

IN COLLABORAZIONE CON FIMP

**Educazione Nutrizionale**  
GRANA PADANO

**MARZO 2008**



## **Osservatorio Grana Padano**

INDAGINE SUGLI ERRORI NUTRIZIONALI E LO STILE DI VITA

# GRANA PADANO NUTRE LA SALUTE

## Garanzie di produzione, salubrità e provenienza

Quello che rende il Grana Padano DOP un alimento che favorisce il benessere e la salute delle persone, sia nella primissima infanzia che in tutte le età, è il suo ottimo rapporto tra valore energetico, qualità e quantità di nutrienti contenuti. Essendo il Grana Padano DOP un formaggio semigrasso, il suo valore energetico è inferiore a quello di altri formaggi grassi e di molti alimenti comunemente consumati, che apportano molti meno nutrienti.

- Per fare un chilogrammo di **Grana Padano DOP** occorrono circa **15 litri di buon latte fresco di giornata**, ogni giorno, tutti i giorni dell'anno.
- Dal punto di vista nutritivo questo formaggio è da considerarsi un **concentrato di latte**, ma con molti meno grassi. In 100 gr di Grana Padano DOP ci sono 28 gr di grassi contro i 54 gr presenti in 1,5 lt di latte vaccino intero.
- Il latte con cui si fa il Grana Padano DOP proviene solo dalle stalle della **Pianura Padana** a nord del fiume Po, da vacche rigorosamente sane, **sottoposte a controlli veterinari costanti e scrupolosi**. Le vacche delle stalle sono alimentate con **foraggi verdi e conservati di esclusiva origine vegetale**.
- Per fare il Grana Padano DOP il latte viene prima fatto riposare per poi essere decremato per affioramento. La pasta cotta, derivata dalla cagliata, viene raccolta nella caratteristica forma e avviata a **lenta maturazione per un minimo di 9 mesi** e mediamente **per 16**; il **Riserva** è garantito con una stagionatura **oltre i 20 mesi**.
- Il Grana Padano DOP viene fatto dai casari artigianalmente seguendo una tradizione millenaria. Il marchio D.O.P. (Denominazione Origine Protetta) è conferito dalle leggi dell'Unione Europea e Italiane, e garantisce che il Grana Padano DOP venga fatto secondo un rigoroso disciplinare che controlla la qualità e la provenienza delle materie prime, il metodo e la zona di produzione e ogni fase della lavorazione. Il disciplinare garantisce una costante quantità e qualità di nutrienti oltre a caratteristiche di assoluta salubrità. Le sue caratteristiche sono tutelate dal D.P.R. 1269/1955.

Valori medi contenuti in 50 gr di Grana Padano DOP		
<b>Proteine totali</b> g 16,5	<b>Calcio</b> mg 600	<b>Vitamina A</b> µg 112
<b>Fosfopeptidi solubili</b> g 0,75	<b>Fosforo</b> mg 346	<b>Vitamina B1</b> µg 8,5
<b>Aminoacidi liberi totali</b> g 3	<b>Rapporto calcio/fosforo</b> 1,7	<b>Vitamina B2</b> µg 180
<b>Grassi</b> g 14	<b>Cloruro di sodio</b> g 0,8	<b>Vitamina B6</b> µg 60
<b>Acidi linoleici coniugati</b> mg 85	<b>Potassio</b> mg 60	<b>Vitamina B12</b> µg 1,5
	<b>Magnesio</b> mg 31,5	<b>Vitamina D3</b> µg 0,25
	<b>Zinco</b> mg 5,5	<b>Vitamina PP</b> µg 1,5
	<b>Ferro</b> µg 70	<b>Vitamina E</b> µg 103
	<b>Rame</b> µg 250	<b>Acido pantotenico</b> µg 123
	<b>Selenio</b> µg 6	<b>Colina</b> mg 10
	<b>Iodio</b> µg 18	<b>Biotina</b> µg 3

### Grana Padano: macro e micro nutrienti

- Contiene un'elevata percentuale di proteine ad alto valore biologico.
- Apporta la maggior fonte di calcio biodisponibile tra tutti gli alimenti, oltre a contenere alte percentuali di importanti minerali come lo zinco.
- È una delle maggiori fonti di vitamine del gruppo B e contiene un'elevata quantità di vitamina A.
- Contiene meno colesterolo di tanti altri alimenti: consumando 50 grammi di Grana Padano DOP, si assume colesterolo pari a poco più del 18% dell'assunzione media giornaliera ammessa (circa 300 mg).
- Gli acidi grassi saturi sono circa il 60% e gli insaturi circa il 40%.



Educazione **N**utrizionale  
G R A N A P A D A N O

### Comitato Scientifico Osservatorio Grana Padano

Sergio Coccheri

Ordinario di Malattie Cardiovascolari, Università di Bologna

Davide Festi

Ordinario di Gastroenterologia, Università di Bologna

Claudio Maffei

Docente di Pediatria, Università di Verona

Maria Letizia Petroni

Responsabile Nutrizione Clinica,

Istituto Auxologico Italiano di Piancavallo (VB)

Stefano Stanzani

Docente di Statistica Applicata, Università di Bologna

### Medici Ricercatori

L'indagine è stata realizzata dai Medici ricercatori i cui nominativi sono pubblicati a pagina 27.

### Redazione dei contenuti

A cura di: Claudio Maffei, *Comitato Scientifico*

Maria Letizia Petroni, *Coordinatore Comitato Scientifico*

In collaborazione con

fimp Federazione Italiana  
Medici **P**ediatr*i*

**EDITORE:** OSC Media Scientific Publishing

**DIRETTORE EDITORIALE:** Pier Danio Forni

**REDAZIONE:** OSC Healthcare S.r.l.

via S. Stefano, 6 - 40125 Bologna - Tel. +39 051 224232

**ART DIRECTION:** Simone Sabatini

**STAMPA:** Industrie Grafiche Compositori, Bologna - Marzo 2008

### Comitato Scientifico "Educazione Nutrizionale"

Marco Atteritano

Medico Internista, ricercatore sull'osteoporosi

Marina Cammisa

Pediatra

Claudio Cricelli

Presidente SIMG

Davide Festi

Ordinario di Gastroenterologia, Università di Bologna

Claudio Maffei

Docente di Pediatria, Università di Verona

Giuseppe Mele

Presidente FIMP

Maria Letizia Petroni

Responsabile Nutrizione Clinica,

Istituto Auxologico Italiano di Piancavallo (VB)

Ogni dato o informazione assunti da questa ricerca potranno essere pubblicati solo a livello giornalistico e avranno l'obbligo di riportare la fonte: Osservatorio Grana Padano, marzo 2008.

Promosso da



*Consorzio Tutela Grana Padano*

PREMESSA	03
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE	05
BMI: DISTRIBUZIONE PER CLUSTER DI ETÀ	06
INDICE CIRCONFERENZA ADDOMINALE/ALTEZZA	08
OBESITÀ VISCERALE CONFRONTO CON BMI	10
SEDENTARIETÀ ED UTILIZZO DI TV, PC E GIOCHI ELETTRONICI	12
SEDENTARIETÀ, BMI E OBESITÀ VISCERALE	16
FREQUENZA DI ATTIVITÀ FISICA, BMI E OBESITÀ VISCERALE	19
TEMPO IMPEGNATO IN ATTIVITÀ MOTORIA, BMI E OBESITÀ VISCERALE	20
CONSUMO MEDIO SETTIMANALE DI FRUTTA E VERDURA, BMI, OBESITÀ VISCERALE E SEDENTARIETÀ	21
CONSUMO MEDIO SETTIMANALE DI FRUTTA E VERDURA, BMI, OBESITÀ VISCERALE E SEDENTARIETÀ	22
CONSUMO DI LATTICINI E FORMAGGI, BMI, OBESITÀ VISCERALE E SEDENTARIETÀ	23
CONSUMO DI CARNE, BMI, OBESITÀ VISCERALE E SEDENTARIETÀ	25
CONSUMO DI PESCE, BMI, OBESITÀ VISCERALE E SEDENTARIETÀ	26
MEDICI RICERCATORI	27

## PREMESSA

### L'indagine dell'Osservatorio Grana Padano: i nostri bambini hanno lo stile di vita migliore per farli crescere sani e longevi?

Durante lo scorso secolo, le aspettative di vita e di buona salute sono progressivamente migliorate sino a livelli impensabili solo 100 anni fa. Questo processo sta però rallentando e vi sono allarmanti proiezioni di inversione della tendenza. Malattie cardiovascolari e diabete stanno aumentando in tutti i paesi industrializzati, principalmente quale conseguenza delle modificazioni dello stile di vita e, soprattutto, dell'aumento del peso. L'unica strategia realisticamente perseguibile per bloccare questo processo è la prevenzione. Questa è tanto più efficace quanto prima viene applicata. L'evidenza disponibile suggerisce che già le esperienze metaboliche vissute durante la vita intrauterina sono importanti se non determinanti per la programmazione metabolica dell'individuo. Lo stato metabolico materno nel corso della gravidanza influenza in modo assai rilevante i processi di maturazione degli effettori endocrino-metabolici che regoleranno peso, massa adiposa, metabolismo dei nutrienti per tutta la vita<sup>(1)</sup>. Il peso alla nascita è la risultante dell'azione dei vari fattori intrauterini e costituisce già un importante predittore per potenziali rischi per la salute dell'individuo nelle età successive. Così le prime esperienze con il cibo, il tipo e le modalità di allattamento, la composizione della dieta, le abitudini nutrizionali e motorie dei genitori, etc. contribuiscono a definire ulteriormente la "personalità" metabolica di ciascuno di noi. Pertanto, per poter promuovere una crescita ed uno sviluppo corretti, che sono un ottimo investimento per la salute di domani, è indispensabile disporre di strumenti operativi semplici ed efficaci che agevolino la trasmissione da parte del pediatra, ai genitori ed ai bambini stessi, di obiettivi e strategie comportamentali e nutrizionali adeguati.

Al fine di analizzare le abitudini nutrizionali e motorie oltre che la prevalenza dell'eccesso ponderale nei bambini e nei ragazzi, il Comitato Scientifico dell'Osservatorio Grana Padano ha deciso per il 2008 di dedicare particolare attenzione a questo tema. I risultati della presente indagine, svolta da medici per i medici, sono stati analizzati con particolare attenzione alle variabili negativamente associate a quanto oggi è consigliato per la prevenzione delle patologie metaboliche:

- grado di sovrappeso (BMI)
- accumulo di grasso in area addominale (circonferenza vita)
- indici di sedentarietà
- attività motoria
- inadeguato introito di alcuni alimenti associati ad effetto preventivo nei confronti delle malattie cardiovascolari

## Il progetto Osservatorio Grana Padano ed il nuovo software (aggiornamento 2007)

Vi è scarsità di dati sulle abitudini alimentari della popolazione generale italiana su base nazionale. Inoltre, vi è una forte richiesta da parte dei pazienti ai loro medici che non riesce sovente ad essere accolta dai medici di famiglia a causa di tempo limitato a disposizione e della mancanza di strumenti educazionali adeguati. Lo scopo del progetto Osservatorio Grana Padano è stato lo sviluppo di un software applicativo che rendesse possibile ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di Libera Scelta da una parte di **raccogliere dai loro pazienti in modo semplice e rapido informazioni sulle abitudini alimentari e sullo stile di vita**, dall'altro di **fornire un counseling nutrizionale individualizzato e "su misura"**. È pertanto stato sviluppato un software utilizzabile da parte del Medico per intervistare il paziente sulla frequenza (su base giornaliera o settimanale) di assunzione delle varie classi di alimenti. Nell'aggiornamento del software effettuato nel 2007 sono state aggiunte domande sullo svolgimento di attività fisica, sul tempo trascorso in attività sedentarie (guardare la TV, utilizzare il PC, fare giochi elettronici) e sulla abitudine al fumo; vengono inoltre rilevati oltre a peso, altezza anche la circonferenza addominale del paziente.

