 persone -Fonte ISTAT anno 1999-2000)*

	Classi di età			
	15-24	25-44	45-64	65 e oltre
<i>Nord-Ovest</i>	11,7	22,4	39,5	39,1
<i>Nord-Est</i>	9,5	26,0	41,3	42,6
<b>Nord</b>	<b>10,7</b>	<b>23,9</b>	<b>40,2</b>	<b>40,6</b>
<b>Centro</b>	<b>10,6</b>	<b>24,9</b>	<b>41,4</b>	<b>41,7</b>
<i>Meridione</i>	16,3	33,0	45,7	46,3
<i>Isole</i>	13,7	30,7	43,1	43,1
<b>Sud</b>	<b>15,5</b>	<b>32,3</b>	<b>44,9</b>	<b>45,2</b>
<b>ITALIA</b>	<b>12,8</b>	<b>27,1</b>	<b>42,0</b>	<b>42,3</b>

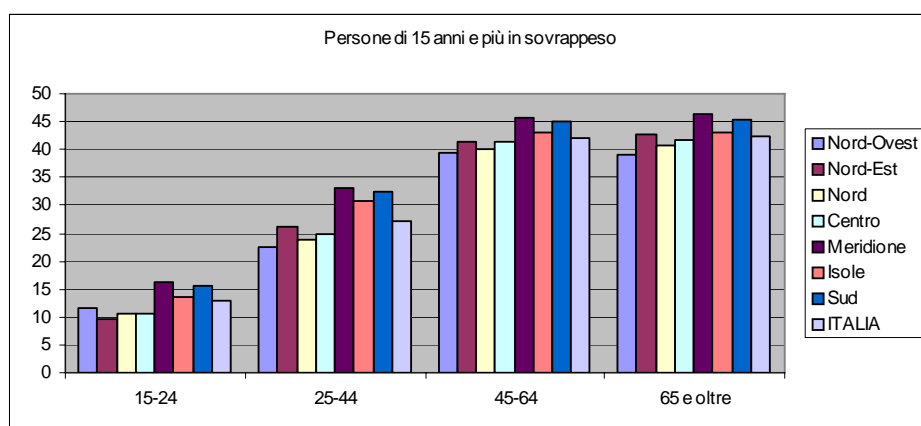
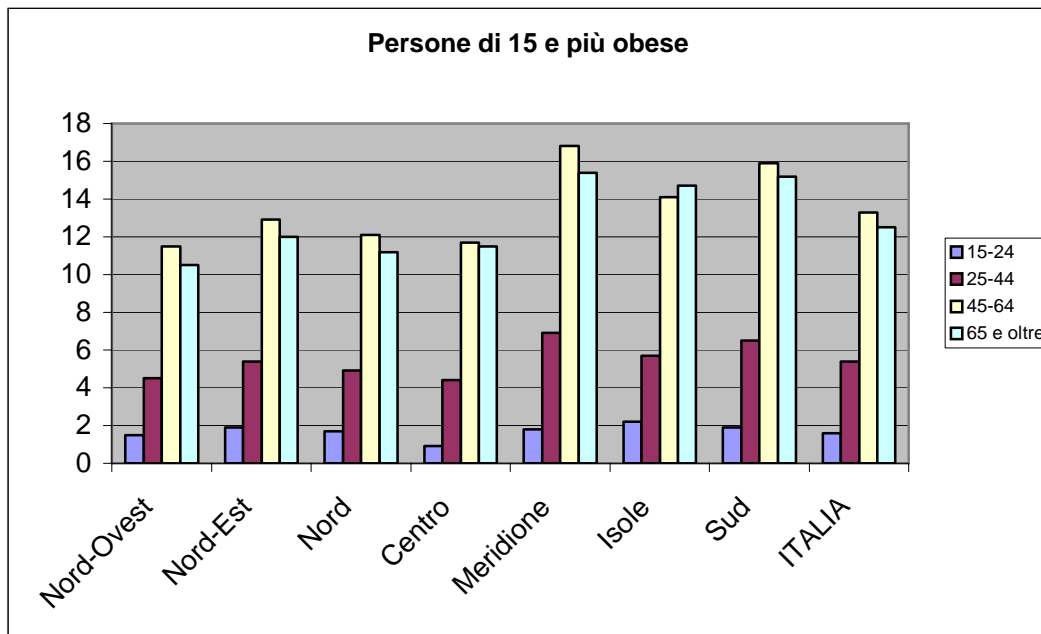


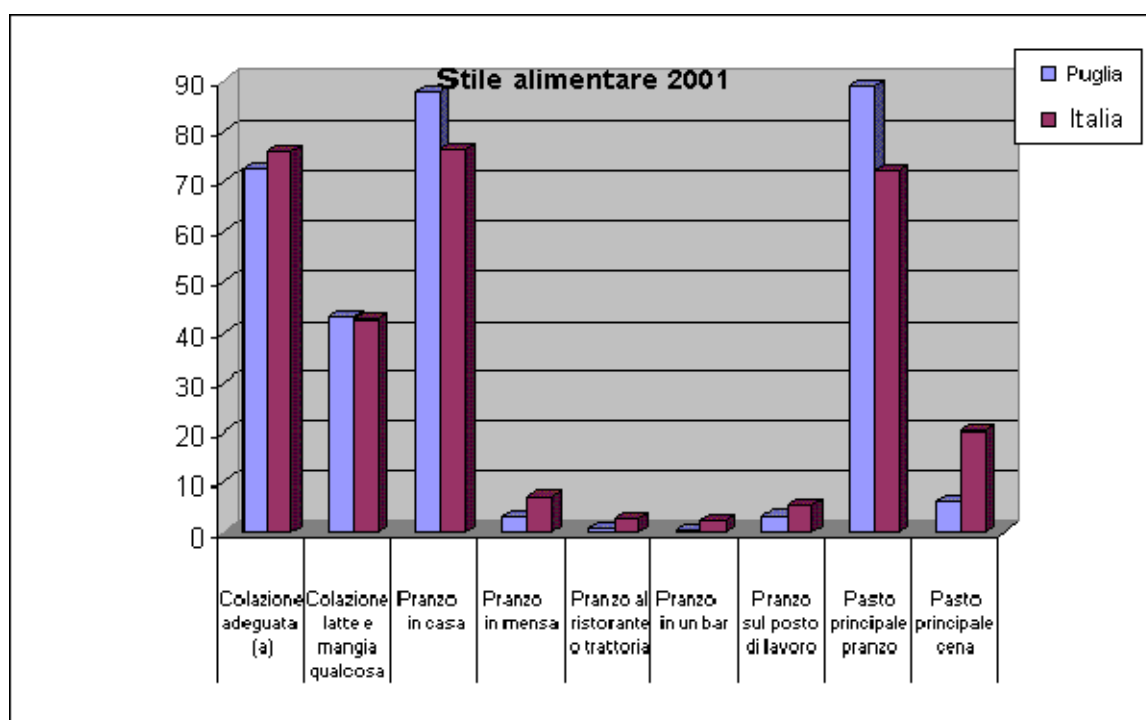
Tabella 4: *Persone di 15 anni e più obese per ripartizione geografica, classe di età (tassi per 100 persone -Fonte ISTAT anno 1999-2000)*

	Classi di età			
	15-24	25-44	45-64	65 e oltre
<b>Nord-Ovest</b>	1,5	4,5	11,5	10,5
<b>Nord-Est</b>	1,9	5,4	12,9	12,0
<b>Nord</b>	1,7	4,9	12,1	11,2
<b>Centro</b>	0,9	4,4	11,7	11,5
<b>Meridione</b>	1,8	6,9	16,8	15,4
<b>Isole</b>	2,2	5,7	14,1	14,7
<b>Sud</b>	1,9	6,5	15,9	15,2
<b>ITALIA</b>	1,6	5,4	13,3	12,5



*Tabella 5: percentuale di persone di 3 anni e più per stile alimentare in Puglia 2001  
(Fonte ISTAT)*

TERRITORIO	Colazione adeguata (a)	Colazione latte e mangia qualcosa	Pranzo in casa	Pranzo in mensa	Pranzo al ristorante o trattoria	Pranzo in un bar	Pranzo sul posto di lavoro	Pasto principale pranzo	Pasto principale cena
Puglia	72,6	42,7	87,6	3,1	0,8	0,3	3,4	88,7	6,4
Italia	75,6	42,3	76,1	7,3	2,8	2,3	5,5	72,1	20,3



La Puglia ha una tendenza maggiore rispetto al dato nazionale di consumare il pasto in casa e di consumarlo a pranzo.

Ha una tendenza minore rispetto sempre il dato nazionale ( 88,3%) relativamente alle persone di tre anni e più che mangiano pane, pasta o riso almeno una volta al giorno (86,4%). Il dato nazionale riporta che il 72,2% delle persone di 3 anni e più mangia carni bovine almeno qualche volta alla settimana . In Puglia il dato tende a scendere al 67,2% .

