

*Workshop Coordinamento Passi 2011*  
**stato nutrizionale ed eccesso ponderale**

**Roma, 13 Settembre 2011**

---

**Evidenza di efficacia degli  
interventi  
per il contrasto all'obesità**

---

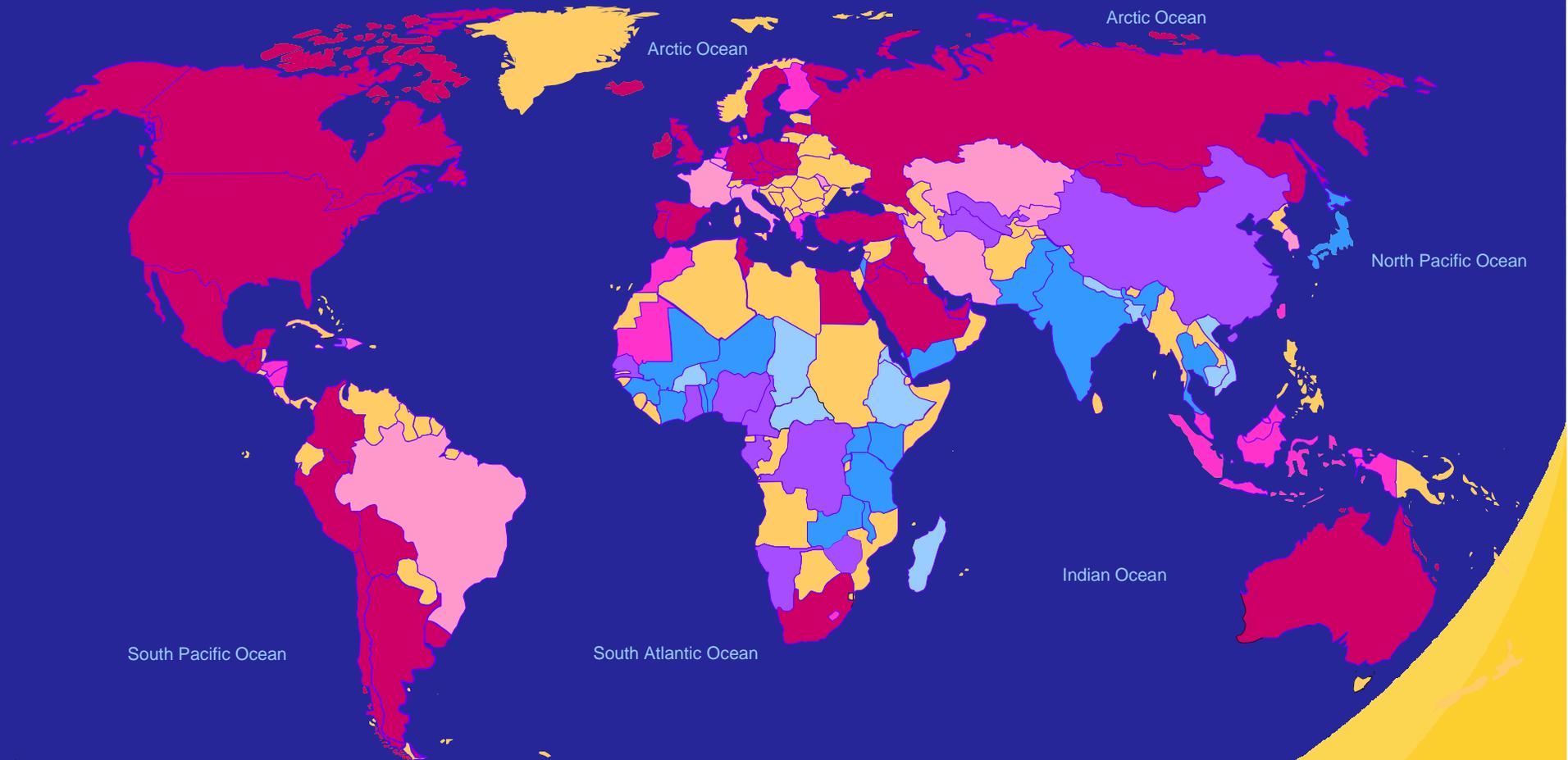
**Giulia Cairella**

# PREVENZIONE DELL'OBESITA' E PROVE DI EFFICACIA

- Da dove si parte?
- Quale prevenzione ?
- Quali prove di efficacia in prevenzione ?
- Quali riferimenti, quale outcome?
- E il setting?
- Cosa conosco e cosa non conosco?
- Quali raccomandazioni?
- E le politiche nutrizionali .....?

# OBESITÀ: un problema globale

■ <10%   ■ 10-20%   ■ 21-30%   ■ 31-40%   ■ 41-50%   ■ ≥51%



Patterns Of Overweight & Obesity Globally For Nationally Representative Samples  
(Percentage overweight + Obese)

# Obesità in Italia

Prevalence of Overweight and Obesity in Italy (2001–2008): Is There a Rising Obesity Epidemic?

ROCCO MICCIOLO, MD, VINCENZO DI FRANCESCO, MD, FRANCESCO FANTIN, MD, LUISA CANAL, PhD, TAMARA B. HARRIS, MD, OTTAVIO BOSELLO, MD, AND MAURO ZAMBONI, MD

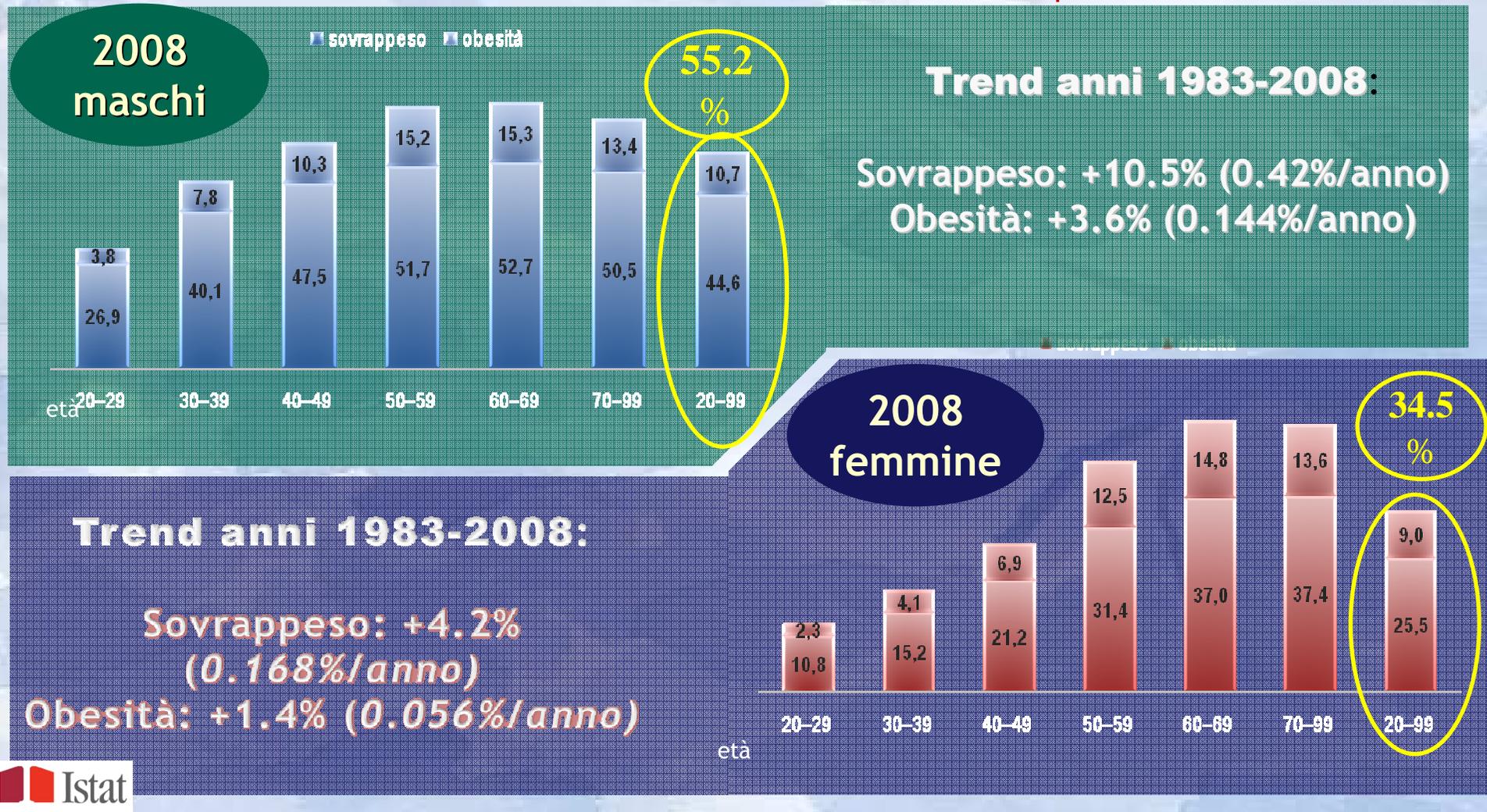
*Ann Epidemiol 2010;20:258–264.*

FONTE: ISTAT

287 336 soggetti  
(M:137234; F: 150102)

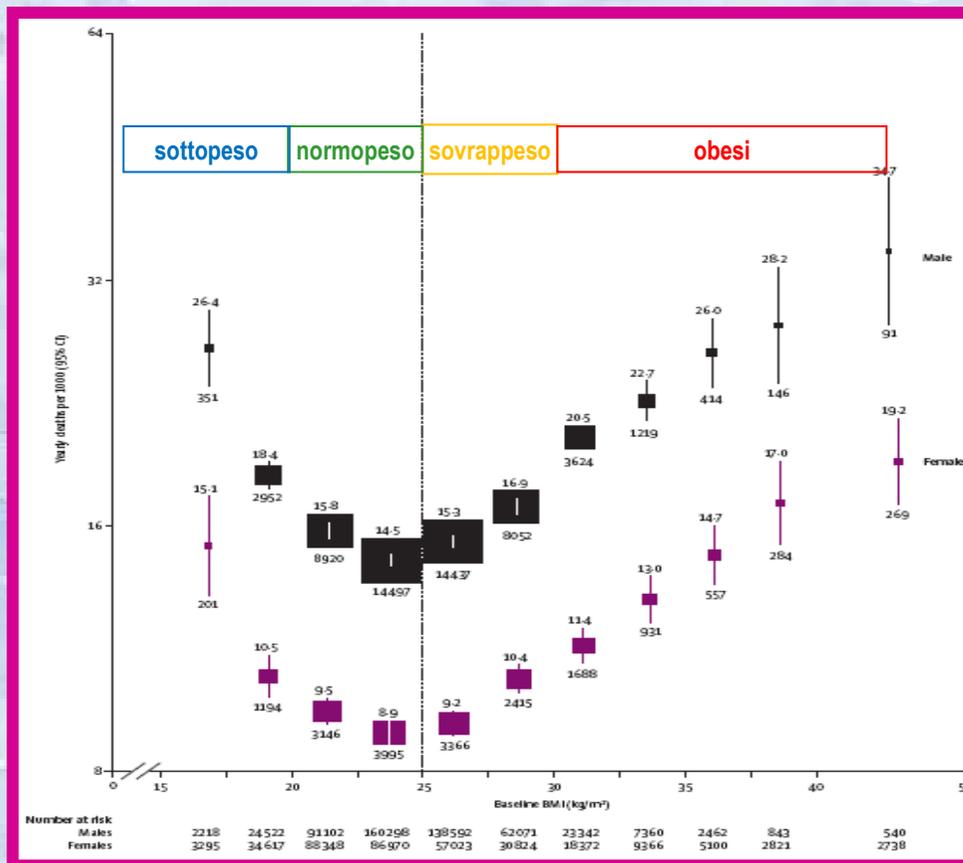
Età:22-99 anni

Dati: peso e altezza autoriferiti



# OBESITÀ E RISCHIO DI MORTALITÀ

BMI < 20 and BMI  $\geq$  25 è associato a un incremento significativo del rischio di **morbilità, disabilità e mortalità**



Nella Regione europea OMS sovrappeso e obesità sono responsabili di circa:

- **80%** dei casi di diabete di tipo 2
- **35%** delle cardiopatie ischemiche
- **55%** dell'ipertensione negli adulti

e causano ogni anno:

- oltre 1 milione di morti
- 12 milioni di anni vita trascorsi in cattive condizioni di salute.

All-cause mortality versus BMI for each sex in the range 15-50 kg/m<sup>2</sup>.

**ccm**  
Comunicazione e informazione  
e Comunità della Salute

**SINU**  
Società Italiana  
di Nutrizione Umana

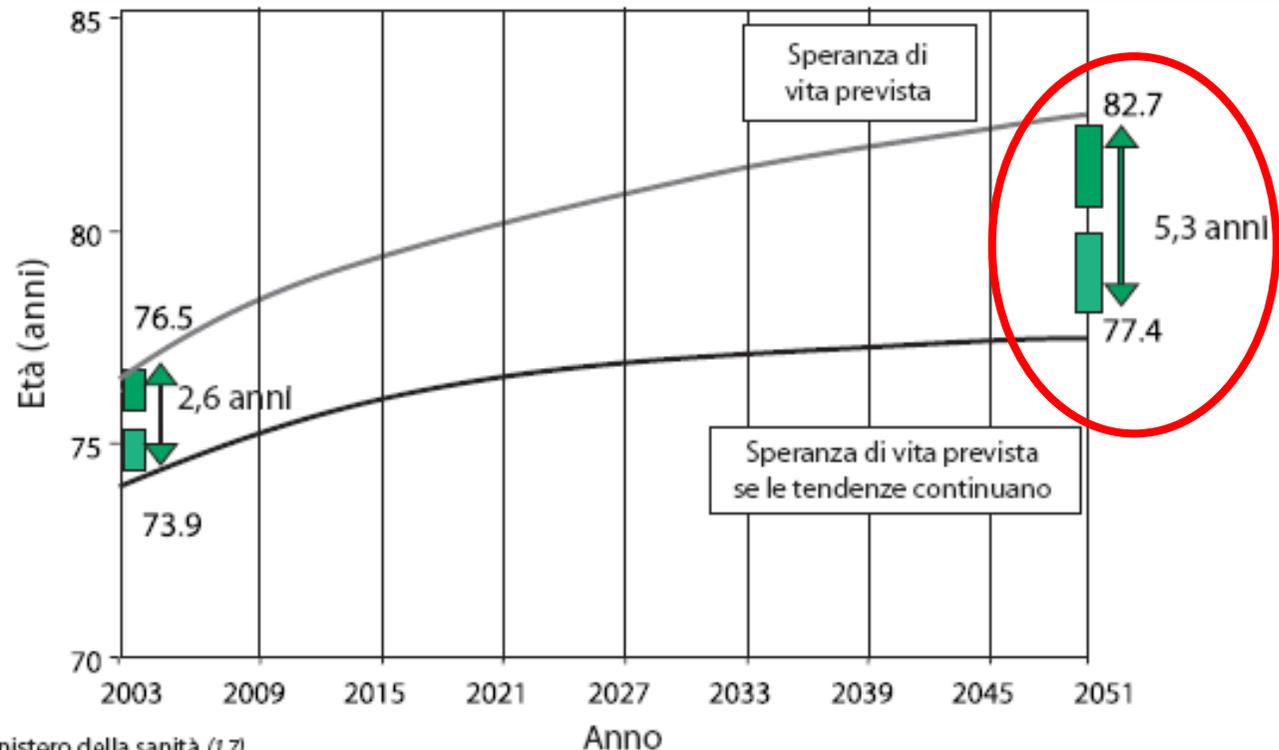
**La sfida dell'obesità  
nella Regione europea dell'OMS e le  
strategie di risposta**

**Compendio**

guadagnare  
salute  
www.salute.gov.it

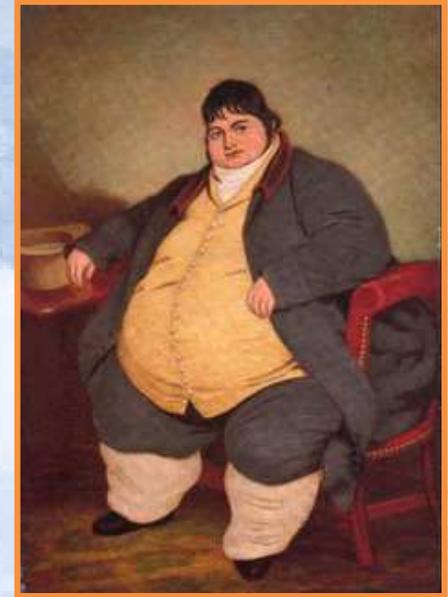
# Obesità e riduzione dell'aspettativa di vita

Riduzione dell'aspettativa di vita media alla nascita in uomini UK se continuano le attuali tendenze per obesità e sovrappeso



Fonte: Ministero della sanità (17).

