

Modello di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso Regione Emilia-Romagna

9 ottobre 2020

Marina Fridel

Direzione Generale Cura della persona,
salute e welfare - Regione Emilia-
Romagna

Criticità

- **elevata domanda di cura: incremento del numero** di bambini sovrappeso obesi che arrivano al Pediatra di libera scelta (PLS) e al Pediatra ospedaliero
- Mancanza di **precisi criteri d'invio** dei bambini dal PLS al pediatra ospedaliero
- Incertezze nel **monitoraggio e nella diagnosi**
- Confusione nelle **competenze e ruoli** terapeutici

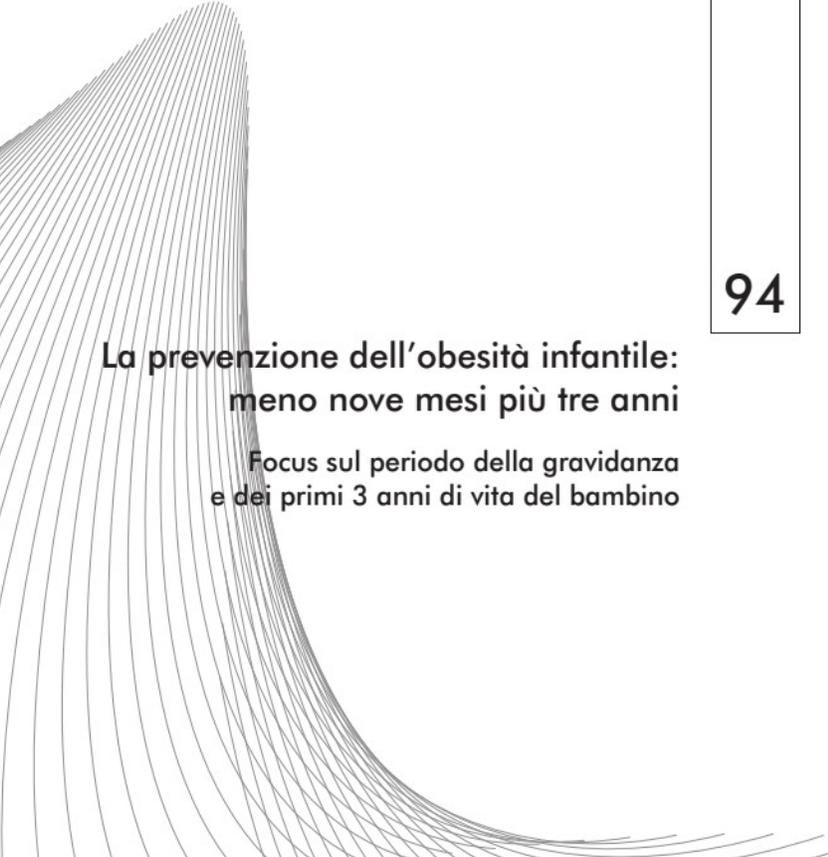
Obiettivi

Diffondere un modello omogeneo sul territorio regionale che definisca ruoli e modalità organizzative per attuare:

- la **prevenzione e la presa in carico** del bambino sovrappeso/obeso,
- la sua gestione attraverso **interventi efficaci, appropriati e sostenibili** partendo dalla **rete sanitaria già esistente**

Regione Emilia-Romagna

PREVENZIONE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO



94

La prevenzione dell'obesità infantile:
meno nove mesi più tre anni

Focus sul periodo della gravidanza
e dei primi 3 anni di vita del bambino

Linee d'indirizzo regionali

- Definiscono gli schemi operativi
- Forniscono indicazioni e raccomandazioni per facilitare l'applicazione pratica su tutto il territorio regionale

Linee d'indirizzo per la definizione e ruolo della rete trasversale di nutrizione preventiva e clinica

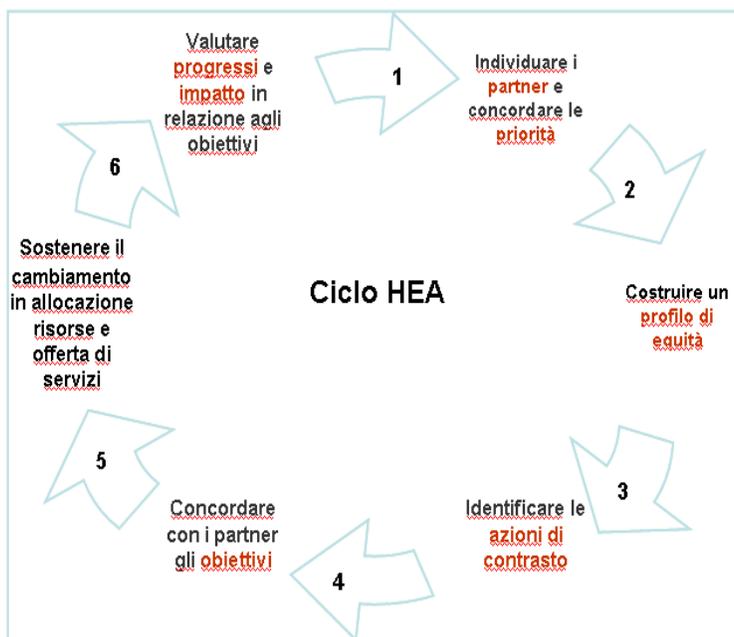
REGIONE EMILIA-ROMAGNA	
Atti amministrativi	
GIUNTA REGIONALE	
Delibera Num. 2200 del 22/11/2019	
Seduta Num. 43	
Questo venerdì 22 del mese di novembre	
dell'anno 2019 si è riunita nella residenza di via Aldo Moro, 52 BOLOGNA	
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:	
1) Bonacini Stefano	Presidente
2) Donini Raffaele	Vicepresidente
3) Bianchi Patrizio	Assessore
4) Caselli Simona	Assessore
5) Gazzolo Paola	Assessore
6) Pettì Emma	Assessore
7) Venturi Sergio	Assessore
Funze da Segretario l'Assessore:	Bianchi Patrizio
Preposta:	GPG2019/2332 del 20/11/2019
Struttura proponente:	SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE
Assessorato proponente:	ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE
Oggetto:	APPROVAZIONE DI LINEE DI INDIRIZZO PER LA DEFINIZIONE E RUOLO DELLA RETE TRASVERSALE DI NUTRIZIONE PREVENTIVA E CLINICA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA, IN ATTUAZIONE DELLE PROPRIE DELIBERAZIONI N. 771/2015 E N. 522/2017
Iter di approvazione previsto:	Delibera ordinaria
Responsabile del procedimento:	Anselmo Campagna

- Oggetto del documento è la definizione delle finalità e delle modalità organizzative di una **rete trasversale di nutrizione preventiva e clinica in Regione Emilia-Romagna.**

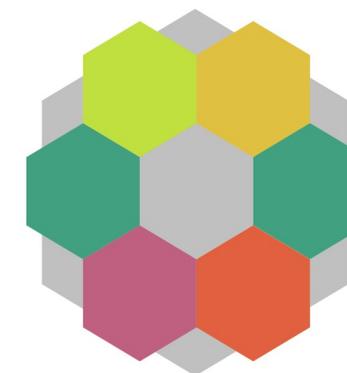
Scopo delle Linee d'indirizzo

1. Definizione e attuazione di una rete regionale di Nutrizione Preventiva e Clinica, che integri le due componenti di prevenzione/promozione della salute e di diagnosi e trattamento;
2. Individuazione di standard organizzativi della rete, in particolare delle strutture di nutrizione clinica;
3. **Sviluppo di percorsi di nutrizione clinica essenziali:**
 - a) **sovrappeso/obesità**
 - b) malnutrizione per difetto e nutrizione artificiale
 - c) disturbi del comportamento alimentare
4. Attività di formazione

Bambino obeso ed Health Equity Audit



Valutare le **caratteristiche del percorso di presa** in carico bambino obeso presente sul territorio e **le potenziali ricadute in termini di equità**



COSTRUIRE
SALUTE

IL PIANO DELLA PREVENZIONE 2015-2018
DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Modello regionale esempio di buona pratica WHO



World Health Organization
REGIONAL OFFICE FOR Europe

Mapping the health system response to childhood obesity in the WHO European Region

An overview and country perspectives



Country example: The childhood obesity management model in Emilia Romagna.