Il 61,1% (dato nazionale) delle persone di 3 anni e più beve latte una volta al giorno ; in Puglia il dato ha una tendenza ad aumentare (65,7%).

Per quanto riguarda il sovrappeso e l'obesità la Puglia presenta indici considerevoli rispetto al dato nazionale (tab.6) (5).

Tabella 6: Persone di 15 anni e più in sovrappeso e obese in Puglia classe di età ( tassi per 100 persone -Fonte ISTAT anno 1999-2000)

	Classi di età			
	15-24	25-44	45-64	65 e oltre
Puglia	14,1	29,2	44,1	46,3
ITALIA	12,8	27,1	42,0	42,3

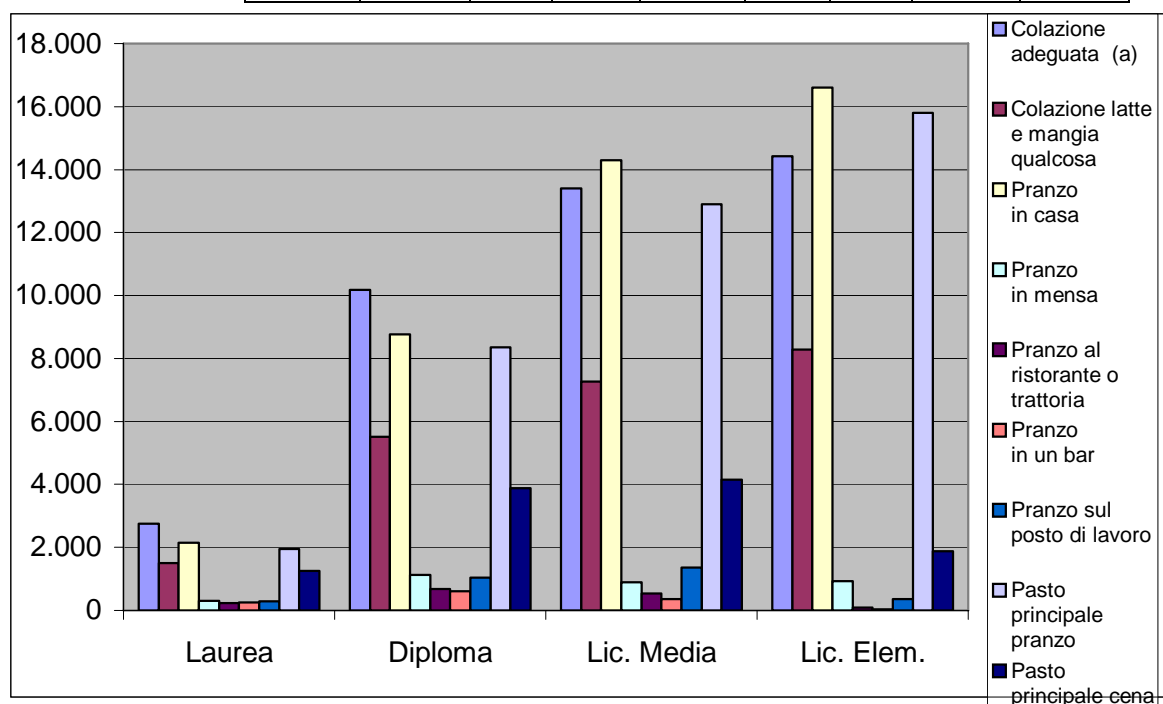
## 2.1.2 Stili di vita alimentari e grado di istruzione .

Per quanto riguarda gli stili di vita alimentari nella tab. 7 sono esposte le diverse opzioni correlate al grado di istruzione.

Tabella 7 : Persone di 6 anni e più per stile alimentare e titolo di studio

(Fonte ISTAT anno -2001 dati in migliaia)

Titolo di studio	Colazione adeguata (a)	Colazione latte e mangia qualcosa	Pranzo in casa	Pranzo in mensa	Pranzo al ristorante o trattoria	Pranzo in un bar	Pranzo sul posto di lavoro	Pasto principale pranzo	Pasto principale cena
Laurea	2.764	1.496	2.140	307	234	253	280	1.949	1.259
Diploma	10.177	5.502	8.769	1.132	683	615	1.043	8.355	3.884
Lic. Media	13.407	7.272	14.291	886	545	350	1.363	12.904	4.151
Lic. Elem.	14.419	8.278	16.607	932	95	42	360	15.803	1.880



Gli adolescenti appartenenti alle fasce medio-alte per istruzione dichiarano di consumare la cena come pasto principale e mangiano poca frutta verdura e pesce.

## 2.6 Matrice funzionale

L'ASL Taranto , nel luglio 2007 ha istituito un coordinamento sanitario e sociosanitario del Territorio vedi delibera del Direttore Generale n. 1276 .

I punti salienti della delibera sono:

- ❖ il coordinamento della attività socio-sanitarie che a livello territoriale collabora e si raccorda con le Strutture operative e i Dipartimenti
- ❖ cura e predispone programmi relativi alla Legge 328/200
  
- ❖ attiva forme di concertazione tra Comuni, Asl, Soggetti privati , il mondo della scuola
- ❖ individua interventi per la promozione dei diritti dell'infanzia ed adolescenza

Si è andato così costituendo all'interno del coordinamento un settore di Promozione alla salute costituito da operatori e dei Distretti Socio-Sanitari, dell'Ospedale e Associazioni di volontariato che è responsabile della progettazione, della pianificazione e del monitoraggio delle campagne di informazione/educazione sanitaria.

*Il coordinamento sanitario e socio-sanitario del Territorio* è deputato ai rapporti con le Autorità scolastiche competenti, con le Associazioni, con Enti e Amministrazioni stabilendo, di concerto con queste, i tempi e i luoghi degli interventi.

A tale *coordinamento sanitario e socio-sanitario del Territorio* spetta inoltre il coordinamento degli operatori sanitari che effettuano gli interventi. Esso provvede altresì al monitoraggio delle attività svolte e alle relative valutazioni di efficacia.

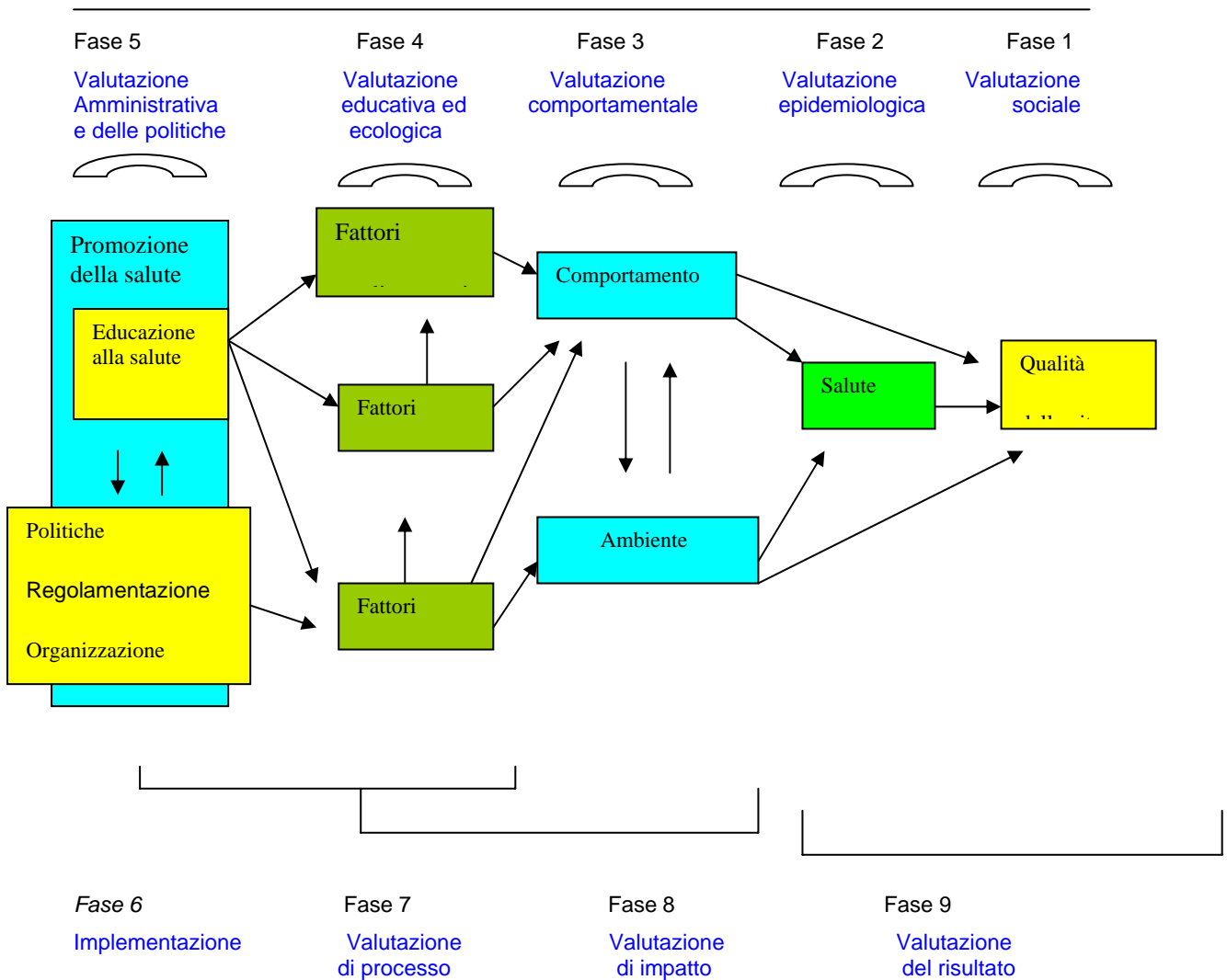
E' inoltre, *Il coordinamento sanitario e socio-sanitario del Territorio* cura ai rapporti con i Pediatri di Libera di scelta, con i MMG o altre figure professionali da coinvolgere nei programmi. *Il coordinamento sanitario e socio-sanitario del Territorio* provvede inoltre allo studio e alla preparazione del materiale informativo e didattico.