# Da dove si parte? **OBESITÀ**



- È una patologia **cronica**
- Ha un'eziologia **multifattoriale**
- È caratterizzata da **eccesso ponderale** e presenza di eccesso di tessuto adiposo
- Peggiora la qualità della vita (**patologie associate**) e ne riduce la durata
- Oggi rappresenta la **prevalente patologia metabolica** nel mondo
- Colpisce sia la **popolazione adulta** che i **bambini**
- Raggiunge proporzioni epidemiche sia nei **paesi sviluppati** sia nei **paesi in via di sviluppo**
- È un **predittore di morbilità** più forte che la povertà o il fumo

# PREVENZIONE DELL'OBESITA' E PROVE DI EFFICACIA

Da dove si parte?

**Quale prevenzione ?**

Quali prove di efficacia in prevenzione ?

Quali riferimenti, quale outcome?

E il setting?

Cosa conosco e cosa non conosco?

Quali raccomandazioni?

E gli effetti indesiderati ....?

# La prevenzione: a che livello ?

*comunità*

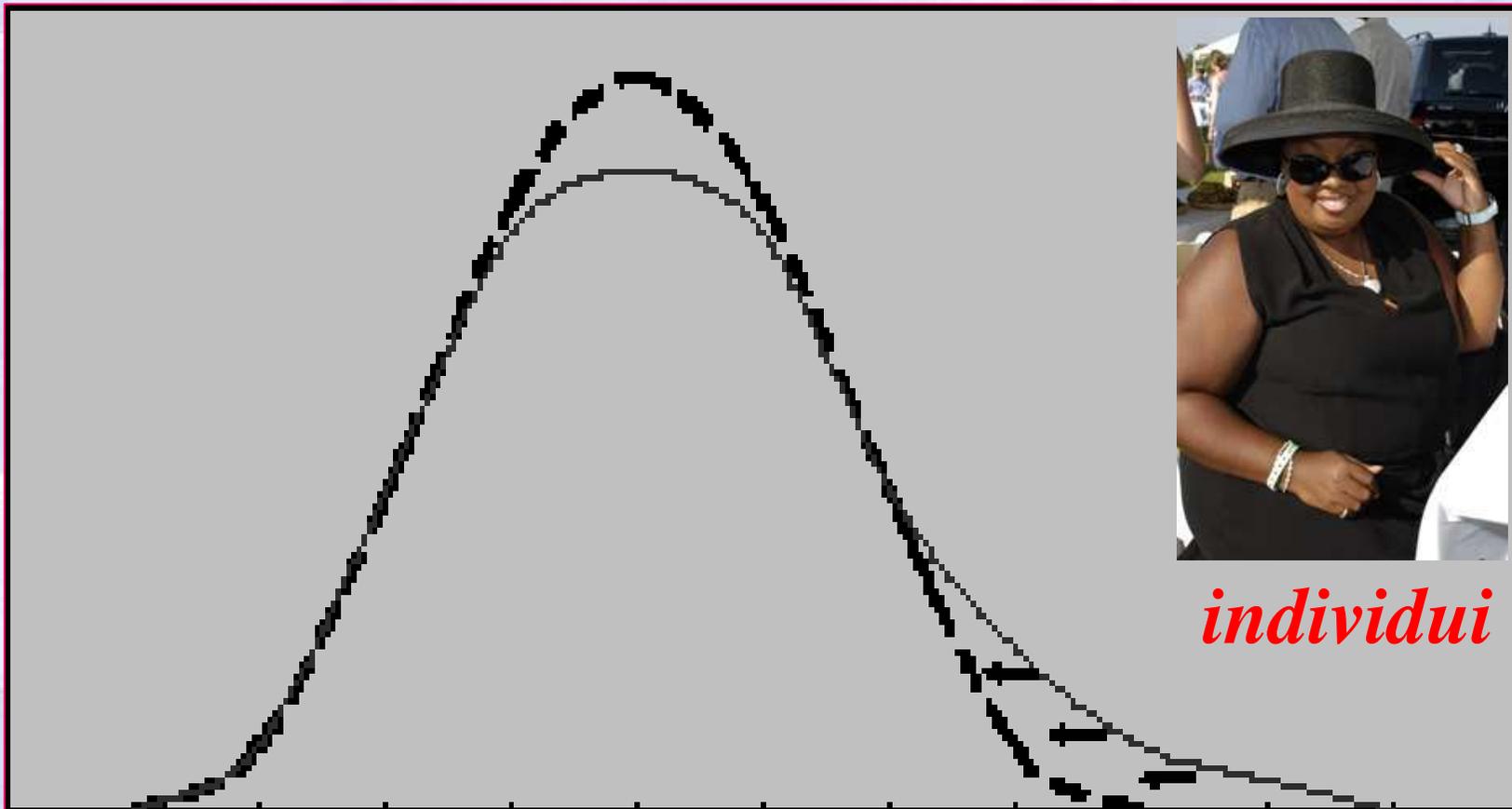


o

*individui*

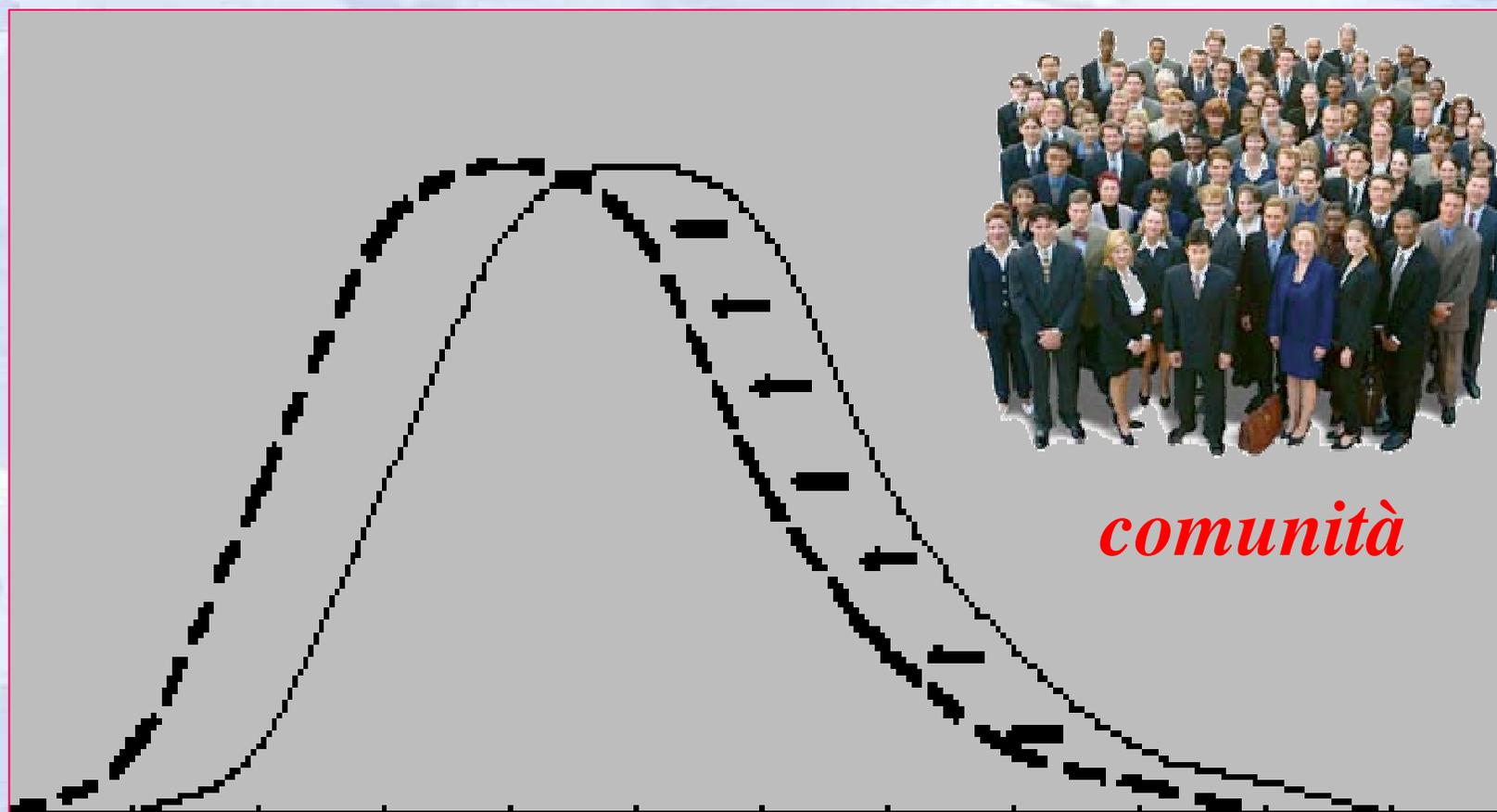


# La prevenzione: a che livello ?



— BMI distribution skewed to the right  
- - Skewed curve shifted left

# La prevenzione: a che livello ?



— Skewed curve shifted left — BMI distribution skewed to the right

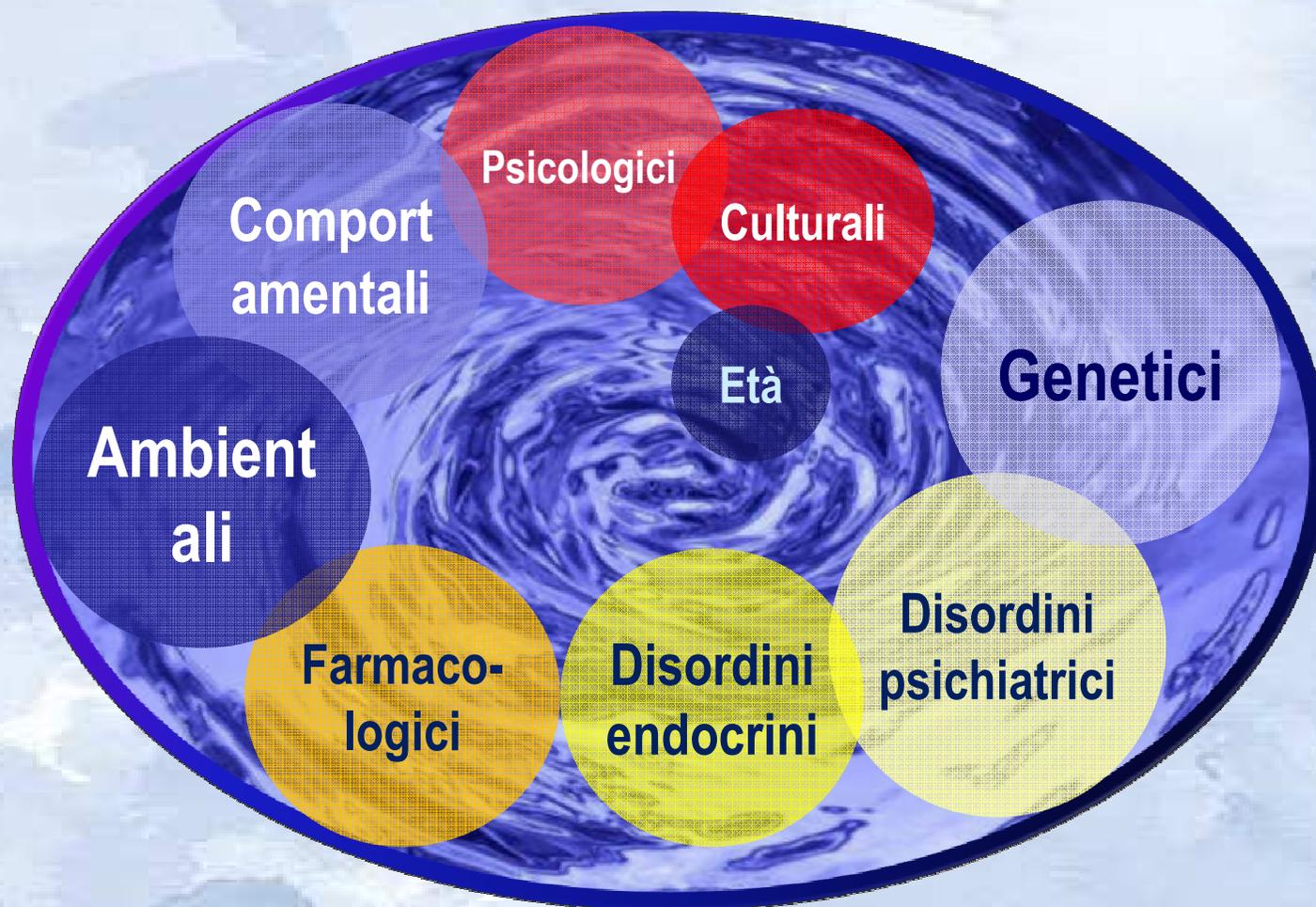
Levels of  
prevention  
measures



Obesity Report, WHO 2000.

# La prevenzione: su quali fattori di rischio ?

## Fattori coinvolti nella genesi dell'obesità



# Putative contributors to the secular increase in obesity: exploring the roads less traveled

Presenza di interferenti endocrini

Farmaci che favoriscono l'aumento del peso

Riduzione della variabilità della temperatura negli ambienti

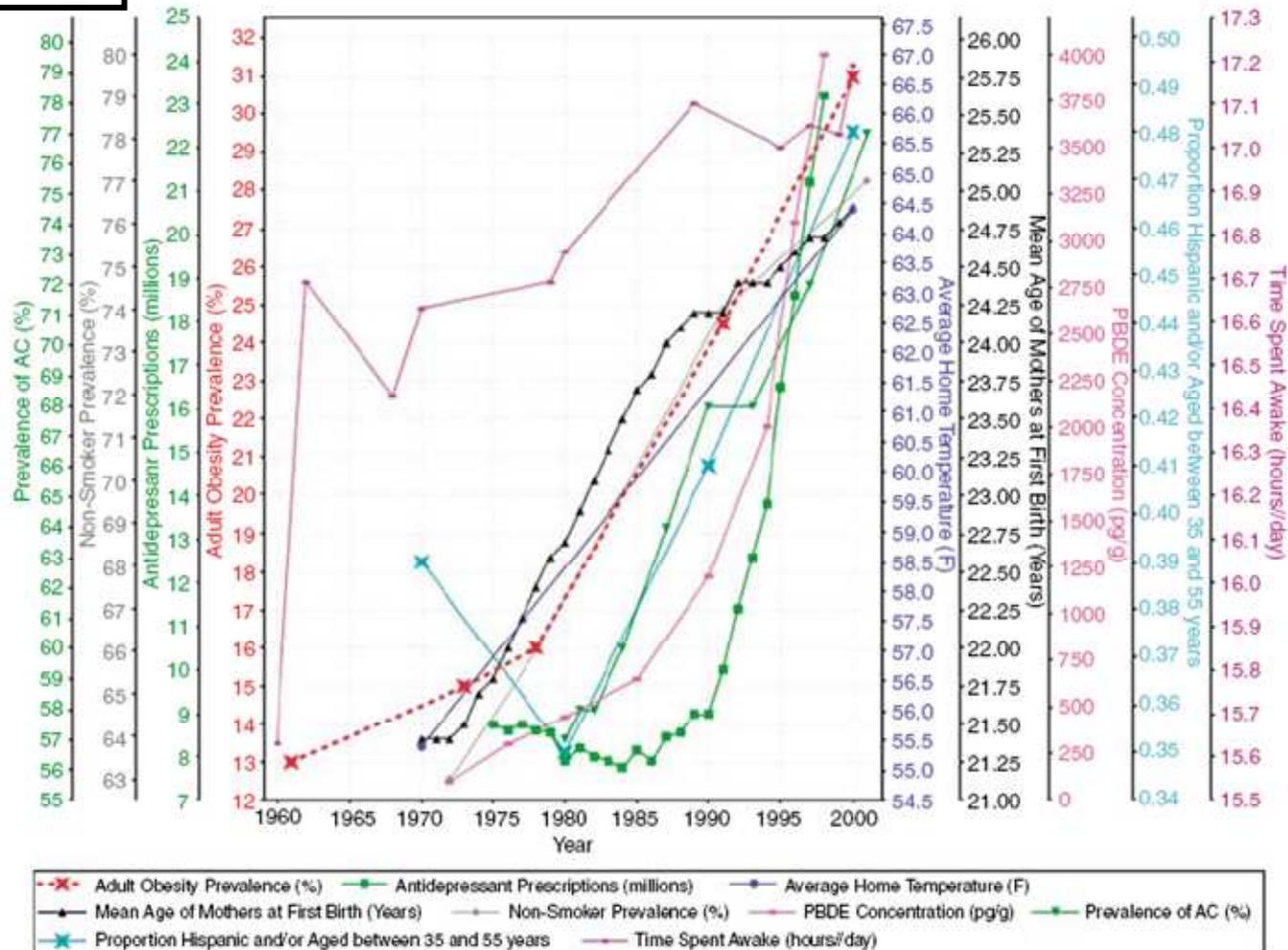
Effetti intrauterini e intergenerazionali

