

contributi

89

Interventi per alimentazione e attività fisica: cosa funziona

Relazione riassuntiva

ISSN 2464 - 9252
N° 89 - 2015

ccm



Ministero della Salute

PREVENZIONE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO

Interventi per alimentazione e attività fisica: Cosa funziona. *Relazione riassuntiva*

1. Esercizio fisico
2. Stile di vita
3. Promozione della salute
4. Malattia cronica – prevenzione e controllo
5. Programmi sanitari nazionali - organizzazione e amministrazione
6. Revisione della letteratura

© Direzione Generale Sanità e politiche sociali e per l'integrazione

Servizio Prevenzione collettiva e Sanità pubblica

Regione Emilia-Romagna 2015

Pubblicazione realizzata con il supporto finanziario del Ministero della Salute CCM nell'ambito del progetto “Una Rete di Azioni per rendere operativa la Carta di Toronto”

Publicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2009 con il titolo:

Interventions on diet and physical activity: what works: summary report.

© Organizzazione Mondiale della Sanità 2009

Il WHO ha concesso i diritti di traduzione per l'edizione italiana al Servizio Prevenzione collettiva e Sanità pubblica della Direzione Generale Sanità e Politiche sociali e per l'Integrazione della Regione Emilia-Romagna, quale capofila del Progetto CCM *Una Rete di Azioni per rendere operativa la Carta di Toronto.*

In caso di incongruenze tra l'edizione italiana e quella inglese, l'edizione originale inglese è l'edizione vincolante ed autentica.

Il testo originale, in lingua inglese, è reperibile all'indirizzo

www.who.int/dietphysicalactivity/whatworks/en/

Edizione Italiana

Traduzione: a cura di Alberto Arlotti, Paola Barboni, Silvia Colitti e Luana Valletta

Immagini: foto di Gerardo Astorino, Giorgio Chiaranda, Valentina de Cristofaro e Maurizio Gottin

Impaginazione e grafica: Emilio Lucertini

Stampa: Centro Stampa Regione Emilia-Romagna

Pubblicato on line su:

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/prp/doc> e www.azioniperunavitaainsalute.it

Per ulteriori informazioni è possibile rivolgersi a:

Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

Regione Emilia-Romagna

Viale Aldo Moro, 21 - 40127 Bologna

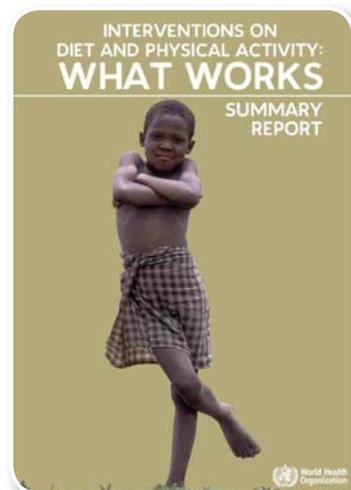
Tel + 39 051-5277454

Fax + 39 051-5277065

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Interventi per alimentazione e attività fisica: cosa funziona

Relazione
riassuntiva



Ringraziamenti

Questo documento è il risultato del lavoro comune di: J. Anderson, W. Parker and N.P. Steyn (Chronic Diseases of Lifestyle Research Unit, Medical Research Council of South Africa, Cape Town, South Africa); A. Grimsrud, T. Kolbe-Alexander, E.V. Lambert and Z. Mciza (MRC/UCT Research Unit for Exercise Science and Sports Medicine, Department of Human Biology, Faculty of Health Sciences, University of Cape Town, Cape Town, South Africa); e di T. Armstrong, V. Candeias, T. de Bruin and G. Xuereb (World Health Organization, Geneva, Switzerland).

Si ringraziano per i loro graditi contributi i colleghi dei *Diet, Physical Activity and Health focal points* degli uffici regionali dell'OMS e i colleghi dei dipartimenti di *Chronic Diseases and Health Promotion and Health Systems Financing* della sede centrale dell'OMS.

I gli autori J. Anderson, W. Parker and N.P. Steyn; A. Grimsrud, T. Kolbe-Alexander, E.V. Lambert and Z. Mciza hanno stipulato un "Contratto finalizzato di lavoro" con l'OMS per eseguire la revisione delle evidenze scientifiche esistenti sulla valutazione dell'efficacia di interventi per alimentazione e attività fisica che si propongono di ridurre le malattie croniche Non Trasmissibili (NT). Gli autori hanno dichiarato, nel "Contratto finalizzato di lavoro", di non essere in conflitto di interessi rispetto alla materia trattata.

Contenuti

Riepilogogenerale	6
Inquadramento	8
Carico crescente di malattia	8
Mandato	8
Fondamento logico e scopo	9
Metodi	10
Introduzione	10
Sviluppo del Summary report	10
Strategia di ricerca	11
Criteri di inclusione	11
Valutazione qualitativa	12
Inclusione della letteratura grigia	13
Tabelle delle evidenze scientifiche	13
Limitazioni del disegno della revisione	14
Interventi	15
Introduzione	15
Politica e ambiente	16
Mass media	18
Scuola	20
Luoghi di lavoro	22
Comunità	24
Cure primarie	26
Persone anziane	28
Ambienti religiosi	30
Conclusioni	33
Glossario e abbreviazioni	35
Nota dei traduttori	36
Bibliografia	41

Riepilogo Generale

In considerazione del gravoso e crescente carico di malattie croniche Non Trasmissibili (NT), l'Assemblea Mondiale della Sanità ha approvato, nel 2004, il documento *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health (DPAS) (1)*. Il DPAS definisce le responsabilità delle diverse parti interessate rispetto le azioni da compiersi per migliorare l'alimentazione e promuovere l'attività fisica.

Una delle responsabilità attribuite all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è di "identificare e diffondere informazioni relative a interventi basati su evidenze scientifiche, a politiche e assetti organizzativi". Questo compito prioritario è ulteriormente ribadito dal documento *NCD Action Plan* approvato dall'Assemblea Mondiale della Sanità nel maggio 2008.

Il documento *Interventions on diet and physical activity: what works (What Works)* fa fronte a questa responsabilità. Esso offre ai decisori politici e alle altre parti interessate un compendio di interventi sperimentati e verificati per l'alimentazione e l'attività fisica che mirano a ridurre il rischio di malattie croniche NT.

Le evidenze scientifiche relative agli interventi efficaci sono state raggruppate nelle otto categorie sotto indicate. I loro titoli servono da guida per aiutare il lettore a trovare gli interventi rilevanti. Una volta individuato un argomento di interesse, il lettore può rapidamente trovare una sintesi dettagliata di ciascun intervento consultando on-line il documento base *Evidence Tables to What Works*.

- politiche e ambiente
- mass media
- scuola
- luoghi di lavoro
- comunità
- cure primarie
- persone anziane
- ambienti religiosi

In tutte le categorie utilizzate in *What Works*, gli interventi multi-componente, adattati al contesto locale sono risultati essere quelli di maggior successo. Gli interventi che hanno utilizzato risorse sociali esistenti di una comunità, come le scuole o gli incontri settimanali delle persone anziane, hanno ridotto gli ostacoli alla loro realizzazione.

Gli interventi efficaci hanno invariabilmente previsto il coinvolgimento dei destinatari nelle fasi di progettazione e realizzazione, come ad esempio il coinvolgimento dei lavoratori stessi negli interventi nei luoghi di lavoro e dei leader di comunità negli interventi nelle comunità religiose e nelle comunità locali.

