



COMUNE DI NONANTOLA

Provincia di Modena



Istituto Comprensivo "F.lli Cervi"
di NONANTOLA

PROGETTO DI COMUNITÀ PER LA PROMOZIONE DI UNA SANA ALIMENTAZIONE E DI UNA REGOLARE ATTIVITÀ FISICA E PER LA PREVENZIONE DELL'OBESITÀ INFANTILE NEL TERRITORIO DEL COMUNE DI NONANTOLA.

INTRODUZIONE

La prevalenza di sovrappeso ed obesità ha subito negli ultimi 15 anni un drammatico incremento in tutto il mondo, compresa l'Italia, tanto da far coniare il termine di "epidemia di obesità" [1, 2].

Questo fenomeno riguarda anche l'infanzia [3, 4].

Grazie allo sviluppo del progetto ministeriale di sorveglianza nutrizionale nella popolazione infantile ed adolescenziale e quindi con la realizzazione di progetti nazionali di rilevazione del peso e delle abitudini alimentari e motorie (progetti "Okkio alla salute" ed "HBSC"), è possibile oggi disporre di dati aggiornati sulla prevalenza di sovrappeso ed obesità in tali popolazioni. In particolare, il progetto "Okkio alla Salute", attraverso dati antropometrici direttamente misurati da operatori sanitari in bambini di 8-9 anni, ha evidenziato in Italia nell'anno 2012 una prevalenza di sovrappeso ed obesità rispettivamente del 22,2% e 10,6%. Nel nostro paese sembra esserci un gradiente Nord-Sud, con una prevalenza di obesità infantile maggiore al sud e con il suo picco nella regione Campania.

I valori di prevalenza nella Regione Emilia Romagna sono leggermente inferiori rispetto a quelli nazionali attestandosi sul 22,1% per il sovrappeso e 7,2% per l'obesità.

L'obesità e il sovrappeso, pur essendo meno associati in questa fascia di età, rispetto all'adulto, a fenomeni di morbilità [5] rappresentano indubbiamente uno stretto precursore di obesità nell'adulto [6] e quindi favoriscono l'insorgenza delle patologie ad essa correlate [7]. Nonostante i dati del progetto "Okkio alla Salute" evidenzino una lieve tendenza alla riduzione dell'eccesso di peso nei bambini, la drammaticità della situazione impone quindi di adottare misure universali per promuovere una sana alimentazione ed una regolare attività motoria a partire dall'infanzia.

PREVENZIONE DELL'OBESITÀ INFANTILE

Fattori implicati nello sviluppo dell'obesità infantile

Diversi studi sottolineano l'importanza dei fattori genetici nello sviluppo dell'obesità con un peso stimato dell'ereditarietà pari al 50% [8]. Comunque, è evidente come un terreno genetico predisponente debba, in generale, interagire con altri fattori, biologici, psicologici, socio-culturali ed ambientali, per poter determinare obesità nel bambino [9]. Questi ultimi aspetti sono infatti cruciali nel determinare scelte alimentari di maggiore qualità nutrizionale, l'accesso a cibi più salutari, la possibilità di fruire di maggiori informazioni su sani stili di vita od essere coinvolti in campagne di promozione della salute per combattere la sedentarietà e fruire di uno stile di vita più attivo.

Come rilevato anche nell'indagine di Sorveglianza Nutrizionale della regione Emilia Romagna [10] e nel progetto Okkio alla salute, nei paesi industrializzati gli adulti con minore livello culturale od occupazioni meno qualificate sono più a rischio di obesità [11], ed inoltre, per l'influenza di questi fattori sulle abitudini alimentari e motorie di tutta la famiglia, anche attraverso minori stimolazioni cognitive, viene incrementato il rischio di obesità anche nei figli [12, 13]. Infine, è dimostrato che bambini ed adolescenti con livello socio-economico più basso introducono una minore quantità di frutta e verdura [14] probabilmente per una minore accessibilità o condivisione consapevole a scelte

alimentari salutari. Per quanto riguarda l'attività fisica, essa, influenzando il bilancio energetico, certamente contribuisce, assieme alla dieta, alla prevenzione dell'eccesso di peso, anche se sembra avere un effetto sulla salute sia fisica che psichica di un individuo in parte indipendente rispetto al semplice controllo del sovrappeso [15, 16].