Variazione nella distribuzione di gruppi etnici differenti di età

Riduzione del sonno

Aumento età delle donne in gravidanza

Riduzione del fumo/aumento dei non fumatori



Map 5

Full Generic Map  
Thematic Clusters (filled)

**Psicologia sociale**

**Psicologia individuale**

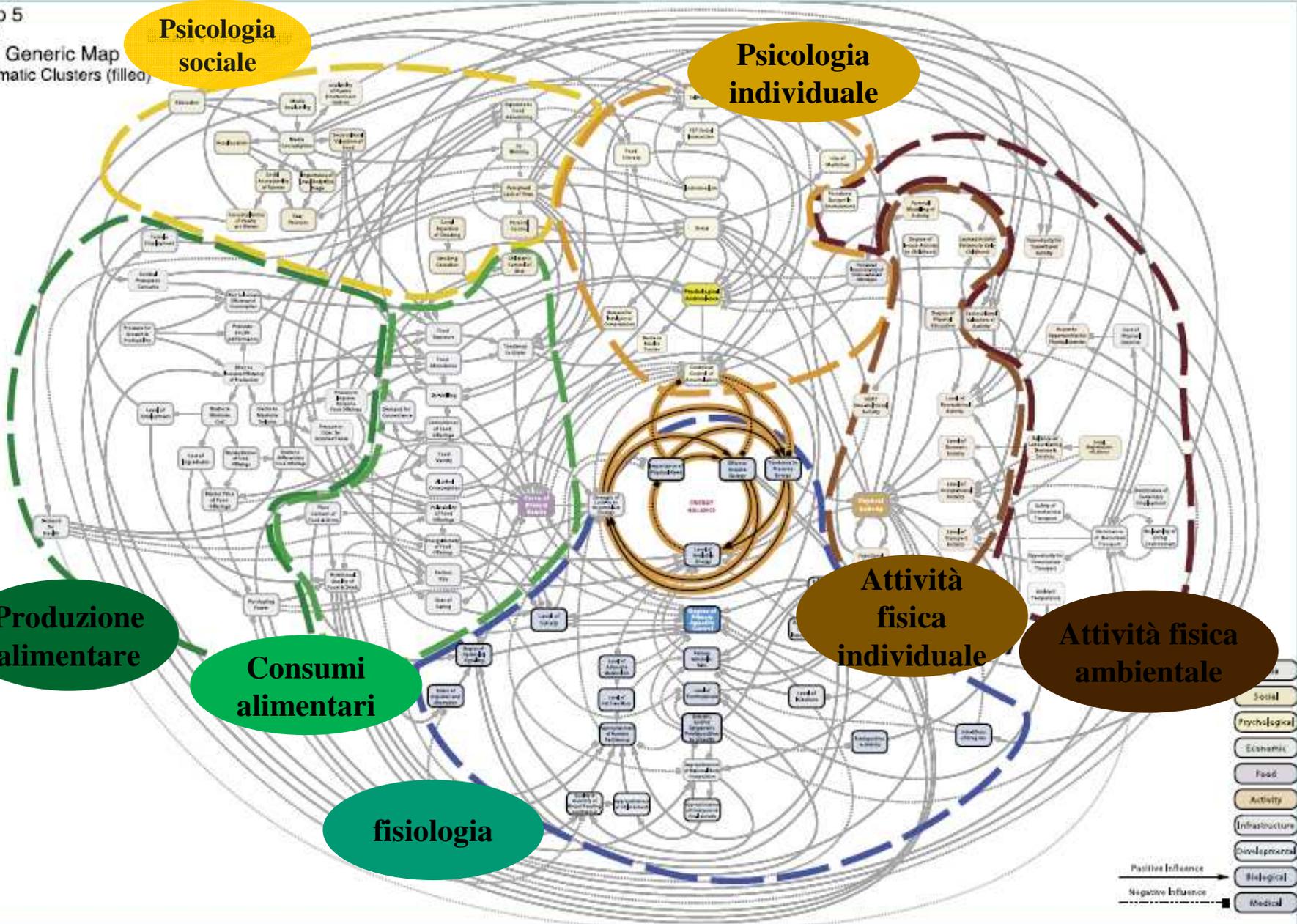
**Produzione alimentare**

**Consumi alimentari**

**fisiologia**

**Attività fisica individuale**

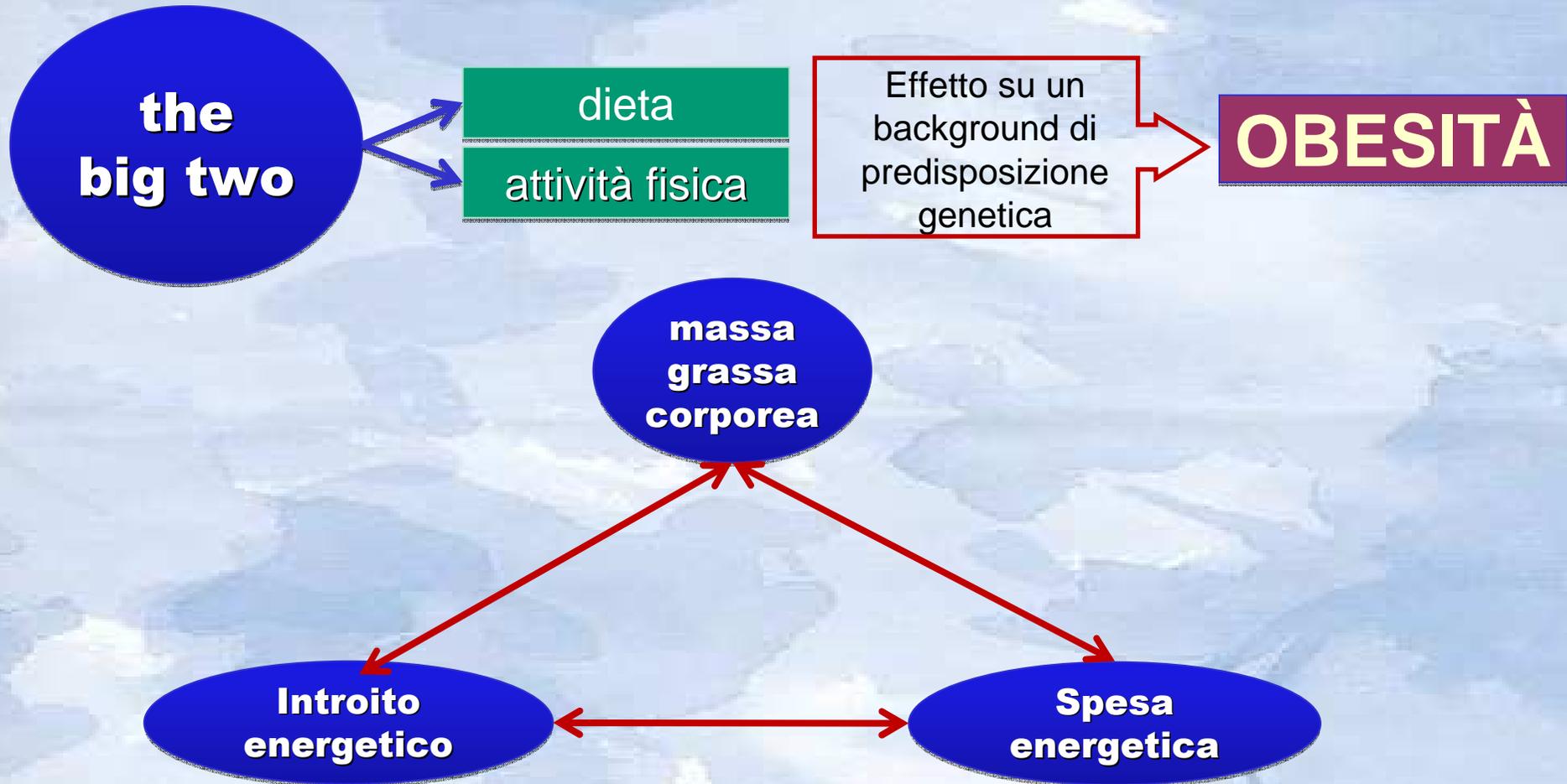
**Attività fisica ambientale**



Positive Influence  
Negative Influence

- Social
- Psychological
- Economic
- Food
- Activity
- Infrastructure
- Developmental
- Biological
- Medical

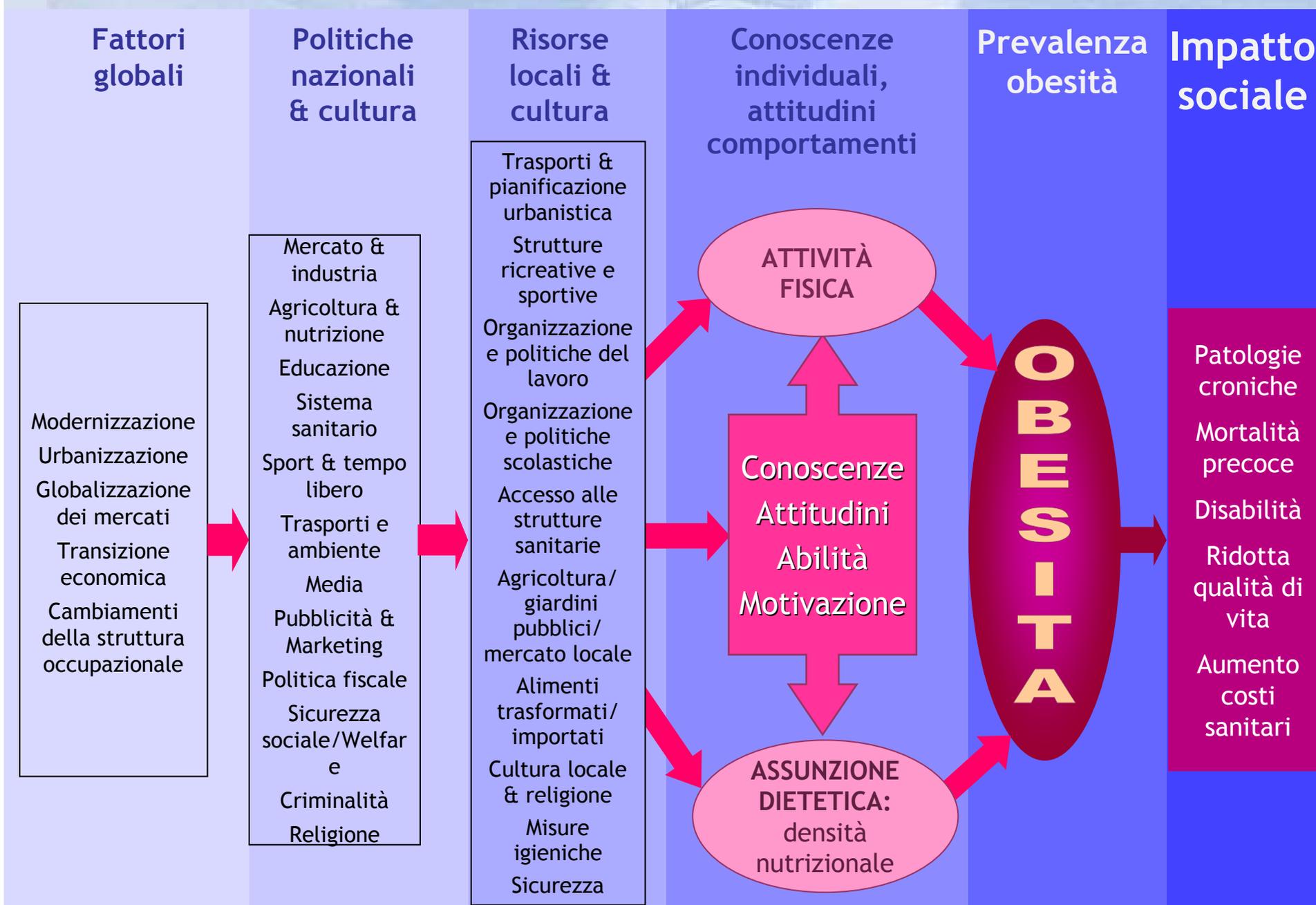
# La prevenzione: su quali fattori di rischio ?



# La prevenzione: su quali fattori di rischio ?



# MODELLO SOCIALE DELL'OBESITÀ



# PREVENZIONE DELL'OBESITA' E PROVE DI EFFICACIA

Da dove si parte?

Quale prevenzione ?

**Quali prove di efficacia in prevenzione ?**

Quali riferimenti, quale outcome?

E il setting?

Cosa conosco e cosa non conosco?

Quali raccomandazioni?

E le politiche nutrizionali.....?

**INTERVENTO EFFICACE**

**INTERVENTO EFFICACE**

(....3 parole....)

**MODIFICA  
POSITIVAMENTE  
L'OUTCOME**

# **PREVENZIONE BASATA SU PROVE DI EFFICACIA**

***PROBLEMA !!!***

*La metodologia Evidence – Based pone dei problemi quando applicata al settore della prevenzione, in particolare nel settore della prevenzione nutrizionale*

*La maggior parte delle evidenze deriva da studi ecologici*

*L'efficacia teorica del setting sperimentale può riprodursi nella pratica?*

*Le prove di efficacia sono riferibili a popolazioni omogenee..... e quando esportate in altre realtà?*

VARIABILE	OBIETTIVO	EVIDENZA
Livello di Attività Fisica (PAL) <sup>1</sup>	PAL > 1.75	++
Indice di Massa Corporea (IMC)	21-22 kg/m <sup>2</sup>	++
Lipidi totali	< 30% dell'energia	++
Acidi grassi saturi	< 10% dell'energia	++++
Acidi grassi trans	< 2% dell'energia	++
Acidi grassi polinsaturi omega-6	4-8 % dell'energia	+++
Acidi grassi polinsaturi omega-3		
<i>Acido linolenico</i>	2 g	++
<i>Acidi grassi a lunga catena</i>	200 mg	++
Carboidrati	> 55% dell'energia	+++
Consumo di carboidrati semplici	≤ 4 volte/die	++
Frutta e verdura	> 400 mg	++
Folati da alimenti	> 400 µg	+++
Fibra alimentare	> 25 g	++
Sodio ( <i>espresso come cloruro di sodio</i> )	< 6 g	+++
Iodio		
<i>Bambini</i>	150 µg	
<i>Gravidanza</i>	50 µg	+++
	200 µg	
Ferro	15 mg	
Calcio	> 800 mg	
Vitamina D		
<i>Anziani</i>	10 µg	
Allattamento	Circa 6 mesi	+++
Acqua	2 L	

Il **PAL** esprime il rapporto tra la spesa energetica giornaliera e il metabolismo basale.

Il valore del PAL =1.75 corrisponde a 60-80 minuti di camminata al giorno, necessari per evitare l'incremento ponderale dovuto ad un elevato consumo di grassi; è comprensivo anche dei 30 minuti al giorno suggeriti per prevenire patologie cardiovascolari e diabete

**Table 5.** Summary of strength of evidence on factors that might promote or protect against weight gain and obesity.

Strength of evidence	Decreased risk	Increased risk
Convincing	Regular physical activity High dietary intake of fiber	Sedentary lifestyle High intake of energy-dense foods
Probable	Home and school environments that support healthy food choices for children Breastfeeding	Adverse socioeconomic conditions in developed countries
Possible	Low glycemic index foods	Large portion sizes High proportion of food prepared outside the home (developed countries) Rigid restraint/periodic disinhibition eating patterns
Insufficient	Increased eating frequency	Alcohol

Source: WHO (2003) [70].

NORD 2004: 13

# Nordic Nutrition NNR Recommendations 2004

*Integrating nutrition and physical*

## Salt and Health

Scientific Advisory Committee on Nutrition

2003

The Stationery Office



# Reference Values for Nutrient Intake

1<sup>st</sup> edition

German Nutrition Society (DGE)  
Austrian Nutrition Society (ÖGE)  
Swiss Society for Nutrition Research (SGE)  
Swiss Nutrition Association (SVE)



S.I.N.U.