Riepilogo Generale

La revisione della letteratura ha anche rivelato l'esistenza di lacune nelle conoscenze. La maggior parte della letteratura riporta soltanto *outcome* a breve termine; per questo motivo poco si conosce dei potenziali effetti a lungo termine degli interventi, della loro sostenibilità e del loro rapporto costo-efficacia. Sebbene le ricerche scientifiche *peer-reviewed* siano state integrate da letteratura grigia, le informazioni a proposito degli interventi nei paesi a basso e medio sviluppo economico sono ancora scarse; sono pertanto urgenti ulteriori ricerche in questi contesti per migliorare l'osservazione e la valutazione degli interventi.

Questo processo dovrebbe essere facilitato dallo schema di riferimento e dagli indicatori sviluppati dall'OMS per aiutare i governi e le altre parti interessate a monitorare i progressi delle loro attività di promozione di un'alimentazione salutare e dell'attività fisica (per maggiori informazioni, si veda [www.who.int/dietphysicalactivity/DPAS indicators](http://www.who.int/dietphysicalactivity/DPAS_indicators)).

Sebbene non esista un approccio unico e sempre valido per selezionare gli interventi, le risultanze di questa revisione di letteratura offrono un compendio di interventi sperimentati e verificati per l'alimentazione e l'attività fisica per sostenere le persone e porle in grado di fare scelte salutari.

Inquadramento

Carico crescente di malattia

Le malattie NT oggi rappresentano di gran lunga la principale causa di morte nel mondo e il loro impatto è in costante aumento.

Nel 2005 le malattie NT hanno causato 35 milioni di morti, che corrispondono al 60% delle morti complessive di quell'anno. Inoltre, tra il 2005 ed il 2015, le morti per malattie NT aumenteranno del 17%, secondo le proiezioni. Questa epidemia in gran parte invisibile è più grave nei paesi a basso e medio sviluppo economico, ove si verifica l'80% di tutte le morti per malattie NT.

Le cause più importanti delle malattie NT sono conosciute. Un ristretto insieme di fattori di rischio comuni è responsabile della maggior parte delle principali malattie NT: l'alimentazione scorretta, l'inattività fisica e il consumo di tabacco. L'eliminazione di questi fattori di rischio modificabili potrebbe prevenire l'80% delle malattie cardiache premature, l'80% degli *ictus cerebri* prematuri, l'80% dei casi di diabete tipo 2 ed il 40% dei casi di cancro.

Nel 2005 l'OMS si è posta l'obiettivo globale di ridurre i tassi di mortalità per malattie croniche NT del 2% l'anno per i successivi 10 anni. Raggiungere questo obiettivo significherebbe evitare la morte di 36 milioni di persone entro il 2015 (2). Questo risultato può essere conseguito utilizzando le conoscenze scientifiche esistenti sugli interventi sostenibili ed efficaci per il contrasto delle principali cause delle malattie croniche NT.

Mandato

L'Assemblea Mondiale della Sanità ha adottato, nel maggio 2004, la *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health* in risposta al crescente carico di malattie croniche NT e con il fine di ridurre l'impatto dei principali fattori di rischio come l'alimentazione scorretta e l'inattività fisica. Il paragrafo 27 del DPAS dichiara:

“Le strategie devono basarsi sulle migliori ricerche ed evidenze scientifiche disponibili; devono essere ampie, capaci di comprendere sia le politiche che le azioni e di occuparsi delle principali cause delle malattie NT in modo congiunto; devono essere multisettoriali, portatrici di una prospettiva a lungo termine e con il coinvolgimento di tutti i settori della società; multidisciplinari e partecipative, coerenti con i principi contenuti nella Carta di Ottawa per la Promozione della Salute confermati nelle successive conferenze sulla promozione della salute, con la consapevolezza delle complesse interazioni esistenti tra le scelte individuali, le norme sociali e i fattori economici ed ambientali”.

Il paragrafo 51 del DPAS dichiara che l'OMS si concentrerà su:

“L'identificazione e la diffusione di informazioni relative a interventi basati sulle evidenze scientifiche, a politiche e assetti organizzativi efficaci nel promuovere una sana alimentazione e nell'ottimizzare il livello dell'attività fisica nei diversi paesi e nelle comunità.”

Inquadramento

Fondamento logico e scopo

Questo documento fa fronte alla responsabilità citata in precedenza fornendo ai decisori politici e alle altre parti interessate un compendio di interventi per l'alimentazione e l'attività fisica, sperimentati e verificati, che mirano a ridurre il rischio di malattie croniche NT.

Questo documento è basato su un precedente *report* riguardante le evidenze scientifiche in materia di alimentazione (3), che è stato ampliato con l'inclusione delle evidenze relative all'attività fisica. Questa nuova revisione di letteratura, inoltre, pone l'accento sulle evidenze scientifiche che provengono da comunità svantaggiate e da paesi a basso e medio sviluppo economico, ove il peso delle malattie croniche NT è in rapido aumento. Di conseguenza, nel tentativo di acquisire quanti più elementi di conoscenza possibili, a integrazione degli studi *peer-reviewed* sono state incluse evidenze scientifiche provenienti anche dalla letteratura grigia.

Metodi

Introduzione

Intervention on diet and physical activity: what works è formato da tre documenti complementari (un *Summary Report* del progetto e due documenti base):

- Il documento *Summary Report* offre alle parti interessate competenti una sintesi della revisione sistematica delle evidenze scientifiche che valutano l'efficacia degli interventi per l'alimentazione e l'attività fisica nella prevenzione delle malattie croniche NT;
- Il documento base intitolato *Methodology* fornisce ai ricercatori e agli altri operatori interessati le informazioni dettagliate sulle cinque fasi della metodologia utilizzata per la revisione;
- Il documento base intitolato *Evidence Tables* assicura ai ricercatori e agli altri operatori interessati i risultati dettagliati della revisione delle evidenze scientifiche che hanno valutato l'efficacia degli studi degli interventi inclusi nella revisione sistematica.

La metodologia usata per *What Works* è stata ideata per valutare le evidenze scientifiche esistenti dell'efficacia di interventi per l'alimentazione e l'attività fisica - che mirano a prevenire l'insorgenza di malattie croniche NT - a livello di gruppi, di comunità e di popolazione, con un'attenzione particolare alle comunità svantaggiate e ai paesi a basso e medio sviluppo economico.

I risultati completi di questa revisione e la descrizione dettagliata della metodologia si trovano rispettivamente nei documenti base *Evidence Tables* e *Methods*, entrambi disponibili on-line

(www.who.int/dietphysicalactivity/whatworks).

Questo capitolo propone una breve descrizione della metodologia utilizzata per la revisione sistematica e la preparazione del *Summary Report*.

Sviluppo del Summary Report

La *Surveillance and Population-based Prevention Unit* della sede centrale dell'OMS ha elaborato il documento *Summary Report* secondo il seguente procedimento:

- **Fase-1.** Esecuzione – a cura del *Medical Research Council* del Sud Africa e della Facoltà di *Health Sciences* dell'Università di Cape Town (vedi sezione dei ringraziamenti) - di una revisione sistematica delle evidenze scientifiche sull'efficacia degli interventi per l'alimentazione e l'attività fisica nella prevenzione delle malattie croniche NT.
- **Fase-2.** Elaborazione della bozza del *Summary Report* da usare nelle successive fasi di consultazione.
- **Fase-3.** Presentazione, per la consultazione, della bozza del *Summary Report* alle unità di lavoro competenti all'interno dei Dipartimenti *Chronic Diseases and Health Promotion, Nutrition for Health e Development and Health Systems Financing* della sede centrale dell'OMS, e all'interno del *DPAS* e dei *NCD focal points* di tutti gli Uffici Regionali dell'OMS.
- **Fase-4.** Completamento del *Summary Report*.