## Terzo capitolo

### 3.1 Analisi delle matrici e diagnosi educativa

Con riferimento al modello multidimensionale dell'educazione e promozione della salute PRECEDE-PROCEED-PRECEDE ( acronimi di Predisposing, Reinforcing, Constructs in Educational Diagnosis ed Evaluation , Policy, Regulatory, Organizational Constructs and Educational and Environmental Development ;

Modello Precede-Proceed (Green e Kreuter)



## Quarto Capitolo

### Fase di programmazione degli interventi

#### 4.1 Definizione del Target

I bambini e gli adolescenti residenti nell'Azienda Sanitaria Taranto che frequentano le scuole dell'area Ionica : 3 elementare e 4/5 anno delle scuole medie superiori ; genitori degli alunni della scuola elementare

#### 4.2 Definizioni degli obiettivi

Gli obiettivi si possono suddividere in:

- ✘ obiettivi di salute
- ✘ obiettivi comportamentali
- ✘ obiettivi educativi
- ✘ obiettivi di servizio

##### 4.2.1 Obiettivi di salute

Il lungo tempo che può intercorrere tra la modifica del comportamento che vogliamo ottenere e gli effetti sui più rilevanti problemi di salute correlati ad una scorretta alimentazione, la molteplicità dei fattori che possono influenzare la popolazione target e l'assenza di validi sistemi di rilevazione epidemiologica, non consentono di formulare se non in una generica riduzione delle patologie alimentazione- correlate, l'obiettivi di salute.

Ciò premesso, si possono identificare i seguenti obiettivi di salute.

1) Ridurre l'incidenza delle malattie legate ad una scorretta alimentazione, in particolare:

- arteriosclerosi e sue complicanze
- cancro
- ipertensione
- obesità

#### **4.2.2 Obiettivi comportamentali**

Definiti gli obiettivi di salute, gli obiettivi comportamentali sono individuabili nella eliminazione e riduzione di scorretti comportamenti alimentari e nella conseguente adozione di corrette abitudini alimentari.

E' evidente che il miglior modo per proteggersi dalle malattie correlate è smettere di mangiare in maniera scorretta nei modi e nei tempi, riscoprendo i benefici della dieta mediterranea, dell'utilizzo dell'olio di oliva, delle verdure, frutta, pesce; tuttavia anche la politica di riduzione del danno, consistente in azioni quali la diminuzione di alimenti altamente calorici, limitazione dei fuori pasto, non va tralasciata, in particolar modo nelle situazioni in cui una corretta alimentazione appare un traguardo assai ambizioso.

- 1) Aumentare la percentuale di bambini e di adolescenti che consumano verdure e frutta (quattro –cinque porzioni al giorno), legumi e pesce (2-4 porzioni alla settimana).
- 2) Ridurre l'assunzione di cibi fuori pasto e, comunque preferire in tal caso la frutta, la verdura, il latte, lo yogurt.
- 3) Favorire una alimentazione variata con cibi che comprendano tutti i principi nutritivi . (Dieta mediterranea)
- 4) Favorire la pratica dell'esercizio e attività fisica.

### **4.2.3 Obiettivi educativi**

Gli obiettivi educativi sono individuati in funzione dei fattori che , sulla base dell'analisi della situazione d'avvio e della letteratura, sono in gioco nel determinare possibili modifiche del comportamento alimentare scorretto .

- 1) Aumentare la conoscenza nel gruppo target relativa ad una corretta alimentazione , per i bambini e gli adolescenti durante l'anno scolastico di attuazione del progetto, attendendosi che il 90% risponda correttamente all'80% delle domande di un questionario, che il 90% dei genitori risponda correttamente alle domande negli incontri con insegnanti e operatori.
- 2) Aumentare nel gruppo target alunni e studenti la percezione dei fattori di rischio e di protezione legati all'alimentazione, entro un anno dall'inizio dell'intervento.
- 3) Aumentare nel gruppo target genitori la percezione dell'importanza di coinvolgere i loro figli nella scelta degli alimenti.
- 4) Sviluppare negli adolescenti e preadolescenti capacità logico-decisionali per compiere scelte alimentari che corrispondano a stili di vita sani.

### **4.2.4 Obiettivi di servizio**

Gli obiettivi di servizio rappresentano un aspetto complesso ed articolato del progetto, cui vanno notevoli sforzi operativi.

1) Istituire un gruppo di lavoro integrato tra scuola, genitori e servizi socio-sanitari, ospedale, associazioni , comune che programmi e gestisca la realizzazione del progetto.

2) Istituire una rete interna tra i diversi servizi di promozione della salute presenti sul territorio della ASL TA, attraverso la creazione di un gruppo di lavoro costituito dai referenti dei dipartimenti e dei distretti allo scopo di diffondere le informazioni su tutti gli interventi di promozione e educazione alla salute.

3) Costituire una rete tra i diversi Enti locali, sia pubblici che privati, per ottenere una collaborazione rispetto all'attuazione del progetto.

## **4.3 Risorse e Vincoli**

### **4.3.1 Risorse umane**

Le risorse umane sono costituite dal personale già operante nell'Azienda Sanitaria, dagli alunni e studenti, dagli insegnanti delle scuole , dai genitori degli alunni.

Il personale dell'ASL TA/1 è costituito da:

medici specialisti in alimentazione, infermieri professionali, assistenti sanitari, psicologi, sociologi, fisioterapisti che lavorano nei Distretti, nei Consultori, in Ospedale.

Il personale della scuola è costituito dagli insegnanti referenti alla salute e da tutti gli insegnanti disponibili a collaborare.

### **4.3.2 Risorse economiche**

Il progetto pur rientrando tra gli obiettivi del Piano sanitario nazionale e Regionale e quindi dell'azienda sanitaria, non ha previsto nessun budget .

### **4.3.3 Tempi**

Si prevede la durata di un anno .

Dopo incontri preliminari tra insegnanti e operatori sanitari per concordare e condividere il percorso operativo si è stabilito di dividere il tempo in 5 incontri (di tre ore ciascuno):

- 1) Somministrazione del questionario per acquisire dati sulla giornata alimentare e i consumi alimentari.
- 2) Rilevazione dei parametri antropometrici
- 3) Momento informativo e formativo sull'alimentazione.
- 4) Role-play , training autogeno, animazione
- 5) Valutazione, somministrazione di test, elaborati

A ciò si deve aggiungere la preparazione nel dettaglio delle attività e la valutazione dell'esito del progetto, realizzazione dei materiali informativi, somministrazione, compilazione e rielaborazione dei questionari .

#### **4.3.4 Vincoli**

Il vincolo principale riguarda l'assenza di una cultura della partecipazione, della collaborazione, della programmazione integrata e della rete all'interno dell'ASL (tra distretti e dipartimenti) e tra l'ASL e la Scuola.

La richiesta di partecipazione attiva sia dei genitori che dei ragazzi potrebbe essere sentita troppo onerosa.

La necessità di stabilire in anticipo un calendario degli incontri potrebbe creare delle difficoltà organizzative sia nell'ambito della programmazione scolastica sia per i genitori che dovrebbero accordarsi per date e orari soddisfacenti per tutti.

#### **4.4 Metodi**

Tra i modelli processuali che hanno ricevuto una certa attenzione nella spiegazione della complessità dei comportamenti umani circa la salute e le sue complicanze è il modello transteoretico di Di Clemente e Prochaska .

Il modello teorico per ridurre l'incertezza della complessità dei comportamenti umani e delle sue dinamiche è costituito da 5 stadi in equilibrio dinamico.