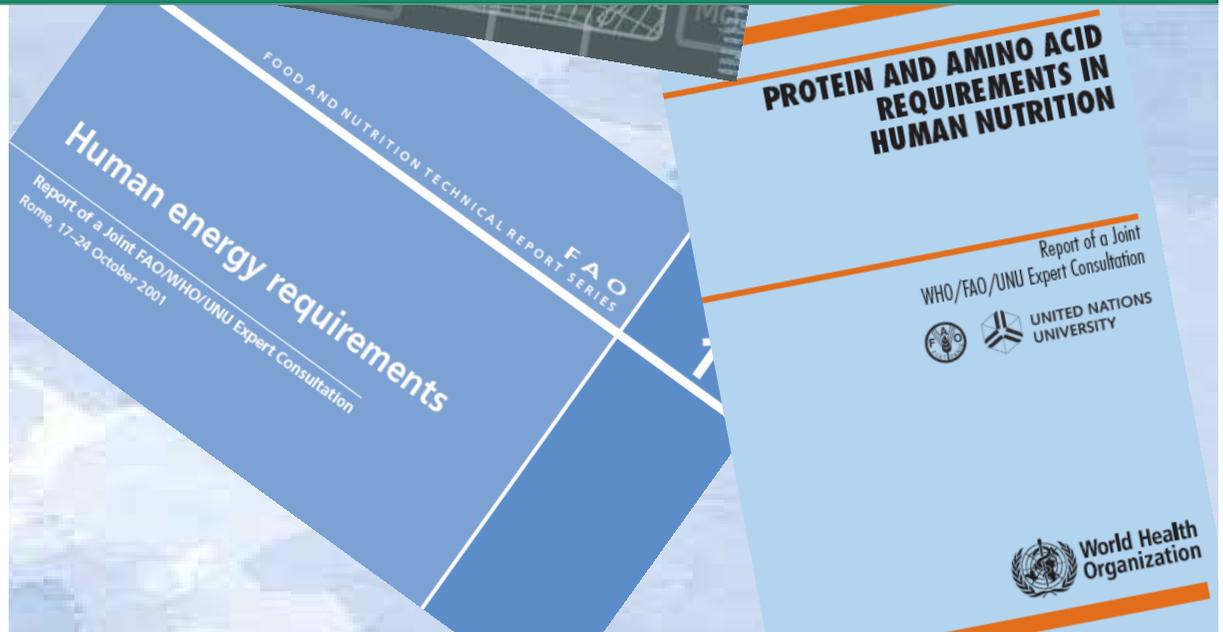
Società Italiana di Nutrizione Umana

# IN PROGRESS REVISIONE LARN 2011

## LIVELLI DI ASSUNZIONE RACCOMANDATI DI ENERGIA E NUTRIENTI PER LA POPOLAZIONE ITALIANA

LARN

• REVISIONE 1996 •



# PREVENZIONE DELL'OBESITA' E PROVE DI EFFICACIA

Da dove si parte?

Quale prevenzione ?

Quali prove di efficacia in prevenzione ?

**Quali riferimenti, quale outcome?**

E il setting?

Cosa conosco e cosa non conosco?

Quali raccomandazioni?

E gli effetti indesiderati ....?

# Quali riferimenti?

- review e metanalisi
- consensus e raccomandazioni
- esempi pratici di interventi
- progetti di ricerca



HEALTH PROMOTION THROUGH OBESITY PREVENTION ACROSS EUROPE

# Quality Improvement




  
**La sfida dell'obesità  
nella Regione europea dell'OMS e le  
strategie di risposta**
  
 Compendio




  
 Report of the Meeting on community initiatives  
to improve nutrition and physical activity

Bonn, Germany, 21–22 February 2008

WHO Project on monitoring progress on  
improving nutrition and physical activity and  
preventing obesity in the European Union

Report no. 3





Prevention of Obesity in Europe – Consortium for the prevention of obesity through effective  
nutrition and physical activity actions – EURO-PREVOB

Tackling the social and economic determinants of nutrition and physical activity for the  
prevention of obesity across Europe

**EURO-PREVOB Summary Report**



**GUIDE TO  
COMMUNITY  
Preventive Services**



[www.thecommunityguide.org](http://www.thecommunityguide.org)


  
 National Institute for  
Health and Clinical Excellence



HEALTH PROMOTION THROUGH OBESITY

Issue date: December 2006

### Obesity

guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children

# Criteri di valutazione degli interventi



- Tipo di studio
- Caratteristiche dell'intervento (*downstream vs upstream*)
- Indicatori di outcome
- Indicatori di processo
- Rigore metodologico (presenza di gruppo di controllo, lunghezza follow-up)
- Sostenibilità e praticabilità

# Caratteristiche degli interventi e outcomes considerati

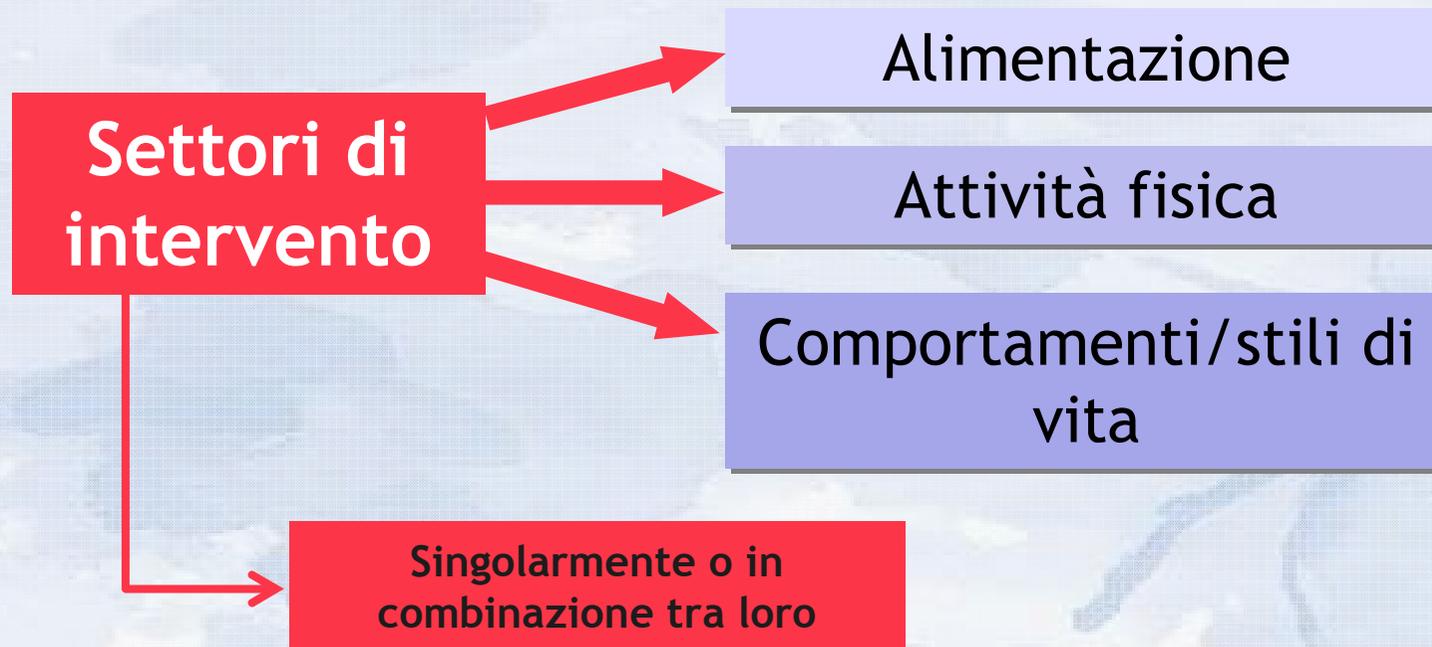
## MODALITA'

<b>ATTIVITÀ FISICA</b>	Aderenza linee guida, programmi AF intensivi, utilizzo pedometro
<b>DIETA</b>	Riduzione del contenuto di grassi (fino al 20%); aumento del consumo di frutta, verdura e cereali, riduzione dell'energia, aderenza linee guida
<b>PSICOSOCIALI</b>	Autostima, immagine corporea
<b>FAMILIARI</b>	Coinvolgimento della famiglie
<b>STRATEGIE COMPORIMENTALI</b>	Rinforzo motivazionale, gestione dello stress e delle ricadute, problem solving, auto monitoraggio dell'alimentazione e dell'attività fisica; monitoraggio del peso corporeo
<b>EDUCAZIONE</b>	Incontri informativi/educazionali su alimentazione e AF utilizzando materiali informativi in vari formati (mail, SMS, cartellonistica)
<b>AMBIENTE</b>	Modifiche ambientali all'interno della comunità
<b>INCENTIVI</b>	Denaro, attrezzature per lo sport

## OUTCOME

<b>COMPOSIZIONE CORPOREA</b>	IMC, distribuzione del grasso corporeo, prevalenza dell'obesità, riduzione del peso, spessore delle pliche cutanee
<b>FITNESS</b>	Permanenti misure di forma fisica
<b>FATTORI DI RISCHIO PER PATOLOGIE CRONICHE</b>	Pressione arteriosa, valori ematici di lipidi, insulina, glucosio
<b>NUTRIZIONE</b>	Abitudini alimentari, scelta dei cibi, assunzione energetica
<b>ATTIVITÀ FISICA</b>	Frequenza, durata, intensità e comportamenti sedentari
<b>CONOSCENZE CONSAPEVOLEZZA</b>	Conoscenze su: fattori di rischio di patologie croniche, fabbisogni nutrizionali, attività fisica necessari per uno stato di salute ottimale

# Interventi per la prevenzione dell'obesità negli adulti con esito positivo



*Lemmens 2008; Lombard 2009;*

Autore	Settore di intervento	Tipo di studio Durata	Popolazione bersaglio (n.)	Modalità intervento	Principali risultati rispetto al controllo
Howard et al, 2006 USA	<b>Alimentazione</b>	RCT  7,5 anni	Donne in post menopausa (n. 48.835)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Dieta ipolipidica, <i>aumento di frutta, verdura e cereali</i></li> <li>▶ 18 sessioni al primo anno; 4 sessioni per anno fino alla fine dell'intervento</li> <li>▶ Sessioni di 8 – 15 partecipanti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ↓ <b>BMI ca 0.2</b></li> </ul>
Leermakers et al, 1998 USA	<b>Attività fisica</b> <b>Alimentazione</b>	RCT  4 mesi	Uomini 25-40 anni (n.67)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Incontri sull'attività fisica e l'alimentazione nel setting ambulatoriale intensivo e/o domestico (<i>Aumento AF e Diminuzione del consumo di grassi</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Non significativa</b> la riduzione di BMI</li> <li>■ ↓ <b>peso corporeo ca 1.9 kg</b> (ca 1.2 kg nel braccio home)</li> </ul>
Klem et al, 2000 USA	<b>Attività fisica</b> <b>Alimentazione</b>	RCT  10 settimane (6 mesi Follow-up)	Donne 25-34 anni (n.64)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Incontri sull'attività fisica e l'alimentazione</li> <li>▶ Corsi per corrispondenza</li> <li>▶ Strategie comportamentali per evitare l'incremento ponderale</li> <li>▶ Distribuzione di materiale informativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Non significativa</b> la riduzione di BMI</li> <li>■ ↓ <b>peso corporeo ca 0.7 kg (ns)</b></li> </ul>
Eibner & Lissner, 2006 Svezia	<b>Attività fisica</b> <b>Alimentazione</b>	RCT  1 anno	Donne ad alto rischio 18-28 anni (n.40)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Modifiche per le scelte alimentari, l'attività fisica e altri stili di vita</li> <li>▶ Strategie comportamentali di supporto</li> <li>▶ Contatti mail - telefono</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ↓ <b>BMI ca 1.4</b></li> <li>■ ↑ BMI nel gruppo controllo</li> </ul>
Simpkin Silverman et al, 2003 USA	<b>Attività fisica</b> <b>Alimentazione</b>	RCT  5 anni	Donne in post menopausa 44-50 anni (n. 535)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Programmi cognitivo comportamentali per la modifica di diversi stili di vita</li> <li>▶ Consigli sull'alimentazione e sull'attività fisica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ↓ <b>BMI ca 0.91</b></li> <li>■ ↑ BMI nel gruppo controllo</li> </ul>

Autore	Settore di intervento	Tipo di studio Durata	Popolazione bersaglio (n.)	Modalità	Principali risultati rispetto al controllo
Levine et al, 2007	<b>Attività fisica</b> <b>Alimentazione</b>	RCT  2 anni (3 anni Follow-up)	Donne 25-44 anni (n.284)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Incontri di gruppo su Alimentazione e attività fisica (2 v/sett; 2/v mese)</li> <li>▶ vs15 lezioni mail</li> <li>▶ Strategie comportamentali di supporto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▣ ↓ peso 0.1 kg nel braccio intensivo</li> <li>▣ ↓ peso 0.8 kg nel braccio mail</li> <li>▣ ↑ peso nel gruppo controllo</li> </ul>
Lombard et al, 2008	<b>Attività fisica</b> <b>Alimentazione</b>	RCT  1 anno	Donne 25-50 anni (n.250)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Incontri di gruppo (4 sessioni in 4 mesi) su consigli generali per l'alimentazione</li> <li>▶ Attività fisica secondo linee guida</li> <li>▶ SMS e mail mensili</li> <li>▶ Strategie comportamentali di supporto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▣ ↓ peso 0.2 kg</li> <li>▣ ↑ peso nel gruppo controllo (ca 0.8 kg)</li> </ul>
Rodearme al et al, 2006	<b>Attività fisica</b> <b>Alimentazione</b>	RCT  13 settimane	Famiglie Media 41 anni (n.105)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Aumento del consumo di cereali</li> <li>▶ Adesione per 2000 passi/die</li> <li>▶ 3 incontri di gruppo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▣ ↓ peso 0.54 kg</li> <li>▣ ↑ peso nel gruppo controllo (ca 2.4 kg)</li> </ul>
Hivert et al, 2007 USA	<b>Alimentazione</b>	RCT  2 anni	Uomini/Donne Media 20 anni (n. 115)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Alimentazione basata sulle linee guida</li> <li>▶ Strategie comportamentali di supporto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▣ ↓ peso corporeo ca 0.6 kg</li> <li>▣ ↑ peso nel gruppo controllo</li> </ul>

## Systematic review of long-term lifestyle interventions to prevent weight gain and morbidity in adults

T. Brown<sup>1\*</sup>, A. Avenell<sup>2</sup>, L. D. Edmunds<sup>3</sup>, H. Moore<sup>1†</sup>, V. Whittaker<sup>1</sup>, L. Avery<sup>1</sup> and C. Summerbell<sup>1†</sup> for the PROGRESS<sup>‡</sup> Team

The aim of this article is to determine the effectiveness of long-term lifestyle interventions for the prevention of weight gain and morbidity in adults. Prevention of weight gain is important in adults who are of normal weight, overweight and obese. A systematic review of controlled trials of lifestyle interventions in adults with a body mass index of less than 35 kg m<sup>-2</sup> with at least 2 years of follow-up was carried out. Eleven of 39 comparisons produced significant improvement in weight between groups at 2 years or longer with mean difference weight change ranging from -0.5 to -11.5 kg. Effective interventions included a 600 kcal/day deficit diet deficit/low-fat diet (with and without meal replacements), low-calorie diet, Weight Watchers diet, low-fat non-reducing diet, diet with behaviour therapy, diet with exercise, diet with exercise and behaviour therapy. Adding meal replacements to a low-fat diet (with and without exercise and behaviour therapy) produced significant improvement in weight. Head-to-head interventions failed to show significant effect on weight with the exception of a Mediterranean diet with behaviour therapy compared with low-fat diet. Diet with exercise and/or behaviour therapy demonstrated significant reduction in hypertension and improvement in risk of metabolic syndrome and diabetes compared with no treatment control. Lifestyle interventions demonstrated significant improvement in weight, reduction in hypertension and reduction in risk of type 2 diabetes and the metabolic syndrome.

# Note sintetiche

## QUELLO CHE SEMBRA EMERGERE DALLA LETTERATURA

- ❑ L'evidenza disponibile è basata su un numero limitato di studi
- ❑ Contrastanti evidenze circa gli effetti su sovrappeso e obesità
- ❑ Scarse informazioni sugli outcome intermedi
- ❑ Negli studi con effetto positivo il decremento ponderale è compreso tra 1 e 3.5 kg (aumento di peso nel gruppo controllo!!)
- ❑ Impossibile indicare la modalità più efficace
- ❑ Gli interventi che utilizzano più canali e modalità, in cui è previsto un contatto personale, potrebbero avere maggiore efficacia

## QUALCOSA SULLA METODOLOGIA

- ✚ Disomogeneità dei modelli applicati, non sempre chiaramente definiti
- ✚ Disomogeneità dei gruppi target
- ✚ Variabilità del follow-up (da 13 settimane e a circa 7 anni)
- ✚ Non vengono effettuate modifiche sull'ambiente

# PREVENZIONE DELL'OBESITA' E PROVE DI EFFICACIA

Da dove si parte?

