

Passare all'azione : dai numeri ai progetti

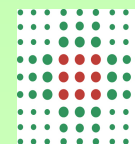
## Il Programma di Promozione della salute

Alberto Arlotti



Assessorato Politiche per la Salute

Imola 26 Gennaio 2011



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

# Il Programma di Promozione della salute

Alberto Arlotti

Mauro Palazzi

Patrizia Beltrami

Marilena Durante

Annamaria Ferrari

Franca Francia

Marina Fridel



© www.123rf.com



Assessorato Politiche per la Salute



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

# **Il problema dato**

**Cambiare le abitudini della persone  
è un mestiere assai difficile**

THE UNIVERSITY OF WESTERN AUSTRALIA

There is some evidence to suggest that interventions designed to increase physical activity can lead to moderate short and mid-term increases in physical activity, at least in middle age. Due to the clinical heterogeneity of the studies, only limited conclusions can be drawn. **Higher quality studies, longer studies with greater power are required with larger numbers of participants, and with longer follow-up periods.**

Existing evidence about the effectiveness of physical activity interventions for sedentary adults in the general population is limited by the recruitment of motivated volunteers, and the problems of measuring physical activity using self report. No studies examined interventions on participants from various backgrounds. Future reports of studies should provide greater detail on the nature of the professional who delivered the interventions, the theoretical basis of the intervention and how the theory was translated into practice.

High quality studies, longer studies with greater power are required with larger numbers of participants, and with longer follow-up periods.

THE UNIVERSITY OF WESTERN AUSTRALIA

Many interventions provided components which would be difficult to deliver in usual practice as they would demand large resources. Most of the interventions offered a choice of physical activity options.

Our review suggests that physical activity interventions have a small to moderate sized effect on increasing self-reported physical activity (SES). In general, few studies of the effectiveness of physical activity promotion interventions have targeted or included substantial numbers of racial/ethnic minorities or people from low-income backgrounds. **Interventions that target general populations in minority groups of any kind are needed.**

## Fiona Bull

THE UNIVERSITY OF WESTERN AUSTRALIA

It is not known how easily studies conducted in the US and Australia could be transferred to UK settings. **INSERT "COUNTRY"**

At present, no review-level evidence of effectiveness of interventions aimed at children (e.g. provision of cycle lanes) or adolescents (e.g. promotion of physical activity) has been identified to date.

Despite the popularity of primary care interventions in the UK, it is still not known whether individual advice from a general practitioner may lead to significant increases in physical activity that can be sustained beyond three months. **However, theory-based intervention research is needed, as well as use of strong experimental designs and development and use of instruments that are valid and meaningful for the targeted population.** As in most other areas of physical activity research, longer follow-up is encouraged. **Some evidence for national infrastructure is needed.**

THE UNIVERSITY OF WESTERN AUSTRALIA

adolescents. Moreover, studies that have examined the effectiveness of physical activity interventions in school setting, and maintenance of physical activity, have either been poor or not assessed.

Most interventions targeting children and adolescents have been school-based, and have shown inconsistent results. Although a general understanding of intervention program as a whole is needed, more specific questions about program components should be addressed. For example, future studies should include more detailed information on the nature of the professional who delivered the physical activity interventions, the theoretical basis of the intervention and how the theory was translated into practice. **Economic** evaluations of physical activity interventions for inclusion in national infrastructure are needed.



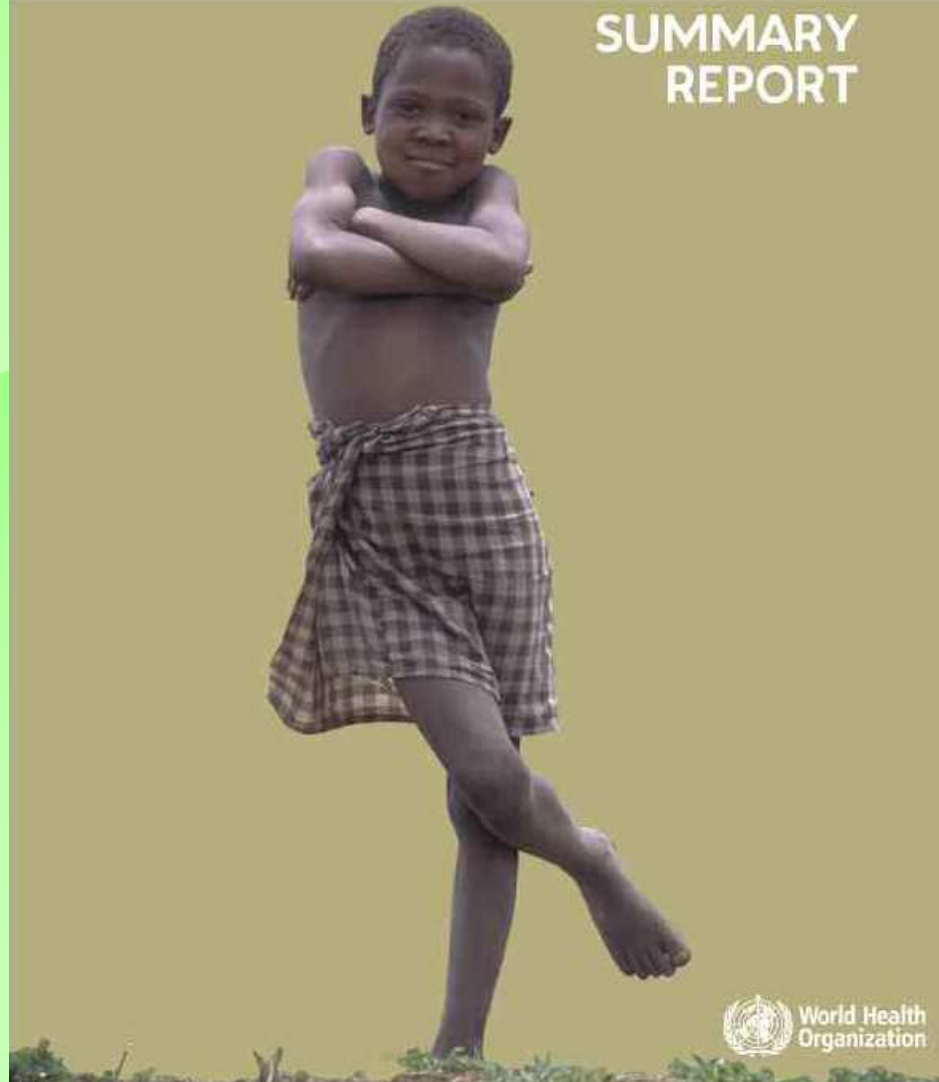
Gustav Mahler

Su uno spartito musicale è  
scritto tutto, assolutamente  
tutto ...

... fuori che l'essenziale !

INTERVENTIONS ON  
DIET AND PHYSICAL ACTIVITY:  
**WHAT WORKS**

SUMMARY  
REPORT



## Executive Summary

Recognizing the heavy and growing burden of chronic noncommunicable diseases (NCDs), the Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health (DPAS) was endorsed by the World Health Assembly in 2004 (1). DPAS describes the responsibilities of various stakeholders to take action to improve diet and promote physical activity. One of the responsibilities of the World Health Organization (WHO) is to "identify and disseminate information on evidence-based interventions, policies and structures". This priority is further underlined in the NCD Action Plan that was endorsed by the World Health Assembly in May 2008.

*Interventions on diet and physical activity: what works (What Works)* addresses this responsibility. It provides policy-makers and other stakeholders with a summary of tried and tested diet and physical activity interventions that aim to reduce the risk of chronic NCDs.

The evidence on effective interventions is presented under the eight categories listed below. These headings are intended to serve as a guide to assist the reader to find interventions of relevance. Once a topic of interest has been identified, the reader can rapidly find a detailed summary of each intervention by consulting the online background *Evidence Tables to What Works*.

- policy and environment;
- mass media;
- school settings;
- the workplace;
- the community;
- primary health care;
- older adults;
- religious settings.