## Quinto capitolo

### 5.1 La valutazione

La valutazione è una delle attività che anticipano, accompagnano e supportano il processo decisionale. La valutazione risulta parte integrante della maggiore parte delle nostre azioni, è un metodo in cui le regole procedurali non sono costituite in schemi precisi, rigidi e definiti, ma sono continuamente trasformate in funzioni delle caratteristiche dei materiali del contesto operativo e dell'esperienza(21) .Il momento valutativo accompagna tutte le fasi progettuali fin dall'analisi dei bisogni, in un processo circolare di progettazione – valutazione che permette di apportare fattori correttivi in itinere per agire in modo quanto più possibile efficace ed efficiente.



## Risultati

L'indagine, prefigurata dunque come indagine pilota, ha interessato un campione di alunni della scuola elementare e della media superiore di tutta la provincia Jonica (circa 1000).

I risultati della ricerca, pertanto non possono essere estesi alla totalità della popolazione nazionale degli alunni e sono attendibili, nei limiti precisati, con riferimento a questa specifica realtà territoriale.

Senza pretendere di fornire risposte certe e definitive a interrogativi complessi, si propongono comunque alcune ipotesi interpretative e spunti di riflessione che potranno essere oggetto di ulteriori approfondimenti.

### Nota metodologica dell'analisi dei dati.

*Analisi della distribuzione di una variabile (monovariata) e di due variabili (bivariata).*

La sintesi dei dati è stata effettuata costruendo delle tabelle a doppia entrata riportando i valori percentuali.

Nello specifico dei valori percentuali, si è deciso di eseguire calcoli riferendosi sempre al 100% per ogni rispettivo totale di ogni singola colonna delle relative tabelle.

### **Caratteristiche del campione**

La totalità degli esaminati, dal periodo 01/01/2008 al 30/05/2008, che d'ora in poi sarà il campione\* in oggetto, ovvero i soggetti che sono entrati a far parte del progetto “*La salute vien mangiando..... frutta, verdura, legumi e pesce spizzicando*” sull'educazione alimentare delle scuole elementari e istituti superiori afferenti ai Distretti Socio Sanitari dell'AUSL TA n. 1-2-3-4-5-6-7, si è distribuito secondo le variabili di genere come segue.

I dati sono stati inseriti in un Date-Base per la loro catalogazione e sono stati elaborati statisticamente con il programma SPSS ( Statistical PackAge for Social Scienze).

Il questionario è costituito da una serie di items tendenti a rilevare le abitudini della giornata alimentare , consumi alimentari, misure antropometriche oltre alcuni

parametri sanitari ( atti respiratori al minuto, frequenza cardiaca, pressione arteriosa e circonferenza vita).

\*Informiamo il lettore che il campione è tale riferimento all'universo composto da tutti i soggetti delle scuole elementari e medie superiori della provincia Jonica a cui è stato somministrato il questionario del progetto "La salute vien mangiando frutta....." sull'educazione alimentare .

### Istituti superiori

Dall'analisi monovariata dei dati del nostro campione rispetto alle abitudini e consumi alimentari negli **istituti superiori** è emerso quanto segue:

54,8% circa afferma di consumare *la prima colazione* 1-3 volta alla settimana  
 61,9 % circa afferma che *il pranzo* è costituito da **pasto completo** ( primo, secondo, contorno e frutta)  
 66,7% circa afferma che *la cena* è costituita di **primo e secondo**  
 64,3% circa afferma di consumare *pesce* 1- 3 volte al mese  
 64 % circa afferma di consumare *verdura* da 1- 3 volte al mese a 2-4 volte alla settimana  
 mentre l'11% afferma di non consumarlo mai  
 52,4% circa afferma di consumare *frutta* 1 volta al giorno e 16,7 % circa 2-4 volte alla settimana  
 73,8% circa afferma di consumare *legumi* 1- 3 volte al mese  
 69% circa afferma di consumare *pasta e riso* 2 volte al giorno  
 66,7 % circa afferma di consumare *dolci* 1 volta al giorno  
 81% circa afferma di mangiare carne 1volta al giorno  
 61% circa afferma di aver **fumato**  
 71% circa afferma di aver bevuto **alcolici**

Dall'analisi monovariata dei dati del nostro campione rispetto al movimento e all'attività fisica è emerso quanto segue:

69% circa afferma di non praticare **nessuna attività fisica**  
 47% circa afferma di trascorrere **più di 5 ore davanti al televisore**  
 57% circa afferma di trascorrere **4 ore davanti al computer**

Dall'analisi monovariata dei dati del nostro campione rispetto al peso corporeo e ad alcuni dati sanitari è emerso quanto segue:

66,7% circa è in **sovrappeso**  
 66% circa ha **tachipnea**  
 57% circa ha **tachicardia**  
 50% circa dei soggetti visitati presenta *rischio lieve* in riferimento alla circonferenza  
 (fino a 102)  
 40% circa presenta **ipertensione arteriosa**

Alla domanda cosa pensi del tuo stato di salute il campione si divide così:

33% circa ha una percezione che il proprio stato di salute è **molto buono**  
 67,7% circa ha una percezione che il proprio stato di salute **non è buono**

Dall'incrocio delle due variabili ( Analisi bivariata) “ *Quante volte durante la settimana consumi la prima colazione*” e *l'istruzione della madre - padre e professione madre –padre* se si osservano le **Tab. A –B – C – D** si evince che:

*gli alunni* che effettuano **la 1° colazione** tutti i giorni pare che appartengano alle classi sociali dove i genitori hanno **una scolarità più alta** ( scuola media superiore e laurea) e una professione impiegatizia , di insegnanti o liberi professionisti.

Se si osservano le **Tab. E –F-G-H-I** dall'incrocio delle due variabili (Analisi bivariata) “Indice di massa corporea” ( peso) e il consumo di pesce, verdura, frutta , e la frequenza della 1 colazione nonché della percentuale di alunni che fanno attività fisica si evince che:

**chi effettua la 1° colazione tutti giorni,**

**chi effettua attività fisica**

**che mangia pesce dalle 2-4 volte alla settimana**

**chi mangia verdura 2-3 volte al giorno**

**chi mangia frutta 2-3 volte al giorno *risulta essere in normopeso.***

Se si osservano le **Tab L-M-N-O** dall'incrocio delle due variabili ( Analisi bivariata) "Indice di massa corporea" ( peso) e il consumo di carne, consumo si dolci, la frequenza respiratoria e cardiaca si evince:

**che chi consuma la carne e i dolci 1 volta al giorno**

**risulta essere in sovrappeso**

**inoltre presenta una significativa emotività dovuta alla presenza della tachicardia (aumento dei battiti cardiaci) nonché della tachipnea (aumento degli atti respiratori)**

Se si osserva la **Tab. P** dall'incrocio delle due variabili ( Analisi Bivariata) "Indice di massa corporea" ( peso) e la percezione del proprio stato di salute si evince che:

**chi è in normopeso pensa di avere un buon stato di salute**

**chi è in sovrappeso pensa di non avere un buon stato di salute**

In definitiva chi non effettua la colazione costantemente, chi non fa attività fisica, non mangia almeno 4-5 volte al giorno tra frutta e verdura e fa poco uso di pesce risulta essere in sovrappeso.

Inoltre il grado di istruzione inciderebbe sulla conoscenza dei consumi e degli stili alimentari.

Una buona conoscenza di abitudini e convinzioni dei ragazzi nei confronti degli alimenti e della salute è prerequisito per lo sviluppo e la riuscita di programmi di educazione nutrizionale. Occorre identificare i comuni malintesi sui cibi, i livelli di conoscenza sulla nutrizione e le barriere che si frappongono ad un cambiamento nella dieta.