Quale prevenzione ?

Quali prove di efficacia in prevenzione ?

Quali riferimenti, quale outcome?

**E il setting?**

Cosa conosco e cosa non conosco?

Quali raccomandazioni?

E gli effetti indesiderati .....?

# Setting

- ❑ Il setting ha strutture definite, modalità di comunicazione condivise, stabili nel tempo
- ❑ Il rationale per un approccio di setting si basa sull'influenza che la struttura organizzativa può avere sui comportamenti.
- ❑ L'ambiente comune offre la possibilità di raggiungere gruppi omogenei di popolazione e di modificarne il profili di salute

# Setting

- ❑ L'individuo non vive in un solo ambiente, bensì trascorre il tempo in più ambienti
- ❑ Un approccio di setting è volto a creare un ambiente positivo per la salute attraverso una molteplicità di azioni e riorienta il modo di pensare la salute

# SETTING

## Ristorazione

**Razionale:**  
*consumo di almeno 1  
pasto/die per bambini e  
lavoratori*

### MODALITA'

- Segnali per evidenziare ricette salutari
- Modifiche di ricette
- Valore nutrizionale dei menù
- Modifica delle porzioni
- Offerta snacks salutari
- Modifica sensoriali

### Outcome

- *diminuzione di densità energetica e contenuto in grassi, aumento del consumo di frutta e verdura a scuola e sui luoghi di lavoro*
- *L'evidenza maggiore è disponibile negli studi clinici sperimentali*

### Cosa non conosco

- *Non sono disponibili dati su modifiche delle scelte alimentari negli altri pasti*
- *Maggiore efficacia con azioni sulle politiche dei prezzi?*

# SETTING: luogo di lavoro

**Razionale:**  
*gruppo target adulti ed  
individui a rischio,  
sostenibile nel tempo*

## MODALITA'

- Educazione nutrizionale
- Educazione motoria
- Utilizzo di mezzi informatici
- Modifica pasti/snack nei distributori

## Outcome

- *positivo per sovrappeso/obesità negli interventi multicomponenti*
- *aumento del consumo di frutta e verdura, (+ 0.2-0.8 porzioni/1000 kcal) e di stili di vita attivi*

## Cosa non conosco

- *necessità di ulteriori studi per sviluppare approcci che coinvolgano la maggioranza dei lavoratori*

# SETTING: Luogo di lavoro

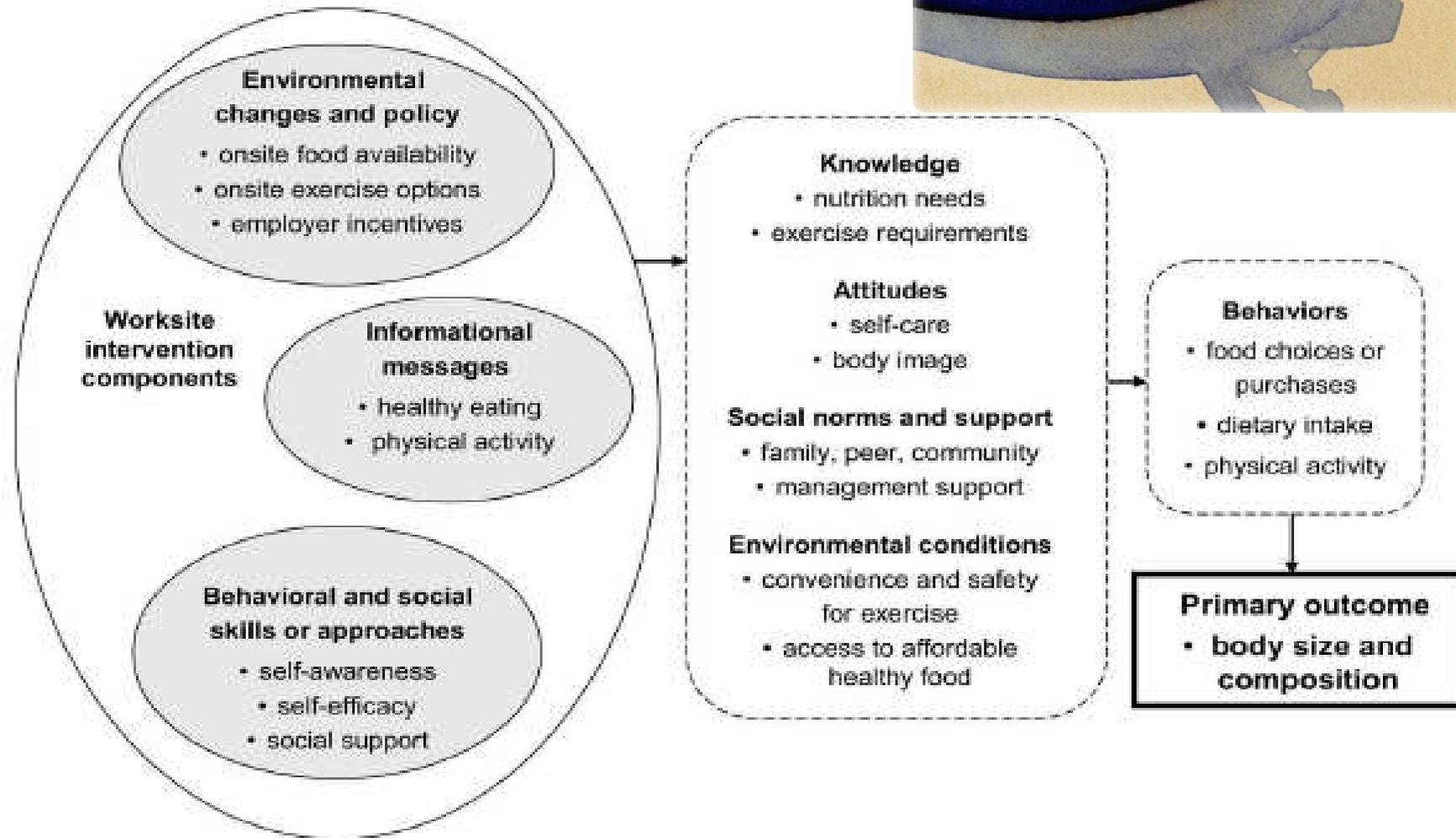


Figure 1. Analytic framework for worksite nutrition and physical activity interventions to improve weight status

# SETTING: Luogo di lavoro



## About the Interventions

- **Informational and educational strategies aim to increase knowledge about a healthy diet and physical activity.** Examples include:
  - Lectures
  - Educational software
  - Written materials (provided in print or online)
- **Behavioral and social strategies target the thoughts (e.g. awareness, self-efficacy) and social factors that effect behavior changes.** Examples include:
  - Individual or group behavioral counseling
  - Skill-building activities such as cue control
  - Rewards or reinforcement
  - Inclusion of co-workers or family members to build support systems
- **Policy and environmental approaches aim to make healthy choices easier and target the entire workforce by changing physical or organizational structures.** Examples of this include:
  - Improving access to healthy foods (e.g. changing cafeteria options, vending machine content)
  - Providing more opportunities to be physically active (e.g. providing on-site facilities for exercise)
- **Policy strategies may also change rules and procedures for employees such as health insurance benefits or costs or money for health club membership.**
- **Worksite weight control strategies may occur separately or as part of a comprehensive worksite wellness program that addresses several health issues (e.g., smoking cessation, stress management, cholesterol reduction).**

# SETTING: Luogo di lavoro



## Promotional activities

Use pamphlets, fliers, posters and signage to “saturate” the workplace with messages on physical activity and healthful eating

## Physical activity

Mark walking paths inside and outside buildings and promote their usage  
Create more inviting stairwells in buildings with staircases  
Facilitate the development of exercise/fitness groups  
Offer a pedometer challenge program  
Provide fitness equipment at workstations and encourage their usage  
Facilitate access to and encourage use of exercise equipment and bike racks  
Provide discounts to local fitness facilities  
Provide equipment (e.g., LifeClinic Health Station) for measuring body weight and other indicators of health

## Dietary

Label healthful food choices in vending machines and cafeteria  
Provide preferential pricing for healthful foods  
Provide “healthy cupboard” space and snack stations for healthful eating choices  
Coordinate a local Farmers’ Market on site  
Provide scales to weigh foods and control portion sizes  
Require healthful food choices at company-sponsored meetings, events, and training programs  
Encourage consumption of water by placing filtration systems near vending machines  
Promote area restaurants that offer healthful food choices

## Prove di efficacia presenti (TFCPS 2010)

■ ↓ peso 1.5 kg  
■ ↓ BMI ca 0.5

- Forty-seven studies qualified for the review and included three **outcome measures**: body mass index (BMI), weight, and percent body fat.
- The most common intervention strategies included both **informational and behavioral** skills components (32 studies). Few studies (4 studies) looked at **policy and environmental changes in the worksite**.
- **No one focus**, diet or physical activity, or combination of both **appeared to be better than others** in terms of its effect on weight loss.
- The **range of cost-effectiveness** estimates from three studies (two involving weight-loss competitions and one involving a physical fitness program) varied from \$1.44 to \$4.16 per pound of loss in body weight.

## Determinants of participation in worksite health promotion programmes: a systematic review

Suzan JW Robroek, Frank J van Lenthe, Pepijn van Empelen and Alex Burdorf\*

*International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2009, 6:26



### Abstract

**Background:** The workplace has been identified as a promising setting for health promotion, and many worksite health promotion programmes have been implemented in the past years. Research has mainly focused on the effectiveness of these interventions. For implementation of interventions at a large scale however, information about (determinants of) participation in these programmes is essential. This systematic review investigates initial participation in worksite health promotion programmes, the underlying determinants of participation, and programme characteristics influencing participation levels.

**Methods:** Studies on characteristics of participants and non-participants in worksite health promotion programmes aimed at physical activity and/or nutrition published from 1988 to 2007 were identified through a structured search in PubMed and Web of Science. Studies were included if a primary preventive worksite health promotion programme on PA and/or nutrition was described, and if quantitative information was present on determinants of participation.

**Results:** In total, 23 studies were included with 10 studies on educational or counselling programmes, 6 fitness centre interventions, and 7 studies examining determinants of participation in multi-component programmes. Participation levels varied from 10% to 64%, with a median of 33% (95% CI 25–42%). In general, female workers had a higher participation than men (OR = 1.67; 95% CI 1.25–2.27), but this difference was not observed for interventions consisting of access to fitness centre programmes. For the other demographic, health- and work-related characteristics no consistent effect on participation was found. Pooling of studies showed a higher participation level when an incentive was offered, when the programme consisted of multiple components, or when the programme was aimed at multiple behaviours.

**Conclusion:** In this systematic review, participation levels in health promotion interventions at the workplace were typically below 50%. Few studies evaluated the influence of health, lifestyle and work-related factors on participation, which hampers the insight in the underlying determinants of initial participation in worksite health promotion. Nevertheless, the present review does provide some strategies that can be adopted in order to increase participation levels. In addition, the review highlights

**Participation of employees in work site health promotion programs can be improved**

# Comunità: distribuzione di alimenti

**Razionale:**  
aumento  
dell'accessibilità

## MODALITA'

- Incentivi per l'offerta di alimenti salutari
- Aumento dei produttori locali

## MODALITA'

● *Incentivi finanziari e non ai distributori di alimenti, nelle aree a bassa densità di negozi, per l'offerta di alimenti salutari*

● *Possibilità di acquistare alimenti direttamente nelle fattorie*

## Outcome

● *Negli studi cross-sectional aumento del consumo di frutta e verdura e tendenza ad un BMI inferiore; nessuna evidenza per gli acquisti diretti dai produttori*

## Cosa non conosco

● *Maggiore efficacia in alcuni paesi e nei gruppi di basso LSE?*

# Comunità: Supermercato

**Razionale:**  
luogo di acquisto del  
95% della  
popolazione

## MODALITA'

- Segnali per evidenziare alimenti salutari
- Filmati
- Messaggi audio
- Uso del computer
- Politiche sui prezzi

## Outcome

- *nella maggioranza dei casi aumento di conoscenze e consapevolezza, senza modifiche del comportamento*
- *1 RCT riporta un aumento del consumo di 0.5 porzioni/1000 kcal di frutta e verdura utilizzando una piattaforma informatica che fornisce informazioni nutrizionali (Anderson, 2001)*
- *Alcuni studi cross-sectional indicano che la presenza di supermercati in aree periferiche aumenta il consumo di frutta e verdura ed è associata ad un BMI inferiore*

## Cosa non conosco

- *Maggiore efficacia in alcuni paesi e nei gruppi di basso LSE?*

# Comunità :

## Mass media

**Razionale:**  
**accessibilità da una  
quota significativa della  
popolazione**

### MODALITÀ

- Increase knowledge about screen time
- Influence attitudes
- Change behavior by transmitting messages through newspapers, radio, television, and billboards

● These results were based on a systematic review of all available studies, conducted on behalf of the Task Force by a team of specialists in systematic review methods, and in research, practice and policy related to obesity prevention and control.

● **Insufficient Evidence** to determine the effectiveness of mass media campaigns to reduce screen time or change weight-related behaviors and outcomes because there were no available studies.

### Bias

● **Minore accessibilità da parte dei gruppi più vulnerabili**

# Comunità :

## Messaggi per AF

**Razionale:**  
incremento del  
dispendio energetico

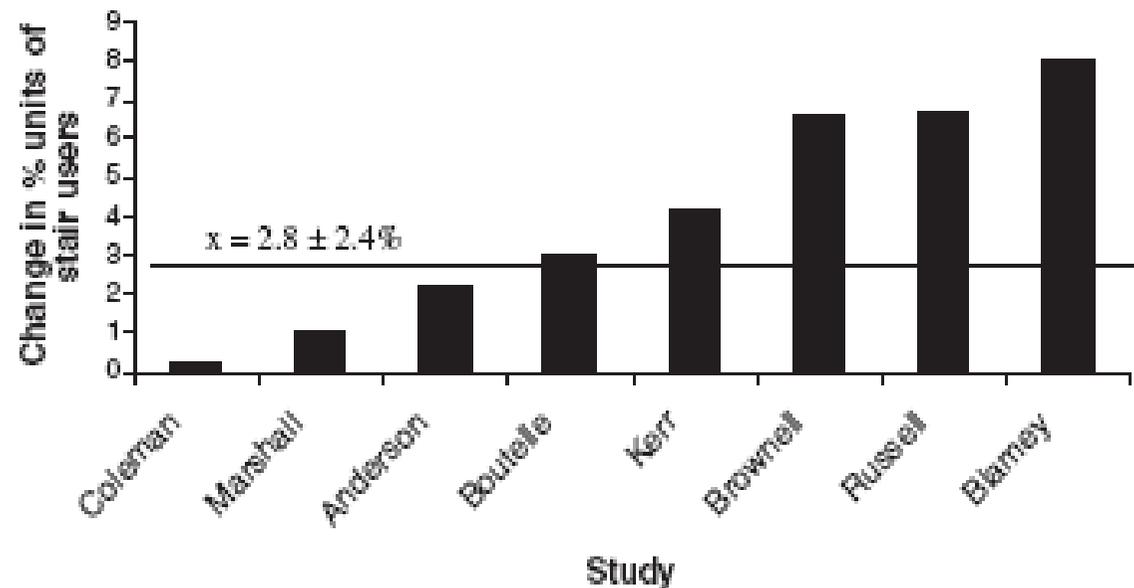
### Outcome

- **Decremento ponderale e/o prevenzione dell'incremento di peso ca 300 g persona/anno**

### MODALITA'

➤ **Incentivazioni e segnaletica per l'uso delle scale**

- **Centri commerciali**
- **Aeroporti**
- **Metro/stazione**
- **Uffici**



# Comunità : Messaggi per AF

**Razionale:**  
*incremento del  
dispendio energetico*

## MODALITA'

➤ **Incentivazioni e  
segnaletica per  
l'uso delle scale**

- Centri commerciali
- Aeroporti
- Metro/stazione
- Uffici

## ● **Messaggi + 3.7%**

- *Risparmia tempo, allena il tuo cuore*
- *Mantieniti in salute, risparmia tempo, usa le scale*
- *Allena il tuo cuore*
- *Fallo per la tua famiglia*
- *Limita l'uso dell'ascensore al personale e alle persone disabili*