Across the categories used in *What Works*, multi-component interventions that are adapted to the local context were found to be the most successful. Interventions that used the existing social structures of a community, such as schools or the weekly meetings of older adults, reduced barriers to implementation. Effective interventions invariably involved participants in the planning and implementation stages, such as involving the workers themselves in workplace interventions, and community leaders in community and religion-related programmes.

## Executive Summary

The review also revealed gaps in knowledge. Much of the literature only reports short-term outcomes, and therefore little is known on the potential long-term effects, sustainability, and cost-effectiveness of interventions. While grey literature was used to supplement the peer-reviewed research, there is still a lack of information on interventions in low- and middle-income countries, and thus an urgent need for further research in these settings, and for upscaling the monitoring and evaluation of interventions. The framework and indicators developed by WHO to assist governments and other stakeholders to monitor the progress of their activities to promote a healthy diet and physical activity should facilitate this (for more information, see [www.who.int/dietphysicalactivity/DPASindicators](http://www.who.int/dietphysicalactivity/DPASindicators)).

Although there is no one-size-fits-all approach for selecting interventions, the results of this review provides a summary of tried and tested diet and physical activity interventions to support and enable individuals to make healthy choices.



## Methods

The grey literature selected for inclusion comprised primarily web-based sources. Some personal communications and workshop proceedings were also included. This literature was useful in filling gaps in the evidence-base, primarily in low- and middle-income countries. In addition, it was used to elaborate on specific intervention programmes evaluated in the peer-reviewed literature. The grey literature used is included in the reference list.

### Inclusion of grey literature

The 395 peer-reviewed publications that met the inclusion criteria and the included grey literature were summarized and rated in evidence tables. Information was extracted on the components of the interventions, each of which was then rated on the following three primary outcome measures:

### Evidence tables

- i) **psychosocial changes**, including knowledge and attitudes related to diet and physical activity, self-efficacy, and stage of change;
- ii) **behavioural changes**, including behaviour towards diet, physical activity, and sedentary lifestyles;
- iii) **physical and clinical changes**, including blood pressure, body mass index, cholesterol and weight.

Each intervention was assigned a quality ranking, according to the outcome measures. The quality rankings are described below.

- *Effective*: These interventions were based on a formative assessment, with a generally robust experimental design or sufficient sample size, and with significant effects on specified outcome variables. They generally met all or most of the planned objectives and would probably be applicable in other settings (disadvantaged communities and low- and middle-income countries), and demonstrated feasibility and sustainability in their current category. These interventions were most often considered the "example intervention" for the category and specific outcome.

*Moderately effective*: These interventions lacked one or more of the critical components listed above, but were sufficiently robust to warrant consideration for application in specific settings or groups and met some, if not all of the planned objectives.

- *Promising/Insufficient evidence*: These interventions demonstrated an important trend or a significant effect, but may not have been sufficiently robust in terms of experimental design or sample size, and may therefore benefit from further testing and research.

- *Minimally effective*: Interventions in this ranking had significant, but perhaps not clinically relevant effects in at least one of the outcome areas. The study designs were sufficiently robust and therefore unlikely to yield different or better results through additional testing or in other settings.

## Methods

### Evidence tables

- *Insufficient evidence/not shown to be effective*: Here, the study design of the interventions was not robust, and the results sufficiently unremarkable or negative that no further testing or research application are warranted.

- *Not reported/not measured*: The outcomes of these interventions were either not measured, or measured but not reported.

Finally, observations were made on the process and policy implications of each intervention, as well as its intervention fidelity, sustainability, feasibility and cost-effectiveness, where data were available or evaluated. Attention was particularly drawn to programmes that could be effective in a broader context, or specifically in under-resourced settings.

The information that resulted from this review is presented in the background document *Evidence Tables* that can be accessed at: [www.who.int/diet/physicalactivity/whatworks](http://www.who.int/diet/physicalactivity/whatworks).

### Limitations of the review design

The restrictions in the search strategy noted earlier mean that potentially valuable information may be missing from the results. Examples include interventions published before 1995, those published in languages other than English, and interventions that had not yet been analysed in the scientific literature at the time of this review (for example legislation to reduce trans fatty acids).

While grey literature was used to supplement the peer-reviewed research, there is still a lack of information on effective interventions, especially from low- and middle-income countries.

Quality scores for the studies included were generally modest. Therefore, even where evidence was available, the quality of the study was not always high enough to be able to make firm recommendations.

Finally, an assumed bias towards only publishing intervention strategies that are effective may explain the relative paucity of entries in the "not shown to be effective" category.

Considering the above-mentioned limitations and the fact that additional evidence has been published since June 2006, the content of this document may need to be revised within the next five years.

# Interventions

## Policy and environment

### OVERVIEW

*"National food and agricultural policies should be consistent with the protection and promotion of public health. Where needed, governments should consider policies that facilitate the adoption of healthy diet."*

*"Multisectoral policies are needed to promote physical activity."*

*"National and local governments should frame policies and provide incentives to ensure that walking, cycling and other forms of physical activity are accessible and safe; transport policies include nonmotorized modes of transportation; ... and sport and recreation facilities embody the concept of sport for all."*

Policies and interventions that modify the physical environment are crucial to making changes to the diet and physical activity patterns of the population. A total of 23 interventions were summarized, with three targeting disadvantaged communities and two in low- or middle-income countries (4–30).

Included in this category are policies that change the composition of staple foods and that have a direct influence on the nutrient intake of the population. Environmental changes have also been demonstrated in the way stores and restaurants have used point-of-purchase prompts and messaging to encourage shoppers to select healthier food. Further, vending machines have been used to sell healthier snacks and beverages. From a physical activity perspective, environmental policies that impact on people's mode of transport or that increase public space for recreational activities, can also provide health benefits.

### Summary of the evidence from the systematic review

Effective interventions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Government regulatory policies to support a healthier composition of staple foods (e.g. replacing palm with soya oil reduces the saturated fatty acid content of the oil) (28).</li> <li>Environmental interventions targeting the built environment, policies that reduce barriers to physical activity, transport policies and policies to increase space for recreational activity (4, 6, 15, 19, 20, 24, 27).</li> <li>Point-of-decision prompts to encourage using the stairs (e.g. information on the benefits of physical activity beside elevators and stairs) (4, 8, 12, 18, 22).</li> </ul>
Moderately effective interventions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pricing strategies (fiscal policies) and point-of-purchase prompts in grocery stores, vending machines, cafeterias and restaurants to support healthier choices (7, 13, 14, 16, 17, 25, 26).</li> <li>Multi-targeted approaches to encourage walking and cycling to school, healthier commuting and leisure activities (5, 6, 15, 20, 24, 29, 30).</li> </ul>

# Interventions

### EXAMPLE INTERVENTIONS

In 1987, the Ministry of Health of Mauritius introduced a regulatory policy to change the composition of general cooking oil, limiting the content of palm oil and replacing it with soya bean oil. Five years after the intervention, total cholesterol concentrations had fallen significantly in men and women. Consumption of saturated fatty acids had decreased by an estimated 3.5% of energy intake. This activity was part of the national NCD intervention programme and a demonstration project within WHO's "Interhealth" initiative (10, 28).

*Ciclovia* is an environmental intervention targeting the built environment and a multi-targeted approach to encourage healthier commuting. In 1995, the city of Bogota in Colombia initiated a vast transformation of the physical urban environment, providing accessible pathways for nonmotorized transport and an improved public transport system. A total of 250 km and 15 routes for bicycles have now been constructed. *Ciclovia* happens every Sunday when 120 km of roadways are closed to motorized vehicles. Results show that women who usually participate in *Ciclovia* are seven times more likely to be physically active. Another result of the cycle routes is an improvement in public transport, and the prevalence of persons travelling by car has dropped from 17% to 12% during peak times (15, 29, 30).

The majority of dietary studies reported positive behavioural and psychosocial outcomes. Sales of healthier options generally increased in interventions where these options were available and/or were reduced in price (7, 13, 14, 16). Physical and clinical outcomes were rarely reported as many of these interventions target large populations. Only one study reported a clinical change, namely a significant decrease in cholesterol levels in adults (28).