I sondaggi sulle abitudini forniscono informazioni e rilevano comportamenti. Queste informazioni possono essere usati per preparare più focalizzati programmi di educazione nutrizionale per far fronte alla domanda di salute di oggi e domani

### **Scuole elementari**

Dall'analisi monovariata dei dati del nostro campione rispetto alle abitudini e consumi alimentari nelle **scuole elementari** è emerso quanto segue:

**solo il 30,7%** circa afferma di consumare *la prima colazione* **tutti i giorni**

**70,0 %** circa afferma che *il pranzo* è costituito da **pasto completo** ( primo, secondo,

contorno e frutta)

**66,0** circa afferma che *la cena* è costituita di **primo e secondo**

**65,0%** circa afferma di consumare *pesce* **1- 3 volte al mese**

42,0 circa afferma di consumare *verdura* da 1- 3 volte al mese a 2-4 volte alla settimana

mentre 23% afferma di non consumarlo mai

50,0% circa afferma di consumare *frutta* 1 volta al giorno e 16,7 % circa 2-4 volte alla settimana

83% circa afferma di consumare *legumi* 1- 3 volte al mese

65% circa afferma di consumare *pasta e riso* 2 volte al giorno

86,7 % circa afferma di consumare *dolci* 1 volta al giorno

71% circa afferma di mangiare carne 1 volta al giorno

Dall'analisi monovariata dei dati del nostro campione rispetto al movimento e all'attività fisica è emerso quanto segue:

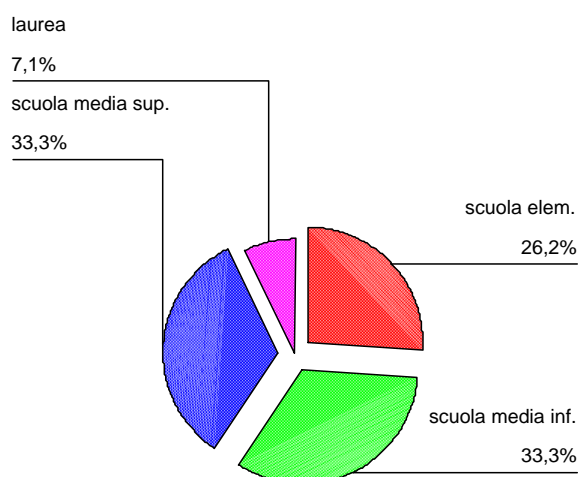
67% circa afferma di non praticare nessuna attività fisica

57% circa afferma di trascorrere più di 5 ore davanti al televisore

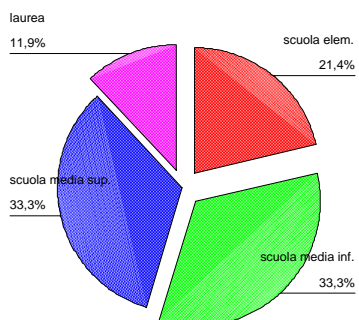
65% circa afferma di trascorrere 4 ore davanti al computer

## Tabella di frequenza con dati riferiti agli alunni della media superiore

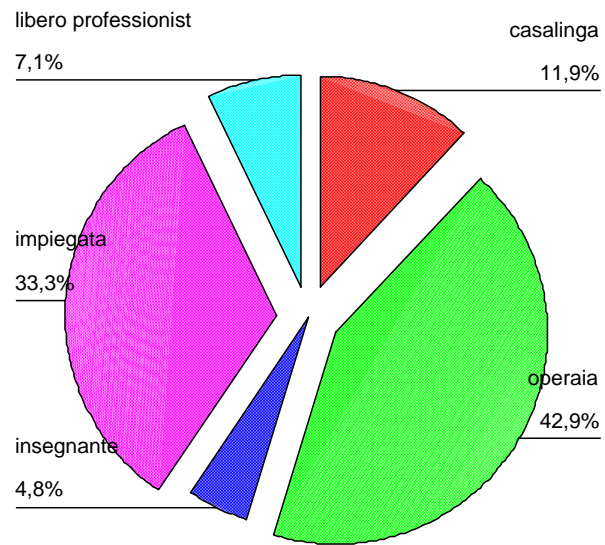
### istruzione madre



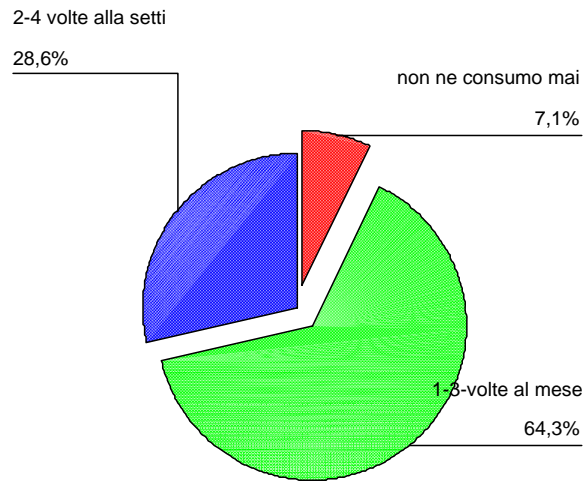
### istruzione padre



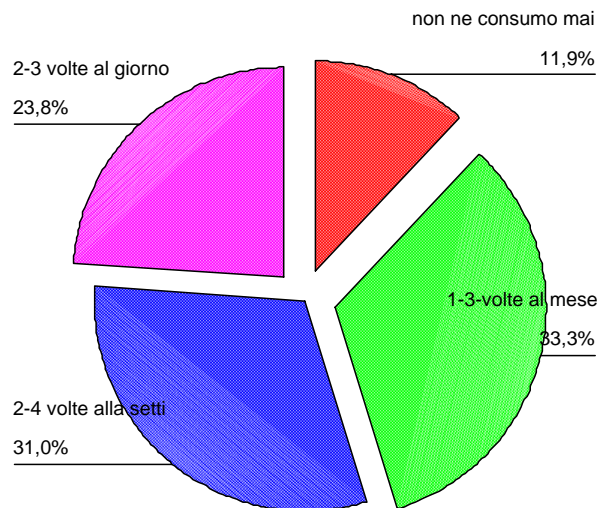
## professione madre



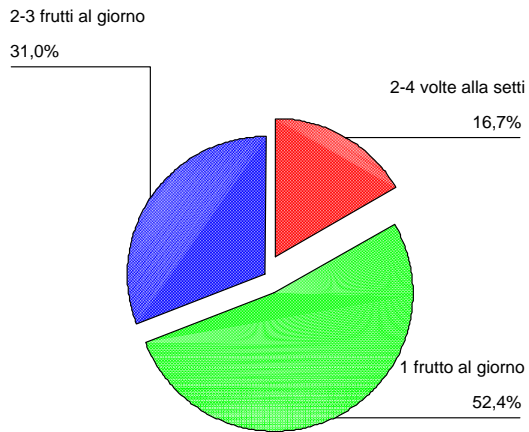
## Quante volte mangi pesce?



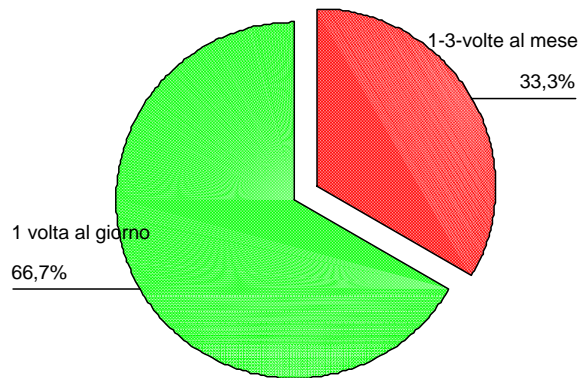
## Quante volte mangi verdura?



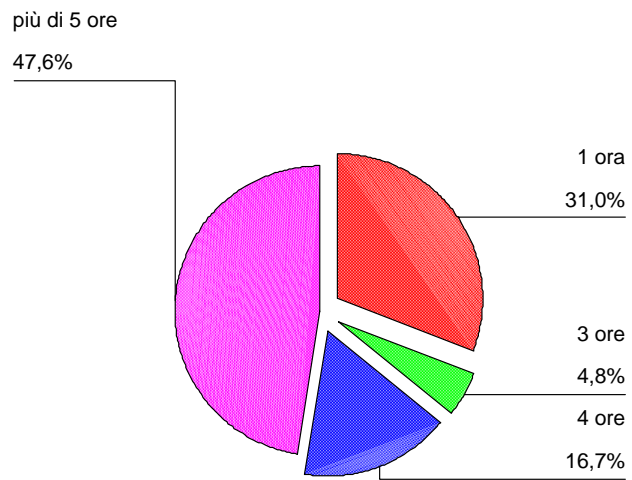
### Quante volte mangi frutta?



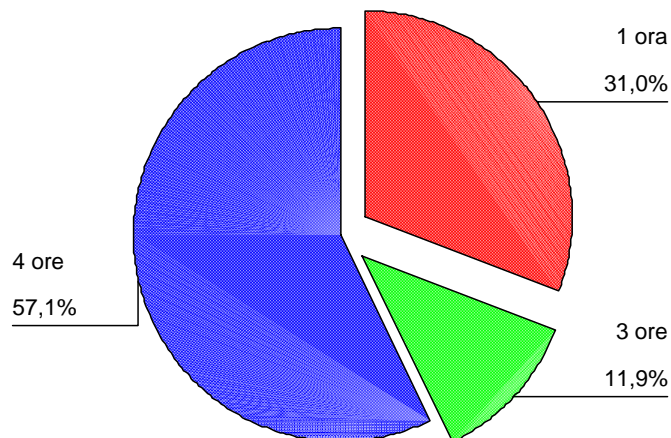
### Quante volte mangi dolci (merendine, torte, snak, cioccolata)?