Metodi

Strategia di ricerca

La strategia di ricerca è stata circoscritta agli studi su alimentazione e/o attività fisica che prevedevano la partecipazione di esseri umani e che sono stati pubblicati in inglese tra gennaio 1995 e giugno 2006. Gli interventi descritti negli studi, ad ogni modo, avrebbero potuto essere stati realizzati prima del 1995.

Sono state consultate le seguenti banche dati: *Cochrane Library*, *EMBASE* e *PubMed*. La strategia di ricerca si è concentrata su quattro aspetti legati all'alimentazione e all'attività fisica: i comportamenti, gli interventi, gli obiettivi e gli *outcome*.

Il risultato finale di questo procedimento, una volta eliminati i doppi, è stato di 937 studi su alimentazione e 776 studi su attività fisica.

Criteri di inclusione

La revisione ha incluso gli studi degli interventi:

- mirati a ridurre il rischio per malattie NT;
- diretti principalmente a bambini e adulti "apparentemente sani";
- rivolti a gruppi o comunità;
- con una misura campionaria maggiore di cinquanta;
- descritti chiaramente;
- citati solamente in bibliografie di primaria importanza.

Gli interventi dovevano soddisfare tutti i criteri sopra descritti. Sono stati ammessi nel procedimento, o nel piano di valutazione, tutti i disegni di studio, dagli studi *quasi-experimental and community-controlled* fino agli studi *randomized controlled*. Nei criteri di inclusione è rientrato un totale di 395 pubblicazioni *peer-reviewed* che descrivono 261 interventi diversi. Tra questi 261 interventi, 64 erano dedicati a comunità svantaggiate e 13 si erano svolti in paesi a basso e medio sviluppo economico. Le 395 pubblicazioni *peer-reviewed* sono state raggruppate in categorie in funzione dei contesti o delle classi di età (Tabella 1). Questa classificazione ha lo scopo di aiutare il lettore a trovare interventi rilevanti e di facilitare una prima analisi.

Metodi

Criteri di inclusione

Tabella 1.
Visione d'insieme degli studi e degli interventi per categoria

Categorie	N.totale di studi <i>peer-reviewed</i>	Numero totale di interventi	Interventi dedicati a comunita' svantaggiate	Interventi in Paesi a basso o medio sviluppo economico
Politiche e ambiente	30	23	3	2
Mass media	36	24	2	3
Scuola	107	55	14	1
Luoghi di lavoro	49	38	5	1
Comunità	75	65	22	3
Cure primarie	67	29	5	0
Persone anziane	18	17	3	3
Ambienti religiosi	13	10	10	0
Totale	395	261	64	13

Valutazione qualitativa

Successivamente è stata analizzata la qualità generale degli studi inclusi, utilizzando uno strumento di valutazione qualitativa. Lo scopo della valutazione qualitativa è stato di capire in quale misura ogni raccomandazione rigorosa potesse fondarsi su evidenze scientifiche. Ogni studio è stato valutato in base ai criteri utilizzati per selezionare i partecipanti, al disegno di studio, alla metodologia di raccolta dei dati, alla completezza dell'intervento, ai ritiri e agli abbandoni. La Tabella 2 mostra i punteggi di qualità per ogni categoria.

Tabella 2
Punteggi di qualità per categoria

CATEGORIE	PUNTEGGIO (es.valutazione di processo)	QUALITA'			Media	Mediana
		Bassa	Media	Alta		
Politiche e ambiente	2	7	13	8	2.0	2.0
Mass media	1	7	20	8	2.0	2.0
Scuola	1	18	46	42	1.8	2.0
Luoghi di lavoro	2	9	25	13	1.9	2.0
Comunità	3	19	32	21	2.0	2.0
Cure primarie	0	11	37	19	1.9	2.0
Persone anziane	0	3	10	5	1.9	2.0
Ambienti religiosi	1	0	7	5	1.6	2.0
TOTALE	10	74	190	121		

Metodi

Inclusione della letteratura grigia

La letteratura grigia selezionata, e inclusa nello studio, era costituita principalmente da fonti reperibili da internet. Sono state incluse anche alcune comunicazioni personali e atti di workshop. Questa letteratura è risultata utile per colmare lacune esistenti nelle evidenze scientifiche, soprattutto nelle evidenze relative ai paesi a basso e medio sviluppo economico. Inoltre, è stata utilizzata per circostanziare meglio i programmi di intervento specifici che sono stati valutati nella letteratura *peer-reviewed*. La letteratura grigia utilizzata è stata inclusa nella bibliografia.

Tabelle delle evidenze scientifiche

Le 395 pubblicazioni *peer-reviewed* rispondenti ai criteri di inclusione e la letteratura grigia considerata sono state riassunte e classificate in Tabelle delle evidenze scientifiche. Dalle diverse parti componenti gli interventi sono state estrapolate informazioni, ciascuna delle quali è stata successivamente valutata in base alle seguenti tre principali misure di *outcome*:

- **cambiamenti psicosociali**, comprese le conoscenze e gli atteggiamenti relativi ad alimentazione e attività fisica, auto-efficacia e fase del cambiamento;
- **cambiamenti del comportamento**, compresi i cambiamenti rispetto ad alimentazione, attività fisica e stili di vita sedentari;
- **cambiamenti fisici e clinici**, compresi la pressione arteriosa, l'indice di massa corporea, il colesterolo e il peso corporeo.

A ogni intervento è stato assegnato un livello di qualità, secondo le misure di *outcome*. I livelli di qualità sono descritti di seguito.

- **Efficace**: questi interventi erano basati su un *formative assessment*, presentavano in genere un solido impianto sperimentale o una misura campionaria sufficiente e avevano prodotto effetti significativi nelle variabili di *outcome* indicate. In generale avevano raggiunto tutti, o la maggior parte, degli obiettivi programmati e probabilmente potevano risultare appropriati in altri contesti (comunità svantaggiate e paesi a basso e medio sviluppo economico) e avevano dimostrato di essere realizzabili e sostenibili nelle loro attuali categorie. Questi interventi sono stati considerati molto spesso l'“intervento esemplare” per la categoria e lo specifico *outcome*.
- **Moderatamente efficace**: questi interventi presentavano lacune in una, o più, delle parti componenti cruciali elencate in precedenza, ma erano sufficientemente solidi da giustificare l'utilizzo in specifici contesti o gruppi, e comunque avevano raggiunto alcuni, se non tutti, gli obiettivi programmati.
- **Promettente/Insufficiente evidenza**: questi interventi avevano prodotto un trend importante o un effetto significativo, ma forse non erano risultati abbastanza solidi rispetto all'impianto sperimentale o alla misura campionaria e possono, pertanto, trarre beneficio da ulteriori verifiche e ricerche.