Fourteen of the 23 interventions focused on physical activity alone. The frequency of stair use increased in all interventions that encouraged it (4, 8, 12, 18, 22). All the structural interventions reviewed demonstrated some increase in awareness of the importance of physical activity, intention to become physically active or knowledge regarding physical activity and health (4–6, 8, 12, 15, 18, 20, 22, 24, 27, 29, 30). All except for one physical activity intervention (18) were moderately effective in terms of changes in physical activity behaviour in the target groups.

Relatively few policy and environmental interventions have been evaluated in peer-reviewed studies. More research is urgently required. The current review showed that policy and environmental interventions create a healthy environment and support individuals to make healthy choices. These interventions can reach large populations. The evidence showed that regulatory policies to support a healthier composition of foods also work. Policies targeting the built environment or a reduction in barriers to physical activity showed positive results. Finally, point-of-decision prompts encouraging the use of stairs proved to be simple but effective policies.

### Outcomes

### Summary statement

# Conclusion

## Shared characteristics of effective interventions

The evidence reviewed and presented in this report, as well as in the online background *Evidence Tables to What Works*, shows that many effective interventions exist that policy-makers can implement to improve the dietary habits and physical activity levels of populations.

Across categories, interventions that are multi-component and adapted to the local context are the most successful. Those that are culturally and environmentally appropriate are also far more likely to be implemented and sustained. Furthermore, interventions that use the existing social structures of a community, such as schools or the weekly meetings of older adults, reduce barriers to implementation.

Implicit in all successful interventions is the participation of the stakeholders throughout the process, e.g. the involvement of workers in the planning and implementation of workplace interventions, and community leaders in the community and religious categories. Listening and learning from these target populations ensures that the interventions address their needs.

## Gaps in knowledge

Current data on effective diet and physical activity interventions are generally the result of short-term studies. Psychosocial outcomes may well be perceptible within a short time frame. However, behavioural, physical and clinical outcomes often take much longer to manifest and thus the full impact of the intervention may not be measured within the study follow-up time.

Moreover, little is known on the sustainability of interventions over time, nor on the cost-effectiveness of diet and physical activity interventions.

Finally, in the literature reviewed, only minimal information was available on the unintended impact of interventions.

## Implications for low- and middle-income countries

There are still large unfilled gaps in the evidence base for effective interventions in low- and middle-income countries. More evidence is needed to make conclusive recommendations. To this end, WHO has developed a framework and indicators to assist governments and relevant groups in these countries to monitor the progress of their diet and physical activities (see [www.who.int/dietphysicalactivity/DPASindicators](http://www.who.int/dietphysicalactivity/DPASindicators)).

What is known is that interventions in low- and middle-income countries should be sufficiently adapted to the cultural context and involve community members – both in the formative assessment, intervention design and implementation – for the intervention to work.

## CONCLUSIONI

### CARATTERISTICHE CONDIVISE DEGLI INTERVENTI EFFICACI

Le dimostrazioni di efficacia degli interventi, studiate e presentate in questo report così come nel sottostante documento online Evidence Tables to What Works, mostrano che esistono molti interventi efficaci che i politici possono eseguire per migliorare le abitudini alimentari e i livelli di attività fisica della popolazione.

Gli interventi multi-componenti e adattati ai contesti locali sono quelli di maggior successo, in tutte le otto categorie. Quelli che sono appropriati culturalmente e dal punto di vista ambientale sono anche quelli che con più probabilità possono essere eseguiti e sostenuti nel tempo. Inoltre, interventi che usano le strutture sociali esistenti della comunità, come le scuole o i luoghi di ritrovo settimanale per anziani, riducono gli ostacoli all'implementazione.

In tutti gli interventi di successo è implicita la partecipazione al processo dei portatori-di-interesse, per esempio il coinvolgimento dei lavoratori nella pianificazione e nell'implementazione degli interventi nei luoghi di lavoro, e i capi delle comunità nelle categorie comunità locali e religiose. Ascoltare ed imparare da queste popolazioni target assicura che gli interventi rispondano ai loro bisogni.

### LACUNE NELLE CONOSCENZE

I dati attuali sugli interventi per l'alimentazione efficace e l'attività fisica sono generalmente il risultato di studi a breve termine. Gli outcomes psicosociali possono essere meglio percepiti all'interno di schemi temporali brevi. Tuttavia gli outcomes comportamentali, fisici e clinici spesso impiegano più tempo per manifestarsi e così l'impatto complessivo dell'intervento non può essere misurato all'interno del tempo di follow-up.

Inoltre, poco si sa sulla sostenibilità degli interventi nel tempo, né sui costi-efficacia degli interventi su alimentazione ed attività fisica.

Infine, nella rassegna della letteratura, si rinvenivano solo minime informazioni a proposito degli impatti non voluti degli interventi

### IMPLICAZIONI PER I PAESI A MEDIO-BASSO SVILUPPO ECONOMICO

Vi sono ancora ampie lacune da riempire nella dimostrazione di base dell'efficacia degli interventi nei paesi a sviluppo economico medio-basso. Per formulare raccomandazioni conclusive è necessaria una maggiore evidenza. A questo fine, l'OMS ha sviluppato uno schema e degli indicatori per assistere, in questi paesi, i governi e i gruppi importanti nel monitorare i progressi della loro alimentazione e dell'attività fisica (vedi [www.who.int/dietphysicalactivity/DPASindicators](http://www.who.int/dietphysicalactivity/DPASindicators)).

Ciò che si sa è che gli interventi nei paesi a basso e medio sviluppo dovrebbero essere sufficientemente adattati al contesto culturale e coinvolgere i membri della comunità, sia nella valutazione partecipata che nella progettazione e implementazione del progetto da farsi.

## Parole chiave

adattati al contesto culturale e sociale, coinvolgono i membri della comunità, sia nella valutazione partecipata che nella progettazione e esecuzione del progetto da farsi

	CONCLUSIONI
<b>CARATTERISTICHE CONDIVISE DEGLI INTERVENTI EFFICACI</b>	<p>Le dimostrazioni di efficacia degli interventi studiate e presentate in questo report, così come nel sottostante documento online Evidence Tables to What Works, mostrano che esistono molti interventi efficaci che i politici possono eseguire per migliorare le abitudini alimentari e i livelli di attività fisica della popolazione.</p> <p>Gli interventi multi-componenti e adattati ai contesti locali sono quelli di maggior successo, in tutte le otto categorie. Quelli che sono appropriati culturalmente e dal punto di vista ambientale sono anche quelli che con più probabilità possono essere eseguiti e sostenuti nel tempo. Inoltre, interventi che usano le strutture sociali esistenti della comunità, come le scuole o i luoghi di ritrovo settimanale per anziani, riducono gli ostacoli all'implementazione.</p> <p>In tutti gli interventi di successo è implicita la partecipazione al processo dei portatori-di-interesse, per esempio il coinvolgimento dei lavoratori nella pianificazione e nell'implementazione degli interventi nei luoghi di lavoro, e i capi delle comunità nelle categorie comunità locali e religiose. Ascoltare ed imparare da queste popolazioni target assicura che gli interventi rispondano ai loro bisogni.</p>
<b>LACUNE NELLE CONOSCENZE</b>	<p>I dati attuali sugli interventi per l'alimentazione efficace e l'attività fisica sono generalmente il risultato di studi a breve termine. Gli outcomes psicosociali possono essere meglio percepiti all'interno di schemi temporali brevi. Tuttavia gli outcomes comportamentali, fisici e clinici spesso impiegano più tempo per manifestarsi e così l'impatto complessivo dell'intervento non può essere misurato all'interno del tempo di follow-up.</p> <p>Inoltre, poco si sa sulla sostenibilità degli interventi nel tempo, né sui costi-efficacia degli interventi su alimentazione ed attività fisica.</p> <p>Infine, nella rassegna della letteratura, si rinvengono solo minime informazioni a proposito degli impatti non voluti degli interventi</p>
<b>IMPLICAZIONI PER I PAESI A MEDIO-BASSO SVILUPPO ECONOMICO</b>	<p>Vi sono ancora ampie lacune da riempire nella dimostrazione di base dell'efficacia degli interventi nei paesi a sviluppo economico medio-basso. Per formulare raccomandazioni conclusive è necessaria una maggiore evidenza. A questo fine, l'OMS ha sviluppato uno schema e degli indicatori per assistere, in questi paesi, i governi e i gruppi importanti nel monitorare i progressi della loro alimentazione e dell'attività fisica (vedi <a href="http://www.who.int/dietphysicalactivity/DPASindicators">www.who.int/dietphysicalactivity/DPASindicators</a>).</p> <p>Ciò che si sa è che gli interventi nei paesi a basso e medio sviluppo dovrebbero essere sufficientemente adattati al contesto culturale e coinvolgere i membri della comunità, sia nella valutazione partecipata che nella progettazione e implementazione del progetto da farsi.</p>