È noto che nei paesi occidentali, anche in età infantile è sempre maggiore il tempo impiegato in attività sedentarie. Pertanto in modo sempre maggiore si pone l'attenzione all'incremento dell'attività fisica sia nella prevenzione che nel trattamento del sovrappeso.

L'attività fisica efficace per mantenere il controllo del peso corporeo non è solamente quella sportiva. Anzi, lo studio regionale evidenzia che l'obesità nei bambini è inversamente associata con il livello di attività fisica destrutturata mentre non esiste alcuna associazione con l'attività sportiva [17].

Secondo le attuali linee guida internazionali, nei bambini e negli adolescenti il livello di l'attività fisica moderata-intensa quotidiana deve essere di almeno 1 ora al giorno [18], ed anche in questo caso alcuni autori lo ritengono insufficiente perlomeno per la prevenzione dei rischi cardiovascolari. Un fattore ambientale di grandissima importanza nel determinare sovrappeso nei bambini è rappresentato dalle ore passate a guardare la televisione.

In studi condotti nella regione Emilia Romagna (So.N.I.A.) [17] risulta che la percentuale di bambini obesi aumenta con l'incremento delle ore impiegate a guardare la TV, in particolare per coloro che passavano più di 2 ore alla televisione. In un interessante studio longitudinale in bambini di 9-14 anni, gli autori avrebbero stimato un incremento del BMI pari a $0,2 \text{ kg/m}^2$ per anno, ascrivibili all'uso di TV e videogames [19]. La TV può rappresentare un marker di sedentarietà, pertanto un incremento del tempo passato davanti alla televisione può determinare una maggiore incidenza di sovrappeso attraverso una riduzione dell'attività fisica ma, secondo altri studi [20, 21], il consumo televisivo ed il grado di attività fisica sarebbero indipendenti. Pertanto, i programmi di promozione della salute dovrebbero intervenire sia riducendo le ore passate a guardare la televisione che incrementando l'attività fisica.

La televisione può indurre sovrappeso attraverso modificazioni delle abitudini alimentari. Si stima che nei paesi occidentali circa il 20-25% delle calorie giornaliere vengano consumate davanti alla televisione [22]. In primo luogo, i bambini spesso mangiano mentre guardano la TV [22], ed inoltre è stato dimostrato che la pubblicità tende a promuovere il consumo di cibi con alta densità energetica [23, 24]. Sempre nello studio regionale citato in precedenza, [17], le famiglie mostrano una certa diffidenza nei confronti della pubblicità (solo il 18% circa considera la pubblicità una valida fonte di informazione in campo alimentare) ma al tempo stesso la televisione rappresenta una importante fonte per la scelta dei cibi (grafico 1), così come tale mezzo è fra i preferiti dai bambini come strumento per conoscere una materia come la nutrizione (grafico 1).

Efficacia degli interventi

Molto si discute sulle strategie più efficaci per prevenire l'obesità nell'infanzia e recentemente, alcune reviews sono state pubblicate su questo argomento [25-28].

I principali elementi che un intervento per la prevenzione dell'obesità infantile deve possedere, perché esso possa avere un effetto positivo, sono sintetizzati nella tabella 1.

Gli autori concordano sul fatto che la scuola rappresenta l'ambiente ideale per svolgere tali interventi poiché rappresenta il luogo dove è possibile raggiungere tutti i bambini ed inoltre a scuola è possibile avere lo stesso livello di informazione e di esperienze indipendentemente dal livello socio-culturale delle famiglie.

L'ambiente scolastico può essere molto stimolante, creare entusiasmo ed aspettative e riuscire non solo a consentire la ampia diffusione di informazioni relative ai sani stili di vita ma permettere il coinvolgimento attivo degli studenti, che possono diventare essi stessi artefici del progetto ed ideare e mettere in pratica soluzioni operative.