Metodi

Tabelle delle evidenze scientifiche

- *Minimamente efficace*: gli interventi di questo livello qualitativo avevano prodotto effetti significativi, ma forse non clinicamente pertinenti, in almeno una delle aree di *outcome*. I disegni degli studi erano sufficientemente solidi, per questo motivo è improbabile che producano risultati diversi, o migliori, con un'ulteriore sperimentazione o in altri contesti.
- *Insufficiente evidenza/Senza prova di efficacia*: qui il disegno dello studio degli interventi non era solido e i risultati erano tanto mediocri o negativi da sconsigliare ulteriori sperimentazioni o ricerche.
- *Non riferito/Non misurato*: gli *outcome* di questi interventi non erano stati misurati, o erano stati misurati ma non riportati.

Per concludere, laddove i dati erano disponibili o valutabili, di ogni intervento sono stati osservati il processo e le implicazioni politiche, così come l'accuratezza, la sostenibilità, la fattibilità e il rapporto costo-efficacia. Particolare attenzione è stata posta su quei programmi che potrebbero dimostrarsi efficaci in un contesto più vasto o specificamente in contesti con risorse insufficienti.

Le informazioni emerse da questa revisione possono essere esaminate nel documento base *Evidence Tables*, accessibile al seguente indirizzo web:

www.who.int/dietphysicalactivity/whatworks

Limitazioni del disegno della revisione

I limiti nella strategia di ricerca, sopra descritti, comportano che informazioni potenzialmente di valore possano non essere presenti tra i risultati. Ne sono esempi gli interventi pubblicati prima del 1995, quelli pubblicati in lingue diverse dall'inglese e gli interventi che non erano ancora stati analizzati nella letteratura scientifica al momento di questa revisione (ad esempio, la normativa per ridurre gli acidi grassi trans).

Sebbene le ricerche *peer-reviewed* siano state integrate utilizzando letteratura grigia, vi è ancora carenza di informazioni a proposito degli interventi efficaci, specialmente nei paesi a basso e medio sviluppo economico.

I punteggi di qualità attribuiti agli studi inclusi nella revisione sono stati, in linea generale, modesti. Per questo motivo, anche quando erano presenti le evidenze scientifiche, la qualità degli studi non era sempre sufficientemente alta da potere dar luogo a raccomandazioni rigorose.

Infine, la relativa pochezza delle attribuzioni alla categoria dei *Senza prova di efficacia* può essere spiegata da una possibile propensione a pubblicare solamente le strategie di intervento efficaci.

Considerando i limiti sopra menzionati e il fatto che dal giugno 2006 sono state pubblicate ulteriori evidenze scientifiche, può essere necessario rivedere il contenuto di questo documento nei prossimi cinque anni.

Interventi

Introduzione

In questo capitolo viene presentato il compendio delle evidenze scientifiche raccolte nella revisione sistematica, secondo le seguenti categorie di intervento:

- politiche e ambiente
- mass media
- scuola
- luoghi di lavoro
- comunità
- cure primarie
- persone anziane
- ambienti religiosi

Sebbene la scelta di questa classificazione sia stata fatta per facilitare l'analisi da parte del lettore, è necessario sottolineare che gli interventi sono veramente efficaci solo quando le politiche nazionali sono allineate, coerenti e di sostegno (approccio portfolio).

Ogni categoria si apre con citazioni del *DPAS*, seguite da una visione d'insieme della sfera d'ambito della categoria e da un compendio delle evidenze riepilogate nei seguenti gruppi:

- **Interventi efficaci:** questi interventi erano basati su un *formative assessment*, presentavano in genere un solido impianto sperimentale o una misura campionaria sufficiente e avevano prodotto effetti significativi nelle specifiche variabili di *outcome* indicate. In generale avevano raggiunto tutti, o la maggior parte, degli obiettivi programmati e probabilmente potevano risultare appropriati in altri contesti (comunità svantaggiate e paesi a basso e medio sviluppo economico) e avevano dimostrato di essere realizzabili e sostenibili nelle loro attuali categorie. Questi interventi sono stati considerati molto spesso l' "intervento esemplare" per la categoria e lo specifico *outcome*.
- **Interventi moderatamente efficaci:** questi interventi presentavano lacune in una, o più, delle parti componenti cruciali elencate in precedenza, ma erano sufficientemente solidi da giustificare l'utilizzo in specifici contesti o gruppi, e comunque avevano raggiunto alcuni, se non tutti, gli obiettivi programmati.

Vengono poi presentati uno o due interventi esemplari. Un "intervento esemplare" è quello che serve da archetipo o da modello per un particolare contesto; è un tipico esempio di buona pratica che si è dimostrata efficace rispetto ad almeno un *outcome*. Gli interventi esemplari si sono svolti, di preferenza, in comunità svantaggiate o in paesi a basso o medio sviluppo economico e possono essere considerati realizzabili o sostenibili.

Ogni categoria termina con una sinossi degli *outcome* psicosociali, comportamentali, fisici e clinici e con un riepilogo finale.

Interventi

POLITICA E AMBIENTE

Visione di insieme

“Le politiche nazionali per l'alimentazione e l'agricoltura dovrebbero essere coerenti con la protezione e promozione della salute pubblica. Ove necessario, i governi dovrebbero prendere in considerazione politiche che facilitino l'adozione di una sana alimentazione.”

“Per promuovere l'attività fisica sono necessarie politiche multisettoriali.”

“I governi nazionali e locali dovrebbero elaborare politiche e prevedere incentivi per assicurare che camminare, andare in bicicletta e le altre forme di attività fisica siano accessibili e sicure; le politiche dei trasporti dovrebbero includere modalità di trasporto non-motorizzato; ...e le attrezzature per lo sport e lo svago dovrebbero dar corpo al concetto di sport per tutti.”

Le politiche e gli interventi che modificano l'ambiente fisico sono cruciali per determinare cambiamenti nei modelli di comportamento della popolazione relativi all'alimentazione e all'attività fisica. Sono stati qui compendati un totale di 23 interventi tre dei quali rivolti a comunità svantaggiate e due svolti in paesi a basso o medio sviluppo economico (4-30).

In questa categoria sono comprese politiche che modificano la composizione degli alimenti di base e che hanno una influenza diretta sull'apporto nutritivo della popolazione. Anche i cambiamenti ambientali - nel modo in cui negozi e ristoranti hanno usato suggerimenti nei punti d'acquisto e messaggistica - hanno dimostrato di incoraggiare gli acquirenti a scegliere alimenti più salutari. Inoltre, sono stati usati distributori automatici per vendere merende e bevande più salutari. Dal punto di vista dell'attività fisica, le politiche ambientali che incidono sulle modalità di trasporto delle persone o che aumentano lo spazio pubblico per attività ricreative possono assicurare anche benefici per la salute.

Compendio delle evidenze scientifiche provenienti dalla revisione sistematica della letteratura

Interventi efficaci

- Politiche governative di regolamentazione a sostegno di una composizione più sana degli alimenti di base (es. la sostituzione dell'olio di palma con quello di soia riduce il contenuto di acidi grassi saturi dell'olio) (28).
- Interventi ambientali destinati all'ambiente costruito, politiche che riducono gli ostacoli all'attività fisica, politiche dei trasporti e politiche che aumentano lo spazio per attività ricreative (4, 6, 15, 19, 20, 24, 27).
- Solleciti all'uso delle scale nei punti in cui si sceglie [scala o ascensore n.d.t.] (ad esempio, informazioni sui benefici dell'attività fisica accanto ad ascensori e scale). (4, 8, 12, 18, 22).