Durante l'intervista, sotto ciascuna categoria di alimenti compare immediatamente un breve messaggio nutrizionale alimento-specifico come fonte di informazione per il medico. I dati sulle abitudini alimentari vengono trasformati al termine dell'intervista in dati di introito dei singoli nutrienti utilizzando una tabella di composizione degli alimenti che attinge da banche dati sia nazionali<sup>(2, 3)</sup> che internazionali<sup>(4)</sup>. I dati sull'introito dei singoli nutrienti sono confrontati con i livelli raccomandati per la popolazione italiana<sup>(5)</sup> ove disponibili, ovvero con altre raccomandazioni<sup>(6)</sup> o livelli di riferimento derivati dalla letteratura scientifica internazionale ed eventuali scostamenti segnalati al medico. Dai risultati dell'intervista vengono quindi automaticamente generati suggerimenti pratici individualizzati per il paziente su come migliorare il proprio stile alimentare e di vita, che possono eventualmente essere modificati dal Medico sulla base del quadro clinico complessivo, stampati e consegnati al paziente. Come risultato finale, il paziente "familiarizza" con i nutrienti ed il loro significato, sul contenuto nutrizionale degli alimenti, ed impara come correggere le abitudini alimentari errate. I dati delle interviste vengono regolarmente scaricati in forma anonima in un server centrale dove possono essere analizzati, e viene dato un regolare feed-back alla comunità scientifica, incluse le Società Scientifiche di medici e pediatri di famiglia SIMP e FIMP. Inoltre, gli elementi di maggiore interesse per il pubblico vengono diffusi ai mass media a scopo educativo in modo da permettere il trasferimento di corrette conoscenze su nutrizione e stile di vita al maggior numero di famiglie. Il progetto "Osservatorio Grana Padano" è stato lanciato nel 2005 ed ha rapidamente guadagnato popolarità tra i Medici di famiglia ed i Pediatri di libera scelta sul territorio nazionale. A Dicembre 2007, l'indagine epidemiologica aveva riguardato 14105 soggetti (dei quali 4857 bambini e 9248 adulti) arruolati e studiati da 328 Medici di famiglia (107 Nord, 63 Centro, 158 Sud Italia ed Isole) e 179 Pediatri (62 Nord, 46 Centro e 71 Sud Italia).

## IL CAMPIONE OGGETTO DI QUESTA INDAGINE

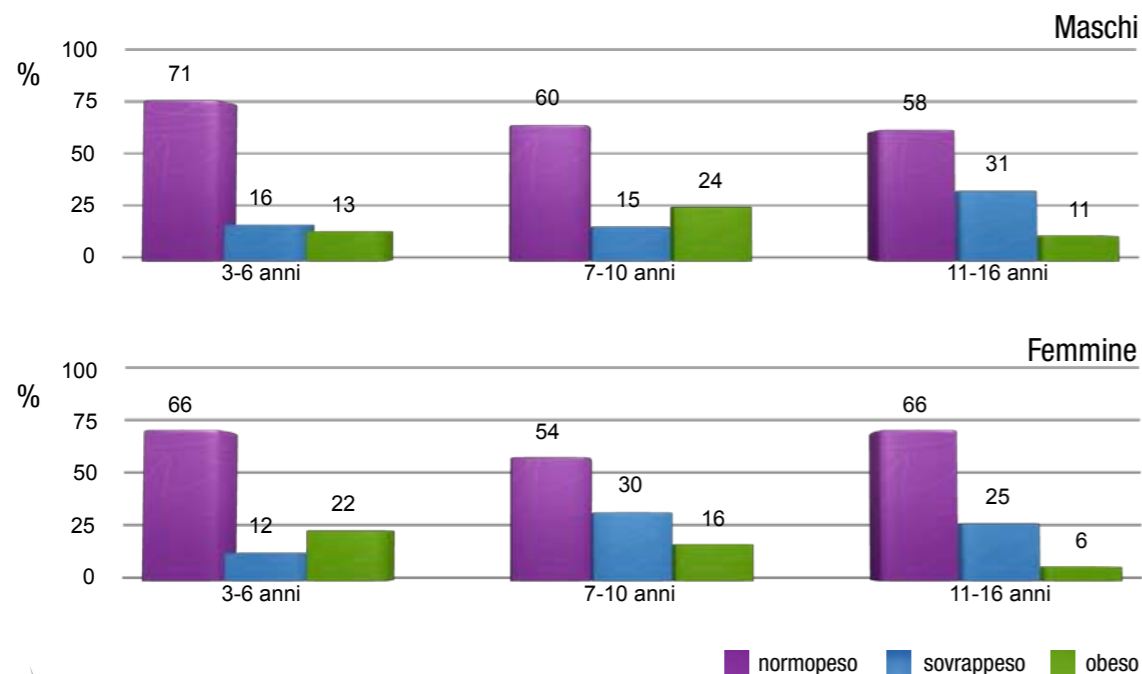
Nel periodo 1 Settembre-15 Dicembre 2007 sono stati studiati con la versione aggiornata del software 873 bambini (F = 406, M = 467) di età compresa tra i 3 ed i 16 anni e 718 adulti (F = 404, M = 314) di età compresa tra i 20 e gli 89 anni.

I soggetti arruolati nel campione pediatrico provenivano per il 27,5% dal Nord, per il 12,5% dal Centro, per il 60% da Sud ed Isole. Il presente campione, sul quale è stata svolta l'indagine completa che include anche le abitudini motorie, è pertanto da considerarsi ancora preliminare in quanto a rappresentatività sull'intero territorio nazionale.

## Bibliografia essenziale

- 1) Maffei C. Childhood obesity: potential mechanisms for the development of an epidemic. Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program. 2006;(57):31-43; discussion 43-50.
- 2) Carnovale E, Marletta L (2000). Tabelle di composizione degli alimenti. INRAN - Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, Roma.
- 3) Salvin S, Parpinel M, Gnagnarella P, Maisonneuve P, Turrini A (1998). Banca Dati di Composizione degli Alimenti per Studi Epidemiologici in Italia. Istituto Europeo di Oncologia.
- 4) Nutrient Data Laboratory (2006). USDA National Nutrient Database for Standard Reference, Release 19 Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. Linee guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003.(www.inran.it)
- 5) SINU - Società di Nutrizione Umana (1996). LARN - Livelli di Assunzione Giornalieri Raccomandati di Nutrienti per la Popolazione Italiana.
- 6) National Academy of Sciences. Institute of Medicine. Food and Nutrition Board (2002). Dietary Reference Intake (DRI)
- 7) Società Italiana di Pediatria. Obesità del bambino e dell'adolescente: consensus su prevenzione, diagnosi e terapia. Istituto Scotti-Bassani, Milano 2006.
- 8) Maffei C, Consolaro A, Cavarzere P, Chini L, Banzato C, Grezzani A, Silvagni D, Salzano G, De Luca F, Tato L. Prevalence of overweight and obesity in 2- to 6-year-old Italian children. Obesity (Silver Spring). 2006;14:765-9.
- 9) Valerio G, Scalfi L, De Martino C, Franzese A, Tenore A, Contaldo F. Comparison between different methods to assess the prevalence of obesity in a sample of Italian children. J Pediatr Endocrinol Metab. 2003;16:211-6
- 10) Maffei C, Banzato C, Talamini G; Obesity Study Group of the Italian Society of Pediatric Endocrinology and Diabetology. Waist-to-height ratio, a useful index to identify high metabolic risk in overweight children. J Pediatr. 2008;152: 207-13.
- 11) Saelens BE, Seeley RJ, van Schaick K, Donnelly LF, O'Brien KJ. Visceral abdominal fat is correlated with whole-body fat and physical activity among 8-y-old children at risk of obesity. Am J Clin Nutr. 2007 ;85:46-53.
- 12) Barbeau P, Johnson MH, Howe CA, Allison J, Davis CL, Gutin B, Lemmon CR. Ten months of exercise improves general and visceral adiposity, bone, and fitness in black girls. Obesity (Silver Spring). 2007;15:2077-85
- 13) Maffei C, Castellani M. Physical activity: an effective way to control weight in children? Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2007;17:394-408.
- 14) Maffei C, Talamini G, Tato L. Influence of diet, physical activity and parent's obesity on children's adiposity: a four-years longitudinal study. Int J Obes 1998;22:758-64
- 15) Caroli M, Argentieri L, Cardone M, Masi A. Role of television in childhood obesity prevention. Int J Obes Relat Metab Disord. 2004;28 Suppl 3:S104-8.
- 16) Dixon LB, Pellizzon MA, Jawad AF, Tershakovec AM. Calcium and dairy intake and measures of obesity in hyper- and normocholesterolemic children. Obes Res. 2005;13:1727-38
- 17) Papandreou D, Stamou M, Malindretos P, Rousso I, Mavromichalis I. Prevalence of hypertension and association of dietary mineral intake with blood pressure in healthy schoolchildren from northern Greece aged 7-15 years. Ann Nutr Metab. 2007;51:471-6.
- 18) DeJongh ED, Binkley TL, Specker BL. Fat mass gain is lower in calcium-supplemented than in unsupplemented preschool children with low dietary calcium intakes. Am J Clin Nutr. 2006;84:1123-7

## BMI: DISTRIBUZIONE PER CLUSTER DI ETÀ

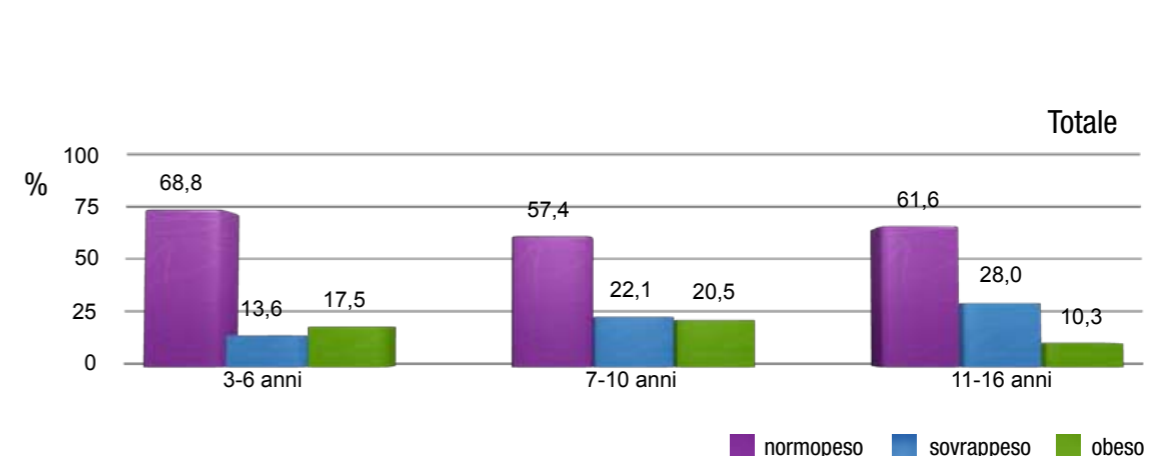


Fonte: Osservatorio Grana Padano, marzo 2008

La prevalenza di sovrappeso ed obesità in età pediatrica è stata calcolata utilizzando l'indice di Cole (cut-off di indice di massa corporea specifici per sesso ed età) come raccomandato dalla Consensus Conference per l'Obesità Pediatrica della Società Italiana di Pediatria<sup>(7)</sup>.