E' estremamente importante coinvolgere gli insegnanti, le famiglie e gli altri "cittadini competenti", fin dalla programmazione dei progetti educativi, per facilitare il sostegno e la partecipazione attiva di tutti. Nello studio So.N.I.A. [17], sono gli stessi bambini di 9 anni di età che, pur non

disdegnando la “nutrizione” come materia scolastica, sottolineano la preferenza per progetti attuati con modalità coinvolgenti e partecipative (grafico 1).

Sono inoltre necessari interventi multidisciplinari che riguardino i curricula scolastici, la promozione dell’attività fisica sportiva e libera dentro e fuori la scuola, la condivisione di scelte alimentari salutari, l’adeguatezza qualitativa della ristorazione scolastica, la diffusione di merende equilibrate, l’attenzione da porre ai messaggi pubblicitari, ecc.

La presenza di specialisti (dietisti, nutrizionisti, medici dello sport), può rappresentare un utile supporto agli interventi, specie per quanto riguarda l’incremento dell’attività fisica, ma può anche diventare un elemento troppo oneroso e quindi limitativo. Più applicabili su larga scala sono, pertanto, quegli interventi che si basano sull’azione degli stessi insegnanti, precedentemente formati. Questo è particolarmente valido in bambini in età prescolare o frequentanti la scuola primaria, dove i messaggi devono essere estremamente semplici, quindi normalmente alla portata degli insegnanti. La continuità dell’informazione e la capacità di coinvolgimento che un insegnante ha nei confronti del proprio alunno, rappresentano ulteriori punti di forza per individuare il docente come principale referente dei progetti educativi nella scuola [29].

Di particolare importanza, nell’esecuzione degli interventi, è la promozione di merende del mattino salutari ed in particolare la diffusione del consumo di frutta e verdura. [30]. Il miglioramento che si assiste, almeno a breve termine, e senza in genere arrivare ai livelli di assunzione raccomandata (5 porzioni al giorno), è generalmente maggiore per il consumo di frutta rispetto a quello di verdura dovuto essenzialmente ad una maggiore preferenza di gusto per tali alimenti [30].

I PROGETTI DI COMUNITÀ

Le strategie programmatiche

In linea con le indicazioni internazionali [15], ci si è resi conto, anche in Italia, della necessità di superare la frammentarietà degli interventi sulla promozione di sani stili di vita e di definire puntualmente i compiti delle autorità sanitarie che operano a livello nazionale, regionale e locale. Se il compito dei ministeri deve essere quello di definire gli obiettivi generali, cercare accordi con i produttori ed i commercianti per diffondere sul mercato prodotti di maggiore qualità nutrizionale ed intervenire sui curricula scolastici, a livello regionale e locale dovranno essere sviluppate politiche per la diffusione alla popolazione di informazioni su sani stili alimentari e motori, attivati progetti di promozione della salute indirizzati, in particolare, alla scuola, e realizzati interventi strutturali da parte delle amministrazioni, come ad esempio la creazione di percorsi sicuri casa-scuola, la realizzazione di piste pedonabili e ciclabili, la diffusione di spazi all’aperto od impianti indoor tali da favorire l’attività motoria e sportiva. Tutto questo al fine di contrastare il cosiddetto “ambiente obesogenico”, in gran parte responsabile dell’incremento del sovrappeso nella popolazione.

La metodologia di intervento a suo tempo proposta nella regione Emilia Romagna era definita “Piani per la Salute”, i quali rappresentavano un vero e proprio patto ideale fra istituzioni, imprenditori e cittadini, affinché ciascuno dei partner coinvolti impiegasse risorse ed impegno per il raggiungimento degli obiettivi di salute prefissati. I principi di tale metodologia rimangono tutt’ora validi e ricompresi nel Piano Regionale della Prevenzione.

Allargando il concetto a suo tempo contenuto nei piani per la salute, noi preferiamo parlare di **Progetti di Comunità** per la diffusione di stili di vita salutari. Si tratta di operare a livello di comunità sufficientemente omogenee, più o meno grandi, attivando una serie coordinata di azioni specificamente mirate a quella popolazione affinché gli abitanti trovino occasioni di **conferma** dei messaggi e dei comportamenti, sia favorita la **continuità** degli interventi e quindi si attivi un percorso virtuoso basato sul **buon esempio**. Dovrà quindi essere applicata una sufficiente flessibilità nella metodologia di intervento in rapporto alle specificità territoriali.