## Parole chiave

adattati al contesto culturale e sociale, coinvolgono i membri della comunità sia nella valutazione partecipata che nella progettazione e esecuzione del progetto da farsi

**Ascoltare e imparare dalle popolazioni target assicura che gli interventi rispondano ai loro bisogni**

	CONCLUSIONI
<b>CARATTERISTICHE CONDIVISE DEGLI INTERVENTI EFFICACI</b>	<p>Le dimostrazioni di efficacia degli interventi studiate e presentate in questo report, così come nel sottostante documento online Evidence Tables to What Works, mostrano che esistono molti interventi efficaci che i politici possono eseguire per migliorare le abitudini alimentari e i livelli di attività fisica della popolazione.</p> <p>Gli interventi multi-componenti e adattati ai contesti locali sono quelli di maggior successo, in tutte le otto categorie. Quelli che sono appropriati culturalmente e dal punto di vista ambientale sono anche quelli che con più probabilità possono essere eseguiti e sostenuti nel tempo. Inoltre, interventi che usano le strutture sociali esistenti della comunità, come le scuole o i luoghi di ritrovo settimanale per anziani, riducono gli ostacoli all'implementazione.</p> <p>In tutti gli interventi di successo è implicita la partecipazione al processo dei portatori-di-interesse, per esempio il coinvolgimento dei lavoratori nella pianificazione e nell'implementazione degli interventi nei luoghi di lavoro, e i capi delle comunità nelle categorie comunità locali e religiose. Ascoltare ed imparare da queste popolazioni target assicura che gli interventi rispondano ai loro bisogni.</p>
<b>LACUNE NELLE CONOSCENZE</b>	<p>I dati attuali sugli interventi per l'alimentazione efficace e l'attività fisica sono generalmente il risultato di studi a breve termine. Gli outcomes psicosociali possono essere meglio percepiti all'interno di schemi temporali brevi. Tuttavia gli outcomes comportamentali, fisici e clinici spesso impiegano più tempo per manifestarsi e così l'impatto complessivo dell'intervento non può essere misurato all'interno del tempo di follow-up.</p> <p>Inoltre, poco si sa sulla sostenibilità degli interventi nel tempo, né sui costi-efficacia degli interventi su alimentazione ed attività fisica.</p> <p>Infine, nella rassegna della letteratura, si rinvengono solo minime informazioni a proposito degli impatti non voluti degli interventi</p>
<b>IMPLICAZIONI PER I PAESI A MEDIO-BASSO SVILUPPO ECONOMICO</b>	<p>Vi sono ancora ampie lacune da riempire nella dimostrazione di base dell'efficacia degli interventi nei paesi a sviluppo economico medio-basso. Per formulare raccomandazioni conclusive è necessaria una maggiore evidenza. A questo fine, l'OMS ha sviluppato uno schema e degli indicatori per assistere, in questi paesi, i governi e i gruppi importanti nel monitorare i progressi della loro alimentazione e dell'attività fisica (vedi <a href="http://www.who.int/dietphysicalactivity/DPASindicators">www.who.int/dietphysicalactivity/DPASindicators</a>).</p> <p>Ciò che si sa è che gli interventi nei paesi a basso e medio sviluppo dovrebbero essere sufficientemente adattati al contesto culturale e coinvolgere i membri della comunità, sia nella valutazione partecipata che nella progettazione e implementazione del progetto da farsi.</p>

**Nel 2009 Azioni ha esaminato i 98 progetti relativi alla attività fisica (e alimentazione) inseriti nella Banca dati Formez Guadagnare Salute da soggetti diversi delle Regioni Piemonte (12), Veneto (30), Emilia-Romagna (32), Toscana (14), Marche (8), Puglia (2).**

**Nel 2009 Azioni ha esaminato i 98 progetti relativi alla attività fisica (e alimentazione) inseriti nella Banca dati Formez Guadagnare Salute da soggetti diversi delle Regioni Piemonte (12), Veneto (30), Emilia-Romagna (32), Toscana (14), Marche (8), Puglia (2).**

E' risultato evidente che la **progettazione e la realizzazione** di buone pratiche per il contrasto della sedentarietà e scorretta alimentazione, rivolte alle diverse fasce di popolazione, **avviene** sul territorio nazionale **con modalità eterogenee.**

Questa **eterogeneità pone dei limiti** anche rispetto alla **conoscenza, diffusione e valorizzazione** delle azioni realizzate.



**Nel 2009 Azioni ha esaminato i 98 progetti relativi alla attività fisica (e alimentazione)** inseriti nella Banca dati Formez Guadagnare Salute da soggetti diversi delle Regioni Piemonte (12), Veneto (30), Emilia-Romagna (32), Toscana (14), Marche (8), Puglia (2).

E' risultato evidente che la **progettazione e la realizzazione** di buone pratiche per il contrasto della sedentarietà e scorretta alimentazione, rivolte alle diverse fasce di popolazione, **avviene** sul territorio nazionale **con modalità eterogenee**.

Questa **eterogeneità pone dei limiti** anche rispetto alla **conoscenza, diffusione e valorizzazione** delle azioni realizzate.

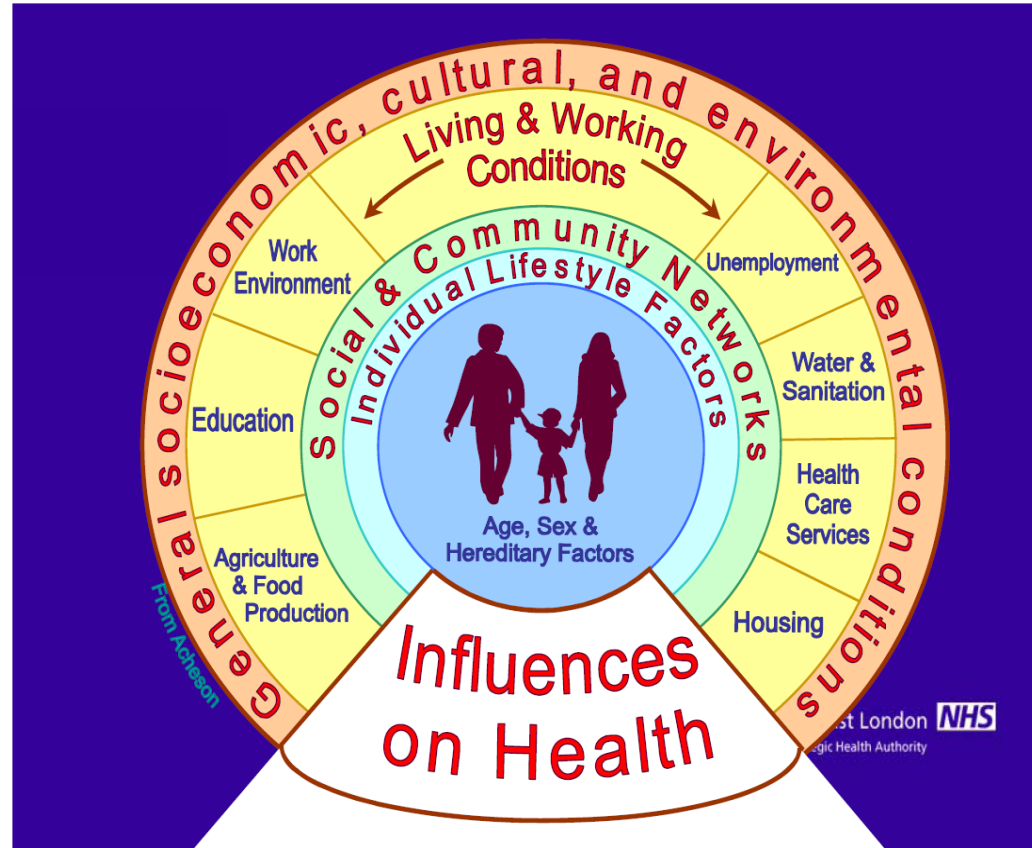
L'esame ha messo in evidenza che molti **di essi possiede** importanti aree di **debolezza** in tre ambiti fondamentali:

- il **modello di salute** che informa la progettazione; la **metodologia di progettazione degli interventi**;
- gli **strumenti di valutazione** degli interventi;
- gli strumenti per la **conduzione** degli interventi secondo la **Progettazione Partecipata**.