Interventi moderatamente efficaci

- Strategie dei prezzi (politiche fiscali) e suggerimenti presso i punti d'acquisto nei negozi di alimentari, nei distributori automatici, caffetterie e ristoranti per sostenere scelte più salutari (7, 13, 14, 16, 17, 25, 26).
- Approcci multi-target per incoraggiare la mobilità casa scuola a piedi e in bici, un pendolarismo e una attività del tempo libero più salutari (5, 6, 15, 20, 24, 29, 30).

Interventi

<p>Interventi esemplari</p>	<p>Nel 1987 il Ministero della Salute delle Mauritius ha introdotto una politica di regolamentazione per modificare la composizione dei comuni oli da cucina, limitando il contenuto di olio di palma e sostituendolo con olio di semi di soia. Cinque anni dopo l'intervento le concentrazioni di colesterolo totale si erano significativamente ridotte negli uomini e nelle donne. Il consumo di acidi grassi saturi era sceso di un valore stimato del 3,5% dell'apporto energetico. Questa attività è stata parte del programma nazionale di intervento sulle malattie NT e anche un progetto dimostrativo all'interno iniziativa dell'OMS <i>Interhealth</i> (10, 28).</p> <p><i>Ciclovía</i> è un intervento ambientale destinato all'ambiente costruito e con un approccio multi-target per incoraggiare un pendolarismo più salutare. Nel 1995 la città di Bogotá, in Colombia, ha avviato una vasta trasformazione dell'ambiente fisico urbano, prevedendo percorsi accessibili al trasporto non motorizzato e il miglioramento del sistema di trasporto pubblico. In quell'occasione sono stati costruiti un totale di 260 Km di percorso e 16 piste ciclabili. <i>Ciclovía</i> ha luogo ogni domenica quando 120 km di strade vengono chiuse al traffico motorizzato. I risultati mostrano che le donne che prendono parte abitualmente a <i>Ciclovía</i> hanno una probabilità di essere fisicamente attive sette volte maggiore. Un altro risultato ottenuto con le piste ciclabili è la valorizzazione del trasporto pubblico e la diminuzione dal 17% al 12% della prevalenza delle persone che viaggiano in auto nelle ore di punta (15, 29, 30).</p>
<p>Outcome</p>	<p>La maggior parte degli studi sull'alimentazione ha riportato <i>outcome</i> positivi relativi ad aspetti comportamentali e psicosociali. Le vendite di scelte alternative alimentari più salutari sono in generale aumentate negli interventi in cui era presente questa possibilità e/o era a prezzo ridotto (7, 13, 14, 16). Poiché molti di questi interventi erano rivolti a vaste popolazioni, sono stati raramente riportati <i>outcome</i> fisici e clinici. Solo uno studio ha riportato un cambiamento clinico, ossia una diminuzione significativa dei livelli di colesterolo negli adulti (28).</p> <p>Quattordici dei 23 interventi erano incentrati esclusivamente sull'attività fisica. La frequenza dell'uso delle scale è aumentata in tutti gli interventi che l'hanno incoraggiato (4, 8, 12, 18, 22). Tutti gli interventi di tipo strutturale esaminati hanno dimostrato un certo aumento di consapevolezza dell'importanza dell'attività fisica, dell'intenzione di diventare fisicamente attivi o delle conoscenze riguardo l'attività fisica e la salute (4-6, 8, 12, 15, 18, 20, 22, 24, 27, 29, 30). Tutti, tranne un intervento sull'attività fisica (18), si sono dimostrati moderatamente efficaci, nei gruppi target, rispetto ai cambiamenti del comportamento nell'attività fisica.</p>
<p>Riepilogo</p>	<p>Gli interventi per politica e ambiente valutati in studi <i>peer-reviewed</i> sono relativamente pochi. È necessaria più ricerca, con urgenza. La presente revisione ha dimostrato che gli interventi per politica e ambiente creano un ambiente salutare e aiutano le persone a fare scelte salutari. Questi interventi possono raggiungere vaste popolazioni. Le evidenze hanno dimostrato che funzionano anche le politiche di regolamentazione a sostegno di una composizione più salutare dei cibi. Le politiche destinate all'ambiente costruito o a una riduzione degli ostacoli allo svolgimento dell'attività fisica hanno mostrato risultati positivi. Infine, i solleciti all'uso delle scale nei punti in cui si sceglie [scala o ascensore n.d.t.] si sono rivelati una politica semplice ma efficace.</p>

Interventi

MASS MEDIA

Visione di insieme

“Messaggi costanti, coerenti, semplici e chiari... dovrebbero essere trasmessi per mezzo di molti canali di comunicazione e nelle forme adeguate alla cultura locale, all'età e al genere.”

“Devono essere trasmessi messaggi semplici e diretti a proposito della quantità e qualità di attività fisica sufficienti ad assicurare benefici di salute sostenibili.”

Le campagne di comunicazione con mass-media utilizzano tipologie di media a pagamento e gratuite per aumentare la conoscenze e modificare gli atteggiamenti e i comportamenti rispetto l'alimentazione e l'attività fisica. Questi interventi generalmente utilizzano la televisione e la radio, così come la carta stampata, e sono spesso associati ad attività di comunità che si svolgono in parallelo. Sono qui sintetizzati ventiquattro interventi, di cui 2 rivolti a comunità svantaggiate e 3 realizzati in paesi a basso o medio sviluppo economico (31-64).

Compendio delle evidenze scientifiche provenienti dalla revisione sistematica della letteratura

Interventi efficaci

- Campagne con mass-media che promuovono l'attività fisica (31-33, 36, 37, 40, 41, 44-49, 52, 53, 55-58, 62):
 - con attività di comunità a sostegno, come programmi nelle scuole e nelle comunità locali; o
 - associate a politiche per affrontare gli ostacoli ambientali locali alla partecipazione.

Interventi moderatamente efficaci

- Campagne intensive con mass-media, che utilizzano un messaggio semplice, ad esempio aumentare il consumo di latte scremato, o di frutta e verdura (38, 41, 54).
- Un “marchio salute” nazionale o loghi per aiutare i consumatori a scegliere cibi salutari (43, 63).
- Campagne con mass-media a lungo termine, intensive per promuovere un'alimentazione salutare (38, 59-61).