A tali indicazioni si ispirano anche gli interventi di promozione di una sana alimentazione ed una regolare attività fisica definiti “Progetti di Comunità” intrapresi in provincia di Modena.

Dal punto di vista generale l’intervento è basato sulla cosiddetta teoria socio-cognitiva [31].

L'obiettivo è quello di promuovere l'autoefficacia nell'intraprendere scelte salutari, in particolare per quanto riguarda la sana alimentazione e la regolare attività motoria. Si tratta di accrescere l'autoconsapevolezza nei bambini ed adulti e la loro fiducia nell'efficacia degli sforzi intrapresi per promuovere la propria salute nel tempo. L'efficienza collettiva che può essere percepita all'interno di una comunità orientata a scelte salutari, accresce la visione delle persone riguardo a quanto ottenere, rafforza la motivazione nel perseguimento della propria missione, intensifica la resistenza alle avversità e rafforza i successi della propria prestazione. In un Progetto di Comunità, pertanto, ciascuno può contribuire ad accrescere la salute propria ed altrui. Questi progetti si fondano inoltre sul supporto delle autorità ed amministrazioni locali.

Importante è iniziare gli interventi precocemente, pertanto i bambini rappresentano il target prioritario [28]. Infatti, non solo le principali età critiche per l'esordio dell'obesità sono quelle infantili ed adolescenziali [32 ,33], ma i bambini sono maggiormente aperti a nuove esperienze e quindi maggiormente predisposti a modificare i propri comportamenti anche in senso più salutare.

Inoltre, eventuali comportamenti virtuosi acquisiti da piccoli, hanno le maggiori probabilità di essere mantenuti da adulti e per tutto il resto della vita. [34].

Per tali motivi ci si rivolge prioritariamente alla fascia di età infantile e preadolescenziale (3-14 anni) e quindi alla scuola, poiché nella nostra regione anche i bambini di 3-6 anni frequentano nella quasi totalità la scuola dell'infanzia, mentre da 6 a 14 anni vige per tutti l'obbligo scolastico.

Modalità operative nel Progetto di Comunità di Nonantola

Dal punto di vista organizzativo, la cabina di regia ed operativa è costituita da uno **specifico gruppo di lavoro**, coordinato dalla amministrazione comunale e costituiti da insegnanti, genitori, operatori dell'AUSL, referenti delle aziende di grossa distribuzione (attualmente Coop), referenti della ditta "Matilde Ristorazione", rappresentanti di associazioni sportive, di volta in volta integrabile con altri soggetti potenzialmente coinvolgibili. Compito di questo gruppo di lavoro è condividere gli obiettivi di salute e programmare e realizzare interventi coordinati, al fine di ottimizzare le risorse. Tutti assieme per supportare gli sforzi della scuola e per dare continuità, anche all'esterno di essa, ad iniziative di promozione di sani stili di vita. In tutte le scuole saranno sviluppati percorsi educativi pluriennali mirati alle tematiche dell'alimentazione e del movimento, ed orientati al coinvolgimento attivo degli alunni e delle famiglie. Si cercherà di promuovere, anche attraverso l'adesione a specifici progetti ministeriali, il consumo di frutta e/o di verdura durante lo spuntino del mattino. Attraverso il supporto di società sportive ed enti, verrà implementata l'offerta a scuola dell'attività fisica, sportiva e non, commisurata all'età dei bambini e dei ragazzi.

Relativamente alle iniziative extrascolastiche, si premette che, in ogni caso, sono in corso azioni per promuovere l'allattamento al seno, e per orientare maggiormente alcuni servizi sanitari verso la promozione della sana alimentazione e regolare attività fisica nelle giovani famiglie (es. corsi di preparazione al parto). Inoltre, si opererà per favorire un maggiore consumo di frutta e verdura a casa, per incrementare il livello di attività fisica sportiva e libera nei bambini e nelle famiglie, per promuovere percorsi sicuri casa-scuola e quindi favorire il tragitto a piedi od in bicicletta.