In questo campione, il grado di eccesso ponderale, dato dalla somma dei soggetti in sovrappeso e quelli obesi, è importante ed aumenta con l'età. Il rapporto tra bambini sovrappeso-obesi e bambini normopeso passa da 3/10 tra i 3 ed i 6 anni, a 4/10 tra i 7 ed i 16 anni. La prevalenza del sovrappeso-obesità fino ai 10 anni è in linea con i dati più recenti al riguardo riscontrati in Italia da indagini perlopiù a distribuzione regionale e non mostra differenze tra i due sessi.

## BMI: DISTRIBUZIONE PER CLUSTER DI ETÀ



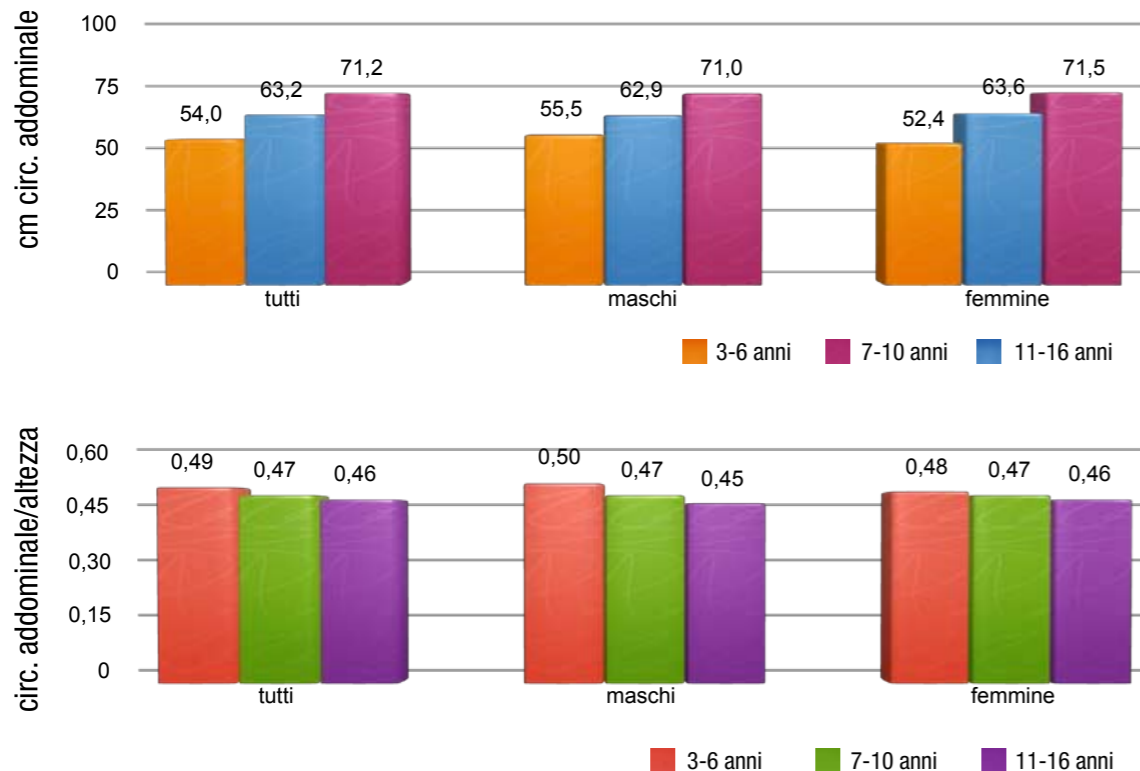
Fonte: Osservatorio Grana Padano, marzo 2008

Più elevata invece la prevalenza dell'eccesso ponderale tra gli adolescenti, che però risultano più frequentemente in sovrappeso (30%) che obesi (10%), in entrambe i sessi. Il rapido accrescimento staturale che accompagna lo sviluppo puberale e, soprattutto nelle femmine, la maggiore attenzione all'aspetto fisico contribuiscono a spiegare questa interessante variazione di distribuzione del rapporto sovrappeso/obesità rispetto ai ragazzi più giovani ed ai bambini.

Un dato interessante è comunque quello relativo ai **bambini tra i 3 ed i 6 anni**. Il fatto che **uno su tre sia sovrappeso o obeso**, confermando dati recenti eseguiti con indagini epidemiologiche territoriali eseguiti pochi anni or sono<sup>(8, 9)</sup>, è impressionante.



## INDICE CIRCONFERENZA ADDOMINALE/ALTEZZA



Fonte: Osservatorio Grana Padano, marzo 2008

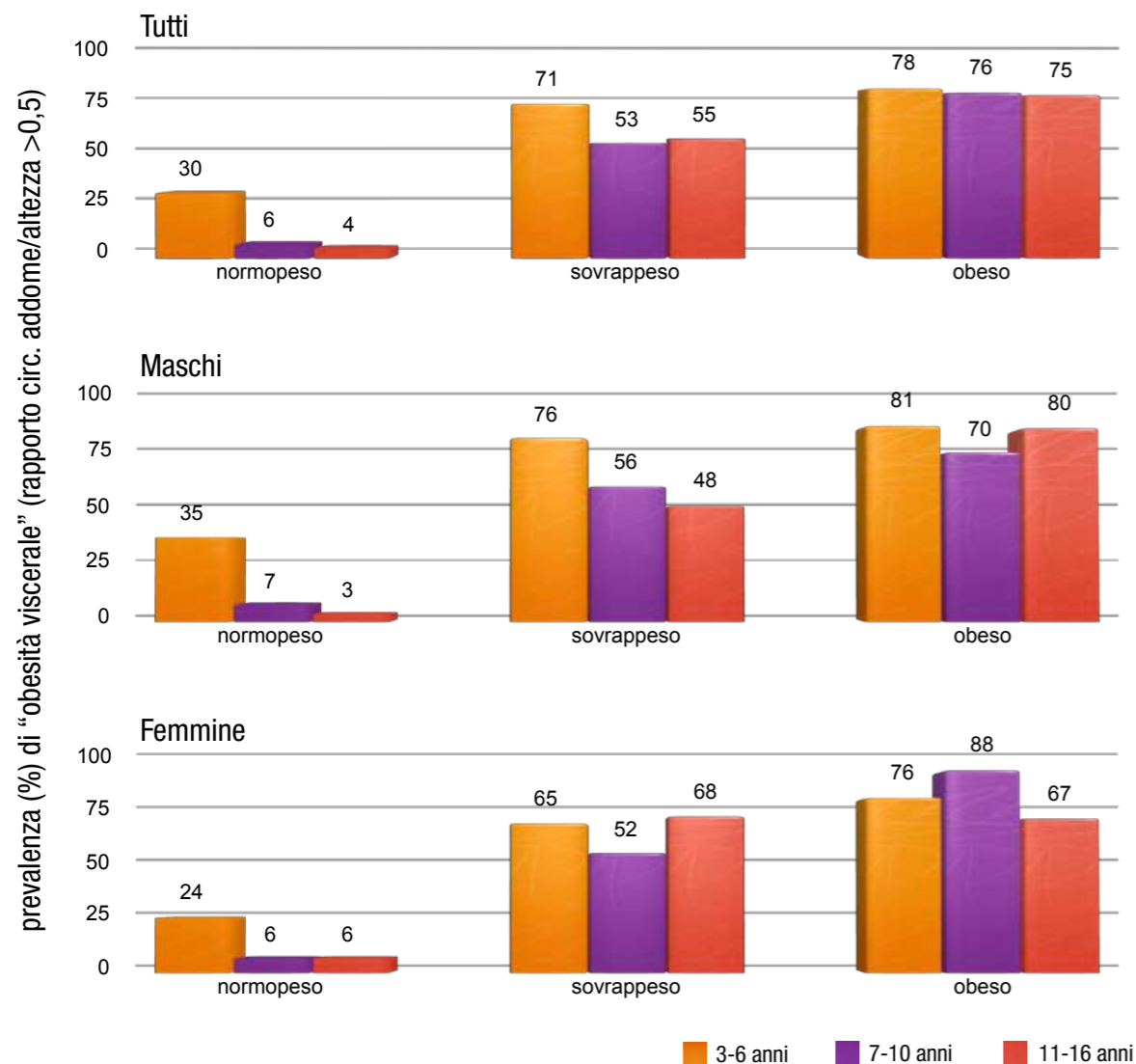
## INDICE CIRCONFERENZA ADDOMINALE/ALTEZZA

### SPUNTI DI INTERESSE CLINICO

La deposizione di grasso nell'area addominale, soprattutto in sede peri-viscerale, è fattore di rischio importante per lo sviluppo di alterazioni metaboliche. La misura della circonferenza addominale è correlata al grasso intra-addominale. Pertanto la misura della circonferenza addominale è un ottimo strumento per avere una stima sufficientemente realistica del grado di deposizione lipidica in area addominale anche nel bambino e nell'adolescente. All'aumentare della circonferenza addominale aumenta il rischio di avere fattori di rischio cardiovascolare. Tuttavia, la circonferenza della vita varia in funzione di età, sesso ed etnia del soggetto. Al fine di ovviare a questa limitazione, è stato recentemente proposto di utilizzare il **rapporto tra circonferenza della vita e altezza**, entrambe espresse in cm, fissando il valore limite di normalità a **0.5**. Cioè tutti i bambini con un rapporto tra circonferenza della vita e altezza superiore a 0.5 sono stati considerati avere un grasso addominale eccessivo. Questo accorgimento consente di confrontare maschi e femmine di qualsiasi età e di etnie differenti, limitando il possibile errore.

L'utilità del rapporto vita/altezza è **massima nei soggetti con grado di sovrappeso moderato e non ancora obesi**. Infatti per gli obesi il rischio cardiovascolare è già elevato in base alla presenza di obesità per sé. Un recente studio policentrico condotto in Italia ha dimostrato che i bambini classificati quali sovrappeso in base al loro BMI ma che presentavano un rapporto vita/altezza superiore a 0.5 avevano un rischio 8 volte superiore di presentare fattori di rischio cardiovascolare rispetto ai normopeso<sup>(10)</sup>.

## OBESITÀ VISCERALE CONFRONTO CON BMI



Fonte: Osservatorio Grana Padano, marzo 2008

Sia nei maschi che nella femmine, il rapporto vita/altezza è superiore a 0.5 nella maggior parte dei soggetti in sovrappeso o obesi, come prevedibile. Al contrario, una quota non irrilevante (35% nei maschi e 24% nelle femmine) dei bambini di 3-6 anni e definiti normopeso in base al BMI hanno valori elevati di circonferenza addominale. È probabile che buona parte di questi bambini abbia già avuto l' "adiposity rebound", abbia cioè anticipato l'inizio della deposizione di massa adiposa che usualmente comincia intorno ai 6 anni per proseguire sino al termine della pubertà. In questo caso, pur risultando ancora normopeso in base al loro BMI, presentano un elevato rischio di sviluppare presto sovrappeso o obesità.