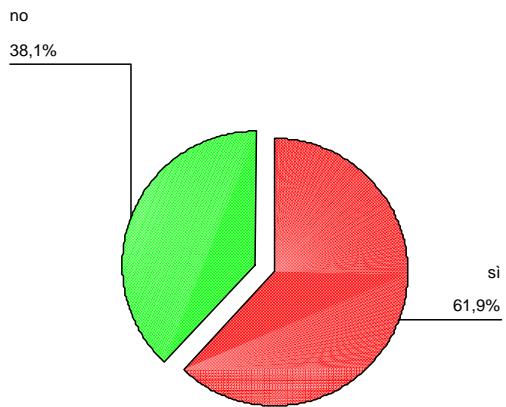
Quanto tempo trascorri davanti  
alla televisione in una giornata?



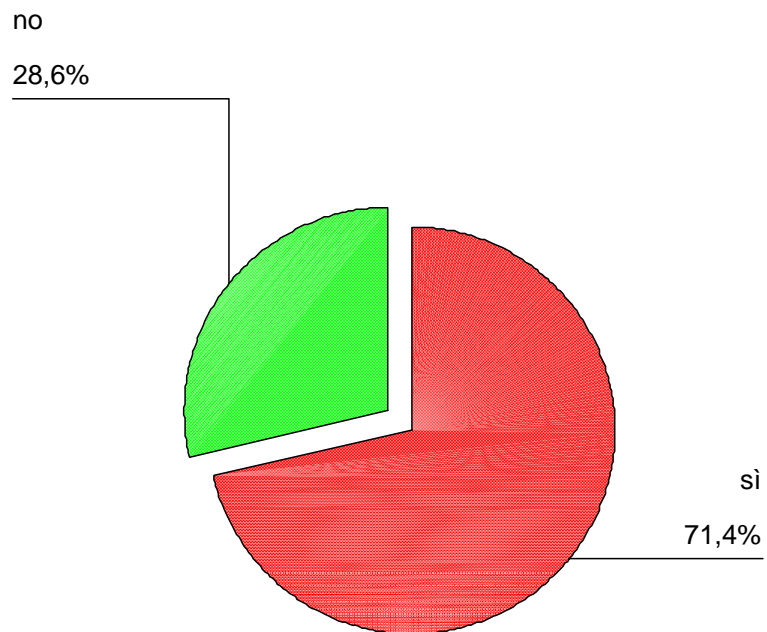
Quanto tempo trascorri davanti  
al computer?



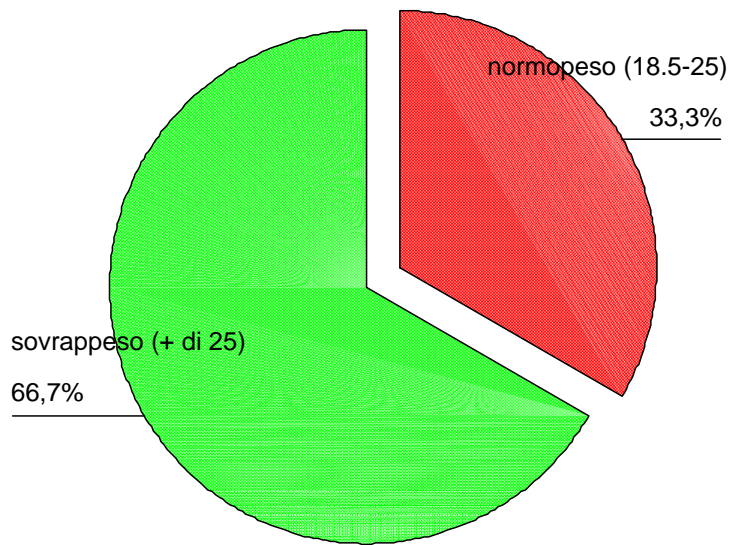
Hai mai fumato? (tabacco)



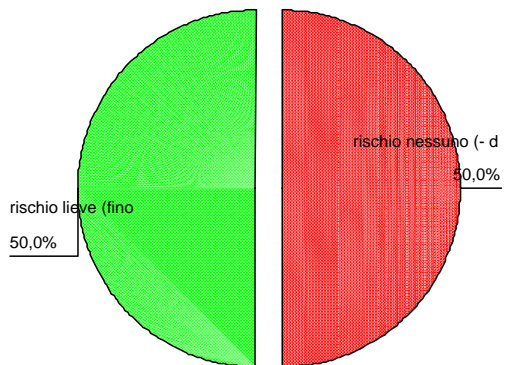
Hai mai bevuto alcolici?



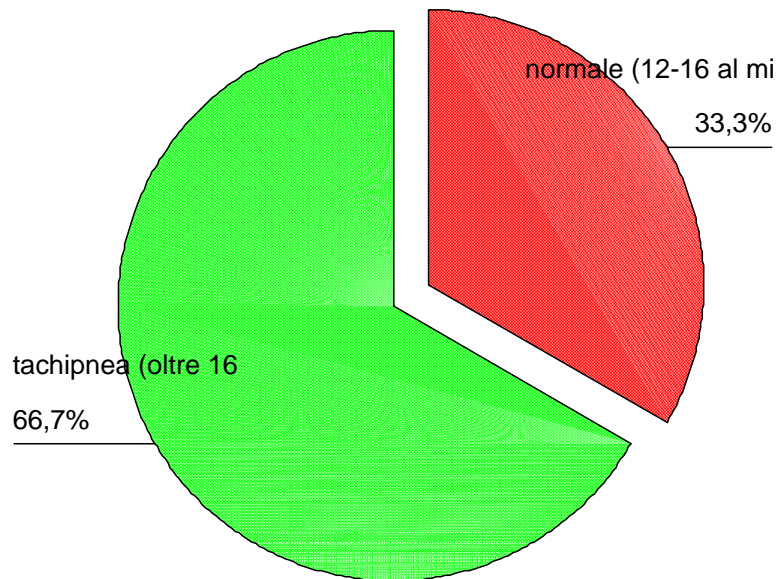
## Indice di massa corporea (peso-altezza)



## Circonferenza vita



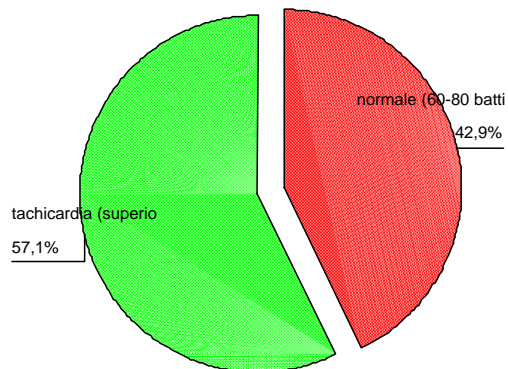
## Atti respiratori al minuto



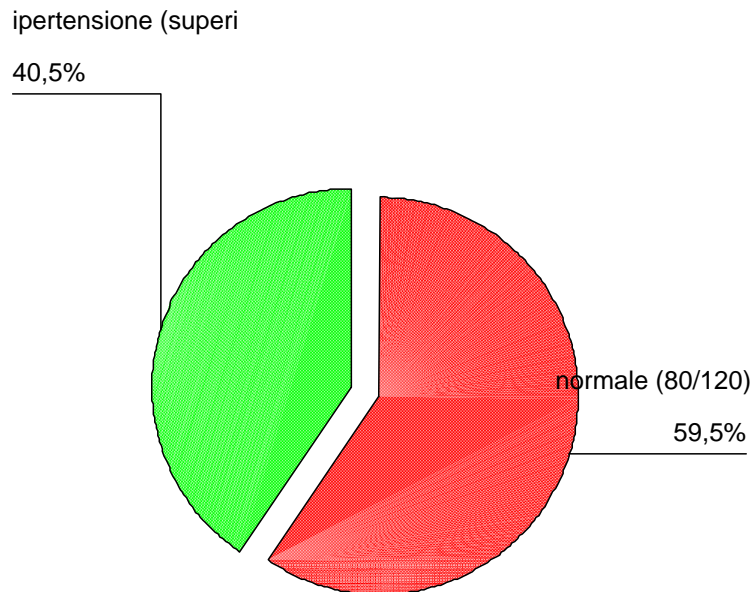
Atti respiratori al minuto TAB.22

		Percentuale
Validi	normale (12-16 al minuto)	33,3
	tachipnea (oltre 16 al minuto)	66,7
	Totale	100,0

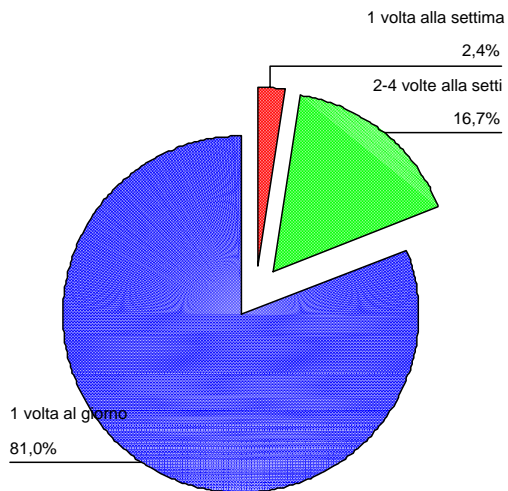
## Frequenza cardiaca



## Pressione arteriosa



## Quante volte mangi carne?



## Quante volte mangi carne? TAB.25

		Percentuale
Validi	1 volta alla settimana	2,4
	2-4 volte alla settimana	16,7
	1 volta al giorno	81,0
Totale		100,0