Occorrerà specie nelle azioni e nei momenti di richiamo extrascolastici, essere creativi e flessibili (stand in corso di fiere o altre manifestazioni all'aperto, feste dello sport, feste scolastiche, eventi e manifestazioni teatrali, mostre elaborati scolastici, iniziative "nati per leggere", ecc), in rapporto all'organizzazione della comunità, alle sue peculiarità ed agli alleati che si sarà riusciti a coinvolgere.

Sarà inoltre importante sviluppare azioni comunicative, attraverso la creazione di un nome e di un logo, l'informazione delle famiglie (eventualmente anche con specifiche comunicazioni veicolate dalla scuola), l'informazione della popolazione attraverso web, stampa, media.

La verifica di efficacia

Uno studio per verificare eventuali modificazioni delle abitudini alimentari e motorie dei bambini è stato attivato nei territori in cui sono in corso i progetti di comunità. Essi hanno evidenziato una

efficacia nel consumo di frutta e verdura ed un incremento della sensibilità dei genitori su comportamenti alimentari più salutari.

Abbiamo inoltre già potuto accertare alcuni importanti miglioramenti sul consumo di frutta e verdura, durante la refezione scolastica nei bambini sottoposti all'intervento educativo per un singolo anno scolastico [35, 36].

Come riportato in letteratura [30], anche nella nostra esperienza i miglioramenti sono più rilevanti per il consumo di frutta rispetto a quello della verdura.

Non sono previste specifiche ulteriori valutazioni nel caso del progetto di Comunità di Nonantola.

CONCLUSIONI

La promozione di sani stili di vita deve realizzarsi molto precocemente e la scuola rappresenta quindi l'ambiente ideale dove poter svolgere tali interventi. Per poter raggiungere una efficacia è necessario dare continuità anche all'esterno della scuola affinché il bambino trovi conferme e sostegno. È quindi fondamentale cercare di modificare, in senso favorevole, il contesto socio-culturale della comunità in cui il bambino vive, ricercando la partecipazione attiva di tutti i membri della comunità.

BIBLIOGRAFIA

1. International Obesity Taskforce: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs304/en/>;
2. KIMM S.Y., OBARZANEK E. CHILDWOOD: *Obesity: a new pandemic of the new millennium*. Pediatrics 2002, 110:1003-07.3;
3. OGDEN C.L., FLEGAL KM, CARROLL MD, JOHNSON CL.: *Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents 1999–2000*. JAMA 2002, 288:1728–32;
4. International Obesity Task Force. EU Platform on Diet, Physical Activity and Health. 2005: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/iotf_en.pdf;
5. MUST A, ANDERSON S.E.: *Effects of obesity on morbidity in children and adolescent*. Nutrition, Clinical Care 2003, 6(1):4–12;
6. GUO S.S., WU W., CHUMLEA W.C., ROCHE A.F. *Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence*. Am J Clin Nutr 2002, 76: 653-58;
7. DIETZ W.H. *Health Consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease*. Pediatrics 1998, 101:518-25;
8. LYON H.N., HIRSCHHORN J.N. *Genetics of common form of obesity: a brief overview*. Am J Clin Nutr 2005, 82 (suppl.), 215S-217S;
9. American Academy of Pediatrics. *Prevention of pediatric overweight and obesity*. Pediatrics 2003, 112 (2): 424-430;
10. ALBERTINI A, TRIPODI A, FABBRI A, MATTIOLI M ET AL. *Prevalence of obesity in 6- and 9-years-old children living in Central-North Italy. Analysis of determinants and indicators of risk of overweight*. Obes Rev 2008, 9: 4-10;
11. DREWNOWSKI A, DARMON N. *The economics of obesity: dietary energy density and energy cost*. Am J Clin Nutr 2005, 82 (suppl): 265S-273S;
12. STRAUSS R.S., KNIGHT J. *Influence of the home environment on the development of obesity in children*. Pediatric 1999, 103 (6): 85-92;
13. DARMON N., FERGUSON E.L., BRIEND A. (2002). *A cost constraint alone has adverse effects on food selection and nutrient density: an analysis of human diets by linear programming*. J Nutr 2002, 132: 3764-71;
14. NEUMARK-SZTAINER D., STORY M., RESNICK. M.D., BLUM R.W. (1996) *Correlates of inadequate fruit and vegetable consumption among adolescents*. Prev Med 1996, 25: 497-505;
15. World Health Organization. *Global strategy on diet, physical activity and health*. Fifty- seventh world health assembly. 2004;
16. JAKICIC J.M., OTTO A.D., *Physical activity considerations for the treatment and prevention of obesity*. Am J Clin Nutr 2005, 82 (suppl): 226S-229S;
17. REGIONE EMILIA ROMAGNA. *Sorveglianza Nutrizionale. Determinanti ed indicatori di rischio obesità nella popolazione infantile, Indagine 2003 e 2005*. Collana contributi 2006, n. 40;
18. STRONG W.B., MALINA R.M., BLIMKIE C.J., DANIELS S.R., DISHMAN R.K., GUTIN B., HERGENROEDER A.C., MUST A., NIXON P.A., PIVARNIK J.M., ROWLAND T., TROST S.G., TRUDEAU F., *Evidence based physical activity for school-age youth*. Journal of Pediatrics 2005, 146:732-37;
19. BERKEY C.S., ROCKETT H.R.H., FIELD A.E., GILLMAN M.W., LINDSAY FRAZIER A., CAMARGO JR. C.A., COLDITZ G.A., *Activity, dietary intake, and weight changes in a longitudinal study of preadolescent and adolescent boys and girls*. Pediatrics 2000, 105: 56-64;