### SPUNTI DI INTERESSE CLINICO

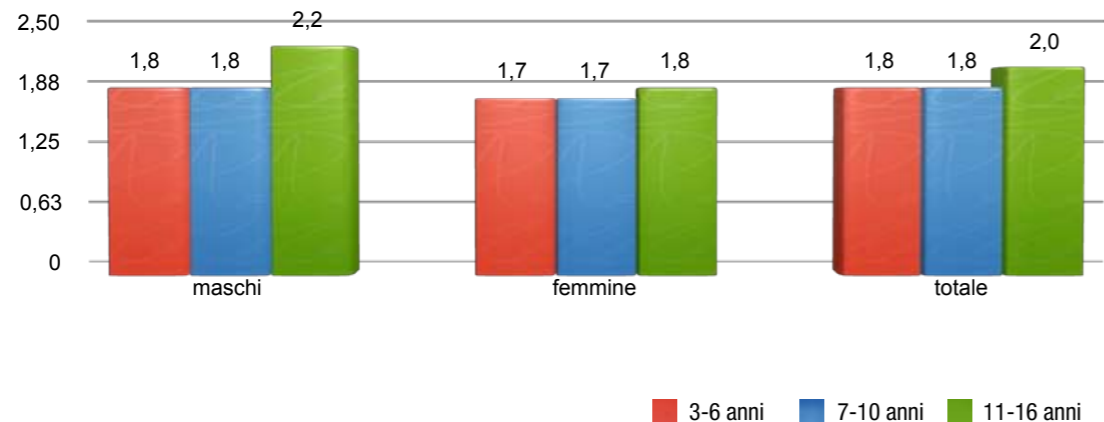
*Parecchi dei bambini che vanno alla scuola materna, sia maschi che femmine, hanno già una discreta pancetta rispetto alla loro altezza, anche se non sono ancora obesi. Avere un addome già dotato di abbondanti depositi lipidici in queste prime età non è un buon inizio per l'avvenire "metabolico" di questi bambini. Al contrario costituisce un invito pressante a considerare questa età della vita quale un importante periodo per operare un'azione preventiva.*

### MESSAGGI CHIAVE

- È consigliabile adottare nei bambini come prassi la misurazione della circonferenza addominale ed il calcolo del rapporto circonferenza addominale:altezza. **Un rapporto circonferenza addominale: altezza superiore a 0.5 si associa ad un aumento della probabilità di presentare un profilo metabolico sfavorevole in termini di rischio cardiovascolare.**
- Questo deve essere fatto **anche nei bambini normopeso, in particolare nella fascia di età 3-6 anni**, per identificare precocemente i bambini ad elevato rischio di sviluppare sovrappeso ed obesità.

## SEDENTARIETÀ ED UTILIZZO DI TV, PC E GIOCHI ELETTRONICI

ore/die di TV, PC, giochi elettronici

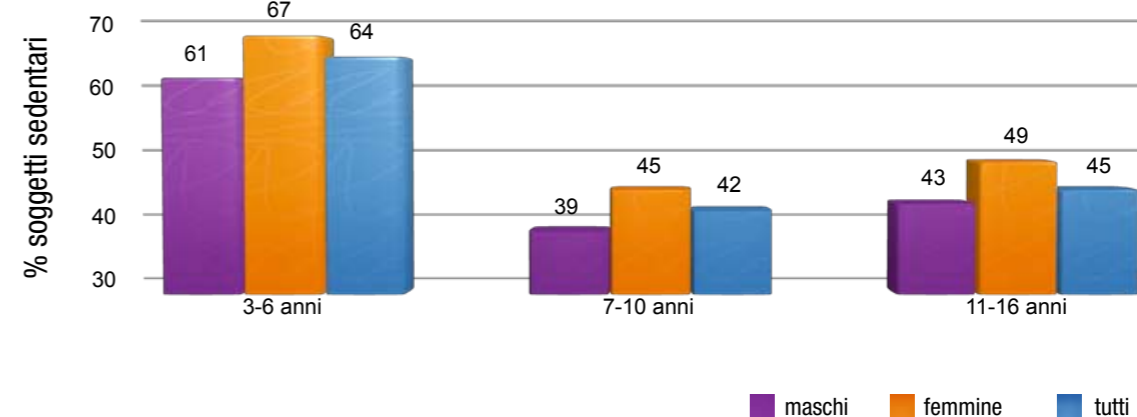


Fonte: Osservatorio Grana Padano, marzo 2008

I genitori intervistati hanno riportato il numero di ore al giorno dedicate dal/dalla loro figlio/a a: TV, PC, e giochi elettronici. Lo stile di vita dei bambini/ragazzi è definito “sedentario” quando non viene praticato sport in orario extrascolastico per almeno due ore la settimana e gioco movimentato (che fa “sudare”) per almeno 30 minuti al giorno e “non sedentario” quando viene praticato sport per almeno due ore la settimana e gioco movimentato per almeno un’ora al giorno. Nel caso di stile di vita non sedentario, veniva chiesto di specificare il numero di volte alla settimana in cui veniva svolta attività fisica e la durata media in minuti di ogni seduta.

Il tempo di “**video-esposizione**” dei bambini-adolescenti è elevato e risulta in linea con quanto precedentemente segnalato da altre inchieste<sup>(12)</sup>. Nelle femmine non sono evidenti differenze nelle diverse classi di età mentre nei maschi il tempo trascorso davanti al video aumenta tra gli 11 ed i 16 anni.

## SEDENTARIETÀ ED UTILIZZO DI TV, PC E GIOCHI ELETTRONICI



Fonte: Osservatorio Grana Padano, marzo 2008

Il numero di bambini e ragazzi **sedentari** è molto elevato: **2 su 3 nell’età dell’asilo** e **quasi uno su 2 nei ragazzi più grandi**, sia nei maschi che nelle femmine. Anzi, negli adolescenti il numero tende a salire ancora leggermente rispetto ai pre-adolescenti,

### SPUNTI DI INTERESSE CLINICO

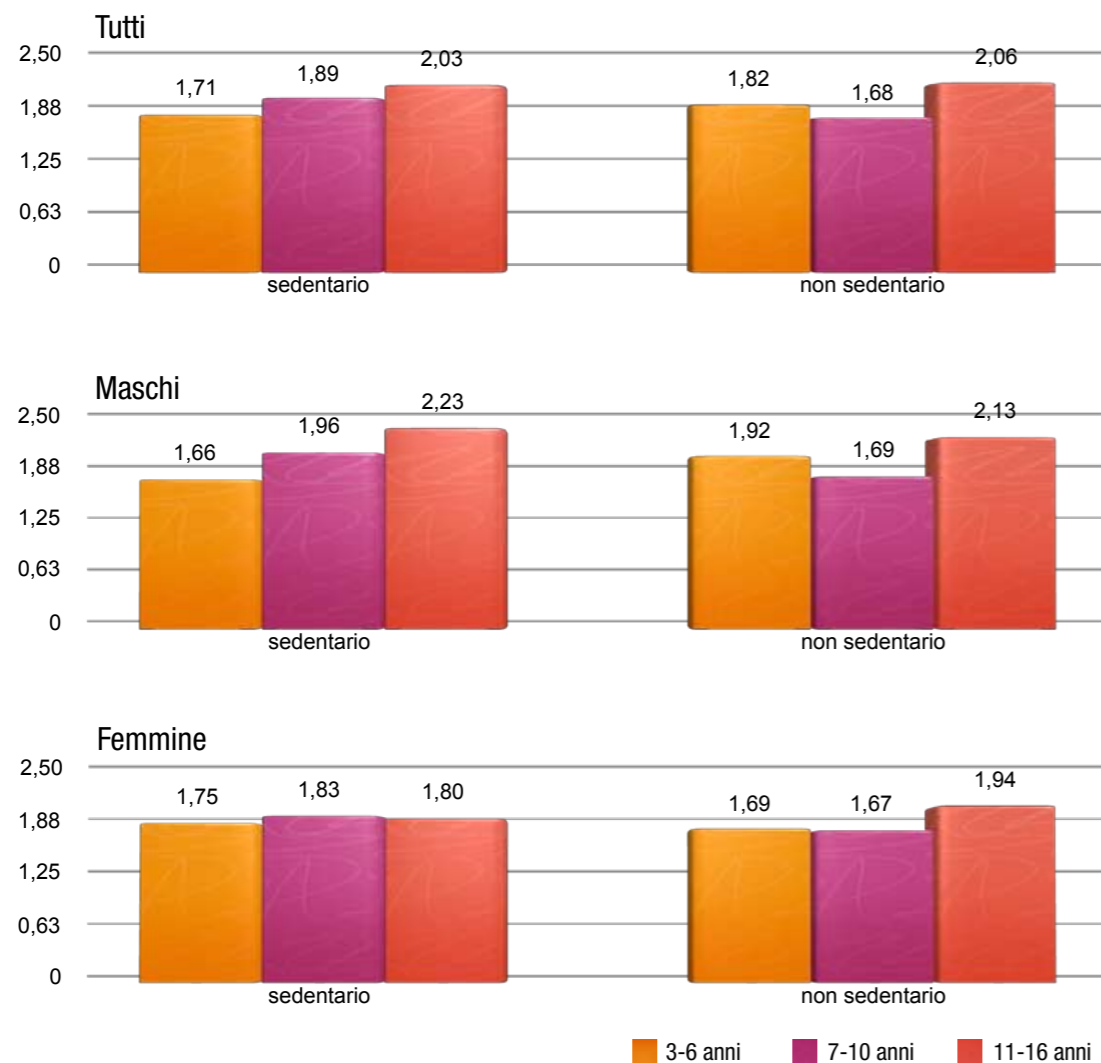
*Colpisce molto l’elevato numero di bambini sedentari, in età in cui non vi dovrebbero essere impedimenti al libero sfogo delle potenzialità fisiche, con tutte le rilevanti conseguenze sull’acquisizione di competenze motorie, sulla conoscenza di sé, sull’autostima, sulla capacità di socializzare. Solamente un bambino su tre tra i 3 ed i 6 anni può essere definito “non sedentario”.*

*Il bambino impara lo stile di vita dei genitori, per imitazione. Questo sottolinea l’importanza determinante dei genitori perchè venga promosso anche con l’esempio diretto uno stile motorio più attivo sin dall’infanzia.*