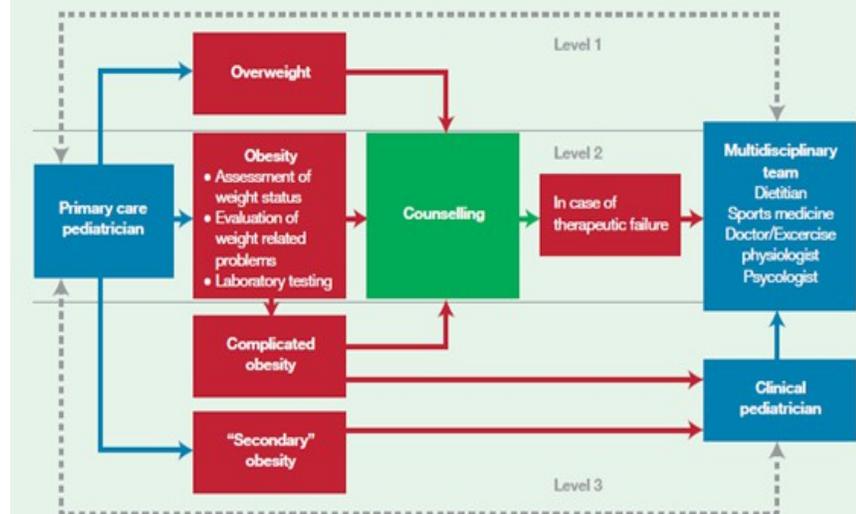
Emilia-Romagna is an administrative region in north-east Italy, with a population of almost 4.5 million, of whom 21% are overweight, with a prevalence of obesity in children aged 8–9 years of 8%. Most parents of children with overweight have a wrong perception of their children's weight, 7 of 10 parents consider that their children eat a fair or even insufficient amount of food, and 3 of 5 mothers of sedentary children consider that their children have an adequate level of physical activity.

multidisciplinary teams. The approach requires regional leadership and good communication and collaboration among all care providers. The regional "Guidelines for early detection, assessment and treatment of childhood obesity" were launched in 2013 (regional regulation D.G.R 783/ 2013). Training in childhood obesity prevention and management was organized for all PCPs in Emilia-Romagna, in which 35 dietitians, 15 sports medicine doctors and various public health specialists and psychologists have participated.

Obesity prevention and treatment require a holistic approach, with policies in many sectors to improve population health and reduce inequity. In Emilia-Romagna, a network of service providers for children with overweight and obesity was established, and a family-based, multi-component intervention including nutrition, physical activity and psychosocial support is delivered by trained

The project is based on three levels (Fig. 5): level 1: PCPs; level 2: multidisciplinary team consisting of a dietitian, sports medicine doctors, an exercise specialist and a psychologist (on request) expert in childhood obesity; level 3: tertiary care intervention by a clinical paediatrician and a dietitian in hospital.

Fig. 5. The three stages of obesity management in Emilia Romagna.



Il modello si articola, nell'ambito di una integrazione tra territorio e ospedale, nei seguenti punti:

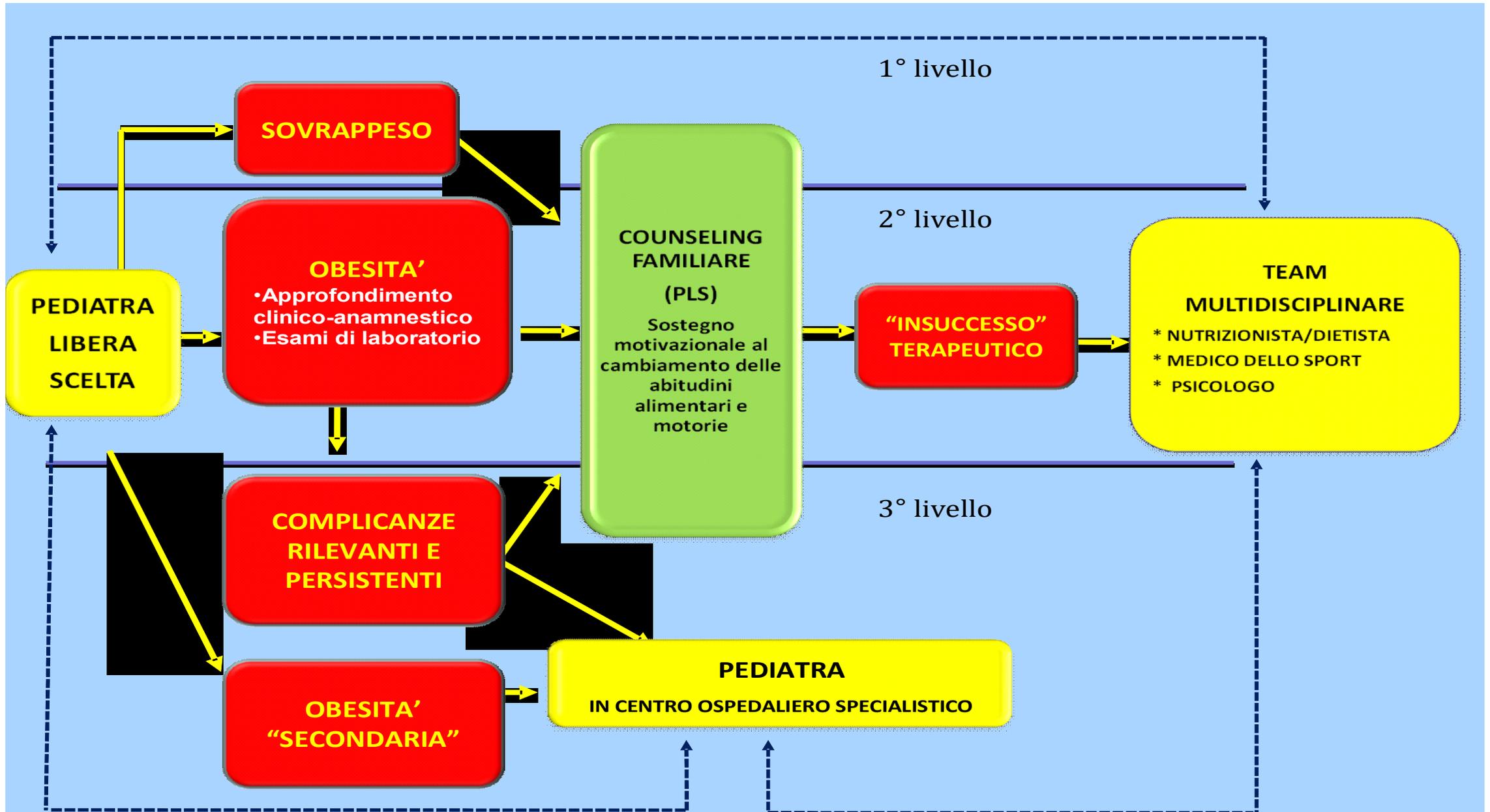
1. Coinvolgimento dei PLS nella promozione attiva dei fattori protettivi, nel monitoraggio antropometrico e intercettazione precoce di sovrappeso e obesità
2. Sviluppo sul territorio di una **rete di collaborazione multi-professionale** per la **presa in carico e l'educazione terapeutica** del