20. ANDERSEN R.E., CRESPO C.J., BARTLETT S.J., CHESKIN L.J., PRATT M. (1998), *Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children*. JAMA 1998, 279: 938-42;
21. TAVERAS E.M., BERKEY C.S., RIFAS-SHIMAN S.L., FRAZIER A.L., COLDITZ G.A., GILLMAN M.W., *Longitudinal relationship between television viewing and leisure-time physical activity during adolescence*. Pediatrics 2007, 119 (2): e314-e319;
22. MATHESON D.M., KILLEN J.D., WANG Y., VARADY A., ROBINSON T.N., *Children's food consumption during television viewing*. Am J Clin Nutr 2004, 79: 1088-94;
23. BORZEKOWSKI D.L., ROBINSON T.N., *The 30-second effect: an experiments revealing the impact of television commercials on food preferences of preschoolers*. J Am Diet Assoc 2001, 101: 42-6;
24. JEFFERY R.W., FRENCH S.A. (1998), *Epidemic obesity in the United States: are fast foods and television viewing contributing?* Am J Public Health, 88:277-280;
25. DOAK C.M., VISSCHER T.L.S., RENDERS C.M., SEIDELL J.C. (2006), *The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes*. Obes Rew 2006, 7: 111-36;
26. SHARMA M., *School-based intervention for childhood and adolescent obesity*. Obes Rew 2006, 7: 261-269;
27. SUMMERBELL C.D., WATERS E., EDMUNDS L.D., KELLY S., BROWN T., CAMPBELL K.J., *Intervention for preventing obesity in children*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4;
28. FLYNN M., MC NEIL D., TOUGH S., MALOFF B., FORD C., MUTASINGWA D., WU M., *Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with "best practice" recommendations*. Obes Rew 2006, 7 (suppl 1): 7-66;
29. LISTER-SHARP D., CHAPMAN S., STEWART-BROWN S., SOWDEN A., *Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews*. HelthTtecnol Assess 1999,3 (22);
30. BLANCHETTE L., BRUG J., *Determinants of fruit and vegetable consumption among 6-12-year-old children and effective interventions to increase consumption*. J Hum Nutr Dietet 2005, 18: 431-43;
31. BANDURA A., *Social foundation of thought and action*. Prentice Hall: Englewood Cliffs, NJ. 1986;
32. GILL T.P., *Key issues in the prevention of obesity*. Br Med Bull. 1997, 53 (2): 359-88;
33. ROLLAND-CACHERA M.F., DEHEEGER M., BELLISLE F., SEMPE M., GUILLOUND-BATTAILLE M., PATOIS E., *Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity*. Am J Clin Nutr 1984, 39: 129-35;
34. WHO Europe. *Gaining health. The European strategy for the prevention and control of non communicable diseases*. 2006: <http://www.euro.who.int/Document/RC56/edoc08.pdf>;
35. TRIPODI A., SEVERI S., MIDILI S., DI VENERE P.M., FONTANA M.R., *Mangia Giusto Muoviti con Gusto*. SNOP 2007, 72: 12-15;
36. TRIPODI A., SEVERI S., MIDILI S., *Binomio vincente "Mangia Giusto e Muoviti con Gusto"*. Lavoro e Salute 2007, 3: 19-21.