## SEDENTARIETÀ ED UTILIZZO DI TV, PC E GIOCHI ELETTRONICI

media ore/die di TV, PC, giochi elettronici



## SEDENTARIETÀ ED UTILIZZO DI TV, PC E GIOCHI ELETTRONICI

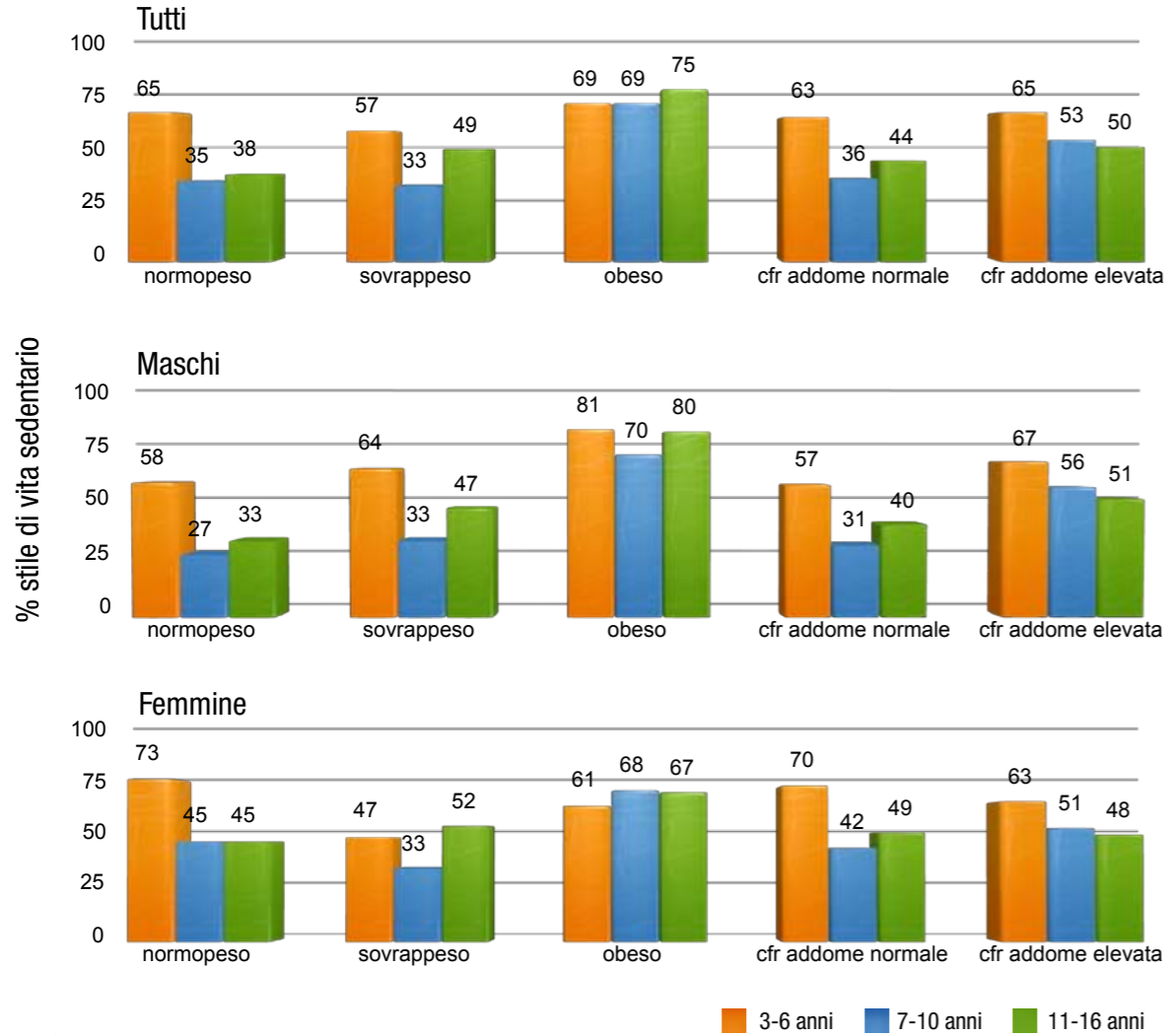
Essere sedentari è associato alla video-esposizione soprattutto per le femmine fino ai 10 anni. Nei maschi non sembra esservi un'associazione tra video-esposizione e sedentarietà. O meglio anche i non-sedentari trascorrono molto tempo davanti al video. Esigenze sociali e moda impongono ai giovani l'accesso elettronico quotidiano. È una questione di costume irrinunciabile e progressivamente evolvente che promuove importanti e rapide modifiche nello stile di vita delle nuove generazioni.

### SPUNTI DI INTERESSE CLINICO

#### Idee per ridurre la sedentarietà e promuovere l'attività motoria in tutta la famiglia

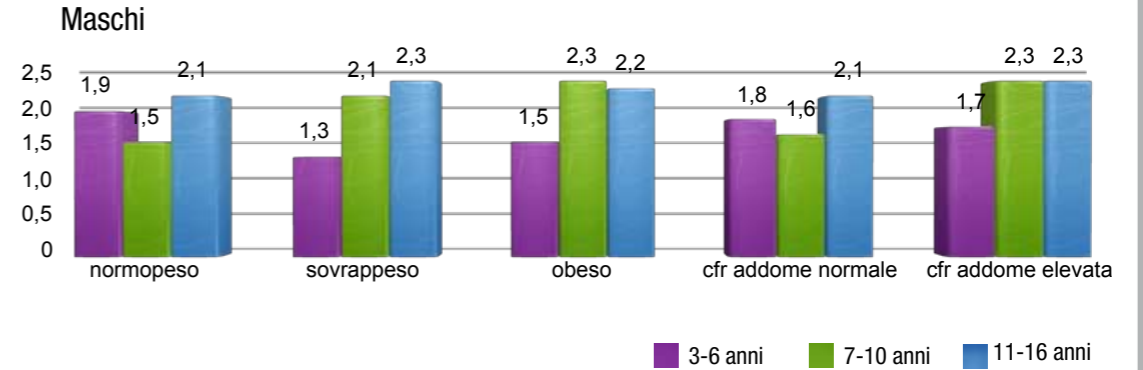
- TV spenta durante i pasti e telecomando posizionato lontano in modo da doversi alzare
- incrementare l'abitudine a camminare insieme per raggiungere scuola, palestra, chiesa, ecc. invece di utilizzare l'auto
- condividere con i figli attività sportive piacevoli e gradite (es. calcio, bicicletta)
- lavare settimanalmente l'auto a mano assieme ai figli anziché utilizzare l'autolavaggio
- fare giochi "attivi" con i bambini es. salto con la corda, gioco del "mondo", "rubabandiera" ecc.
- la famiglia si concede un piccolo premio collettivo se quella settimana tutti i membri della famiglia hanno raggiunto gli obiettivi di attività fisica e hanno contenuto i comportamenti sedentari entro limiti prefissati

## SEDENTARIETÀ, BMI E OBESITÀ VISCERALE



## SEDENTARIETÀ, BMI E OBESITÀ VISCERALE

ore/die di TV, PC, giochi elettronici



Come prevedibile, i più sedentari sono gli obesi, sia maschi che femmine, a tutte le età. Inoltre, i soggetti con un rapporto vita/altezza >0,5 sono più sedentari di quelli con un rapporto <0,5, soprattutto tra i maschi.

**Il minor livello di attività motoria è quindi associato alla deposizione addominale di grasso**, confermando i dati di studi clinici condotti con metodiche radiologiche per la quantificazione del grasso addominale anche nel bambino e valutati in rapporto al livello di fitness<sup>(1)</sup>.

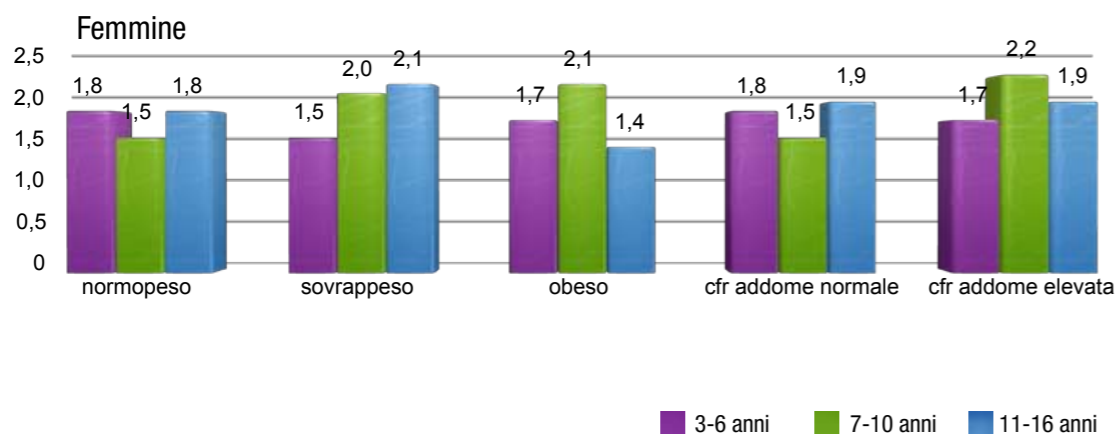
### SPUNTI DI INTERESSE CLINICO

L'attività motoria abituale nel bambino si associa ad un miglioramento di tutti i parametri metabolici (colesterolo, trigliceridi, insulinemia, pressione arteriosa) oltre che a un miglioramento della composizione e della distribuzione del grasso corporeo, dello stato dell'umore e dell'autostima<sup>(2)</sup>. Il bambino che fa sport migliora la sua fitness ma anche la capacità di socializzare e l'equilibrio emotivo.

La riduzione della sedentarietà e l'aumento dell'attività motoria, sia programmata che non programmata, si è dimostrato presidio efficace sia nella prevenzione che nel trattamento del sovrappeso del bambino<sup>(3)</sup>. I risultati di questa indagine costituiscono un ulteriore stimolo all'intervento.

## SEDENTARIETÀ, BMI E OBESITÀ VISCERALE

ore/die di TV, PC, giochi elettronici



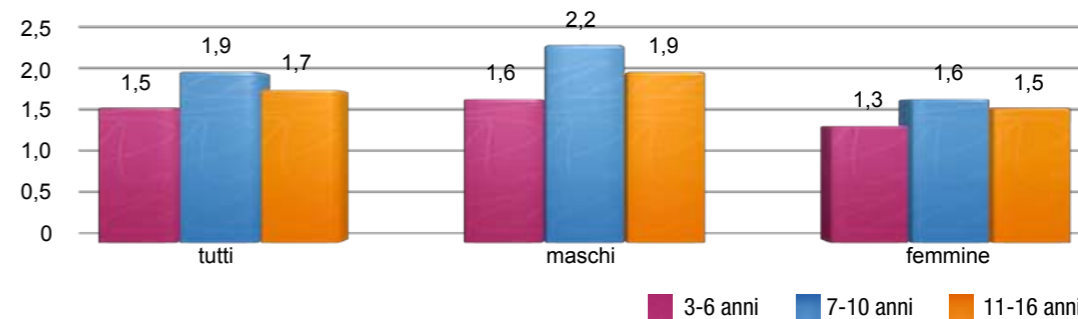
I maschi trascorrono un numero medio di ore davanti a TV, PC, giochi elettronici maggiore rispetto alle femmine. Ragazzi e ragazze dai 10 anni in su sono più video-esposti dei piccoli. Gli obesi ed i sovrappeso più dei normopeso. Sia i maschi che le femmine con rapporto vita/altezza >0,5 trascorrono più tempo con TV, PC o giochi elettronici dei coetanei con rapporto vita/altezza <0,5. La video esposizione è un attendibile indice di sedentarietà. Entrambe si associano ad un rischio di obesità<sup>(14,15)</sup>.

### MESSAGGI CHIAVE

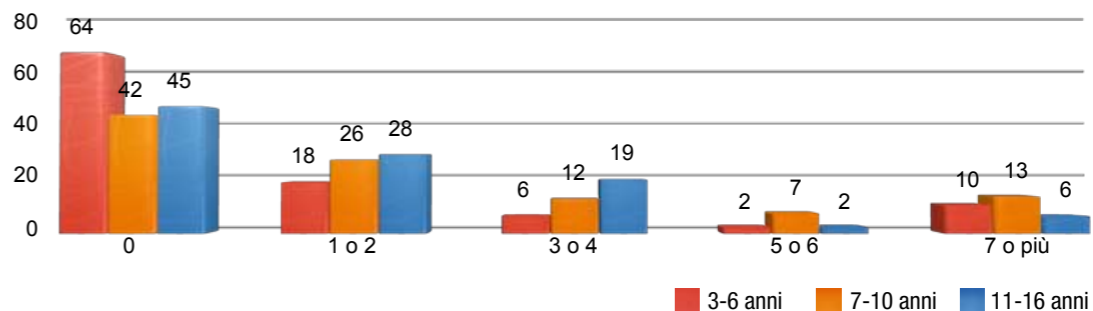
- Ad ogni occasione utile ricordiamoci di chiedere il tempo in media trascorso davanti ad uno schermo (televisione, PC, videogiochi) e di raccomandare a genitori e bambino che esso **non superi le 2 ore al giorno**, fornendo consigli su attività alternative

## FREQUENZA DI ATTIVITÀ FISICA, BMI E OBESITÀ VISCERALE

frequenza sedute settimanali attività fisica

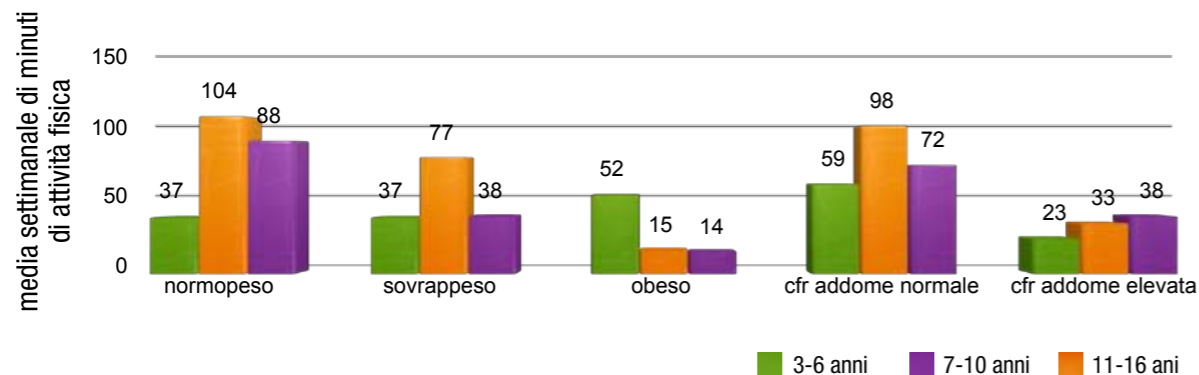


% numero sedute settimanali attività fisica



Due i risultati salienti: a) circa il 50% dei bambini e ragazzi non pratica alcuna attività motoria; b) un ulteriore 25% non supera le 2 ore la settimana di attività. Sono risultati assai sconcertanti che confermano quanto riportato anche in altri paesi industrializzati. Le ricadute in salute sia a breve che soprattutto a lungo termine potranno essere assai rilevanti per questi bambini se queste informazioni non dovessero indurre risposte operative adeguate. Famiglie, sanità, sociale, scuola dovranno collaborare affinché questo stile di vita si modifichi al più presto.