## Tavole di contingenza dati riferiti agli alunni della media superiore

**Tavola di contingenza istruzione madre \* Quante volte durante la settimana consumi la prima colazione ? TAB.A**

		Quante volte durante la settimana consumi la prima colazione ?			Totale
		tutti i giorni (7 volte)	quasi tutti i giorni (4-6 volte)	a volte (1-3 volte)	
istruzione madre	scuola elem.			100,0%	100,0%
	scuola media inf.		14,3%	85,7%	100,0%
	scuola media sup.	85,7%	14,3%		100,0%
	laurea	100,0%			100,0%

**Tavola di contingenza istruzione padre \* Quante volte durante la settimana consumi la prima colazione ? TAB.B**

		Quante volte durante la settimana consumi la prima colazione ?			Totale
		tutti i giorni (7 volte)	quasi tutti i giorni (4-6 volte)	a volte (1-3 volte)	
istruzione padre	scuola elem.			100,0%	100,0%
	scuola media inf.			100,0%	100,0%
	scuola media sup.	71,4%	28,6%		100,0%
	laurea	100,0%			100,0%

**Tavola di contingenza professione madre \* Quante volte durante la settimana consumi la prima colazione ? TAB. C**

		Quante volte durante la settimana consumi la prima colazione ?			Totale
		tutti i giorni (7 volte)	quasi tutti i giorni (4-6 volte)	a volte (1-3 volte)	
professione madre	casalinga			100,0%	100,0%
	operaia			100,0%	100,0%
	insegnante	100,0%			100,0%
	impiegata	71,4%	28,6%		100,0%
	libero professionista	100,0%			100,0%

**Tavola di contingenza professione padre \* Quante volte durante la settimana consumi la prima colazione ? TAB.D**

		Quante volte durante la settimana consumi la prima colazione ?			Totale
		tutti i giorni (7 volte)	quasi tutti i giorni (4-6 volte)	a volte (1-3 volte)	
professione padre	operaio			100,0%	100,0%
	impiegato	73,3%	26,7%		100,0%
	dirigente	100,0%			100,0%
	libero professionista	100,0%			100,0%

**Tavola di contingenza Indice di massa corporea (peso-altezza) \* Quante volte durante la settimana consumi la prima colazione ? TAB.E**

		Quante volte durante la settimana consumi la prima colazione ?			Totale
		tutti i giorni (7 volte)	quasi tutti i giorni (4-6 volte)	a volte (1-3 volte)	
Indice di massa corporea (peso-altezza)	normopeso (18.5-25)	100,0%			100,0%
	sovrappeso (+ di 25)	3,6%	14,3%	82,1%	100,0%

**Tavola di contingenza Indice di massa corporea (peso-altezza) \* Fai attività fisica? TAB.F**

		Fai attività fisica?		Totale
		sì	no	
Indice di massa corporea (peso-altezza)	normopeso (18.5-25)	92,9%	7,1%	100,0%
	sovrappeso (+ di 25)		100,0%	100,0%

**Tavola di contingenza Quante volte mangi pesce? \* Indice di massa corporea (peso-altezza) TAB. G**

		Indice di massa corporea (peso-altezza)		Totale
		normopeso (18.5-25)	sovrappeso (+ di 25)	
Quante volte mangi pesce?	non ne consumo mai		100,0%	100,0%
	1-3-volte al mese	7,4%	92,6%	100,0%
	2-4 volte alla settimana	100,0%		100,0%

**Tavola di contingenza Quante volte mangi verdura? \* Indice di massa corporea (peso-altezza) TAB.H**

		Indice di massa corporea (peso-altezza)		Totale
		normopeso (18.5-25)	sovrappeso (+ di 25)	
Quante volte mangi verdura?	non ne consumo mai		100,0%	100,0%
	1-3-volte al mese		100,0%	100,0%
	2-4 volte alla settimana	30,8%	69,2%	100,0%
	2-3 volte al giorno	100,0%		100,0%

**Tavola di contingenza Quante volte mangi frutta? \* Indice di massa corporea (peso-altezza) TAB.I**

		Indice di massa corporea (peso-altezza)		Totale
		normopeso (18.5-25)	sovrappeso (+ di 25)	
Quante volte mangi frutta?	2-4 volte alla settimana		100,0%	100,0%
	1 frutto al giorno	4,5%	95,5%	100,0%
	2-3 frutti al giorno	100,0%		100,0%

**Tavola di contingenza Quante volte mangi carne? \* Indice di massa corporea (peso-altezza) TAB.L**

		Indice di massa corporea (peso-altezza)		Totale
		normopeso (18.5-25)	sovrappeso (+ di 25)	
Quante volte mangi carne?	1 volta alla settimana	100,0%		100,0%
	2-4 volte alla settimana	100,0%		100,0%
	1 volta al giorno	17,6%	82,4%	100,0%
Totale		33,3%	66,7%	100,0%

**Tavola di contingenza Quante volte mangi carne? \* Atti respiratori al minuto TAB.M**

		Atti respiratori al minuto		Totale
		normale (12-16 al minuto)	tachipnea (oltre 16 al minuto)	
Quante volte mangi carne?	1 volta alla settimana	100,0%		100,0%
	2-4 volte alla settimana	100,0%		100,0%
	1 volta al giorno	17,6%	82,4%	100,0%
Totale		33,3%	66,7%	100,0%

**Tavola di contingenza Quante volte mangi carne? \* Frequenza cardiaca TAB.N**

		Frequenza cardiaca		Totale
		normale (60-80 battiti)	tachicardia (superiore a 80 battiti)	
Quante volte mangi carne?	1 volta alla settimana	100,0%		100,0%
	2-4 volte alla settimana	100,0%		100,0%
	1 volta al giorno	29,4%	70,6%	100,0%
Totale		42,9%	57,1%	100,0%

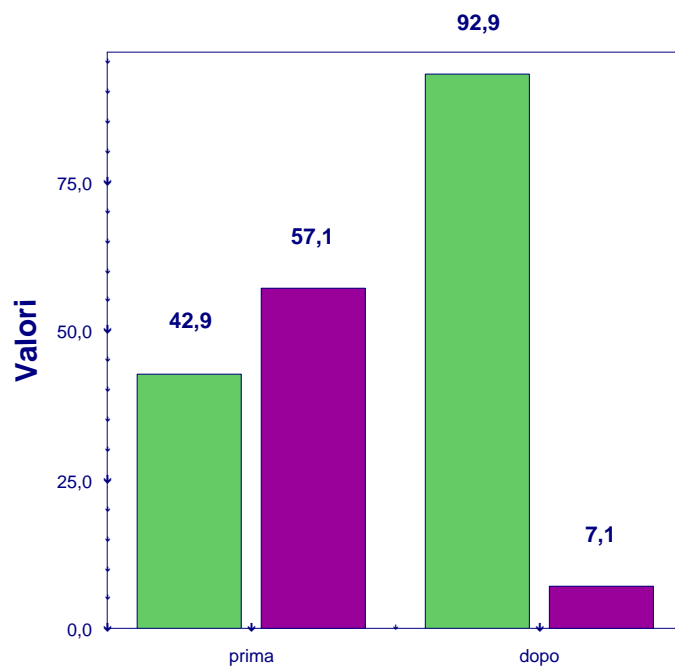
**Tavola di contingenza Quante volte mangi dolci (merendine,torte,snak,cioccolata)? \* Indice di massa corporea (peso-altezza) TAB. O**

		Indice di massa corporea (peso-altezza)		Totale
		normopeso (18.5-25)	sovrappeso (+ di 25)	
Quante volte mangi dolci (merendine,torte,snak,cioccolata)?	1-3-volte al mese	100,0%		100,0%
	1 volta al giorno		100,0%	100,0%
Totale		33,3%	66,7%	100,0%

Tabella di contingenza Cosa pensi del tuo stato di salute? \* Indice di massa corporea (peso-altezza) TAB.F

		Indice di massa corporea (peso-altezza)		Totale
		normopeso (18.5-25)	sovrappeso (+ di 25)	
Cosa pensi del tuo stato di salute?	è molto buono	100,0%		100,0%
	non è buono		100,0%	100,0%
Totale		33,3%	66,7%	100,0%