Sono apparsi da irrobustire anche gli aspetti della comunicazione, intesa come documentazione e valorizzazione dei progetti locali.

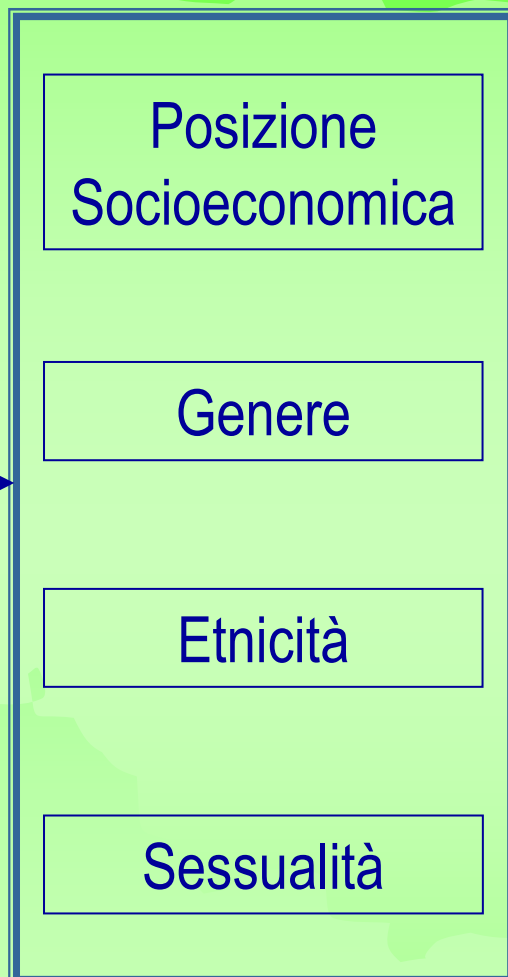


Model of health by Dahlgren and Whitehead





**DETERMINANTI  
DISTALI  
(STRUTTURA SOCIALE)**



**POSIZIONE SOCIALE  
DELL'INDIVIDUO**



**DETERMINANTI  
PROSSIMALI**



**ESITI DI  
SALUTE**



Il modello Socio-ecologico, **utilizzato anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità**, chiarisce come l'ambiente (naturale, artificiale e sociale) può contrastare/favorire comportamenti salutari.

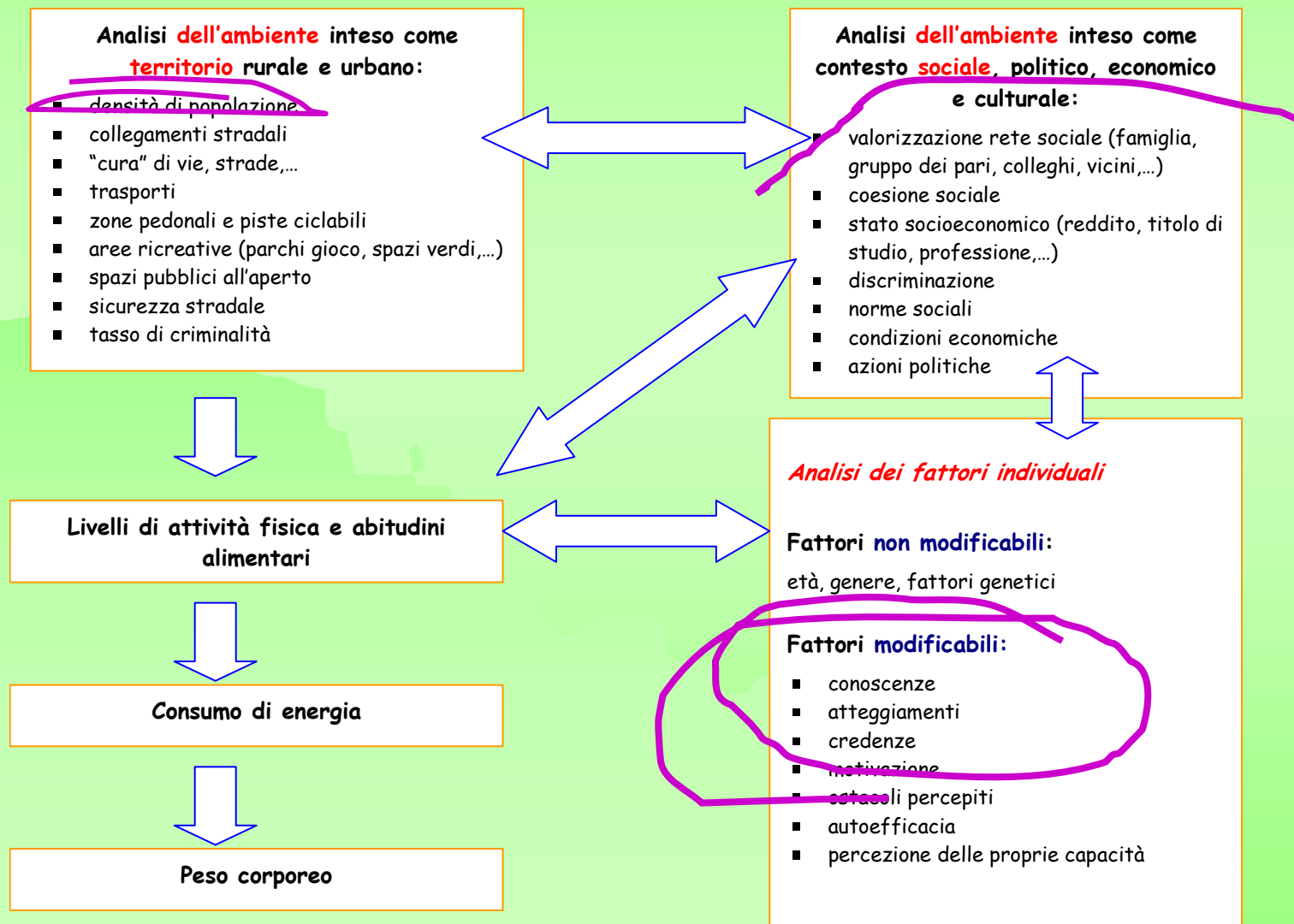
Secondo questo modello, le **scelte comportamentali di salute** di ciascun individuo sono il risultato della **continua e complessa interazione tra**

- **fattori biologici non modificabili** (età, genere, patrimonio genetico,...)
- **fattori cognitivi modificabili** (conoscenze, credenze, atteggiamenti, motivazione, autoefficacia, percezione delle proprie capacità,...) di cui ogni individuo è portatore
- **caratteristiche dell'ambiente sociale** (inteso come l'insieme del contesto sociale, economico, culturale e politico) **e**
- Caratteristiche **dell'ambiente fisico** (naturale e artificiale).

## La Teoria della salute

L'adozione di uno stile di vita attivo è, come tutti i comportamenti di salute, favorito o contrastato da fattori diversi appartenenti non solo alla sfera individuale, ma anche, come indicato dal **modello socio-ecologico di Gebel K. et al.**, da molteplici dimensioni della sfera ambientale (**Figura n. 1**).