## TEMPO IMPEGNATO IN ATTIVITÀ MOTORIA, BMI E OBESITÀ VISCERALE



Fonte: Osservatorio Grana Padano, marzo 2008

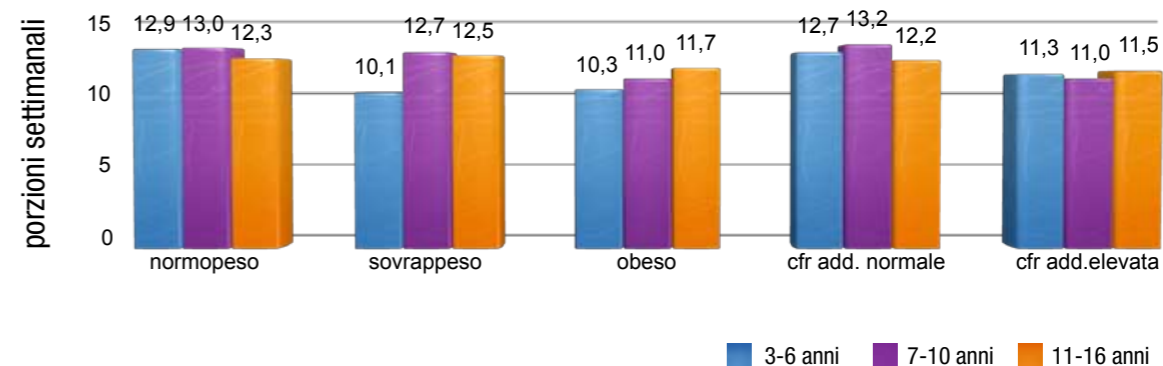
Moltiplicando il numero di sedute settimanali di attività motoria per la durata dichiarata delle stesse si ottiene una stima del numero di minuti settimanali di attività fisica.

Il numero medio di minuti alla settimana trascorsi in attività motoria sono estremamente bassi nei soggetti obesi, soprattutto dopo i 7 anni di età. Anche i sovrappeso si muovono pochissimo. Anche nel bambino lo scarso movimento è associato ad una maggiore deposizione di grasso in addome, con tutte le conseguenze metaboliche note.

### MESSAGGI CHIAVE

- Nel bambino sovrappeso o con rapporto circonferenza addominale: altezza superiore a 0,5 è fondamentale **stimare nel modo più accurato possibile, mediante anamnesi o questionari, lo stile di vita e l'attività fisica abituale praticata:**
  - il numero di ore al giorno di TV
  - il numero di ore al giorno di computer, videogame
  - il numero di ore al giorno di studio post-scolastico
  - la frequenza settimanale di attività fisica programmata (sport, attività ricreative) a scuola e doposcuola.

## CONSUMO MEDIO SETTIMANALE DI FRUTTA E VERDURA, BMI, OBESITÀ VISCERALE E SEDENTARIETÀ

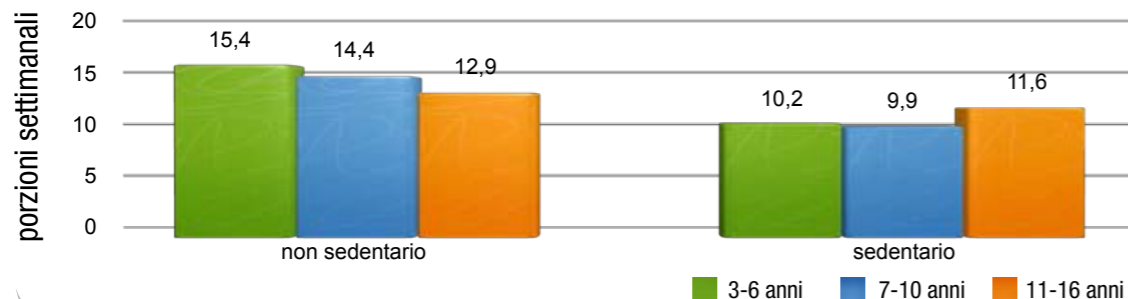


Fonte: Osservatorio Grana Padano, marzo 2008

Le porzioni settimanali di vegetali consumate da bambini e ragazzi sono inferiori a quelle degli adulti, confermando nei più giovani la minore preferenza per i vegetali. **Gli obesi consumano meno vegetali dei soggetti più magri a tutte le età.** I soggetti con rapporto circonferenza vita/altezza  $>0,5$  mangiano meno vegetali dei soggetti con rapporto  $<0,5$ .

La frequenza di assunzione settimanale di porzioni di frutta e verdura nella popolazione studiata è molto lontana dall'obiettivo raccomandato (5 porzioni al giorno, pari a 35 porzioni settimanali); in genere non è superiore alle 2-3 porzioni al giorno.

## CONSUMO MEDIO SETTIMANALE DI FRUTTA E VERDURA, BMI, OBESITÀ VISCERALE E SEDENTARIETÀ



Fonte: Osservatorio Grana Padano, marzo 2008

Il consumo di vegetali è assai minore nei bambini e ragazzi sedentari rispetto ai non sedentari, a tutte le età.

### SPUNTI DI INTERESSE CLINICO

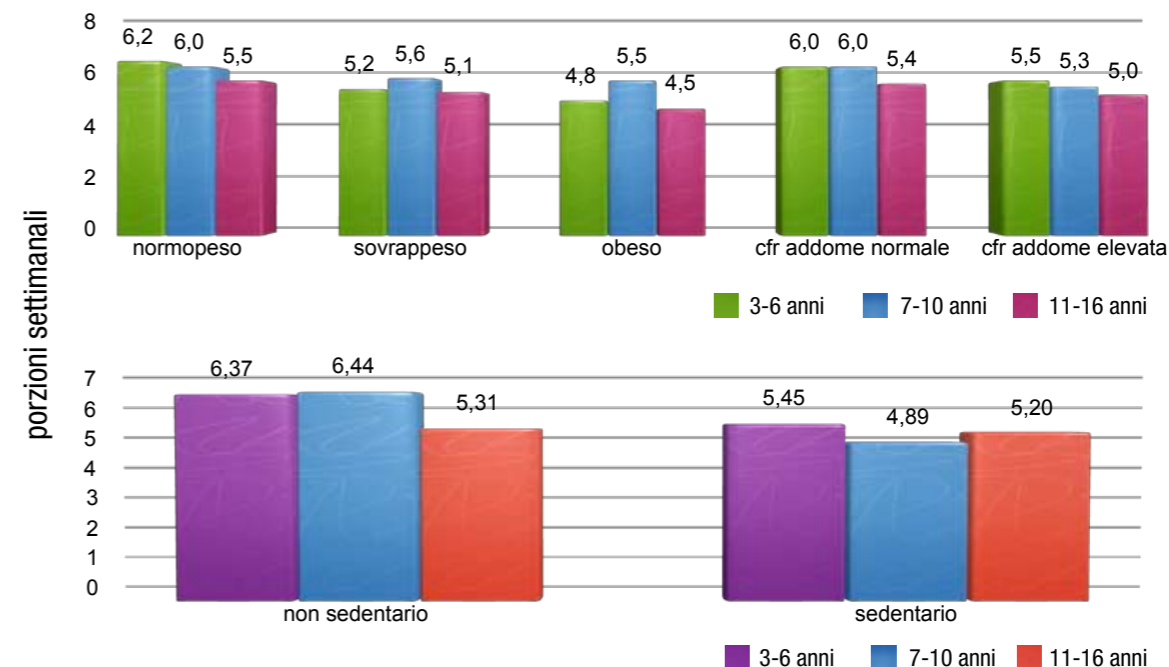
Alcuni **suggerimenti** da fornire ai genitori per **facilitare l'assunzione di frutta e verdura nei bambini "difficili"**:

- ricordare che i bambini hanno in genere un'aumentata sensibilità al gusto amaro, quindi iniziare con il proporre verdure con retrogusto amaro minore od assente (es. carota, zucca, finocchio)
- proporre la frutta in forma di frullati (senza aggiunta di altri ingredienti se il bambino tende al sovrappeso) da offrire a temperatura ambiente o collocati in piccoli stampini e fatti congelare
- non proporre abitualmente succhi di frutta come alternativa al frutto fresco, non solo per il ridotto tenore in fibra ed il maggiore tenore calorico, ma anche perché l'elevato tenore in zuccheri semplici abitua il bambino a gusti eccessivamente dolci e gli renderà difficile apprezzare il gusto naturale della frutta
- proporre frutta cotta al forno (senza aggiunta di zuccheri) come dessert
- condire la pasta con sughi di verdura (anche passati al frullatore, se il bambino non mangia i pezzi grossi)
- proporre la verdura in forma di passati, vellutate, flan multicolori cotti al forno, polpettine miste a carne o pesce
- cuocere le verdure a retrogusto amaro con qualche chicco di uvetta od un cucchiaino di Grana Padano DOP grattugiato
- dare nomi fantasiosi e spiritosi ai piatti contenenti verdura
- se un alimento non viene assunto, ripetere più volte la sua offerta senza scoraggiarsi, fino a 10 tentativi.

### MESSAGGIO CHIAVE

Dal momento che gli stili di vita scarsamente salutistici, come la sedentarietà e lo scarso consumo di frutta e verdura, tendono ad associarsi, l'intervento di counseling del pediatra è opportuno che sia globale, affrontando sia l'ambito nutrizionale che quello motorio.

## CONSUMO DI LATTICINI E FORMAGGI, BMI, OBESITÀ VISCERALE E SEDENTARIETÀ



Fonte: Osservatorio Grana Padano, marzo 2008

La frequenza di assunzione di **formaggi e latticini** si associa inversamente con la presenza di sovrappeso ed adiposità viscerale, in tutte le classi di età.

Questo dato contrasta con l'opinione diffusa ma non confermata da dati scientifici che i latticini facciano ingrassare. Al contrario, questi risultati si allineano ad altri studi che confermano un **ruolo nutrizionale centrale di questa classe di alimenti nella dieta di bambini ed adolescenti, anche nei confronti del sovrappeso**<sup>(16,17)</sup>.

La minore frequenza di consumo di latticini e formaggi nei bambini sedentari è conforme all'atteggiamento complessivo di scarsa attenzione nel perseguire uno stile di vita che favorisca una crescita ed uno sviluppo corretti, e promuova la salute in età adulta.