3. Alleggerimento dell'impegno delle **strutture ospedaliere** consente al pediatra ospedaliero di focalizzare l'attenzione sull'obesità grave e complicata

4. Realizzazione di **percorsi formativi** rivolti al personale sanitario

5. **Valutazione di esito e di processo**

Livelli di presa in carico



Contrastare (ridurre, interrompere, invertire) la progressione del percentile di BMI

INTERVENTO NUTRIZIONALE

- Corretta composizione nutrizionale della dieta (modello mediterraneo) e porzioni adeguate per l'età
- Corretta ripartizione del numero dei pasti giornalieri
- Modalità di assunzione dei pasti (insieme a tavola con TV spenta; frequenza di pasti fuori casa e fast food...)
- Percezioni relative al cibo (fame, sazietà, noia, piacere)
- Metodi di preparazione e di cottura (semplici e appetibili)
- Lettura e interpretazione delle etichette alimentari

Cambiamento durevole delle abitudini alimentari

**INTERVENTO
sull' ATTIVITA' FISICA**

- Incremento attività fisica generica (gioco spontaneo, attività ricreative, trasporto) e programmata (educazione fisica e sport)
- Riduzione tempi e occasioni di sedentarietà (screen time)

Cambiamento durevole delle abitudini di attività fisica

**INTERVENTO
PSICOLOGICO**

- Supporto psicologico nei casi di:
- Sofferenza psicologica intensa o persistente
 - Forme severe di obesità
 - Altre psicopatologie, DCA o comorbilità gravi
 - Fattori di stress di origine familiare
 - Fallimento della presa in carico del PLS

**Sostegno della motivazione
Sostegno ai piccoli cambiamenti
Supporto all'autostima
Coinvolgimento attivo e coerente della famiglia**

VALUTAZIONE LIVELLO ATTIVITÀ FISICA BAMBINO E NUCLEO FAMILIARE

Questionari, Diario motorio, Contapassi, Accelerometri, Holter metabolici

VALUTAZIONE PERFORMANCE FISICA BAMBINO

Test da campo, "Step test" con ECG, Test ergometabolici

PRESCRIZIONE ESERCIZIO FISICO CONTRATTAZIONE MODIFICHE ABITUDINI ATTIVITÀ FISICA/SEDENTARIETÀ

OBESITÀ

- Prescrizione personalizzata esercizio fisico
- Attività sportiva specifica

OBESITÀ GRAVE E COMPLICATA

- Somministrazione dell' esercizio fisico controllata e tutorata in ambito SSR (se presente)
- Invio con prescrizione personalizzata a strutture accreditate (rete "Palestra Sicura")
- Prescrizione personalizzata esercizio fisico
- Attività sportiva specifica

Garantire uniformità ed efficienza al percorso:

- **Definizione di precisi criteri:** d'inclusione dei pazienti nel percorso e d'appropriatezza dell'invio tra i vari livelli, in particolare dal PLS al Team multiprofessionale
- **Definizione di strumenti informatizzati comuni:** condivisione di una cartella clinica con gli obiettivi terapeutici, le schede di monitoraggio auxologico e di stile di vita del

CRITERI DI APPROPRIATEZZA DELL'INVIO DA PARTE DEL PLS/MMG
AL TEAM TERRITORIALE DI 2° LIVELLO

L'invio appropriato dal PLS/MMG al **Team di 2° livello multidisciplinare** è riservato ai casi di eccesso ponderale in età 0-16 anni rispondenti ai seguenti criteri:

- **obesità grado 1** (BMI che estrapolato a 18 anni è $\geq 30 \text{ Kg/m}^2$ e $< 35 \text{ Kg/m}^2$) in assenza di complicanze associate e **solo nel caso vi sia scarsa compliance alla terapia** dopo un tentativo di trattamento di almeno 3 mesi mediante counseling motivazionale messo in atto dal medico curante (PLS/MMG)
- **tutti i casi di sovrappeso/obesità associati a complicanze persistenti ma che non abbiano raggiunto una fase avanzata di comorbidità** (v. nota finale <Invio al 3° livello ospedaliero>) Esempi:
 - iperglicemia a digiuno (valori glicemici > 100 e $\leq 125 \text{ mg/dl}$) e/o ridotta tolleranza al carico orale di glucosio (glicemia dopo 2 ore dal carico orale $140\text{-}199 \text{ mg/dl}$)
 - uno stato di *pre-ipertensione* o *ipertensione stadio 1* per età, sesso e statura (sec. criteri citati nella nota 3)
 - dislipidemia (valori riportati nella nota 2)
 - sospetto disturbo alimentare psicogeno
- **obesità grave** (valori di BMI che estrapolati a 18 anni sono $\geq 35 \text{ Kg/m}^2$ sec. IOTF-Cole)

L'invio appropriato al **3° livello ospedaliero** da parte del PLS/MMG (oppure da parte dell'equipe multidisciplinare) è riservato esclusivamente ai bambini obesi (valori di BMI che estrapolati a 18 anni sono $\geq 30 \text{ Kg/m}^2$ sec. IOTF-Cole) che rispondano ai seguenti criteri:

- **obesità essenziale limitatamente alla fascia d'età 5-16 anni e solo se associata a 1 o più complicanze in fase avanzata:** *diabete tipo 2; steatoepatite; calcolosi biliare; sindrome metabolica* (definizione di s. metabolica= obesità associata ad almeno 2 dei seguenti componenti: ridotto colest. HDL; ipertrigliceridemia; ipertensione arteriosa; glicemia a digiuno $> 100 \text{ mg/dl}$ e/o ridotta tolleranza al glucosio); *ipertensione arteriosa persistente stadio 2; s. dell'ovaio policistico; severe complicanze di natura meccanica* (S. apnea ostruttiva nel sonno, Epifisiolisi della testa del femore; Tibia vara; Pseudotumor cerebrali).
- **obesità secondaria** ad altra patologia (ipotiroidismo, s. Prader Willi, ...) **in qualsiasi età**

ESEMPIO SCHEDA CLINICA

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP			
DATA VISITA			ETA' (aamm)	0	0		PLS																						
PESO		kg	CIRCONFERENZA VITA (CV)			cm	nome cognome dietista																						
STATURA		cm	RAPPORTO CV/STATURA	#DIV/0!			nome cognome medico dello sport																						
B.M.I	#DIV/0!									PLICHE		95%	▲																
<i>valori calcolati con intervalli di età di 6 mesi</i>							Tricipitale			#N/D	#N/D																		
<i>Cole...Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity Pediatric Obesity 7, 284-294 2012</i>							Sottoscapolare																						
LIMITE SOVRAPPESO	kg	#N/D	#N/D	kg dal LIMITE <u>SOVRAPPESO</u>			SOMMA Pliche		0																				
LIMITE OBESITA'	kg	#N/D	#N/D	kg dal LIMITE <u>OBESITA'</u>			% MG		-2,5																				
<i>WHO Child Growth Standards 2006 body mass index-for-age 2 -5,y WHO Reference 2007 for 5-19 years ...</i>							M.H. SLAUGHTER, (1988)																						
LIMITE SOVRAPPESO	kg	#N/D	#N/D	kg dal LIMITE <u>SOVRAPPESO</u>			Strie (S/N)																						
LIMITE OBESITA'	kg	#N/D	#N/D	kg dal LIMITE <u>OBESITA'</u>			Acanthosis (S/N)																						
PESO al 50°percentile	kg	#N/D	#N/D	(peso - peso 50°) / peso 50°			Menarca (S/N)					aa	mm																
<i>Cole...Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity Pediatric Obesity 7, 284-294 2012</i>							CODICE IDENTIFICATIVO																						
LIMITE OBESITA' GRAVE	kg	#N/D	#N/D	kg dal LIMITE <u>OBESITA' GRAVE</u>			ANNO		1900	NUMERO		AUSL																	
<i>Bervoets ... Defining morbid obesity in children based on BMI 40 at age 18 using .. Pediatric Obesity 2014 9, e94-e98</i>							ANNO		1900	NUMERO		AUSL																	
LIMITE OB. MOLTO GRAVE	kg	#N/D	#N/D	kg dal LIMITE <u>OBESITA' MOLTO GRAVE</u>			ANNO		1900	NUMERO		AUSL																	