Interventi

Interventi esemplari	<p><i>Agita São Paulo</i> è una campagna di comunicazione con mass-media in Brasile che ha come obiettivo principale l'aumento del livello di attività fisica della popolazione. <i>Agita</i> coinvolge più di 300 istituzioni che collaborano con molte altre parti interessate. Il messaggio di <i>Agita</i> è di fare 30 minuti di attività fisica per almeno cinque giorni a settimana. Il programma mira a rafforzare le iniziative esistenti grazie al coordinamento e alla promozione di attività e interventi nelle scuole, nei luoghi di lavoro e per le persone anziane, ponendo l'accento sul divertimento. Nella provincia di São Paulo, il numero di persone attive, o molto attive, è aumentato del 10,2%. <i>Agita São Paulo</i> è ben conosciuta e più di metà della popolazione locale ne è al corrente (44-46).</p> <p><i>1% or Less Campaign</i> è una campagna di comunicazione con mass-media, intensiva, che utilizza un solo semplice messaggio per promuovere l'uso del latte scremato. La campagna è stata effettuata per un periodo di 6 settimane a Wheeling, USA, dopodiché il 34% dei bevitori di latte ha riferito di essere passato al latte scremato, rispetto al 3,6% della comunità di controllo. L'efficacia della campagna è stata confermata dal riscontro dell'aumento delle vendite di latte scremato nel gruppo di intervento, passate dal 29% al 46%. L'approccio per mezzo dei soli media è stato sufficiente a modificare le abitudini alimentari, obiettivo dell'intervento, di una parte significativa della popolazione (54).</p>
Outcome	<p>Quindici dei 24 interventi hanno riportato miglioramenti psico-sociali, riguardanti soprattutto la consapevolezza dei contenuti della campagna (31, 32, 36-47, 52, 53, 55, 57, 62, 63).</p> <p>La metà degli interventi ha riportato cambiamenti positivi del comportamento (32, 33, 36-39, 41-47, 50, 52-55, 57, 62, 63).</p> <p>Quattro, dei cinque interventi che hanno riportato cambiamenti fisici e clinici, hanno mostrato miglioramenti (33, 40, 47, 48, 62).</p> <p>Gli <i>outcome</i> sono stati spesso correlati con il numero di contatti con la campagna, tanto che un numero maggiore di contatti si è tradotto in maggiori cambiamenti positivi (36, 46).</p> <p>Sono stati riportati cambiamenti positivi in paesi a basso e medio sviluppo economico.</p>
Riepilogo	<p>Poiché sono state valutate poche campagne di comunicazione con mass-media contro le malattie croniche NT, sono necessarie maggiori evidenze scientifiche della loro efficacia nei diversi contesti e età della vita. Sono necessarie ricerche ulteriori per determinare se i cambiamenti prodotti da queste campagne si sono mantenuti dopo l'intervento. Le limitate conoscenze di base e di dati disponibili rendono difficile l'analisi comparata e la ricerca relativa al loro rapporto costo-efficacia. Tuttavia, esistono evidenze sufficienti per raccomandare campagne di comunicazione con mass-media, multi-componente, rivolte a una specifica popolazione, negli ambienti in cui sono state sperimentate.</p> <p>Le caratteristiche delle campagne di comunicazione con mass-media per l'attività fisica, che hanno avuto successo nel cambiare consapevolezza e comportamenti, includono l'utilizzo di un messaggio semplice con frequenti contatti con la campagna. Quelle che hanno più probabilità di avere successo sono accompagnate da un appropriato sostegno politico a monte e da attività di comunità a valle e, generalmente, comportano un approccio partecipativo della comunità.</p>

Interventi

SCUOLA

Visione di insieme

“Suscitano particolare preoccupazione l'alimentazione non salutare, l'attività fisica insufficiente, e il conseguente squilibrio energetico, dei bambini e degli adolescenti.”

“Le politiche e i programmi scolastici dovrebbero sostenere l'adozione di un'alimentazione sana e la pratica dell'attività fisica. La Scuola influenza la vita della maggior parte dei bambini in tutti i paesi.”

La gran parte degli studi valutati esaminava interventi in ambiente scolastico. Centosette articoli *peer-reviewed* fornivano informazioni su 55 interventi, svolti per lo più in Nord America (65, 108). Una minima parte delle ricerche proveniva da paesi a basso o medio sviluppo economico, anche se 14 interventi erano rivolti a comunità svantaggiate in paesi ad alto sviluppo. Tra gli studi esaminati, frequenti erano i programmi ampi, multi-componente, con interventi rivolti agli ambienti della scuola, ai suoi servizi di ristorazione e al programma scolastico. Molti interventi combinavano alimentazione e attività fisica incoraggiando il coinvolgimento dei genitori.

Compendio delle evidenze scientifiche provenienti dalla revisione sistematica della letteratura

Interventi efficaci

- Interventi intensivi in ambiente scolastico, incentrati su alimentazione e/o attività fisica, ampi, multi-componente e che includono:
 - programmi curricolari di alimentazione e/o attività fisica svolti da insegnanti formati (65, 66, 68, 69, 71, 72, 77, 78, 81, 82, 84, 85, 87, 88, 97-99, 100-106, 109, 110, 112, 113, 115-126, 129-131, 134, 136, 138, 141, 142, 145-147, 154-162, 165, 166, 169, 170);
 - ambienti/politiche scolastiche di sostegno (70, 92, 109, 119, 134-137);
 - un programma di attività fisica (121, 127, 128, 154, 155);
 - una componente genitoriale/familiare (65, 66, 72, 77, 78, 81, 82, 84, 85, 97, 100, 106, 110, 113, 115-118, 120-123, 125, 126, 129-131, 136, 138, 141, 142, 145-148, 154-155, 158-162, 166, 169, 170);
 - disponibilità di scelte alternative alimentari salutari nei servizi di ristorazione scolastica: bar, distributori automatici, ecc. (77, 78, 81-84, 92, 93, 98, 99, 100, 104-107, 110, 115-118, 125, 126, 129-131, 133, 136-139, 141, 144, 146-148, 156-159, 166).

Interventi moderatamente efficaci

- Un approccio mirato: ad esempio programmi che si propongono di ridurre il comportamento sedentario e di aumentare la partecipazione all'attività fisica, accompagnati da attività di supporto nell'ambito del curriculum scolastico (127, 128, 149, 150).
- Un *formative assessment*, che affronta i bisogni della scuola e i contesti culturali (73, 78, 142, 147, 156, 157, 159).