## ● **Musica + 4.7%**

## ● **Arti grafiche + 4.2%**

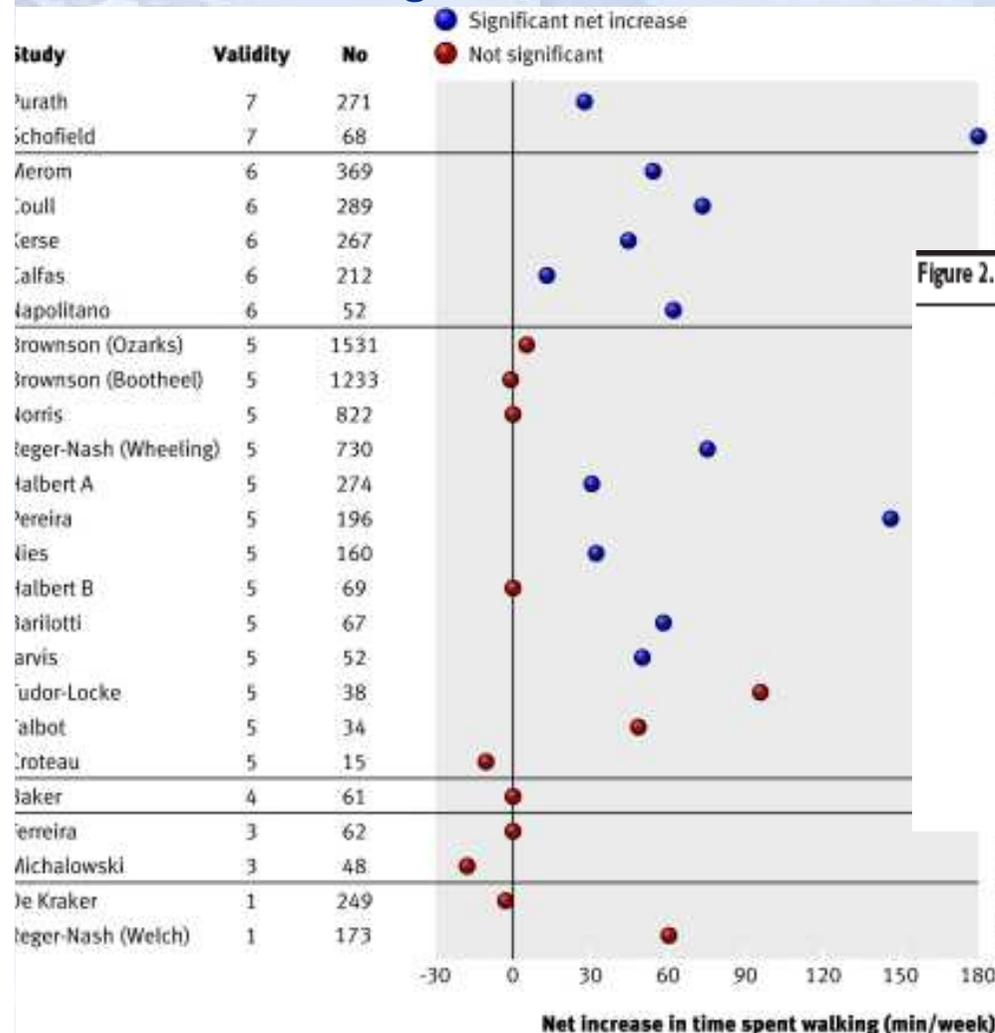


## **Cosa non conosco**

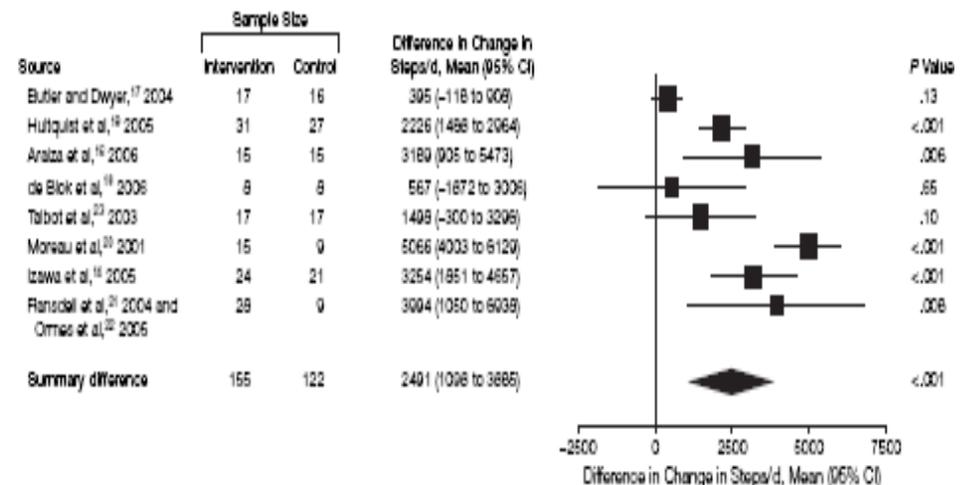
*L'implementazione di tali programmi produce un effetto significativo sulla prevalenza di obesità?*

**Interventions tailored to people's needs, targeted at the most sedentary or at those most motivated to change, and delivered either at the level of the individual or household or through groups can increase walking by up to 30-60 minutes a week on average. Ogilvie et al 2007**

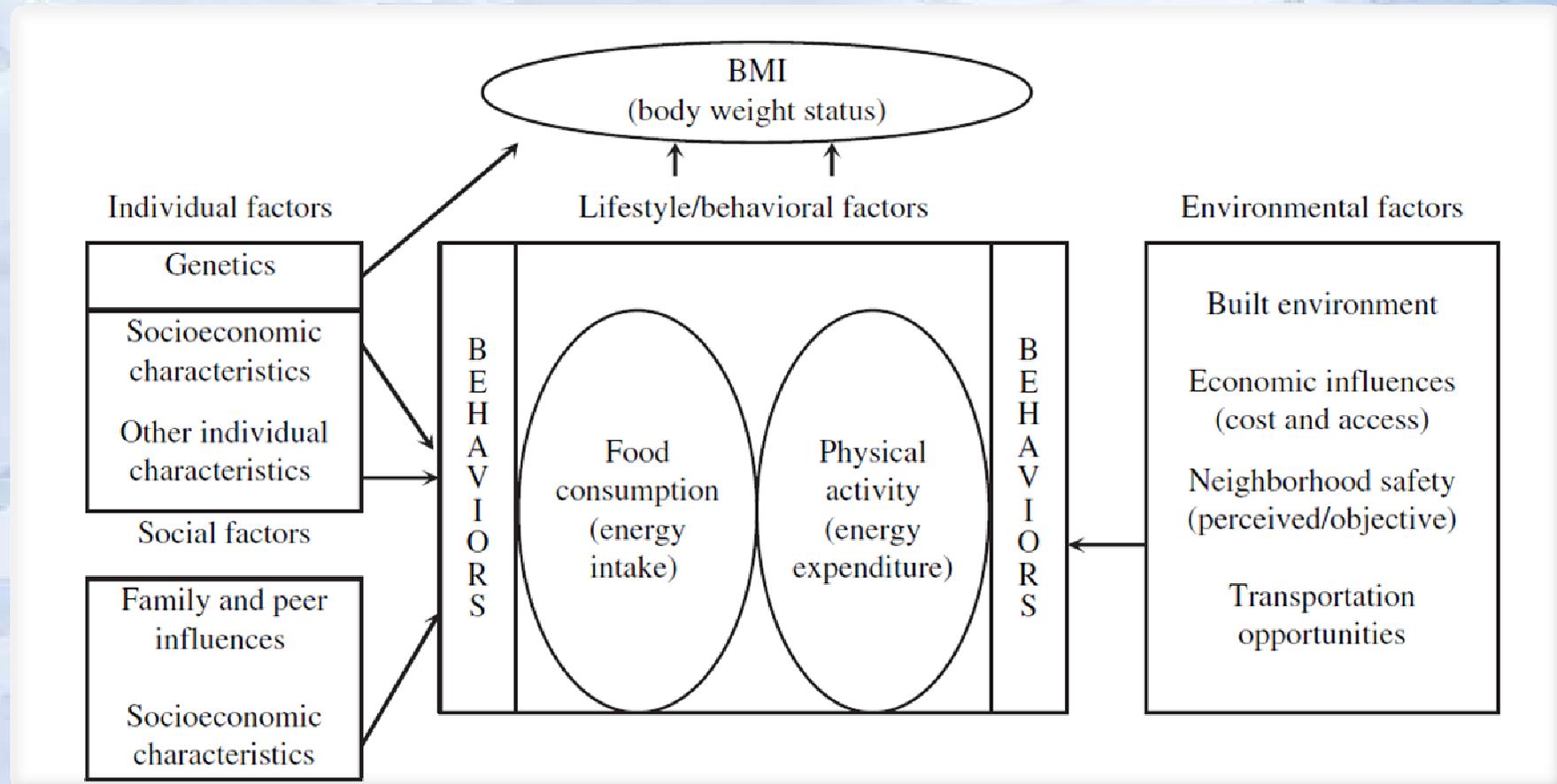
**The results suggest that the use of a pedometer is associated with significant increases in physical activity and significant decreases in body mass index and blood pressure. Bravata et al 2007**



**Figure 2. Increase in Physical Activity Among Participants Randomly Assigned to Pedometer Interventions vs Control Participants**



# Ecologic model relating the built environment to physical activity, diet, and body weight





HEALTH PROMOTION THROUGH OBESITY PREVENTION ACROSS EUROPE

# The HOPE project: a review of the policy implications

Work Package 5:

Obesity Prevention in adults

To review the influence of neighborhood environmental factors on physical activity and obesogenic nutrition

## ***Various land use factors that can affect travel behavior and population health***

Factor	Definition
<b>Density</b>	People or jobs per hectare.
<b>Regional accessibility</b>	A site's location relative to the regional urban center, and the number of jobs and public services available within a given travel time
<b>Centeredness</b>	Degree to which commercial and other public activities are located in downtowns and other activity centers.
<b>Land use mix</b>	Degree to which residential, commercial and institutional land uses are located close together.
<b>Connectivity</b>	Degree to which roads and paths are connected and allow direct travel between destinations.
<b>Roadway design</b>	Scale and design of streets, and how various uses are managed. <i>Traffic calming</i> refers to street design features intended to reduce traffic speeds and volumes.
<b>Walking &amp; cycling conditions</b>	Quality of walking and cycling transport conditions. ( <i>Active transport</i> is a general term for walking, cycling, and their variants).
<b>Transit accessibility</b>	Degree to which destinations are accessible by quality public transit.
<b>Parking management</b>	Number of parking spaces per building unit or hectare. Parking management includes pricing and regulations.
<b>Site design</b>	Specific characteristics of buildings and other places of interest.
<b>Transportation demand management</b>	Various strategies and programs that encourage more efficient travel patterns in conjunction with land use policy reforms.

## MEDLINE SEARCH

- obesity-overweight  
with environment-neighborhood-  
community
- direct measure of body weight
- objective measure of the built environment

Twenty articles

**Most articles (84%) reported a statistically significant positive association between some aspect of the built environment and obesity.**

***Papas et al., Epidem Reviews 2007***

### Summary measures of the built environment used in 20 published articles on the built environment and risk of obesity

Measure of the built environment	No. of studies
Access to physical activity	
Proximity (m) to play space/recreational facilities	4
Type of street of residence (cul-de-sac, highway)	1
Sidewalk availability	2
Connectivity	2
Net residential density	1
Land use mix	4
Neighborhood walkability scale*	2
No. of recreational facilities	5
Intersection density	1
Slope (change in elevation)	1
Density and no. of roadways	1
Access to food outlets	
Square miles per fast-food restaurant	1
Population per fast-food restaurant	1
Fast-food restaurant proximity	1
Average food pricing	1
No. of food stores/area measure	4
Distance to usual grocery store	1
Additional measures	
Metropolitan sprawl index†	4
Daily no. of miles driven in a car	1
Daily amount of time spent in a car	2
Neighborhood safety (no. of serious crimes and 911 calls)	2
Amount of greenery	1
Amount of graffiti	1

\* Scale included measures of residential density, land-use mix, and street connectivity.

† Indices included dimensions of residential density, land-use mix, and street accessibility.

# A systematic review of environmental factors and obesogenic dietary intakes among adults: are we getting closer to understanding obesogenic environments?

K. Giskes<sup>1</sup>, F. van Lenthe<sup>2</sup>, M. Avendano-Pabon<sup>2</sup> and J. Brug<sup>3</sup>

This study examined whether physical, social, cultural and economical environmental factors are associated with obesogenic dietary behaviours and overweight/obesity among adults. Literature searches of databases (i.e. PubMed, CSA Illumina, Web of Science, PsychInfo) identified studies examining environmental factors and the consumption of energy, fat, fibre, fruit, vegetables, sugar-sweetened drinks, meal patterns and weight status. Twenty-eight studies were in-scope, the majority ( $n = 16$ ) were conducted in the USA. Weight status was consistently associated with the food environment; greater accessibility to supermarkets or less access to takeaway outlets were associated with a lower BMI or prevalence of overweight/obesity. However, obesogenic dietary behaviours did not mirror these associations; mixed associations were found between the environment and obesogenic dietary behaviours. Living in a socioeconomically-deprived area was the only environmental factor consistently associated with a number of obesogenic dietary behaviours. Associations between the environment and weight status are more consistent than that seen between the environment and dietary behaviours. The environment may play an important role in the development of overweight/obesity, however the dietary mechanisms that contribute to this remain unclear and the physical activity environment may also play an important role in weight gain, overweight and obesity.



## The HOPE project: a review of the policy implications

There is still little concrete evidence how the physical and social environment are related to physical activity in the European context. Findings from other continents may not hold for Europe.

- Worldwide, the best evidence is found for the relation between land mix use, proximity to and availability of facilities and walking, but these associations are hardly explored in Europe.
- In Europe, there is some evidence linking proximity to facilities to moderate and vigorous exercise.
- Unhealthy food consumption is most prevalent among residents of deprived living environments.
- Yet, evidence that the distribution of takeaway outlets and supermarkets is related to obesity is derived from US studies only.

# Note sintetiche

## QUELLO CHE SEMBRA EMERGERE DALLA LETTERATURA

- ❑ Presenza di relazioni fra ambiente (soltanto per alcuni parametri) e attività fisica, non tutte rilevate in Europa
- ❑ Contrastanti evidenze circa gli effetti dell'ambiente su dieta, sovrappeso e obesità
- ❑ Impossibile quantificazione degli effetti dell'ambiente sul bilancio energetico

## QUALCOSA SULLA METODOLOGIA

- ✚ Studi trasversali con pochi studi longitudinali
- ✚ Disomogeneità degli studi
- ✚ Difficoltà a definire le variabili caratterizzanti l'ambiente costruito e l'ambiente obesogeno
- ✚ Impossibilità a valutare nello stesso tempo molti diversi potenziali determinanti dell'eccesso ponderale (biologici e ambientali)
- ✚ Difficoltà anche nel determinare il livello di attività fisica

# Comunità :

## SSN

### U.S. Preventive Services Task Force recommendations on behavioral counseling for physical activity and diet, and screening for obesity among adults

#### Behavioral counseling to increase physical activity

- The USPSTF concludes that the evidence **is insufficient** to recommend for or against behavioral counseling in primary care settings to promote physical activity. [I recommendation]

#### Behavioral counseling to promote a healthy diet

- The USPSTF concludes that the evidence **is insufficient** to recommend for or against routine behavioural counseling to promote a healthy diet in unselected patients in primary care settings. [I recommendation]

- The USPSTF **recommends** intensive behavioral dietary counseling for adult patients with hyperlipidemia and other known risk factors for cardiovascular and diet related chronic disease. Intensive counseling can be delivered by primary care clinicians or by referral to other specialists, such as nutritionists or dieticians. [B recommendation]

# Comunità :

## Servizi sanitari

**Razionale:**  
*gruppi target bambini,  
anziani, donne in  
gravidanza*

### MODALITA'

- **Counselling breve**
- **Counselling nutrizionale**
- **Consigli nutrizionali personalizzati**

### Outcome

- *aumento del consumo di 1.5 porzioni/die di frutta e verdura e di ca 6 g di fibra die, riduzione del consumo di grassi del 23%*
- *maggiore efficacia del counselling motivazionale breve*

### Bias

- *Minore accessibilità da parte dei gruppi più vulnerabili*

# OBESITÀ, SINDROME PLURIMETABOLICA E RISCHIO CARDIOVASCOLARE: CONSENSUS SULL'INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO



Con il patrocinio di



Ministero della Salute

## RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE, LA DIAGNOSI E LA TERAPIA DELL'ECCESSO DI PESO E DELLE PATOLOGIE AD ESSO ASSOCIATE

9. 1. L'obesità e le sue complicanze possono essere prevenute e il Medico di Medicina Generale dovrebbe intervenire almeno nella prevenzione mirata ai soggetti a rischio.
10. 1. 1. Data la diffusione epidemica dell'obesità in Italia, il Medico di Medicina Generale, nell'ambito della sua realtà lavorativa quotidiana, dovrebbe inserire una valutazione dell'eccesso di peso in tutti i pazienti che afferiscono al suo ambulatorio, raccogliendo informazioni su:
  - Storia del peso
  - Patologie, presenti o pregresse, comunemente associate all'eccesso di peso
  - Abitudine al fumo
  - Consumo di alcol
  - Assunzione di farmaci.
10. 1. 2. I seguenti esami di laboratorio dovrebbero essere eseguiti dal Medico di Medicina Generale:
  - Glicemia a digiuno
  - Profilo lipidico (colesterolo totale, HDL, trigliceridi).
10. 1. 3. Una volta diagnosticato l'eccesso di peso, il Medico di Medicina Generale dovrebbe valutare anche il rischio di patologie ad esso associate, mediante misurazione di:
  - Circonferenza della vita
  - Pressione arteriosa e frequenza cardiaca
  - Rischio cardiovascolare globale.