**Figura n. 1 Modello socio-ecologico** per illustrare la relazione tra caratteristiche dell'ambiente di vita e livelli di attività fisica quotidiana del singolo con conseguente aumento (o meno) della prevalenza di sovrappeso e obesità



L'adozione di un modello socio-ecologico implica un **approccio multilivello** e permette di:

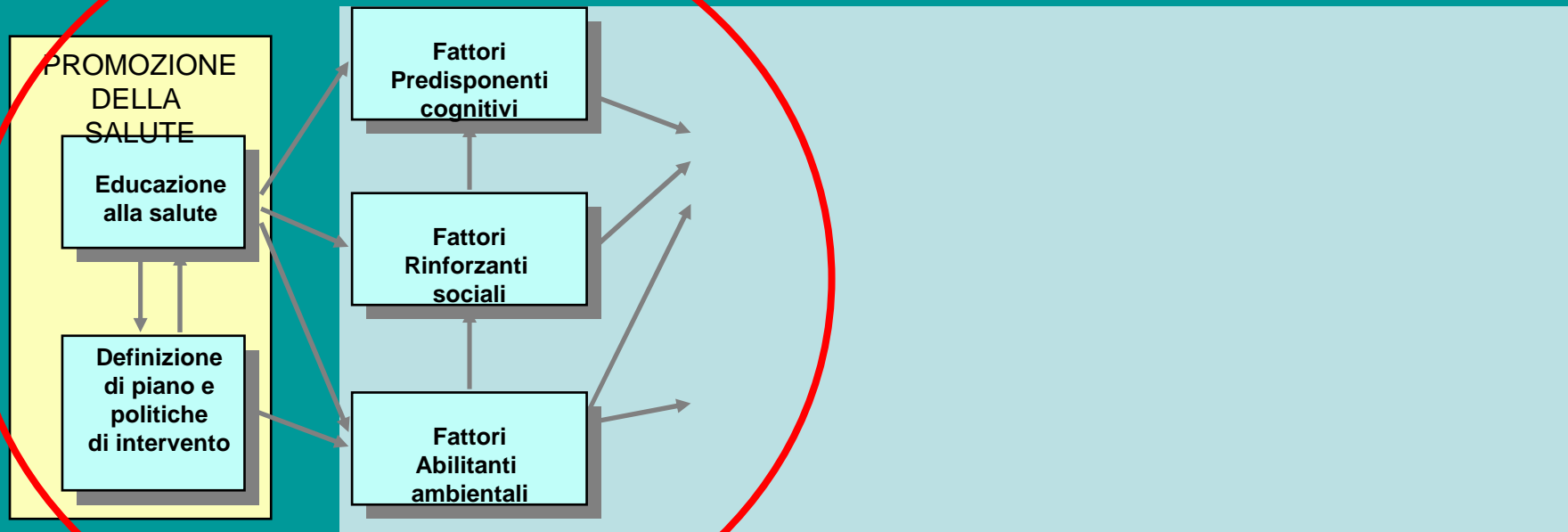
- **analizzare e organizzare**, in modo critico, **i molteplici fattori che motivano l'adozione (o la non adozione) di uno stile di vita sano** da parte dei diversi gruppi di popolazione,
- **realizzare interventi multicomponente di promozione di corretti comportamenti, orientati sia al singolo individuo** (con l'obiettivo di ridurre i comportamenti a rischio) **sia all'ambiente** inteso come territorio, contesto politico e sociale (con l'obiettivo di aumentare le possibilità quotidiane di adottare comportamenti salutari).

# Modello PRECEDE/PROCEED

(L.W.Green)

PRECEDE

Di quale promozione della salute parliamo



PROCEED

DoRS

## Il Metodo aiuta nella

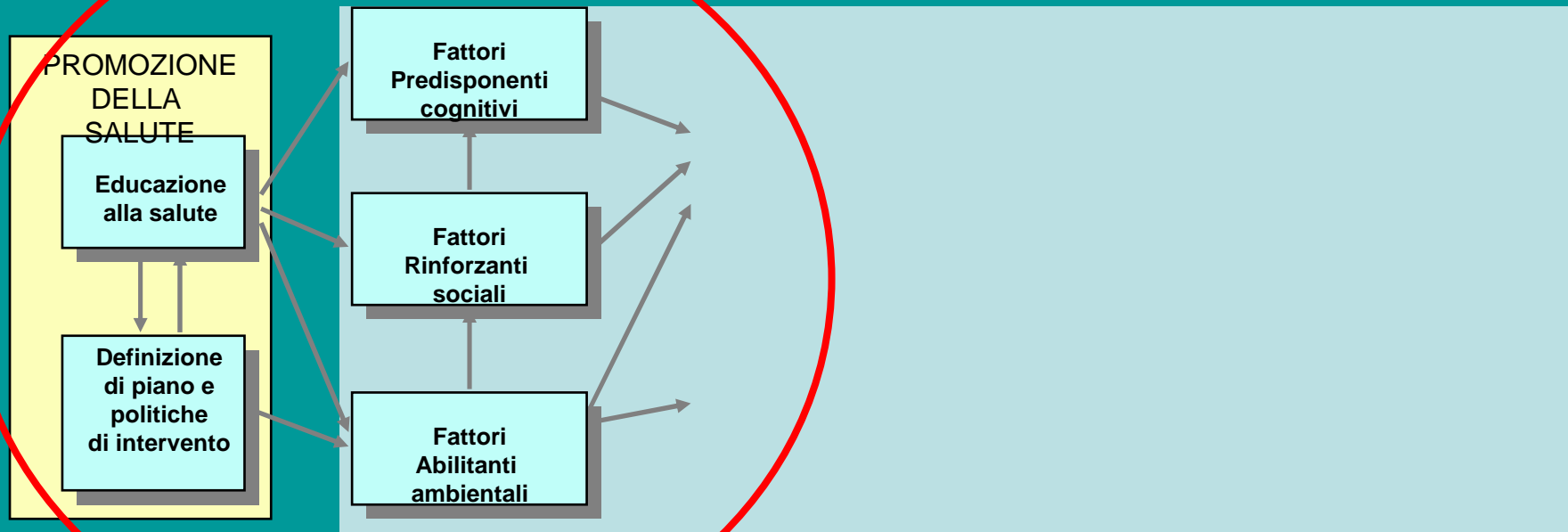
- correttezza e precisione della diagnosi
- correttezza della terapia

# Modello PRECEDE/PROCEED

(L.W.Green)