## CONSUMO DI LATTICINI E FORMAGGI, BMI, OBESITÀ VISCERALE E SEDENTARIETÀ

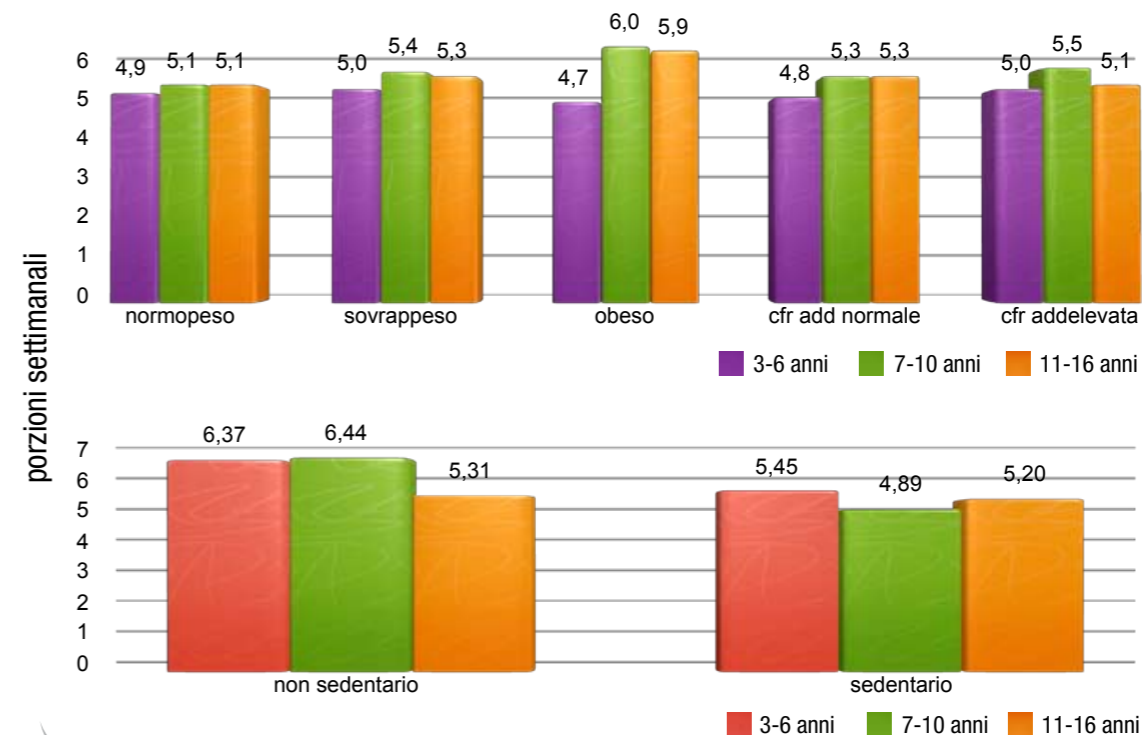
### SPUNTI DI INTERESSE CLINICO

Purtroppo esiste ancora un pregiudizio comune, molto diffuso tra i genitori, secondo il quale “i latticini fanno ingrassare”. Niente di più falso. Il ruolo nutrizionale di questa classe di alimenti nella dieta di bambini ed adolescenti è essenziale. Vi è una rilevante letteratura a sostegno del ruolo del calcio e dei prodotti lattiero-caseari nella prevenzione e terapia dell'obesità. Le diete ad elevato tenore in calcio attenuano l'accumulo di grasso e l'incremento ponderale conseguente ad alimentazioni ipercaloriche, aumentano la lipolisi e preservano il metabolismo energetico durante la perdita di peso in corso di diete ipocaloriche. Quest'effetto è principalmente mediato dal calcitriolo, che regola il calcio intracellulare dell'epatocita. I prodotti lattiero-caseari sono più efficaci rispetto alla semplice supplementazione di calcio a causa della presenza di composti bioattivi, quali inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE) e gli amminoacidi a catena ramificata che agiscono in modo sinergico con il calcio per attenuare l'adiposità. Se si aggiunge che un adeguato consumo di latte e latticini consente l'apporto delle quantità di calcio necessarie al raggiungimento del picco di massa ossea, ne consegue che è opportuno assicurare che il consumo di latte, yogurt e formaggi, - particolarmente quelli con il rapporto più favorevole tra contenuto di calcio e contenuto di energia e grassi saturi, quali il Grana Padano DOP - all'interno di una dieta equilibrata non comporta un rischio di aumento di peso.

### MESSAGGI CHIAVE

- Un adeguato consumo di latticini consente l'apporto di quantità di calcio altamente biodisponibile adeguato alla crescita fisiologica dello scheletro e dei denti.
- Il Grana Padano DOP apporta grandi quantità di calcio altamente biodisponibile con il rapporto più favorevole tra contenuto di calcio e contenuto di energia e grassi saturi, nonché ottime quantità di vitamine del gruppo B, antiossidanti come la vitamina A e minerali come lo zinco.

## CONSUMO DI CARNE, BMI, OBESITÀ VISCERALE E SEDENTARIETÀ

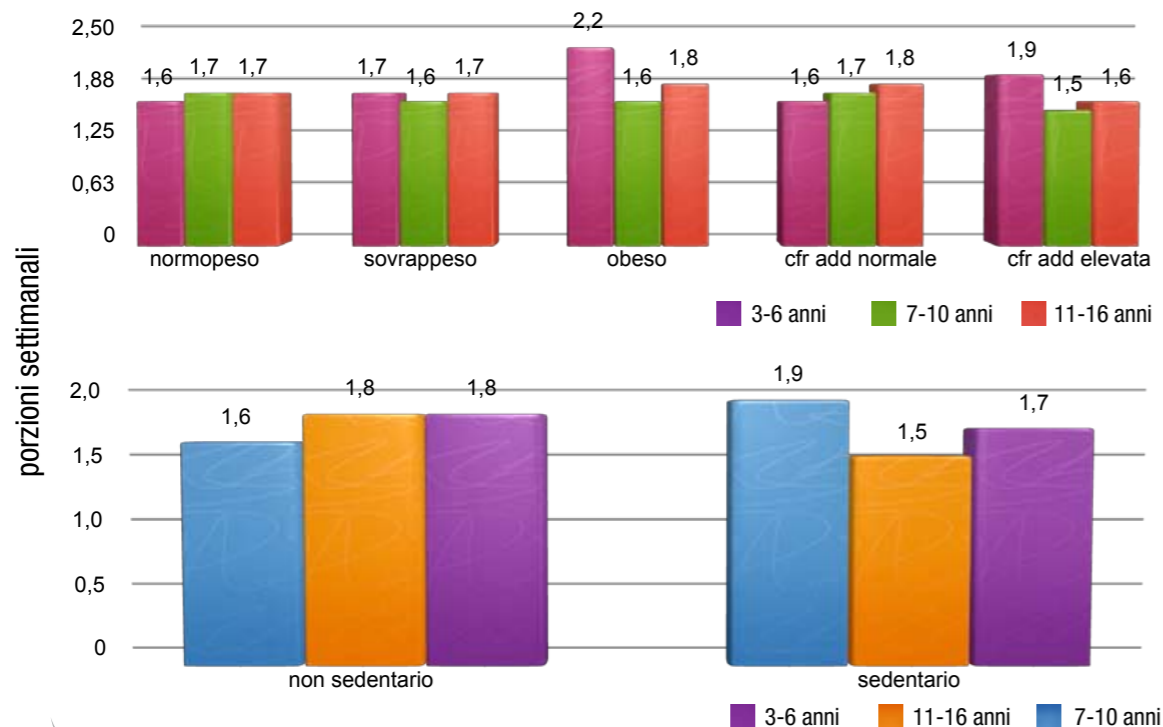


La frequenza media del consumo di carne appare complessivamente in linea con le raccomandazioni (da 3 a 5 volte la settimana), tranne nei soggetti obesi ove vi è la tendenza ad un eccessivo consumo di carne.

### SPUNTI DI INTERESSE CLINICO

La carne fornisce proteine di elevata qualità, oligoelementi quali ferro altamente biodisponibile, zinco e vitamine del gruppo B, in particolare la vitamina B12. Tutti questi rappresentano nutrienti importanti per la crescita. Tuttavia, occorre fare attenzione al fatto che nell'alimentazione abituale entrino con adeguata frequenza anche altre fonti proteiche da alimenti che possiedono proprietà salutistiche (pesce, legumi, latticini, uova). Occorre **scoraggiare le diete cosiddette “dissociate”, ossia con il consumo del secondo piatto una sola volta al giorno, particolarmente nelle adolescenti mestruate, ove tali regimi espongono ad un elevato rischio di anemia sideropenica e ad una insufficiente copertura del fabbisogno proteico. Il “piatto unico” è nutrizionalmente accettabile solo se presenta una adeguata combinazione aminoacidica che fornisca tutti gli aminoacidi essenziali.**

## CONSUMO DI PESCE, BMI, OBESITÀ VISCERALE E SEDENTARIETÀ



Fonte: Osservatorio Grana Padano, marzo 2008

Il consumo di pesce è nettamente inferiore rispetto alle raccomandazioni (3 volte alla settimana) in tutte le fasce di età e di indice di massa corporea, senza relazione con la presenza di obesità viscerale.

In base al bassissimo consumo di pesce complessivo, non è possibile evidenziare differenze tra soggetti sedentari e non sedentari.

### SPUNTI DI INTERESSE CLINICO

Nei bambini, gli omega-3 promuovono la corretta maturazione della retina, del sistema nervoso centrale e del sistema immunitario. Un deficit di omega-3 è stato anche ipotizzato essere associato a ridotta attenzione ed iperattività. L'introito ottimale raccomandato, pari ad 1 grammo al giorno, è di difficile copertura con la dieta, tenendo conto che 100 grammi di pesce coprono non oltre un terzo del fabbisogno giornaliero di omega-3. Tuttavia l'assunzione di almeno tre porzioni di pesce alla settimana appare indispensabile per garantire almeno il livello minimo di copertura dei fabbisogni.