CODICE IDENTIFICATIVO

Permette l'identificazione bambina/o garantendo la privacy per l'invio dei dati in regione

ANNO

calcolato in automatico dalla DATA VISITA

NUMERO

Progressivo: 1 per la prima visita dell'anno

AUSL

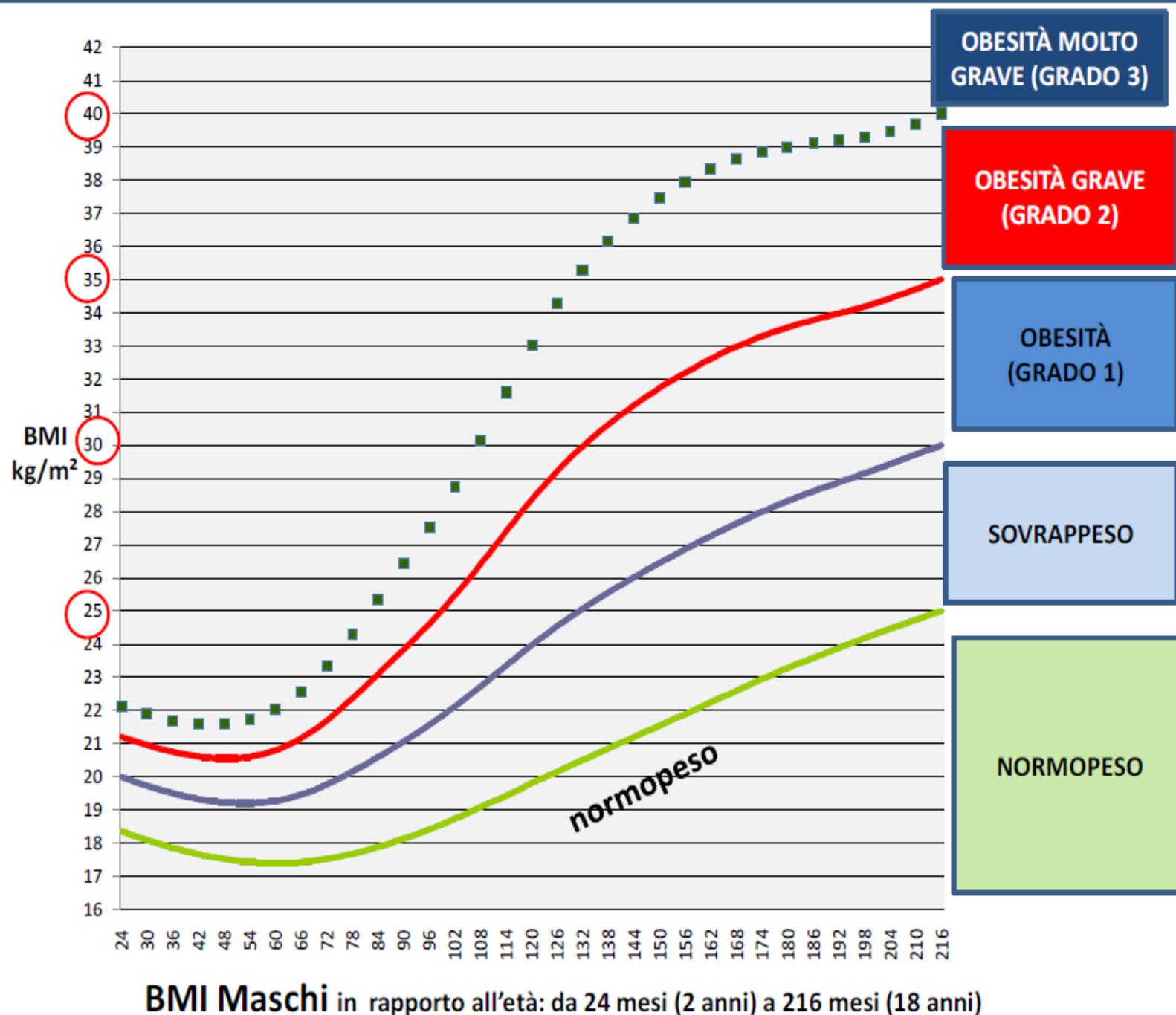
- PC PIACENZA
- PR PARMA
- RE REGGIO EMILIA
- MO MODENA
- BO BOLOGNA
- IM IMOLA
- FE FERRARA
- RA RAVENNA (ROMAGNA)
- FC FORLI' CESENA (ROMAGNA)
- RN RIMINI (ROMAGNA)

esempio prima visita 2018 RIMINI:

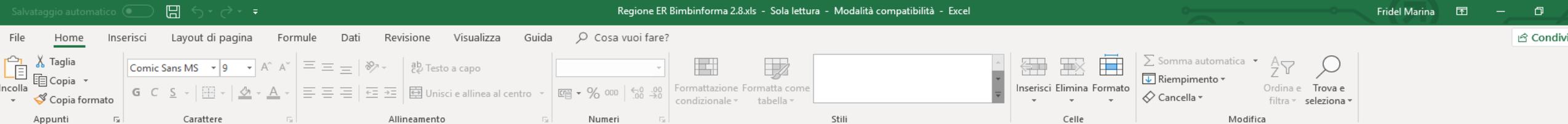
2018001RN

Stratificazione per grado di severità dell'obesità:

- **Utile per la diagnosi** (livello di rischio)
- **Per il follow-up terapeutico** (entità di risposta al trattamento)



ESEMPIO SCHEDA RACCOLTA DATI ANAMNESI FAMILIARE



Salvataggio automatico Regione ER Bimbinforma 2.8.xls - Sola lettura - Modalità compatibilità - Excel Fridel Marina

ANAMNESI FAMILIARE											All'età del figlio era:	
	anni	Kg	cm.	Bmi	Professione	Lavoro	Tit. Studio	Stato civile	Stato cittadinanza	Normopeso	Sovrapp. Obesa/o	
Madre				#DIV/0!								
Padre				#DIV/0!								
				#DIV/0!								
				#DIV/0!								

Nei parenti di 1° grado: padre madre, fratelli, sorelle ci sono le seguenti malattie:

	Famigliari MATERNI	Famigliari PATERNI
Diabete Tipo 1		
Diabete Tipo 2		
Dislipidemia		
Iperensione		
Patologia cardiovascolare		
Sovrappeso/Obesità		
Disturbi dell'alimentazione		
Patologia tiroidea		
Altro		

In famiglia c'è qualcuno a dieta?

perché

- Lavoro (1-3)**
- 1 Disoccupata/o
 - 2 Part time
 - 3 Orario pieno
- Titolo studio (1-3)**
- 1 Fino media inferiore
 - 2 Superiori
 - 3 Laurea
- Stato civile (1-5)**
- 1 Monogenitore
 - 2 Separata/o
 - 3 Divorziata/o
 - 4 Coniugata/o
 - 5 Vedova/o
- Stato cittadinanza**
- Inserire la nazione per esteso (es. Italia, Marocco, Ucraina, ecc.)