PRECEDE

Di quale promozione della salute parliamo



PROCEED

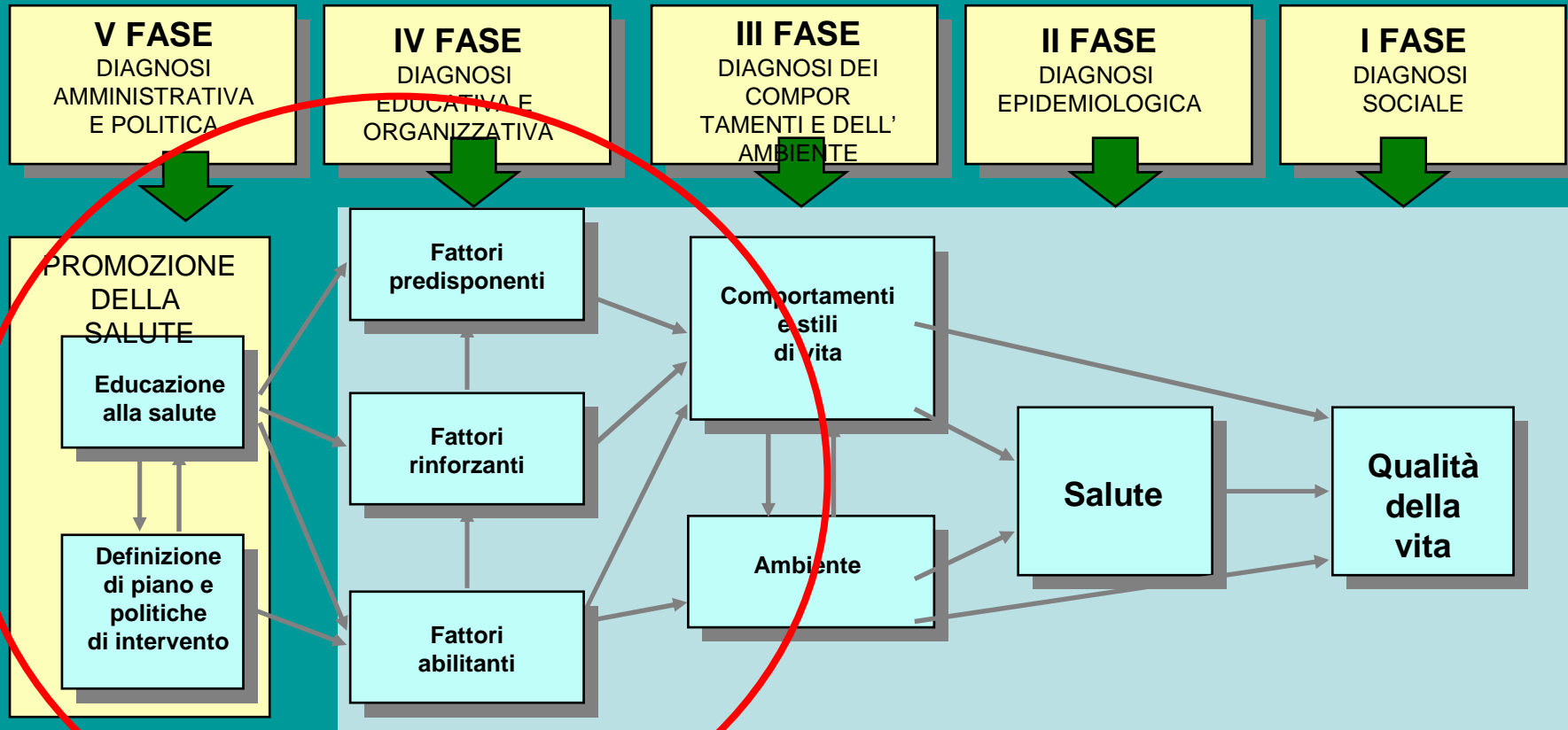
DoRS



# Modello PRECEDE/PROCEED

(L.W.Green)

**PRECEDE**



Di quale promozione della salute parliamo

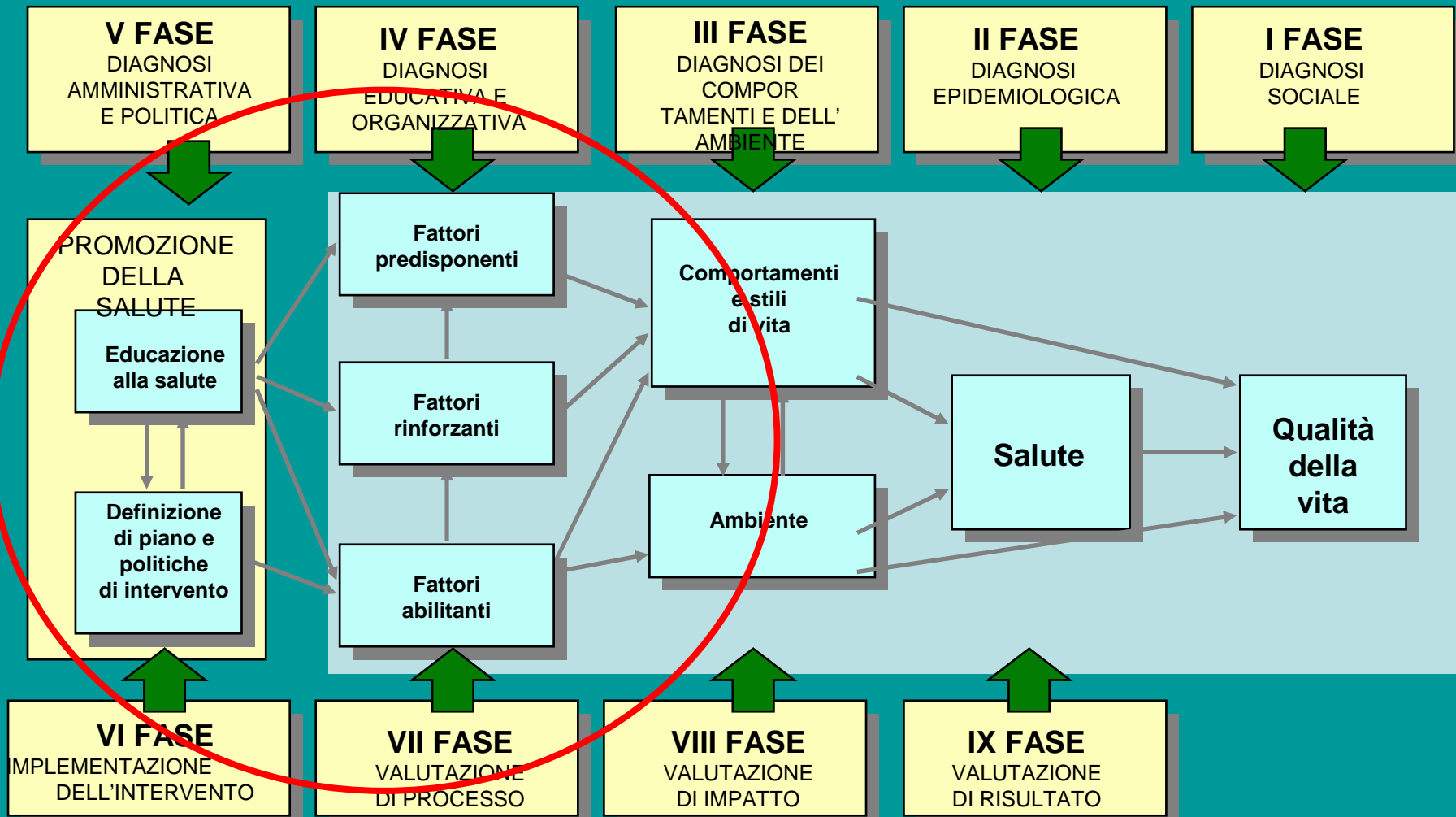
**PROCEED**

DoRS

# Modello PRECEDE/PROCEED

(L.W.Green)

## PRECEDE



Di quale promozione della salute parliamo

## PROCEED

DoRS

**Nel 2009 Azioni ha esaminato i 98 progetti relativi alla attività fisica (e alimentazione)** inseriti nella Banca dati Formez Guadagnare Salute da soggetti diversi delle Regioni Piemonte (12), Veneto (30), Emilia-Romagna (32), Toscana (14), Marche (8), Puglia (2).

E' risultato evidente che la **progettazione e la realizzazione** di buone pratiche per il contrasto della sedentarietà e scorretta alimentazione, rivolte alle diverse fasce di popolazione, **avviene** sul territorio nazionale **con modalità eterogenee**.

Questa **eterogeneità pone dei limiti** anche rispetto alla **conoscenza, diffusione e valorizzazione** delle azioni realizzate.

**Problema di qualità e di quantità**



## **La risposta del Programma di Promozione della salute**

## 2.1.b **La formazione** per lo sviluppo del piano regionale della prevenzione

### **Gli obiettivi generali**

Il piano di formazione sarà finalizzato a tre obiettivi generali:

- ...