## MEDICI RICERCATORI

Luigia Adamoli, *Venegono Superiore (VA)*  
 Emilia Aleandri, *Brugherio (MI)*  
 Gilberto Andrighetto, *Vicenza (VI)*  
 Rosalba Argento, *Milano (MI)*  
 Pietro Aurnia, *Modica Alta (RG)*  
 Antonella Avisani, *Senago (MI)*  
 Donatella Bacchiocchi, *Lesmo (MI)*  
 Antonio Baldino, *Cerreto Sannita (BN)*  
 Emanuela Balzano, *Novara (NO)*  
 Ferruccio Barsotti, *Lucca (LU)*  
 Giuliana Bartolucci, *L'Aquila (AQ)*  
 Margherita Benocci, *Firenze (FI)*  
 Roberto Boccellini, *Piacenza (PC)*  
 Gaetano Bottaro, *Gravina Di Catania (CT)*  
 Ross Brondolo, *Casorzo (AT)*  
 Vittoria Buccigrossi, *Caserta (CE)*  
 Domenica Caggiano, *Altamura (BA)*  
 Anna Maria Calella, *Martina Franca (TA)*  
 Massimo Caramello, *Torino (TO)*  
 Bruna Maria Caria, *Nuoro (NU)*  
 Gaetano Carrassi, *Bari (BA)*  
 Vincenzo Caruso, *Benevento (BN)*  
 Antonella Casani, *Benevento (BN)*  
 Ileana Castellotti, *Roncadelle (BS)*  
 Antonella Cerutti, *Torino (TO)*  
 Giovanni Chiaravallotti, *Rocca Di Neto (KR)*  
 Antonina Chiccoli, *Firenze (FI)*  
 Elisabetta Chiocca, *Bergantino (RO)*  
 Graziella Chiriaco', *Veglie (LE)*  
 Roberto Cionini, *Sassuolo (MO)*  
 Cristoforo Cocchiara, *Gela (CL)*  
 Vincenzo Colacino, *Cividale Del Friuli (UD)*  
 Giovanni Colli, *Casciago (VA)*  
 Maria Pasqua Colucci, *Crispiano (TA)*  
 Fabrizio Comaita, *Domodossola (VB)*  
 Mariangela Conto, *Romano Canavese (TO)*  
 Giuseppe Coppola, *Sant'Anastasia (NA)*  
 Luisa Maria Corrini, *Casalbuttano (CR)*  
 Claudio Cravidi, *Stradella (PV)*  
 Giambattista D'Andrea, *Potenza (PZ)*  
 Maria De Giovanni, *Napoli (NA)*  
 Antonino De Martino, *Varese (VA)*  
 Francesco De Ritis, *Orsogna (CH)*  
 Mauro Elio Destino, *Mesagne (BR)*  
 Rosa D'Ettoris, *Perugia (PG)*  
 M. Elena Di Carlo, *Borgo Valsugana (TN)*  
 Enzo Di Blasio, *Campobasso (CB)*  
 Maria Luisa Di Corpo, *Santa Maria Delle Mole (RM)*  
 Salvatore Di Naro, *Caltanissetta (CL)*  
 Salvatore Di Peri, *Misilmeri (PA)*  
 Mario Di Pietro, *Bellante (TE)*  
 Sergio Erre, *Sassari (SS)*

Leontina Felicani, *Bologna (BO)*  
 Mariarosaria Ferilli, *Rionero In Vulture (PZ)*  
 Maria Luisa Ferrari, *Bondeno (FE)*  
 Domenico Filardo, *Polistena (RC)*  
 Michele Fiore, *San Remo (IM)*  
 Margherita Fiorentino, *Roma (RM)*  
 Giuseppe Foria, *Portici (NA)*  
 Rosario Franchino, *Mazara Del Vallo (TP)*  
 Francesco Franco, *Canosa Di Puglia (BA)*  
 Pietro Frigiola, *Taranto (TA)*  
 Ferruccio Gaggio, *Arezzo (AR)*  
 Francesco Gaipa, *Barcellona (ME)*  
 Maria Fatima Galante, *Palermo (PA)*  
 Maria Fatima Galante, *Palermo (PA)*  
 Andrea Galvagno, *Treia (MC)*  
 Francesco Gambuzza, *Ispica (RG)*  
 Antonino Gennaro, *Palermo (PA)*  
 Andrea Ghelardini, *Livorno (LI)*  
 Paolo Ghislanzoni, *Lecco (LC)*  
 Pietro Giannotta, *Montescaglioso (MT)*  
 Anna Maria Giusti, *Bari (BA)*  
 Riccardo Godi, *Quarrata (PT)*  
 Silvana Grasso, *Siracusa (SR)*  
 Carlo Greco, *Marineo (PA)*  
 Giada Guidi, *Follonica (GR)*  
 Silvana Icardi, *Rivarolo Canavese (TO)*  
 Simone Ippazio, *Tiggiano (LE)*  
 Franca Italiano, *Nichelino (TO)*  
 Sergio La Rosa, *San Mauro A Signa (FI)*  
 Maurizio Lanci, *Pineto (TE)*  
 Maria Anna Libranti, *Catania (CT)*  
 Antonio Limongelli, *Atripalda (AV)*  
 Giuseppina Limongelli, *Bari (BA)*  
 Maria Lo Presti, *Siracusa (SR)*  
 Giuseppe Loner, *Valenzano (BA)*  
 Giuseppe Lorusso, *Cividale Del Friuli (UD)*  
 Sandra Lovato, *Leverano (LE)*  
 Paolo Lubrano, *Codroipo (UD)*  
 Leandro Mallamaci, *Paola (CS)*  
 Rossana Manfredi, *Ancona (AN)*  
 Carlo Mannori, *Firenze (FI)*  
 Nicola Marando, *Marina D'Ardore (RC)*  
 Ermenegildo Marcianite, *Cornaredo (MI)*  
 Francesca Marine, *Nuoro (NU)*  
 Francesco Marinelli, *Bitonto (BA)*  
 Roberto Marinello, *Milano (MI)*  
 Maria Carla Martinuzzi, *Grosseto (GR)*  
 Rosa Mazzola, *Palermo (PA)*  
 Donato Meffe, *Campobasso (CB)*  
 Domenico Meleleo, *Canosa Di Puglia (BA)*  
 Romeo Metrangolo, *Squinzano (LE)*  
 Gaetano Maria Micciche', *Formello (RM)*  
 Sergio Moretti, *Lucera (FG)*  
 Maria Muccioli, *Trapani (TP)*  
 Vitalia Murgia, *Mogliano Veneto (TV)*

Ettore Napoleone, *Campobasso (CB)*  
 Carlo Napolitano, *Assago (MI)*  
 Francesca Noli, *Appiano Gentile (CO)*  
 Orietta Novara, *Spinetta Marengo (AL)*  
 Laura Maria Olimpì, *Ascoli Piceno (AP)*  
 Donato Orrù, *Beinasco (TO)*  
 Susanna Orzalesi, *Firenze (FI)*  
 Alessandra Pagliaro, *Ponzano (TV)*  
 Marilena Pavoni, *Fiume Veneto (PN)*  
 Danilo Perri, *S. Lucia Del Mela (ME)*  
 Enrico Piffer, *Lavis (TN)*  
 Giorgio Pitzalis, *Roma (RM)*  
 Adolfo Francesco Porto, *Messina (ME)*  
 Ermanno Praitano, *Mola Di Bari (BA)*  
 Enrico Prisco, *Torre Annunziata (NA)*  
 Luciano Proietti, *Torre Pellice (TO)*  
 Roberto Provera, *Milano (MI)*  
 Angela Pugliese, *Rende (CS)*  
 Claudio Giuseppe Quaglia, *Potenza (PZ)*  
 Graziella Ranieri, *San Giorgio Del Sannio (BN)*  
 Luigi Ranieri, *Catanzaro (CZ)*  
 Luciana Rea, *Sant'Anastasia (NA)*  
 Margherita Reale, *Cento (FE)*  
 Adele Riotta, *Santa Maria Del Giudice (LU)*  
 Anna Laura Rocchi, *Porto S. Elpidio (AP)*  
 Valeria Rossi, *Badia Polesine (RO)*  
 Filippo Russo, *Catania (CT)*  
 Silvia Salvatore, *Varese (VA)*  
 Giorgio Sanna, *Selargius (CA)*  
 Laura Santi, *Prato (PO)*  
 Isora Saponara, *Roma (RM)*  
 Roberto Sassi, *Massa Di Somma (NA)*  
 Antonio Senes, *Sassari (SS)*  
 Antonino Sinatra, *Paterno' (CT)*  
 Nunziatina Sorice, *Benevento (BN)*  
 Michele Spadavecchia, *Molfetta (BA)*  
 Matteo Spensieri, *Chiavari (GE)*  
 Bruno Spinelli, *Lecco (LC)*  
 Prospero Stramondo, *Paterno' (CT)*  
 Gianni Tamassia, *Peschiera Del Garda (VR)*  
 Rita Tanas, *Ferrara (FE)*  
 Daniele Taro', *Mondovì (CN)*  
 Chiara Ticozzi, *Brescia (BS)*  
 Giovanni Tomassini, *Roma (RM)*  
 Giuseppe Tortorella, *Grumo Appula (BA)*  
 Antonella Ulliana, *Pagnacco (UD)*  
 Giuseppe Vacca, *Villacidro (CA)*  
 Andrea Valpreda, *Collegno (TO)*  
 Cristoforo Vania, *Trani (BA)*  
 Andrea Vannocci, *Firenze (FI)*  
 Leonello Venturelli, *Bergamo (BG)*  
 Maria Chiara Villa, *Dorno (PV)*  
 Giuseppe Zampogna, *Polistena (RC)*  
 Vincenzo Zappia, *Marina D'Ardore (RC)*  
 Cinzia Zucchi, *Sestri Levante (GE)*

## L'IMPEGNO SOCIALE DEL CONSORZIO TUTELA GRANA PADANO

Il Medico di Medicina Generale, il Pediatra di Libera Scelta, i Dietisti, i Medici Pratici e la classe medica in generale, hanno tra gli obiettivi prioritari, la diffusione dei temi legati alla prevenzione primaria, tra i quali l'alimentazione riveste un'importanza strategica.

Per raggiungere l'obiettivo il medico necessita di strumenti pratici che consentano, dato il poco tempo a disposizione, di svolgere questa attività in modo corretto e utile alla pratica clinica.

Il primo software per realizzare anamnesi alimentari nasce per contribuire alla diffusione della corretta alimentazione sia presso la classe medica, sia presso le famiglie. Il software consente al medico d'intervistare i suoi assistiti per conoscere non solo il loro stile di vita alimentare, ma soprattutto i nutrienti che ricava dai cibi che assume, inoltre permette di raccogliere informazioni su BMI, circonferenza vita, abitudine al fumo e attività fisica.

Le anamnesi realizzate possono aiutare il medico a monitorare l'alimentazione dei pazienti nel tempo e a suggerire riduzioni o implementazioni di nutrienti oltre che implementare il counseling per modificare stili di vita errati.

Il programma consente inoltre al medico di partecipare all'indagine nazionale i cui risultati vengono diffusi ogni anno nei maggiori congressi nazionali e sui media stampa, radio e TV.

L'attività dell'Osservatorio Grana Padano è tutelata da un autorevole Comitato Scientifico che garantisce la qualità delle informazioni sempre aggiornate con indagini e studi tratti dalla letteratura scientifica internazionale, ed è realizzato in collaborazione con la FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri).



## Grana Padano: un alimento con molti nutrienti...



**Il Grana Padano viene prodotto secondo un metodo che risale all'undicesimo secolo.  
E fa bene alla salute anche nel ventunesimo.**

Se Il Grana Padano DOP lo si fa da 1000 anni una ragione ci sarà. I monaci Cistercensi e Benedettini che iniziarono a fare questo formaggio non avevano le conoscenze di scienza dell'alimentazione di cui disponiamo oggi, ma ne avevano intuito le naturali proprietà nutritive. Il Grana Padano DOP oggi è il formaggio a Denominazione di Origine Protetta più venduto al mondo, il formaggio a pasta dura più diffuso in Italia, consumato da oltre 19 milioni di famiglie, e servito in migliaia di ristoranti e bar. Il Grana Padano DOP è un alimento dal sapore gustoso, inconfondibile anche nelle preparazioni gastronomiche.

- 50/60 gr (20/40 per i bambini) sono un'ottima pietanza che sostituisce la carne o le uova.
- Un cucchiaino di formaggio grattugiato (circa 10 gr) è un saporito condimento per pasta, riso, polenta e passati di verdura, viene utilizzato dallo svezzamento in poi, perché permette di ridurre l'uso del sale e aggiunge alla dieta nutrienti preziosi.
- È un ottimo snack per la merenda dei bambini, o da accompagnare ad un aperitivo.

**Grana Padano: il nome del gusto per la tua salute.**



Consorzio Tutela Grana Padano

**Se non hai ancora il software e non fai parte dei ricercatori e divulgatori del programma, puoi riceverlo gratuitamente richiedendolo a: [www.osservatorio.granapadano.it](http://www.osservatorio.granapadano.it)**





## Osservatorio Grana Padano

INDAGINE SUGLI ERRORI NUTRIZIONALI E LO STILE DI VITA