Interventi

<p>Interventi esemplari</p>	<p><i>CATCH</i>, un programma di durata triennale per le classi 3°, 4° e 5° della scuola primaria negli USA (83, 84, 106, 107, 111, 115, 118, 124-126, 133, 138, 166), <i>Pathways</i>, un intervento di durata triennale rivolto ai bambini indigeni Americani dagli 8 agli 11 anni (78, 81, 98, 99, 156-158) e <i>Know Your Body</i>, un programma della durata di sei anni rivolto agli allievi dalla 1° alla 6° classe a Creta (120-123), sono tutti interventi esemplari in ambiente scolastico, ampi, multi-componente e incentrati su alimentazione e attività fisica. Erano tutti basati sui contenuti della teoria dell'apprendimento sociale e, nel caso di <i>Pathways</i>, con una forte accento sull'identità culturale. I programmi includevano percorsi curricolari proposti da insegnanti formati, con una componente di attività fisica e con l'offerta di pasti più salutari nella mensa scolastica (<i>CATCH</i> e <i>Pathways</i>). Era anche presente una forte attenzione dei genitori. Il fatto che gli insegnanti realizzassero gli interventi li ha resi sostenibili e con un buon rapporto costo-efficacia. All'interno degli interventi centrati sulla famiglia, gli eventi a scuola sono stati quelli di maggior successo. Questi programmi hanno dimostrato di conseguire significativi miglioramenti nelle conoscenze e nelle scelte alimentari. I bambini del programma <i>Know Your Body</i> hanno presentato riduzioni sostanziali del consumo di grassi alimentari, in particolare di grassi saturi, ed un aumento riferito da quattro a cinque volte dell'attività fisica svolta nel tempo libero. Il processo di valutazione di <i>Pathways</i> ha mostrato che l'intervento è stato realizzato con successo grazie ad una buona diffusione, un'alta copertura e un'alta fidelizzazione. Questi programmi hanno dimostrato l'importanza della <i>community-based participatory research</i>, e che un attento processo di <i>formative assessment</i> è la chiave per l'efficacia e il successo a lungo termine.</p>
<p>Outcome</p>	<p>Quasi tutti gli studi in ambiente scolastico hanno mostrato <i>outcome</i> positivi relativi ad aspetti comportamentali e psicosociali. Solo pochi, invece, hanno misurato gli <i>outcome</i> clinici.</p> <p>Sono stati riportati cambiamenti psicosociali positivi in 28 interventi (65, 66, 68, 71, 72, 78, 81-84, 87, 88, 91, 92, 98-104, 106-108, 110, 111, 113, 115, 118, 120, 122, 123, 124-129, 133, 138, 139, 141, 145-147, 150, 153, 160, 154-158, 164, 166, 168). I comportamenti sono migliorati in 49 interventi, spaziando dall'aumento del consumo di frutta e verdura all'aumento del numero di minuti dedicati dell'attività fisica (65-67, 70, 71, 77, 79, 80, 82, 85-88, 91-93, 95-97, 100-105, 108, 109, 118, 117, 120, 122, 123, 126-129, 134, 136-139, 141, 149, 150, 153-155, 158, 167, 170, 171).</p> <p>Quindici interventi hanno riportato cambiamenti fisici e clinici positivi (71, 85, 88, 90, 100-103, 109, 110, 120, 122, 123, 127, 128, 134, 149, 166, 170, 171) e 6 non hanno riportato cambiamenti (98, 108, 144, 146, 147, 151, 152, 165, 172).</p>
<p>Riepilogo</p>	<p>Gli interventi effettuati in ambiente scolastico mostrano costanti miglioramenti nelle conoscenze e negli atteggiamenti e, quando verificati, anche negli <i>outcome</i> fisici e clinici. Vi sono solide evidenze scientifiche che dimostrano che le scuole dovrebbero includere, nel programma curricolare, parti dedicate all'alimentazione e all'attività fisica, proposte da insegnanti formati; dovrebbero garantire il coinvolgimento dei genitori; offrire un ambiente favorevole; includere un servizio di ristorazione con scelte alternative salutari; proporre programmi di attività fisica. Nonostante tutto ciò, la ricerca per indagare il rapporto costo-efficacia in quest'area di intervento è ancora scarsa.</p>

Interventi

LUOGHI DI LAVORO

Visione di insieme

“I Governi nazionali e locali dovrebbero elaborare politiche e fornire incentivi per garantire che... le politiche del lavoro e dei luoghi di lavoro incoraggino l'attività fisica.”

I 38 interventi nei luoghi di lavoro esaminati ne includevano cinque rivolti a comunità svantaggiate (172-221). La maggior parte di questi interventi si era svolta nel Nord America, alcuni in Europa e uno solo in un paese a basso o medio sviluppo economico. Gli interventi erano principalmente di tipo multi-componente e le attività avevano compreso cambiamenti ambientali, cambiamenti nei servizi di ristorazione, campagne di informazione, programmi di attività fisica e l'adozione di politiche per la salute.

Compendio delle evidenze scientifiche provenienti dalla revisione sistematica della letteratura

Interventi efficaci

- Programmi multi-componente (177, 182, 189, 190, 197-199, 202, 205, 206, 210, 213-215, 217, 222, 225) che promuovono le abitudini alimentari salutari e/o l'attività fisica, che:
 - prevedono alimenti e bevande salutari nei punti di ristorazione del posto di lavoro, come ad es. il bar o i distributori automatici (174-178, 180, 181, 185, 196, 202, 205, 206, 213, 218);
 - prevedono spazi per il fitness o segnaletica per incoraggiare l'uso delle scale (18, 206);
 - coinvolgono i lavoratori nella pianificazione e nella realizzazione del programma (175-177, 185, 197, 198, 205, 213-217);
 - coinvolgono la famiglia negli interventi con programmi di auto-apprendimento, newsletter, festeggiamenti, ecc. (197, 198, 215, 217);
 - prevedono strategie individuali di cambiamento dei comportamenti e di auto-monitoraggio (184, 193, 200, 204, 211).

Interventi esemplari

Treatwell 5-a-day è un programma multi-componente che promuove abitudini alimentari salutari. Il programma comprendeva contatti con le campagne mediatiche nazionali *5-a-Day*, la promozione del numero verde del Servizio d'Informazione sul Cancro e una presentazione di un'ora sull'alimentazione. Sono state testate due varianti dell'intervento. La prima si limitava al posto di lavoro, mentre la seconda testava un approccio luogo-di-lavoro-più-famiglia. La componente relativa al luogo-di-lavoro ha previsto la partecipazione dei lavoratori alla sua progettazione e realizzazione; i programmi miravano a indurre cambiamenti nei comportamenti individuali e a produrre cambiamenti ambientali nel luogo di lavoro. La componente familiare includeva l'auto-apprendimento, una newsletter per la famiglia ed una festa annuale. I luoghi di lavoro che hanno incluso la componente familiare hanno avuto il maggior successo e hanno registrato un aumento del 19% nel consumo di frutta e verdura nel gruppo di intervento, rispetto al 7% nel gruppo solo-posto-di-lavoro (197, 198, 215, 217).

Interventi

Outcome	<p>Diciannove interventi hanno ottenuto cambiamenti positivi relativi ad aspetti psicosociali nelle aree delle conoscenze, degli atteggiamenti e/o dell'auto-efficacia (120, 122, 123, 172, 178-180, 183-185, 190, 196, 199, 200, 206, 208, 210, 212, 220).</p> <p>In 25 studi sono stati riportati cambiamenti in positivo del comportamento (172, 173, 176, 178, 180, 183-185, 187-189, 197-199, 202, 204, 206, 208, 210, 211, 212, 214, 216, 217, 219).</p> <p>I cambiamenti fisici e clinici non sono stati, per lo più, valutati sebbene 15 interventi abbiano dimostrato almeno un moderato miglioramento del BMI, della pressione arteriosa e/o dei livelli del colesterolo sierico (172, 178, 182, 184, 185, 188, 194, 195, 204-207, 209-211, 219).</p>
Riepilogo	<p>Il luogo di lavoro costituisce una sede ideale per offrire ai dipendenti attività strutturate e pianificate per promuovere la loro salute. Dal momento che molti posti di lavoro forniscono pasti, merendine e/o bevande, questi possono essere migliorati offrendo scelte alternative salutari, a costo più basso, nei distributori automatici o nei servizi di ristorazione presenti. In più, possono essere introdotti, a bassi costi organizzativi, programmi accessibili e sostenibili di attività fisica per assicurare ai dipendenti i massimi benefici di salute. Le evidenze scientifiche mostrano costantemente che coinvolgere il personale nella pianificazione e realizzazione di un programma porta a outcome positivi.</p>

Interventi

Visione di insieme

COMUNITÀ

“Le strategie dovrebbero vertere alla modifica delle norme sociali e al miglioramento della comprensione e della accettazione, da parte della comunità, della necessità di includere l’attività fisica nella vita quotidiana.”