NOTE

SCOLARITA'	SCUOLA Infanzia/Primaria/Secondaria	Tempo (Normale/Modulo/Pieno)
-------------------	--	---------------------------------------

NOTE GENERALI

ESEMPIO SCHEDA RACCOLTA DATI DEL TEAM: Consuetudine movimento

ATTIVITA' MOTORIA	I genitori conoscono quanta attività giornaliera minima sarebbe necessaria?		S/N	<input type="checkbox"/>	
Esistono "barriere" per svolgere attività fisica?		<input type="checkbox"/> Patologie	<input type="checkbox"/> Sicurezza	<input type="checkbox"/> No tempo	<input type="checkbox"/> No amici
		<input type="checkbox"/> No voglia	<input type="checkbox"/> Altro		
ATTIVITA' spontanea	Tragitto casa-scuola	<input type="checkbox"/> Privato	<input type="checkbox"/> Pubblico	<input type="checkbox"/> Bici	<input type="checkbox"/> Piedi
Sarebbe possibile un tragitto attivo casa scuola (S/N)?			<input type="checkbox"/>	Pedibus (S/N)? <input type="checkbox"/>	
Si muove regolarmente	<input type="checkbox"/> Bici	m/g <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Piedi	m/g <input type="checkbox"/>	
Gioco spontaneo	<input type="checkbox"/> Amici	m/g <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Casa	m/g <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Exergame m/g <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Altro	m/g <input type="checkbox"/>		
Cambiano le abitudini?	<input type="checkbox"/> WeekEnd	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Estate	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
ATTIVITA' Scolastica	<input type="checkbox"/> Motoria	ore/sett <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ricreaz.	m/g <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sport. Extra
		ore/sett <input type="checkbox"/>			ore/sett <input type="checkbox"/>
ATTIVITA' Sportiva	SPORT		ORE/SETTIMANA		NOTE
PASSATA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ATTUALE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NOTE					

- **Indicatori per la valutazione del progetto di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso – Team multidisciplinare**

1. Indici antropometrici:

- Peso
- Altezza
- Data di nascita
- Data della visita
- (calcolo BMI automatico)
- Circonferenza Vita

2. Stili di vita

Livello di attività fisica spontanea

(1) assente
(2) scarsa
(3) media
(4) adeguata
(5) massima

Livello di attività fisica strutturata

(1) assente
(2) scarsa
(3) media
(4) adeguata
(5) massima

Livello di attività fisica totale

(1) assente
(2) scarsa
(3) media
(4) adeguata
(5) massima

Frequenza di consumo di bevande zuccherate e/o gasate

(1) Mai
(2) Meno di una volta a settimana
(3) Qualche volta a settimana
(4) Una volta al giorno
(5) Più volte al giorno

Frequenza di consumo di frutta e/o verdura

(1) Mai
(2) Meno di una volta a settimana
(3) Qualche volta a settimana
(4) Una volta al giorno
(5) 2-3 volte al giorno
(6) 4 o più volte al giorno

Colazione

(1) Assente
(2) Presente ma inadeguata
(3) Presente ed adeguata

Numero di ore al giorno trascorso davanti a Screen (TV/C/video giochi)

(1) Fino a 1 ora
(2) Fino a 2 ore
(3) Fino a 3 ore
(4) Fino a 4 ore
(5) Fino a 5 ore
(6) Più di 5 ore

Indicatori di proxy che stimano un aumento nella consapevolezza /sensibilizzazione verso **sani stili di vita** a termine del percorso di presa in carico da parte del team multidisciplinare

3. Equità

Lavoro (1 -3)

- 1 Disoccupata/o
- 2 Part time
- 3 Orario pieno

Titolo studio (1 -3)

- 1 Fino media inferiore
- 2 Superiori
- 3 Laurea

Stato civile (1 -5)

- 1 Monogenitore
- 2 Separata/o
- 3 Divorziata/o
- 4 Coniugata/o (o Convivente)
- 5 Vedova/o

Stato cittadinanza

Inserire la nazione per esteso (es. Italia, Marocco, Ucraina, ecc.)

Valutazione stato socio economico di entrambi i genitori

EMILIA - ROMAGNA

Prevalenza bambino obeso

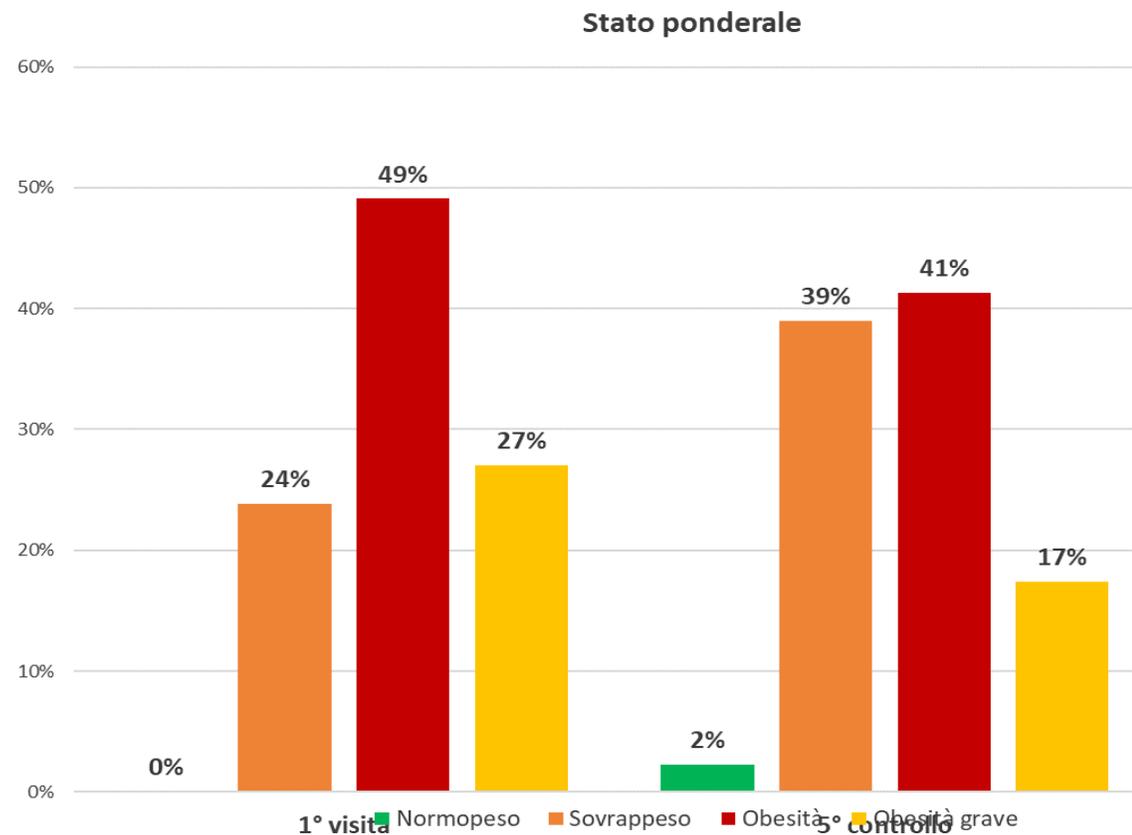
	1° visita		5° visita	
	n	%	n	%
normopeso	0	0%	5	2%
sovrappeso	52	24%	85	39%
obesità	107	49%	90	41%
obesità grave	59	27%	38	17%