TABELLE, GRAFICI, FIGURE

Grafico 1. Le fonti di informazione in campo alimentare dei genitori di bambini di 9 anni (30)

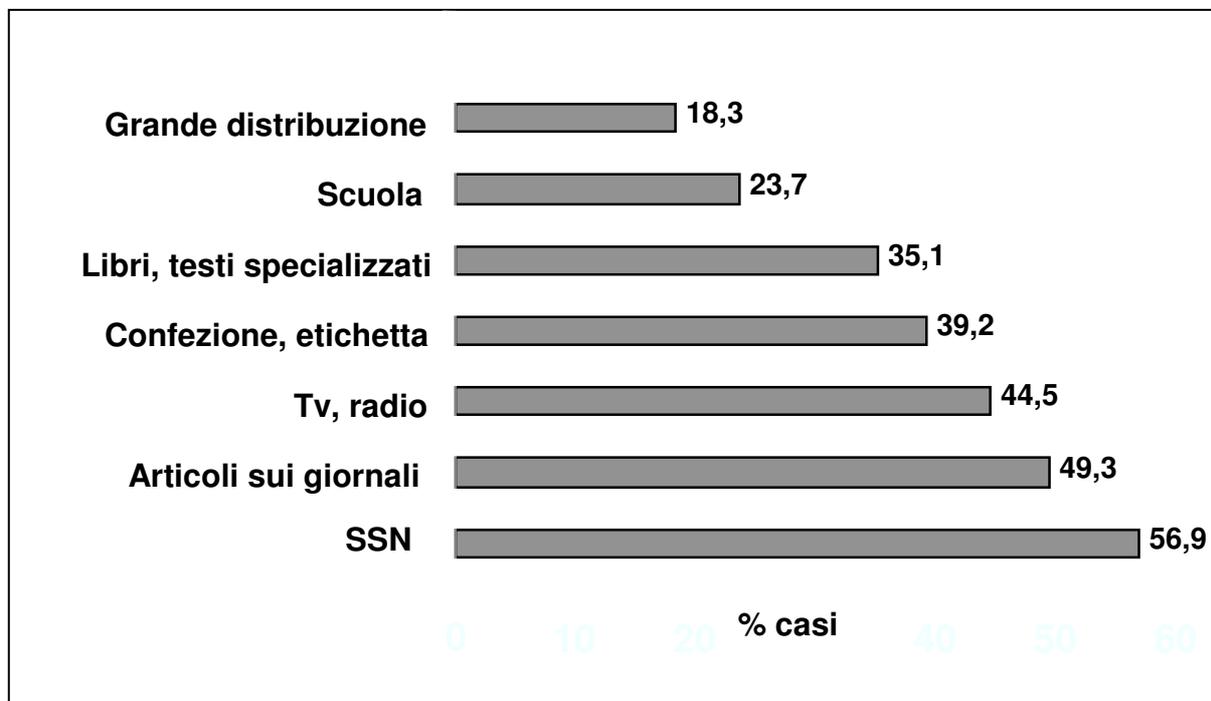


Grafico 2. Modalità preferite per imparare la nutrizione. Bambini di 9 anni (30)