- Sviluppare le competenze degli operatori nelle discipline utilizzate dagli interventi di **Promozione della Salute** al fine di rendere le attività di orientamento degli stili di vita della popolazione più efficaci e sostenibili. pag. 41

### **PROGETTO 1 Formazione per le Direzioni dei Dipartimenti di Sanità Pubblica**

Le **UO** di Sanità Pubblica del Servizio sanitario regionale devono pertanto **possedere specifiche capacità su diversi temi:**

- applicazione dei principi e dei metodi della Evidence Based Public Health (rigorosa applicazione del metodo scientifico, uso sistematico dei dati e dei sistemi ...)
- progettazione degli interventi di Promozione della Salute secondo metodologie di provata efficacia che prevedono un **approccio socio-ecologico e di progettazione partecipata (metodo PRECEDE-PROCEED)** e conduzione degli interventi utilizzando metodologie di provata efficacia (counselling motivazionale, life skills, ecc.) pag. 42

# Il Programma di promozione della salute

## Gli obiettivi generali di salute

Gli interventi proposti nei Progetti saranno tali da sostenere:

- la costruzione di **una rete di relazioni, a livello regionale e a livello locale**, tra enti ed istituzioni interessati alla promozione di stili di vita favorevoli alla salute, capace di supportare l'organizzazione di interventi multisetoriali integrati. ...
- **l'introduzione dei progetti descritti nel presente Piano nella programmazione ordinaria delle AUSL**; la promozione di sani stili di vita deve diventare parte integrante dei piani di lavoro ordinari delle Aziende Sanitarie, e in primis dei Dipartimenti di Sanità Pubblica, orientando in tal senso lo sviluppo organizzativo e le risorse umane. ...
- **il miglioramento della qualità degli interventi e delle competenze degli operatori** attraverso la costruzione e il consolidamento di specifiche abilità nel campo della promozione della salute: si intende sostenere prioritariamente metodologie progettuali basate **sull'analisi dei fattori determinanti** il fenomeno interessato, che utilizzano le **risorse esistenti di una comunità**, che **coinvolgono i partecipanti nelle fasi di pianificazione e di realizzazione**, che propongono **azioni dimostrate efficaci**, in particolare **nei processi decisionali di cambiamento**, e che si basano su metodologie operative risultate efficaci nel costruire e rafforzare la motivazione a cambiare; pag. 53

## I Progetti sui 4 Fattori di rischio:

- Promozione dell'attività fisica
- Promozione di corrette abitudini alimentari
- Prevenzione del tabagismo
- Prevenzione dell'abuso di alcol e di altre sostanze stupefacenti

Hanno un **comun minimo denominatore** in molti obiettivi specifici:

“Condivisione delle metodologie di intervento da proporre e formazione degli operatori;  
traduzione operativa degli interventi negli specifici contesti territoriali; “

Non saremo più in un  
arcipelago di isole.



**Ma in pratica che cosa dovremo fare ?**



## Obiettivi specifici relativi alla Attività Fisica

### *Setting: decisori dell'ambiente fisico*

*Diffondere tra il personale competente dei settori della pianificazione territoriale, dei trasporti e della sanità, a livello centrale e locale, le Linee Guida regionali "Definizione dei contenuti igienico-sanitari degli strumenti di pianificazione territoriale in tema di: esercizio fisico, incidentalità stradale, accessibilità, verde pubblico e spazi di socializzazione" relativamente agli aspetti dell'esercizio fisico (Popolazione target: tecnici e decisori dei settori interessati **tutta la popolazione**)*

### *Setting: la comunità*

*Attivare e diffondere gli interventi di promozione all'uso delle scale (popolazione target: **tutta la popolazione**)*

### *Setting: la comunità*

*Attivare e diffondere nelle comunità locali gli interventi che prevedono approcci multi-target e multi componenti per motivare e facilitare il movimento e l'adozione di stili di vita salutari (popolazione target: **tutta la popolazione**)*

## Obiettivi specifici relativi alla Attività Fisica

### *Setting: scuola/comunità*

*Attivare e diffondere gli interventi che prevedono approcci multi-target per incoraggiare l'attività motoria nell'ambito della mobilità scolastica, nell'ambito del curriculum e delle attività ricreative (popolazione target: **giovani della scuole primaria e secondaria**)*

### *Setting: centri sociali/comunità*

*Attivare e diffondere gli interventi di attività fisica per anziani in gruppo utilizzando strutture e luoghi di ritrovo esistenti (popolazione target: **anziani**)*

### *Setting: associazioni sportive/comunità*

*Costruire, dare applicazione e diffondere accordi di collaborazione tra Regione Emilia-Romagna, CONI e enti di promozione sportiva per promuovere lo sport per la salute e l'attività fisica nella comunità locale e rendere il contesto sociale più orientato al benessere dei cittadini (popolazione target: **giovani, adulti, anziani**)*

### *Setting: ambiente sanitario*

*Attivare e diffondere gli interventi di promozione della attività fisico-sportiva nelle **persone portatrici di fragilità o handicap***

## Obiettivi specifici relativi alle Abitudini Alimentari

### *Setting: percorso nascita/famiglia*

*Promuovere sani stili di vita in gravidanza e nei primi 3 anni di vita del bambino (Campagna regionale GenitoriPiù per la prevenzione attiva e la promozione della salute nei primi anni di vita e Progetto regionale Nati per leggere - Determina di costituzione del gruppo regionale n. 177 del 18/10/2010). (popolazione target: **neo-mamme e neo-nati**)*

### *Setting: percorso nascita/famiglia*

*Promuovere l'allattamento al seno e l'adozione di un corretto stile alimentare (divezzamento) (popolazione target: **neo-mamme e neo-nati**)*

### *Setting: scuola*

*Applicazione delle linee guida regionali per la ristorazione scolastica per migliorare la qualità nutrizionale dell'offerta alimentare nella ristorazione scolastica (popolazione target: **scolari**)*

### *Setting: scuole e ambienti sanitari*

*Favorire la diffusione di distributori automatici con alimenti nutrizionalmente equilibrati per contrastare il consumo di alimenti non salutari e aumentare il consumo di frutta e verdura (popolazione target: **scolari, insegnanti, personale sanitario, pazienti**)*

## Obiettivi specifici relativi al Tabagismo

*Setting: ambienti di vita e di lavoro*

*Promuovere ambienti favorevoli alla salute e liberi dal fumo sul posto di lavoro, in ospedale, nei servizi sanitari e nelle scuole  
(popolazione target: **tutta la popolazione**)*

*Setting: scuola media*

*Prevenire l'abitudine al fumo nelle giovani generazioni  
(popolazione target: **scolari**)*

*Setting: ambiente sanitario*

*Prevenire e ridurre l'abitudine al fumo nelle donne  
(popolazione target: **donne**)*

*Setting: ambiente sanitario*

*Assistere e curare le persone che fumano  
(popolazione target: **fumatori**)*

## Obiettivi specifici relativi all'abuso di Alcol e Sostanze

### *Setting: scuola media*

*Favorire un ambiente di relazioni nella scuola tra giovani ed adulti che promuova il benessere e la salute con attenzione alle diverse classi di età dei giovani.*

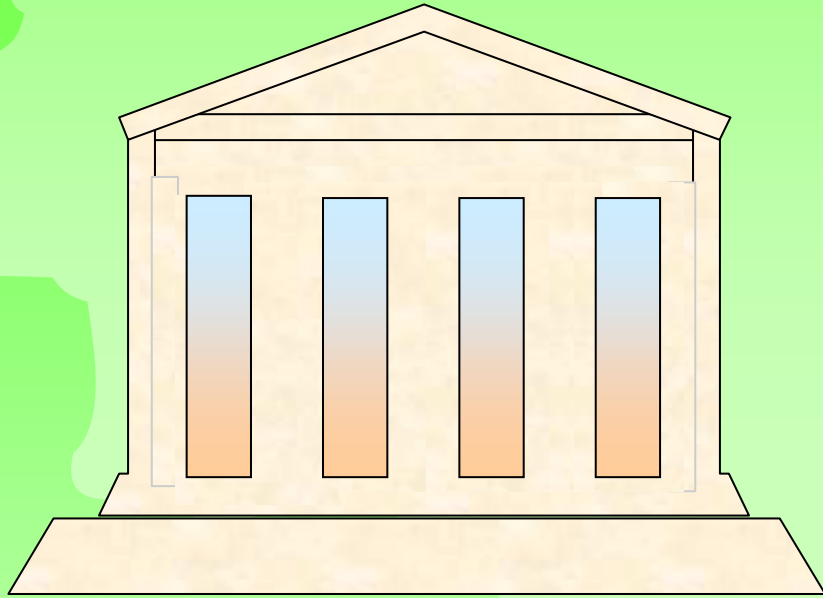
*(popolazione target: **scolari** )*

### *Setting: comunità*

*Sensibilizzare i cittadini delle diverse classi di età sui fenomeni del consumo di sostanze e i rischi connessi, sulle pressioni sociali sottostanti, favorendo l'adozione di scelte consapevoli per tutelare la propria salute e rispettare quella degli altri.*

*(popolazione target: **tutta la popolazione, giovani**)*

Risultati attesi



il Pensiero

l' Azione