## *Il Medico di Medicina Generale e la prevenzione dell'obesità*

Gli obiettivi dell'intervento preventivo su base familiare sono:

- Promuovere modifiche nelle abitudini relative all'acquisto, preparazione e conservazione del cibo
- Promuovere il consumo di alimenti a bassa densità calorica (vegetali)
- Promuovere la riduzione del tempo trascorso davanti alla TV
- Motivare alla pratica di un'attività sportiva regolare
- Motivare ad uno stile di vita più attivo
- Motivare a non mangiare guardando la TV o da soli
- Promuovere la capacità di autocontrollo nelle situazioni stressanti.

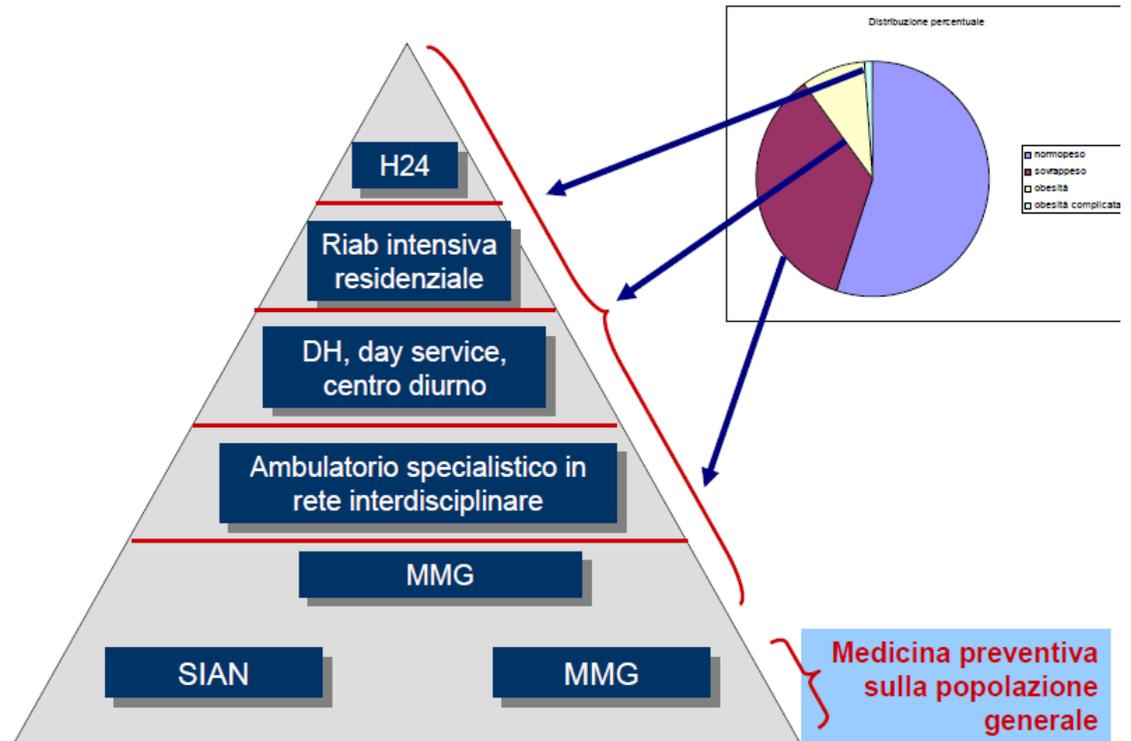
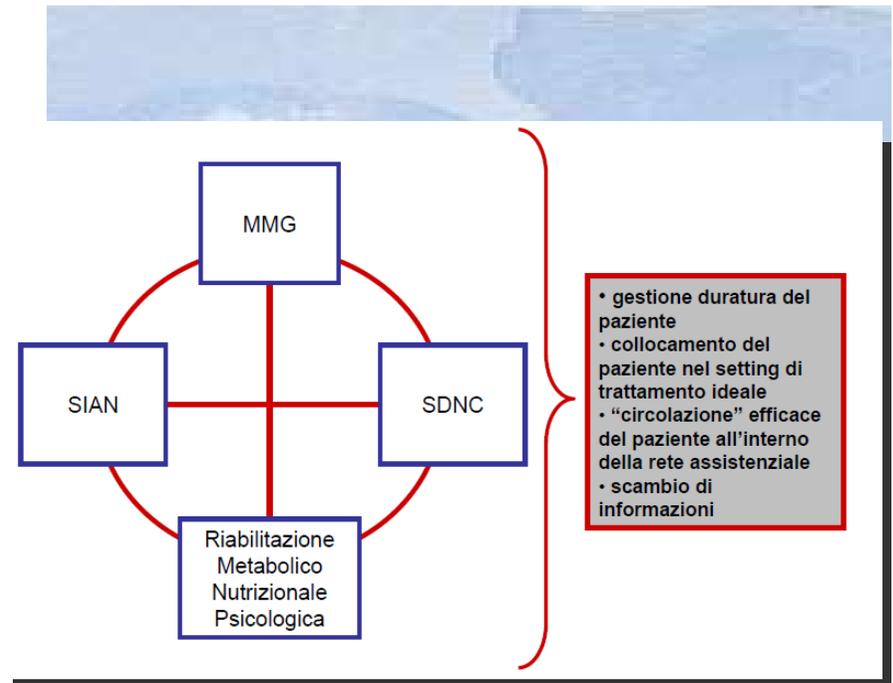
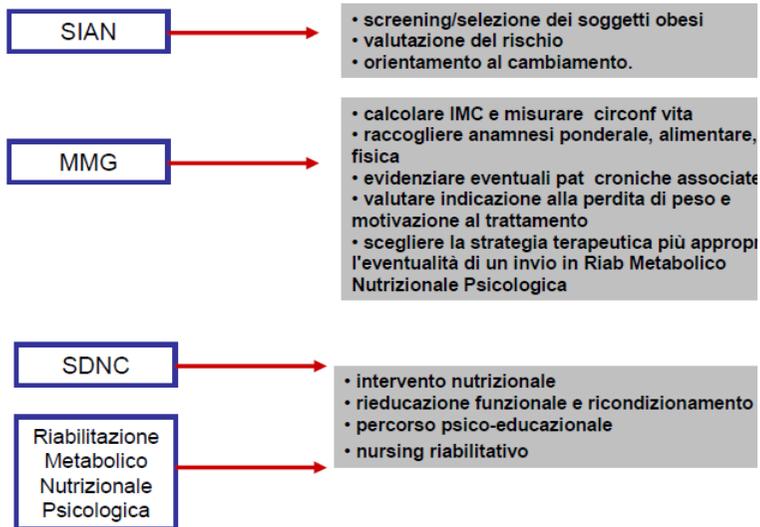
**DOCUMENTO DI CONSENSUS**

**Obesità e Disturbi dell’Alimentazione  
Indicazioni per i diversi livelli di  
trattamento a,b,c,d,e**

*Obesity and Eating Disorders.  
Indications for the different levels of care  
An Italian Expert Consensus Document*

(H24 e riabilitazione intensiva  
metabolica-nutrizionale-psicologica residenziale,  
semiresidenziale e ambulatoriale)

L.M. Donini<sup>1,2</sup>, M. Cuzzolaro<sup>1,2</sup>, G. Spera<sup>1</sup>, M. Badiali<sup>1</sup>, N. Basile<sup>3</sup>,  
O. Bosello<sup>4</sup>, A. Brunani<sup>5</sup>, L. Busetto<sup>6</sup>, G. Cairella<sup>7</sup>, C. Cannella<sup>8</sup>,  
M.G. Carbonelli<sup>9</sup>, E. Castellaneta<sup>2</sup>, R. Castra<sup>10</sup>, E. Clini<sup>11,12</sup>, F.  
L. Dalla Ragione<sup>14</sup>, R. Dalle Grave<sup>15</sup>, F. D’Andrea<sup>16</sup>, V. del Baldo<sup>17</sup>,  
P. De Cristofaro<sup>17</sup>, E. Di Flaviano<sup>18</sup>, S. Fassino<sup>19</sup>, A.M. Ferro<sup>20</sup>,  
E. Franzoni<sup>21</sup>, M.G. Gentile<sup>22</sup>, A. Giustini<sup>23</sup>, F. Jacoangeli<sup>3</sup>, C. L. Iacono<sup>24</sup>,  
L. Lucchin<sup>24</sup>, F. Manara<sup>25</sup>, G. Maranghi<sup>26</sup>, M. Marcelli<sup>27</sup>, G. Marzulli<sup>28</sup>



# PREVENZIONE DELL'OBESITA' E PROVE DI EFFICACIA

Da dove si parte?

Quale prevenzione ?

Quali prove di efficacia in prevenzione ?

Quali riferimenti, quale outcome?

E il setting?

Cosa conosco e cosa non conosco?

**Quali raccomandazioni?**

E le politiche nutrizionali.....?

# Prevenzione dell'obesità e prove di efficacia

## SETTING

- **scuola**
- **luogo di lavoro**
- **comunità**

## *Raccomandazione*

- There is a growing consensus that effective intervention to address the obesity epidemic requires a multi-strategic approach involving all levels of society – both for the population as a whole and for the individual
- This relates to ensuring a balance in intervention strategies along the continuum that stretches from individualized health care (downstream investments) to the introduction of policy and legislation that affects whole populations on a macro level (upstream investments)



HEALTH PROMOTION THROUGH OBESITY PREVENTION ACROSS EUROPE

# The HOPE project: a review of the policy implications

## Elements for successful community interventions

- Clear definition of the aims and objectives.
- Psycho-sociological aspects must be taken into consideration with equal importance, and have to be achievable and acceptable for the target population.
- The project leadership and staff have to be enthusiastic and dynamic; the programme, should be underpinned by a strong theoretical background.
- Being aware of other current programmes and being in touch with national policy is essential.
- A multisectorial approach must be pursued to ensure common priorities among different agendas, such as health and education.
- Stakeholders need to be involved from the very conception of the project.
- Pilot evaluation should not be mandatory but performed as often as possible when money and time are available.
- The right target needs to be tackled: weight loss is likely to be the consequence of a main goal, such as increasing physical activity.
- Choosing a target group on which the effect is likely to be greatest may be a better starting point than focusing initially only on the most vulnerable group. Some pitfalls need to be avoided, such as stigma about obesity.
- A mixed programme combining prevention and a focused intervention on a subgroup of participants can enhance interest.
- Funding should likewise be adequately planned from the beginning. The use of incentives should be considered in order to allow the inclusion and participation of the most vulnerable groups of stakeholders.
- Effective communication includes the use of media that can help recruitment and retention, as well as social marketing to promote the expected advantages for both users and community.

La sfida dell'obesità  
nella Regione europea dell'OMS e le  
strategie di risposta

Compendio

Report of the Meeting on community initiatives  
to improve nutrition and physical activity

Berlin, Germany 21–22 February 2008

WHO/EC Project on monitoring progress on  
improving nutrition and physical activity and  
preventing obesity in the European Union

Report no. 3

# PREVENZIONE DELL'OBESITA' E PROVE DI EFFICACIA

Da dove si parte?

Quale prevenzione ?

Quali prove di efficacia in prevenzione ?

Quali riferimenti, quale outcome?

E il setting?

Cosa conosco e cosa non conosco?

Quali raccomandazioni?

**E le politiche nutrizionali.....?**

# Obesity prevention: a proposed framework for translating evidence into action

B. Swinburn<sup>1</sup>, T. Gill<sup>2</sup> and S. Kumanyika<sup>3</sup>

**obesity** reviews (2005) 6, 23–33

The framework is defined by five key policy and programme issues that form the basis of the framework. These are:

- 1. Dimostrare la necessità di prevenire l'obesità**
- 2. Identificare i fattori determinati e i punti di intervento**
- 3. Definire un range di opportunità per gli interventi**
- 4. Valutare gli interventi potenziali.**
- 5. Selezionare un “paniere” di specifiche politiche, programmi ed interventi.**

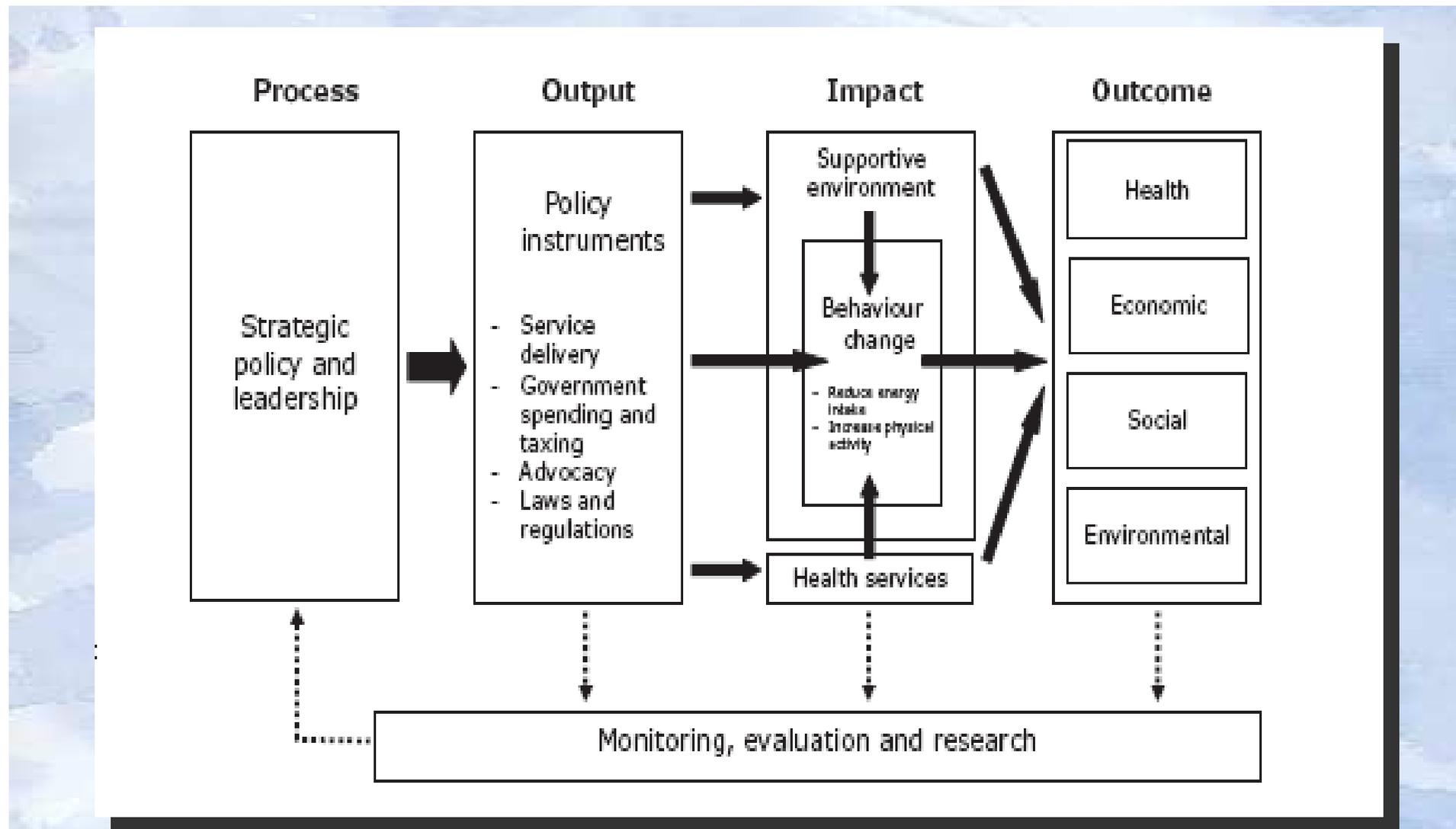
● Issue 4 was identified as currently the most problematic because of the relative lack of efficacy and effectiveness studies.

● Compared with clinical decision-making where the evidence base is dominated by randomized controlled trials with high internal validity, the evidence base for obesity prevention needs many different types of evidence and often needs the informed opinions of stakeholders to ensure external validity and contextual relevance.