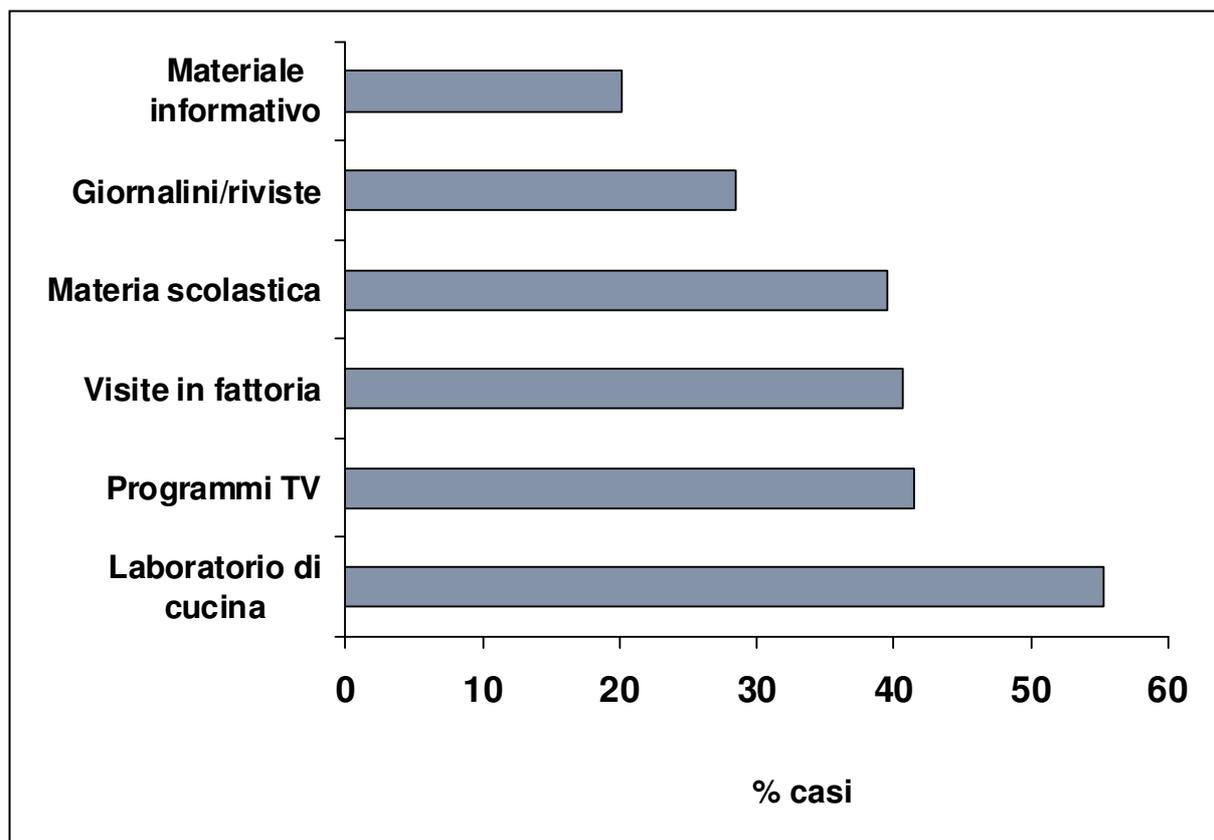


Tabella 1. Interventi di prevenzione dell'obesità nei bambini: elementi e requisiti di efficacia

1. Il contesto ottimale di azione è la scuola;
2. Gli interventi devono essere multidimensionali;
3. I messaggi devono essere semplici, ben comprensibili ed in numero limitato;
4. È preferibile che i messaggi siano veicolati dagli stessi insegnanti;
5. Occorre coinvolgere attivamente bambini e ragazzi;
6. È necessario definire soluzioni pratiche e fornire esempi concreti e realizzabili;
7. I progetti devono sempre contemplare il consumo di merende salutari;
8. È indispensabile coinvolgere le famiglie;
9. È necessario dare continuità nel tempo;
10. Occorre dare continuità anche all'esterno della scuola.

Figura 1. I fattori in grado di influenzare le abitudini alimentari e motorie del bambino