### Frequenza cardiaca

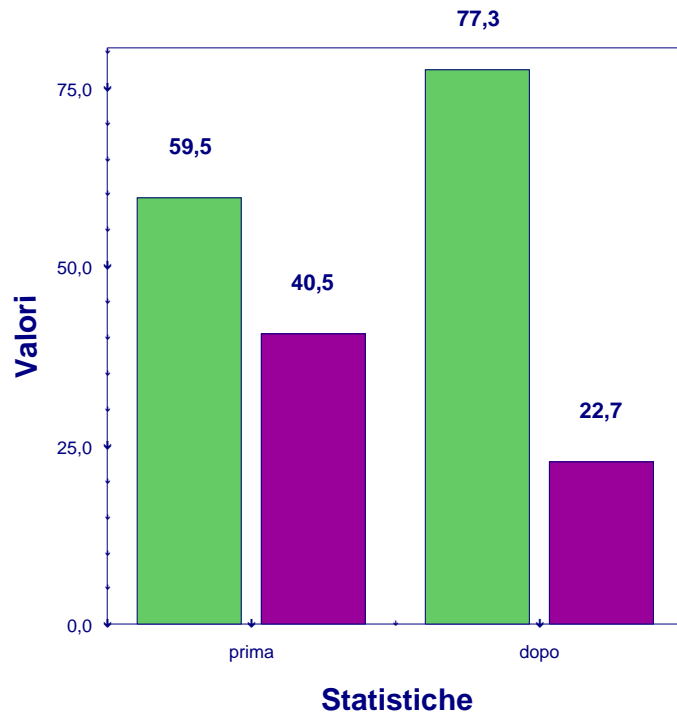


### Statistiche

#### Frequenza cardiaca

		prima	dopo
Validi	normale (60-80 battiti)	42,9	92,9
	tachicardia (superiore a 80 battiti)	57,1	7,1
Totale		100,0	100,0

## Pressione arteriosa



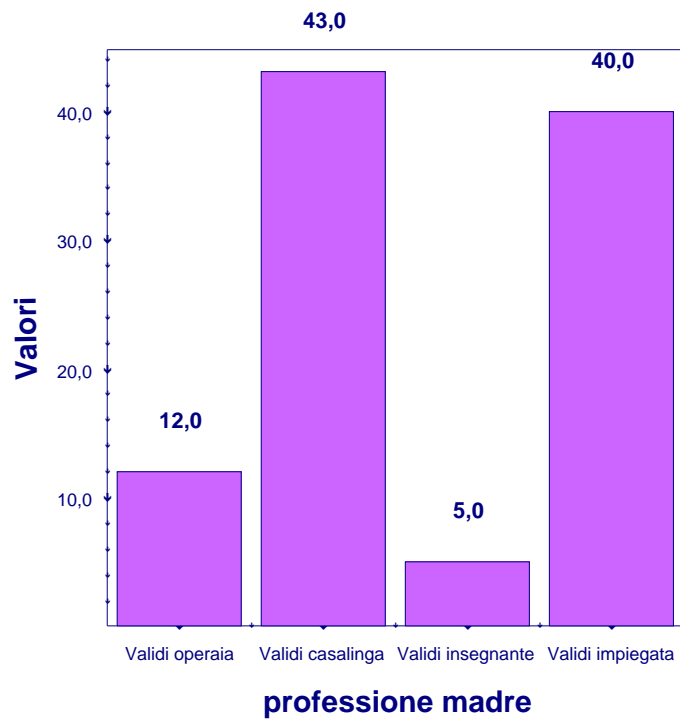
### Pressione arteriosa

		prima	dopo
Validi	normale (80/120)	59,5	77,3
	ipertensione (superiore 80/120)	40,5	22,7
	Totale	100,0	100,0

## Tabella di frequenza con dati riferiti agli alunni della scuola elementare

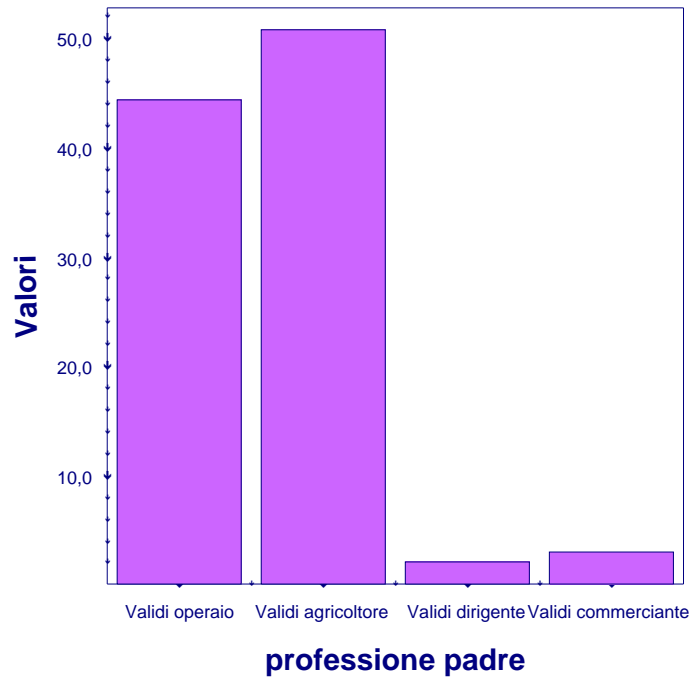
### Che lavoro fa la mamma ? TAB.1

Statistiche : Percentuale



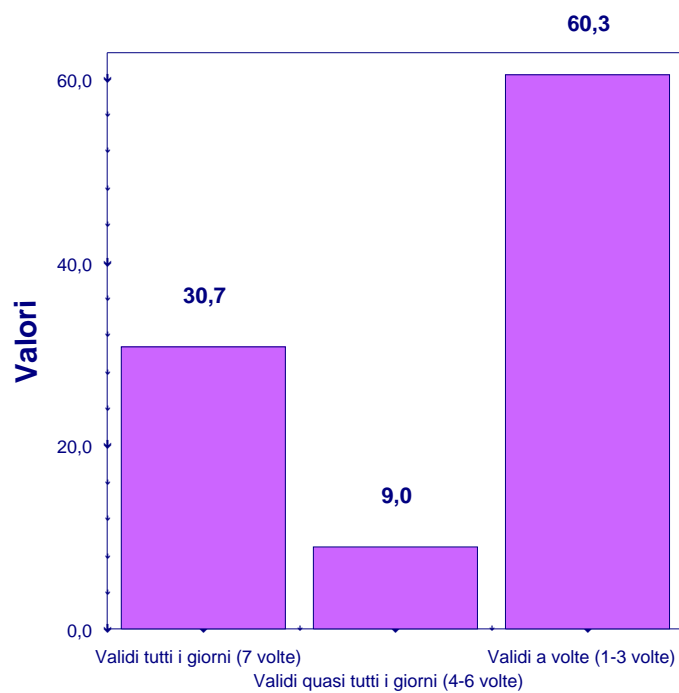
### Che lavoro fa papà? TAB.2

Statistiche : Percentuale



### Quante volte durante la settimana consumi la prima colazione ? TAB. 3

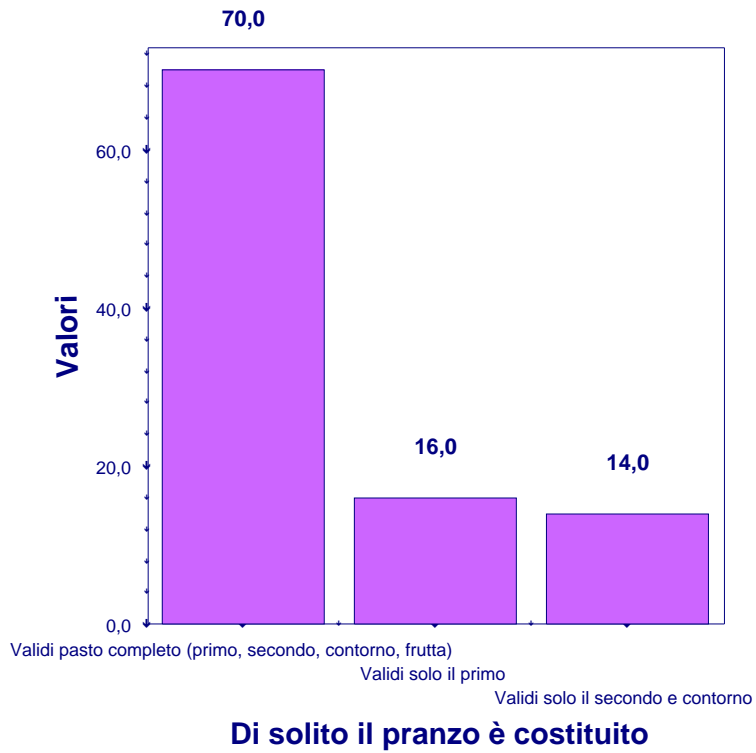
Statistiche : Percentuale



Quante volte durante la settimana consumi la prima colazione ?

### Di solito il pranzo è costituito TAB.4

Statistiche : Percentuale



### Di solito la cena è costituita TAB.5

Statistiche : Percentuale