Miglioramento nel 30,7% dei bambini

Normopeso: dal **0%** al **2%**

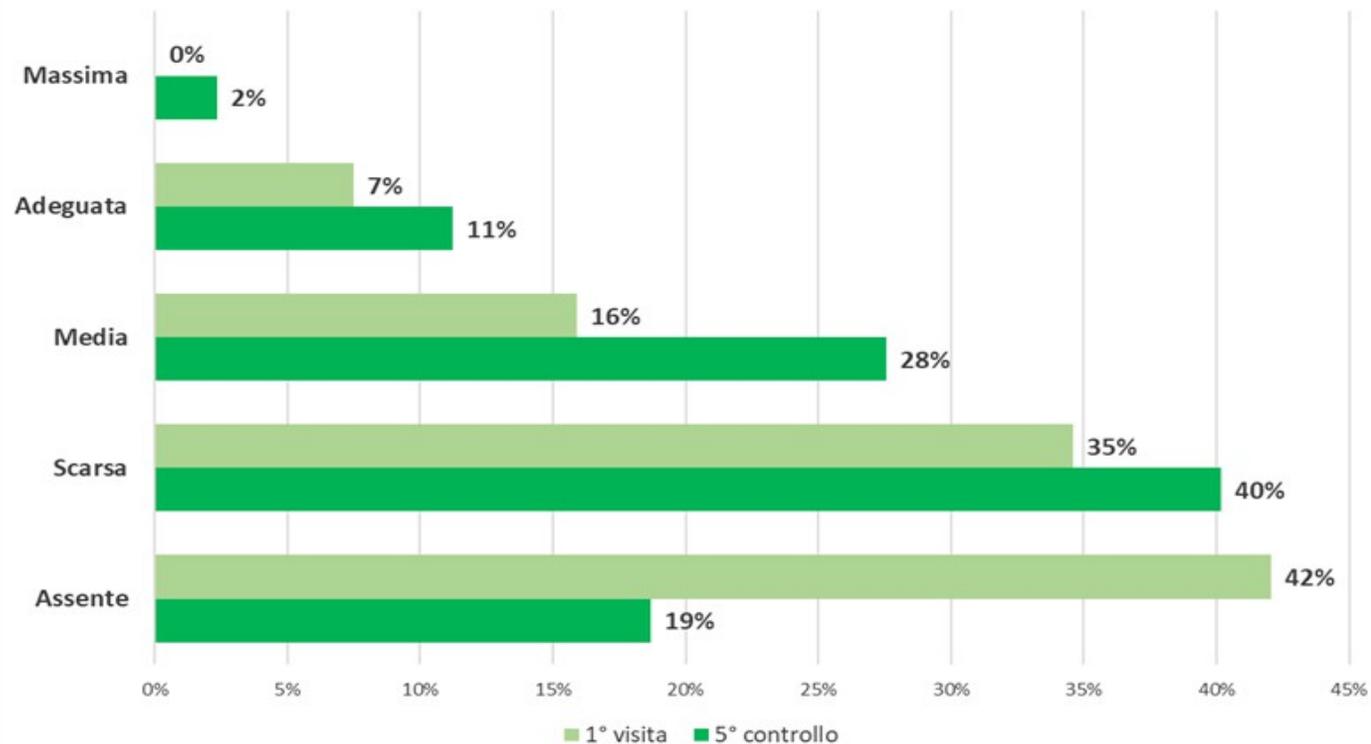
Obesità grave: dal **27%** al **17%**

Campione regionale di 218 bambini
132 maschi + 86 femmine
Età mediana alla prima visita: 10 anni



EMILIA - ROMAGNA**Livello di attività fisica spontanea**

	1° visita		5° visita	
	n	%	n	%
(1) assente	90	42%	40	19%
(2) scarsa	74	35%	86	40%
(3) media	34	16%	59	28%
(4) adeguata	16	7%	24	11%
(5) massima	0	0%	5	2%

Miglioramento nel 43,4% dei bambini**Attività fisica spontanea assente: dal 42% al 19%.****Attività fisica massima: dal 0% al 2%.****Livello di attività fisica spontanea**

EMILIA - ROMAGNA

Livello di attività fisica strutturata

	1° visita		5° visita	
	n	%	n	%
(1) assente	44	21%	45	21%
(2) scarsa	67	31%	54	25%
(3) media	70	33%	76	36%
(4) adeguata	28	13%	32	15%
(5) massima	5	2%	7	3%

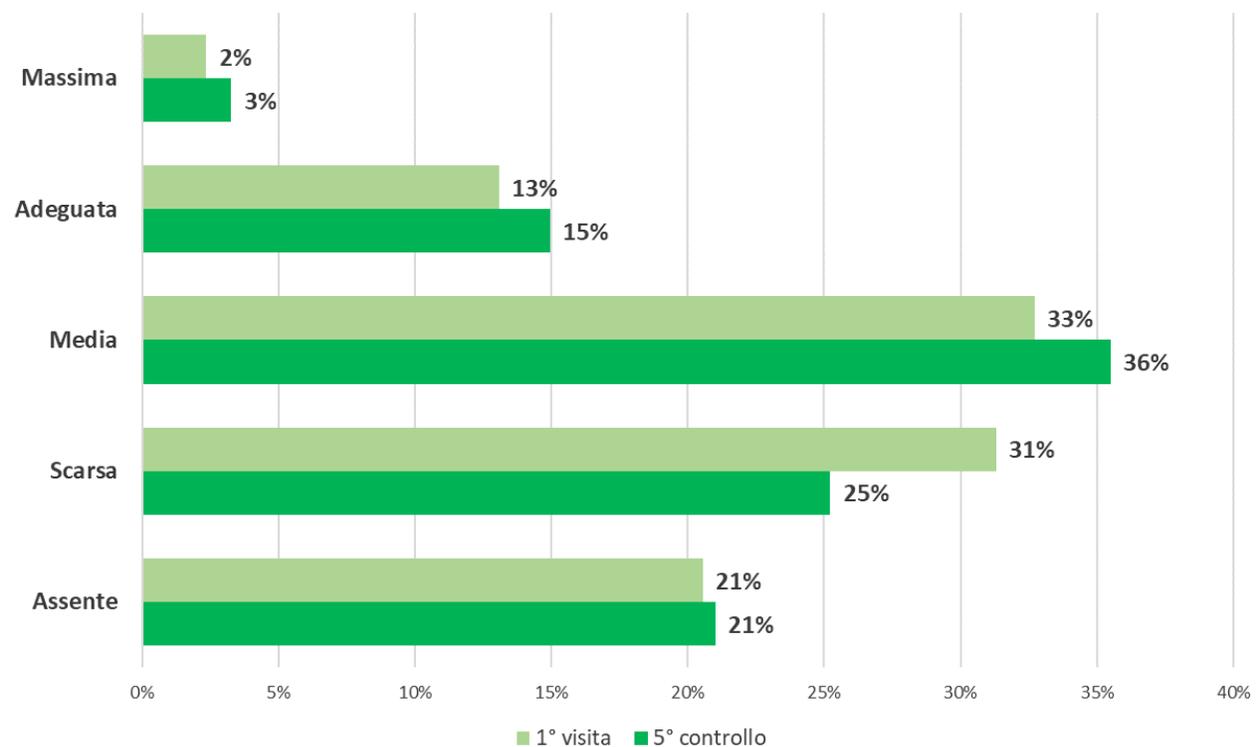
dato confermato anche dalla letteratura:
migliori risultati nella **attività fisica spontanea rispetto all'attività fisica strutturata**

Miglioramento nel 26,4% dei bambini

Attività fisica strutturata: assente stabile al 21%

Attività fisica strutturata: massima dal 2% al 3%.