# Obesity Policy Action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity

G. Sacks, B. Swinburn and M. Lawrence

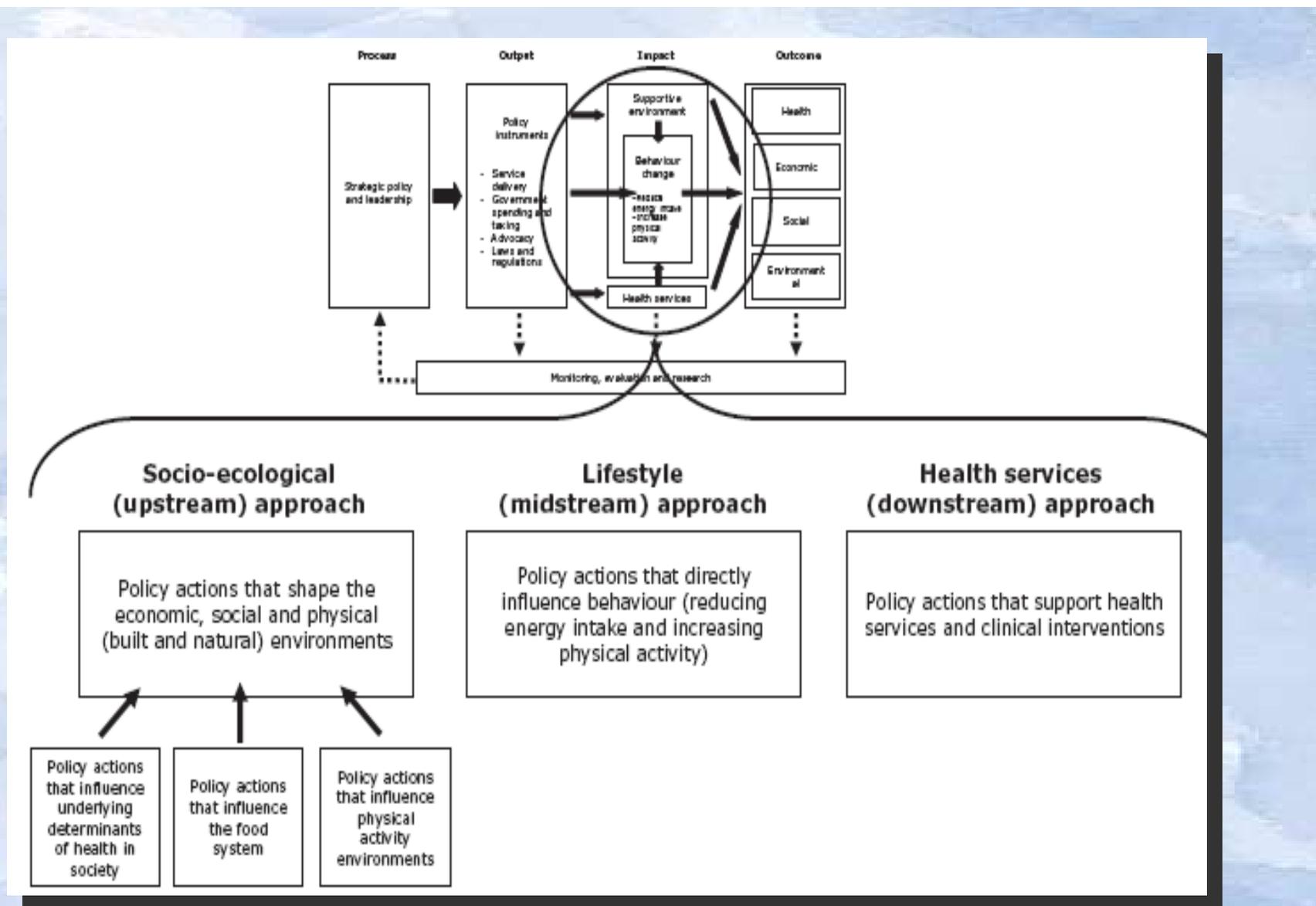
obesity reviews (2009) 10, 76–86



# Obesity Policy Action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity

G. Sacks, B. Swinburn and M. Lawrence

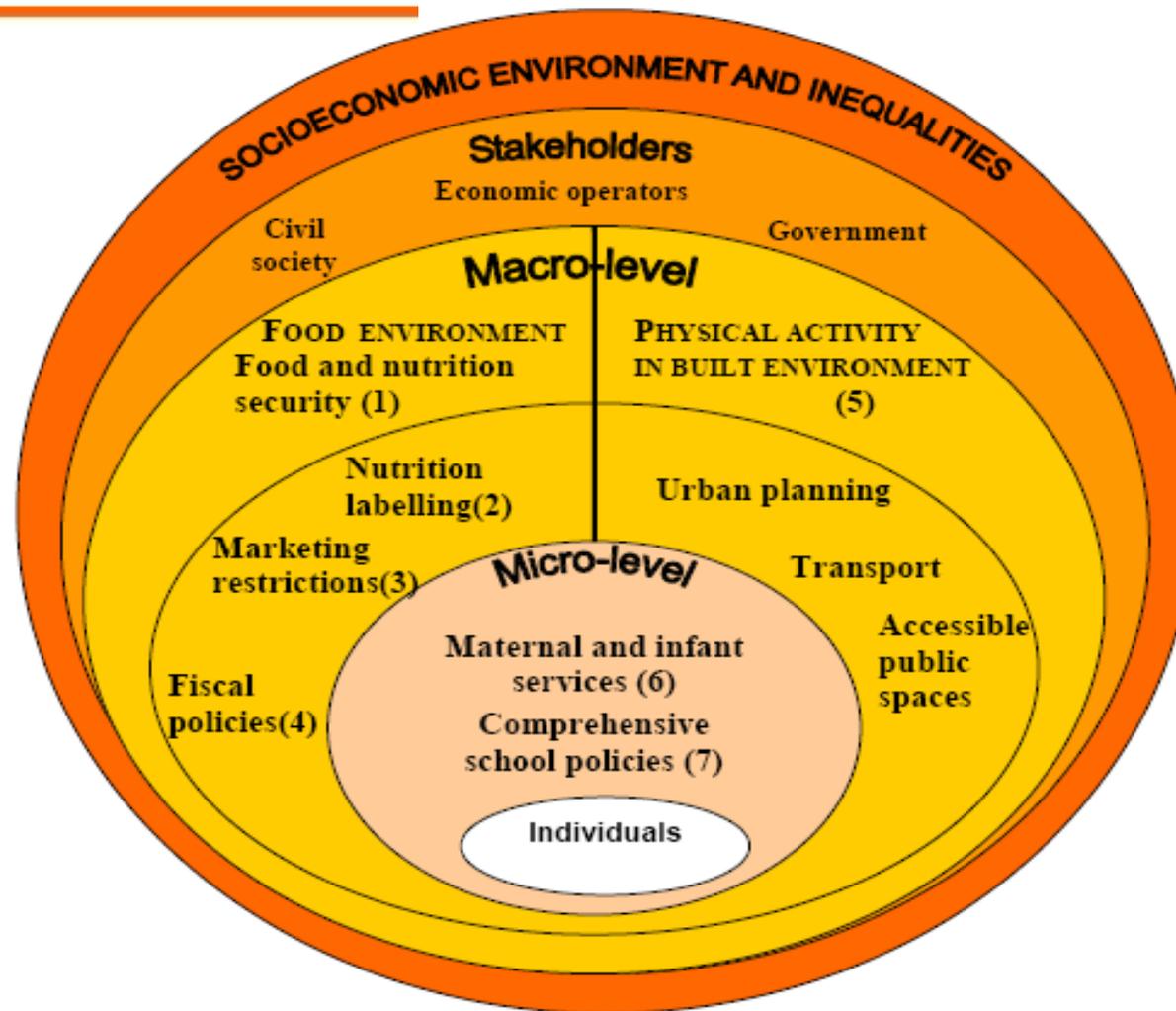
obesity reviews (2009) 10, 76–86





EURO-PREVOB

**Prevention of Obesity in Europe**  
Consortium for the prevention of obesity through effective nutrition and physical activity



**Figure 1.** EURO-PREVOB selected seven policy areas to reduce obesity



HEALTH PROMOTION THROUGH OBESITY PREVENTION ACROSS EUROPE

## The HOPE project: a review of the policy implications

### Le evidenze per gli interventi di contrasto all'obesità

● **È difficile ottenere un'evidenza standard** per un'efficace prevenzione dell'obesità.

● **Gli interventi nelle scuole, nei luoghi di lavoro e nelle comunità** si sono dimostrati moderatamente efficaci nella prevenzione dell'obesità.

● **Gli interventi di microscala hanno effetti limitati a meno che non siano supportati da interventi di macroscala** (ad esempio, sull'etichettatura, sul controllo dei prezzi e sulla disponibilità degli alimenti).

● In una varietà di ambienti esistono numerose opportunità efficaci per promuovere l'attività fisica nelle pratiche quotidiane, soprattutto a livello locale e di comunità. **La promozione dell'attività fisica richiede il coinvolgimento di vari settori:** è necessario ottenere il loro sostegno e passare da interventi centrati sul singolo individuo ad interventi sulla popolazione.

● Per sviluppare strategie efficaci di intervento sui determinanti del comportamento legati alla salute, occorre **anche considerare l'evidenza non tradizionale**, tra cui le esperienze acquisite in altre aree della sanità pubblica, i modelli sperimentali e le raccomandazioni dei comitati di esperti

● **Le strategie sui prezzi possono influenzare le scelte di acquisto**, ciò indica che l'intervento fiscale è un componente plausibile delle politiche di contrasto all'obesità. La tassazione e le politiche sui prezzi hanno contribuito a prevenire e controllare il consumo di tabacco e alcol, sebbene nel caso specifico degli alimenti e degli ingredienti in essi contenuti, tali strategie possano risultare più complesse.





EURO-PREVOB

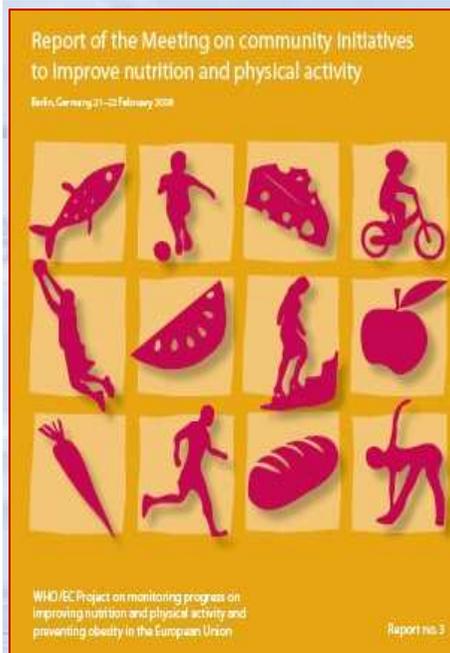
Prevention of Obesity in Europe  
Consortium for the prevention of  
obesity through effective nutrition  
and physical activity

# Review of previous and existing actions, initiatives, policies on nutrition and physical activity

**Table 4. Fiscal policies and economic tools**

Authors, year and reference	Title	Type of review (academic/ NGO/ governmental/ other)	Population covered (international, national)	Main areas covered, according to the conceptual framework	Comments	Recommendations specific to SEGs
Danish Academy of Technical Sciences, 2007 <a href="http://www.atv.dk">www.atv.dk</a> . <sup>98</sup>	Economic nutrition policy tools: useful in the challenge to combat obesity and poor nutrition?	Technical report	DK and Europe	Economic tools	If subsidies and taxes are to be put into practice the effects should be subjected to further investigation	A model of exemption of VAT on “healthy” and 30% increase on “unhealthy” foods seems to have stronger impact on lower social classes.
Ministry of Health and Care Services, Norway 2007. <sup>100</sup>	National strategy to reduce social inequalities in health.	Governmental report	Norway	Economic tools	12% drop in the price of fruit and vegetables would cause an increase in the total demand of between 4 and 15%.	Among young people living alone and couples with children, total demand for fruit and vegetables would be expected to rise by 11–12%.
Ministry of Health and Care Services, Norway 2007. <sup>107</sup>	National strategy to reduce social inequalities in health.	Governmental report	Norway	Economic tools	Tax on non-alcoholic beverages with added sugar and sweeteners, while bottled water and juice are exempt.	Aimed to help reduce social gradient in obesity
Mytton O et al. J Epidemiol Community Health 2007;61:689–694. <sup>99</sup>	Could targeted food taxes improve health?	Scientific paper	UK	Economic tools	A carefully targeted fat tax could produce modest but meaningful changes in food consumption and a reduction in CVD.	Unwanted side effects, such as a decrease in fruit and vegetable intakes, may occur with taxation of unhealthy food.

# The concept of good practice

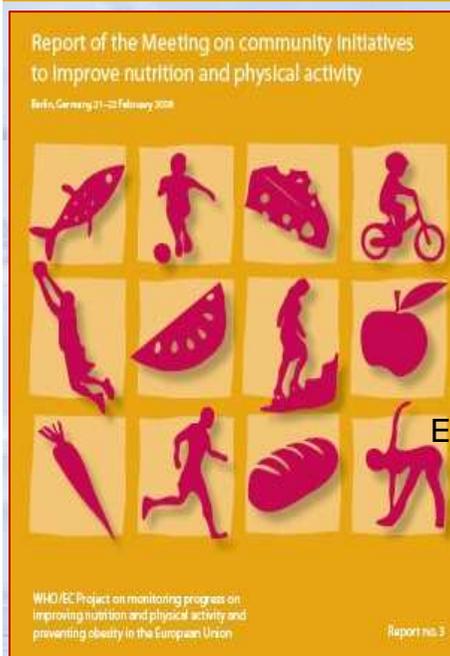


- ➔ When is a programme successful?
- ➔ Good practice in health promotion
- ➔ The WHO good practice evaluation tool

## Framework delle buone pratiche

1. Coinvolgimento della comunità
2. Disegno e pianificazione del programma
3. Valutazione
4. Implementazione e sostenibilità
5. Governance

# Examples of community interventions - short briefings



Attività	Paese
Miniature golf comes to you	Austria
Promoting physical activity with an activity monitor in pre-diabetic adults	Austria
Equality in active living	Denmark
Fit for Life Programme	Finland
The development of the IDEFICS Community intervention for obesity prevention in young children	Germany
European Network for Action on Ageing and Physical Activity (EUNAAPA)	Germany
Healthy children in healthy communities	Germany
Hungarian Aqua Promoting Programme in the Young (HAPPY) –	Hungary
Communities on the move	Netherlands
Dutch Obesity Intervention in Teenagers (DOiT)	Netherlands
Obese children and adolescents involved in physical activity and diet programme (ACORDA)	Portugal
School dining halls and promotion of healthy nutrition in the Valencia region	Spain
The physical activity, sports and health plan	Spain
Restaurants promoting the Mediterranean diet (AMED)	Spain
Exercise Looks After You	Spain
European Health Stadia Programme	United Kingdom
Sustrans Active Travel Consortium	United Kingdom
Appetite for Life –	United Kingdom (Wales)





HEALTH PROMOTION THROUGH OBESITY PREVENTION ACROSS EUROPE

# The HOPE project: a review of the policy implications

## Sviluppo delle politiche di contrasto all'obesità



- Se si prendono in considerazione le politiche proposte nei diversi Paesi, emerge la chiara coscienza di come sia necessario offrire un **ampio portafoglio di opzioni che coinvolgano vari settori della società**, così come differenti parti attive e parti interessate.
- I Ministri della Salute devono prendere atto di come le dinamiche che hanno portato all'epidemia di obesità coinvolgano settori differenti da quelli di loro specifica competenza. Il Ministero della Salute deve quindi fornire indicazioni e linee guida per garantire che **tutte le parti attive e le parti interessate contribuiscano al complessivo sforzo nazionale** per prevenire l'obesità attraverso una più sana alimentazione e un aumento dell'attività fisica.
- Ogni Ministero che s'interessa in vario modo dei fattori determinanti dell'obesità deve **interagire**, a livello nazionale, regionale e locale, con un'ampia gamma di parti interessate private, pubbliche e no profit per formulare proposte che siano poi trasferibili nella pratica.
- Ogni Paese, deve adottare una specifica **framework, sviluppata sulla base del contesto locale**
- **Le iniziative a livello sovranazionale** sono fondamentali per rinforzare le politiche nazionali.
- Le politiche di vari paesi mostrano problematiche quali: **scarso supporto e coordinamento, assenza di risorse dedicate, obiettivi non chiaramente quantificati e programmati, scarso coinvolgimento delle parti interessate, poca attenzione all'evidenza.**