Livello di attività fisica strutturata



EMILIA - ROMAGNA

Livello di attività fisica totale

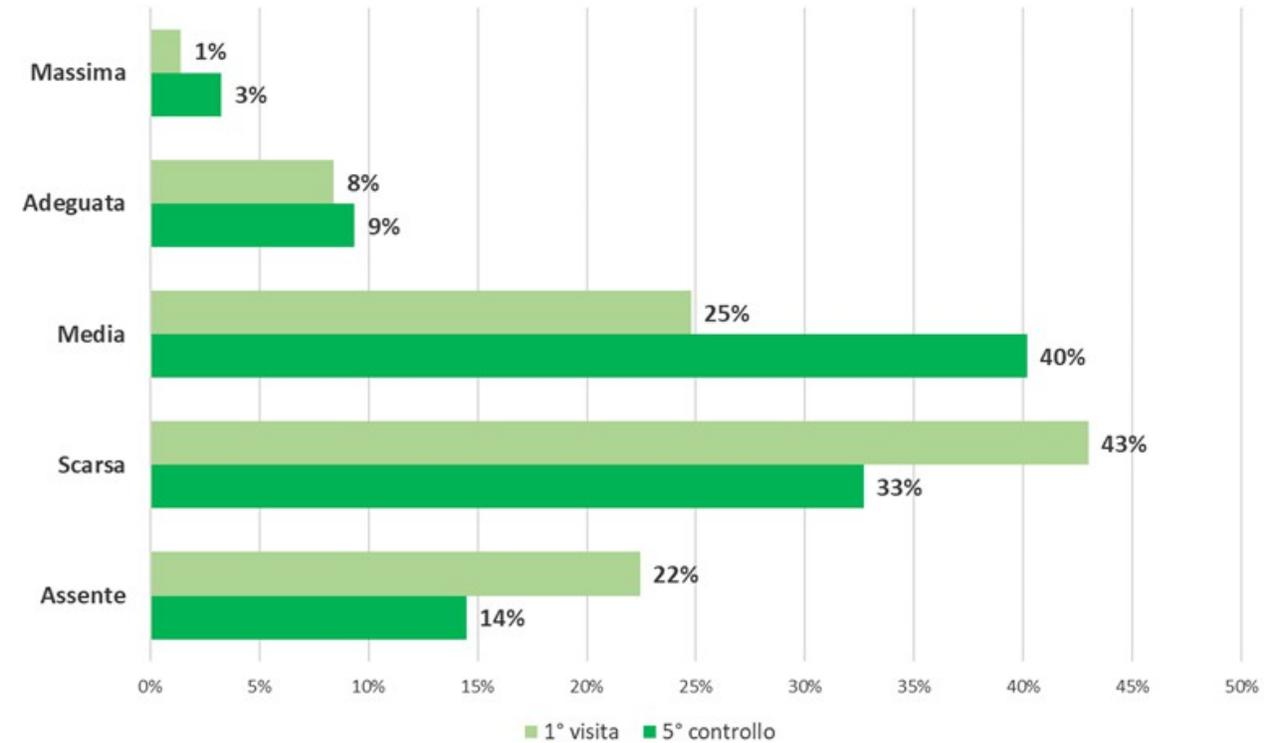
	1° visita		5° visita	
	n	%	n	%
(1) assente	48	22%	31	14%
(2) scarsa	92	43%	70	33%
(3) media	53	25%	86	40%
(4) adeguata	18	8%	20	9%
(5) massima	3	1%	7	3%

Miglioramento nel 35,4% dei bambini

Attività fisica assente: dal 22% al 14%.

Attività fisica massima : dal 1% al 3%.

Livello di attività fisica totale



**Frequenza di consumo di
bevande zuccherate e/o
gasate**

EMILIA - ROMAGNA

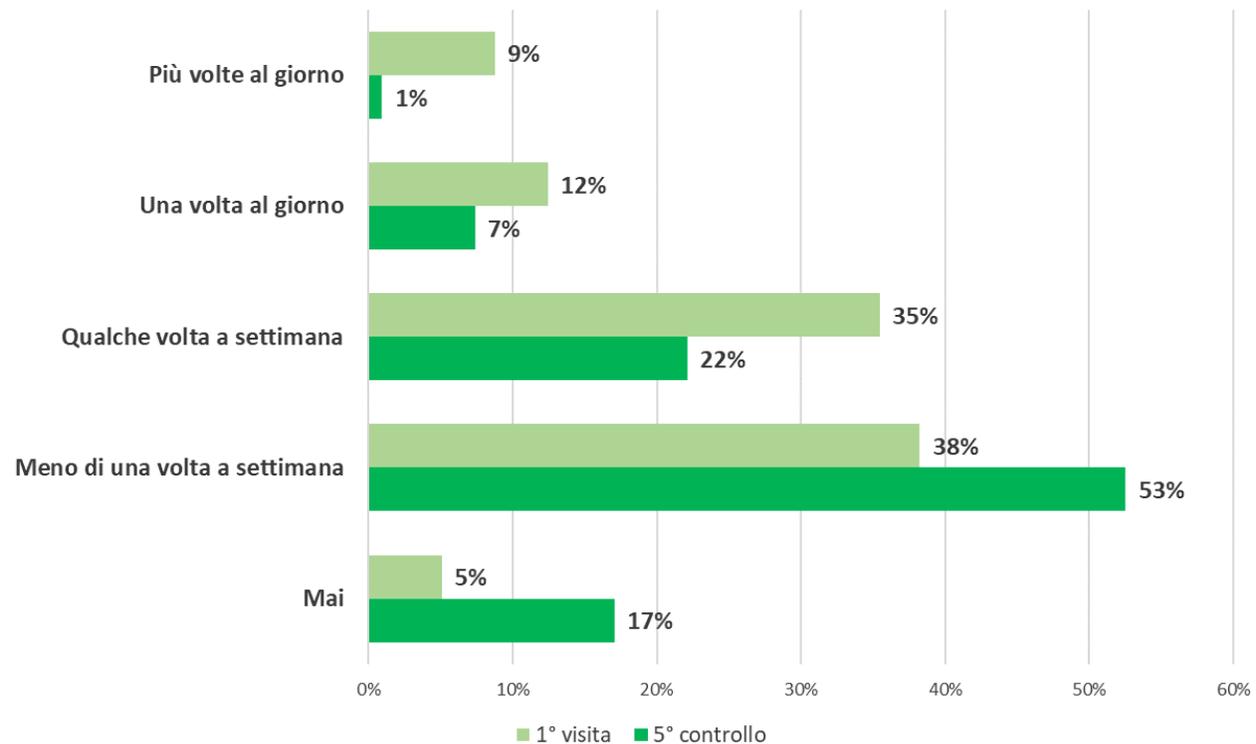
	1° visita		5° visita	
	n	%	n	%
(1) Mai	11	5%	37	17%
(2) Meno di una volta a settimana	83	38%	114	53%
(3) Qualche volta a settimana	77	35%	48	22%
(4) Una volta al giorno	27	12%	16	7%
(5) Più volte al giorno	19	9%	2	1%

Miglioramento nel 49,3% dei bambini

Consumo assente dal 5% al 17%.

Consumo più volte al giorno dal 9% al 1%.

Frequenza di consumo di bevande zuccherate e/o gasate

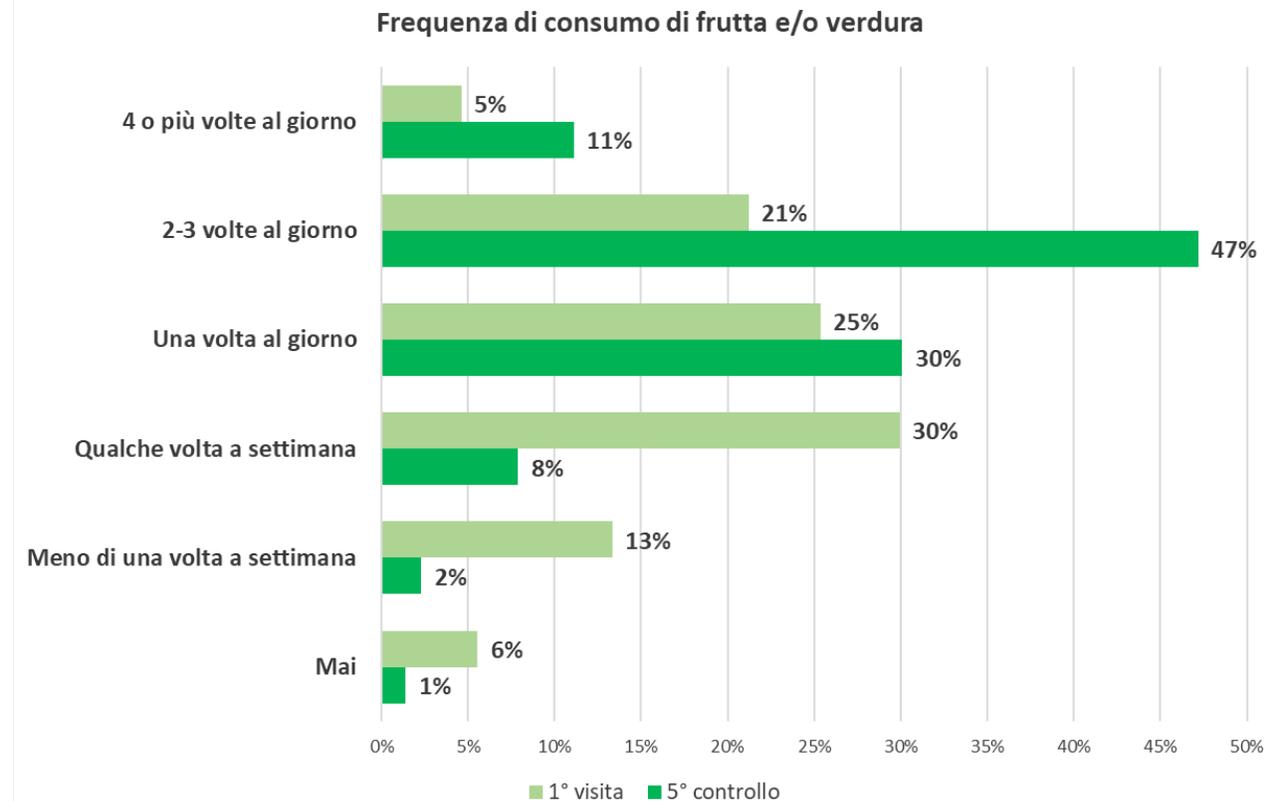


Frequenza di consumo di frutta e/o verdura	EMILIA - ROMAGNA			
	1° visita		5° visita	
	n	%	n	%
(1) Mai	12	6%	3	1%
(2) Meno di una volta a settimana	29	13%	5	2%
(3) Qualche volta a settimana	65	30%	17	8%
(4) Una volta al giorno	55	25%	65	30%
(5) 2-3 volte al giorno	46	21%	102	47%
(6) 4 o più volte al giorno	10	5%	24	11%

Miglioramento nel 67,1% dei bambini

Consumo assente: dal 6% al 1%.

Consumo 4 o più volte al giorno: dal 5% al 11%.

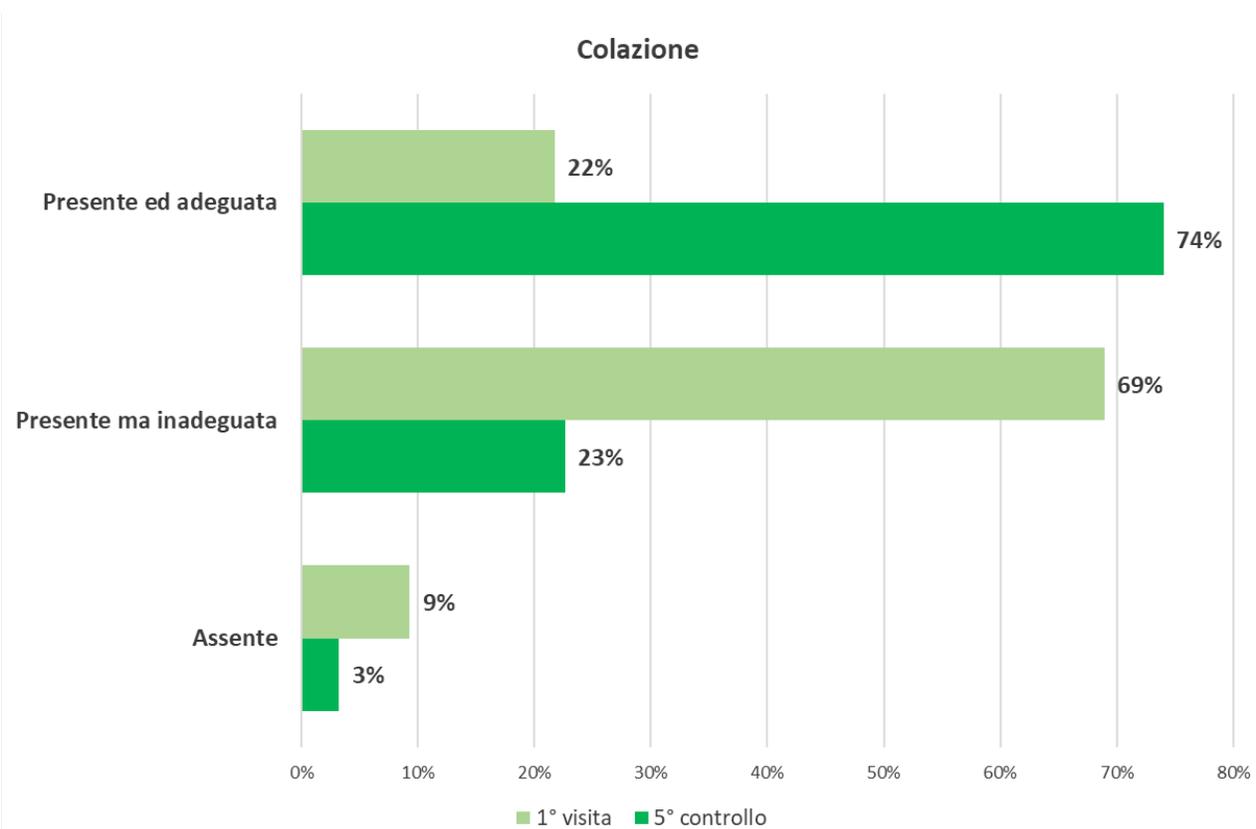


Colazione	EMILIA - ROMAGNA			
	1° visita		5° visita	
	n	%	n	%
(1) Assente	20	9%	7	3%
(2) Presente ma inadeguata	149	69%	49	23%
(3) Presente ed adeguata	47	22%	160	74%

Miglioramento nel 56,7% dei bambini

Colazione assente: dal 9% al 3%.

Colazione presente e adeguata: dal 22% al 74%.



Conclusioni:

- Il modello rappresenta l'esempio della realizzazione di una **rete omogenea sul territorio regionale**, le cui sinergie e **collaborazioni tra tutti gli attori coinvolti** consentono l'attuazione di buone pratiche per la promozione e tutela della salute del bambino con eccesso ponderale
- Adattabile a tutte le realtà territoriali
- Sostenibile perché parte dalla rete sanitaria già esistente
- Dalle prime valutazioni: efficace