Gli interventi in ambito di comunità sono rivolti a comunità locali, al vicinato, a famiglie, a genitori, a coppie e a popolazioni svantaggiate. Sono stati esaminati sessantacinque interventi, tra i quali più di 20 erano dedicati a comunità svantaggiate e 3 si erano svolti in paesi a basso o medio sviluppo economico (222-282). Molti interventi consistevano in corsi per adulti con programmi di alimentazione e attività fisica incentrati sul cambiamento di conoscenze, atteggiamenti e comportamenti. A volte, questi corsi erano rivolti a gruppi ad alto rischio per malattie croniche NT, come ad esempio gruppi di persone predisposte al diabete di tipo 2 o a malattie cardiovascolari. Era presente anche un certo numero di programmi che utilizzavano il computer o il web, incentrati sulla perdita di peso o sul camminare. Inoltre, alcuni interventi offrivano *counselling* individuali, seguiti da sessioni di gruppo e/o *counselling* telefonici con informazioni consegnate per posta.

Compendio delle evidenze scientifiche provenienti dalla revisione sistematica della letteratura

Interventi efficaci

- Programmi di educazione alimentare (222, 223, 226, 231, 232, 233, 236, 242, 252-257, 281, 284, 285, 263, 288, 289, 294) che sono:
 - rivolti a gruppi ad alto rischio (per esempio donne in menopausa, o in pre-diabete) (226, 284, 285);
 - multi-componente (222, 226, 228, 232, 236, 238, 263, 266, 267, 281, 284, 285).
- Campagne di sviluppo della comunità, con cooperazione intersettoriale e/o incentrate su un obiettivo comune (per esempio la riduzione del rischio per malattie cardiovascolari) (283, 287, 292).
- Programmi di attività fisica per gruppi di persone o per classi di gruppi omogenei di persone (284, 292).

Interventi moderatamente efficaci

- Interventi che si avvalgono di linee telefoniche esistenti sul posto di lavoro per dare consigli sull'alimentazione (241, 266, 267).
- Interventi su tutta la comunità, condotti come parte di campagne nazionali o globali (ad es. la strategia per stili di vita salutari o “Healthy Village”), in comunità omogenee (261, 273, 278, 283, 287).
- Programmi rivolti a popolazioni a basso reddito o bassa alfabetizzazione e che includono regolarmente l'educazione alimentare (223, 233, 255, 256, 257).
- Interventi che utilizzano il computer o il web, con feedback personalizzati e interattivi, rivolti a gruppi ad alto rischio (229, 241, 264, 274, 270, 276, 280, 290, 294, 297).
- Visite a supermercati e programmi di educazione in loco per il sostegno all'acquisto di alimenti più salutari (59, 61).
- Pedibus (271).

Interventi

Interventi esemplari	<p><i>Pasos Adelante o Steps Forward</i> è una campagna, con la partecipazione della comunità, per la prevenzione delle malattie croniche NT, rivolta agli abitanti di contee situate al confine tra gli Stati Uniti d'America e il Messico. Gli operatori sanitari di comunità sono stati formati come promotori o capi-gruppo e sono stati coinvolti sia nel <i>formative assessment</i> che nell'adattamento culturale del programma di prevenzione, della durata di 12 settimane. Le persone hanno partecipato a corsi educativi di contenuto culturale appropriato per loro e hanno preso parte a gruppi di cammino. Il programma ha registrato un tasso di completamento dell'87%, con un aumento mediano della pratica di attività fisica di 120 minuti e un incremento del consumo di frutta e verdura di 4 porzioni per persona per settimana (287).</p>
Outcome	<p>Diciassette interventi hanno riportato cambiamenti positivi relativi ad aspetti psicosociali, comprese le conoscenze, gli atteggiamenti e l'auto-efficacia nella modifica dei comportamenti (222, 223, 226, 228, 232, 234, 235, 237, 241, 246, 257, 259, 280, 283, 295).</p> <p>Cambiamenti in positivo dei comportamenti sono stati osservati in una o più aree di 41 interventi, inclusi la diminuzione del consumo di grassi totali e quello di grassi saturi, l'aumento del consumo di frutta e verdura e l'aumento del numero di minuti dedicati all'attività fisica (222-228, 230, 231, 233-236, 238, 240, 241, 249, 250, 255, 257, 259, 260, 262, 264, 266, 274, 276, 278, 281, 283, 286-289, 294, 296). Sette interventi non hanno riportato alcun miglioramento dei comportamenti (229, 242, 248, 254, 272, 273, 292).</p>
Riepilogo	<p>Come per gli interventi in ambiente scolastico, gli interventi di comunità di maggior successo generalmente comprendevano molte attività diverse e di solito includevano sia la componente di alimentazione che di attività fisica. La maggior parte di essi presentava una forte componente educativa, era fondata su basi teoriche ed era mirata alla facilitazione dei cambiamenti del comportamento. Ad oggi, tuttavia, pochi interventi sono stati valutati rispetto al rapporto costo-efficacia e alla sostenibilità. Internet e la comunicazione elettronica danno la possibilità di creare e sostenere comunità "virtuali" di persone con interessi, sfide e bisogni comuni.</p>

Interventi

CURE PRIMARIE

Visione di insieme

“La prevenzione è una componente cruciale dei servizi sanitari. I contatti routinari con il personale dei servizi sanitari dovrebbero includere consigli pratici ai pazienti e alle famiglie sui benefici effetti dell'alimentazione salutare e dell'aumento dei livelli di attività fisica, accompagnati da un sostegno per aiutare i pazienti ad adottare e mantenere comportamenti salutarì.”

“Domande routinarie relative alle abitudini alimentari e alla pratica di attività fisica, in combinazione con messaggi semplici e con la formazione di competenze per cambiare comportamenti, mantenendo un approccio che abbraccia l'intero arco della vita, possono raggiungere una gran parte di popolazione e costituire un intervento con favorevole rapporto costo-efficacia.”

Sono stati esaminati sessantasette articoli scientifici relativi a 29 interventi svolti in ambito di cure primarie, tutti provenienti da paesi ad alto reddito (298-367). Cinque interventi erano dedicati a comunità svantaggiate. L'intensità degli interventi variava da un minimo, in cui venivano messi a disposizione materiali a stampa, a un massimo in cui i partecipanti vivevano presso una struttura e seguivano un programma di attività regolamentate.

Compendio delle evidenze scientifiche provenienti dalla revisione sistematica della letteratura

Interventi efficaci

- Interventi rivolti a gruppi a rischio per malattie croniche NT che:
 - includono persone che sono inattive, consumano meno di cinque porzioni di frutta e verdura al giorno, consumano una gran quantità di grassi nella dieta, sono sovrappeso, o hanno una storia familiare di obesità, malattie cardiache, cancro e/o diabete di tipo 2 (298, 299, 302, 307, 309, 312-315, 318, 319, 320, 327, 329-333, 335, 339-341, 344, 350, 351, 353, 355-357, 360-362, 364, 367); e
 - prevedono almeno una seduta (valutazione dei rischi per la salute) con un operatore sanitario, con una breve contrattazione o un confronto per stabilire obiettivi realistici e raggiungibili, e un colloquio di *follow-up* con personale qualificato (302, 304, 314, 315, 317, 324, 331-333, 337, 339, 365);
 - sono sostenuti da informazioni mirate (98-301, 304, 305, 307, 309, 312-315, 320, 323, 325, 327-336, 339-341, 344, 347-349, 350-359, 361, 362, 364, 366, 367);
 - sono collegati e/o coordinati con altre parti interessate quali organizzazioni sportive della comunità o campagne di comunicazione con mass-media in corso sull'attività fisica (312, 313, 335, 361, 364).

Interventi moderatamente efficaci

- Programmi di screening del colesterolo che forniscono agli utenti i loro risultati ed un *follow-up* informativo/educativo personalizzato (321, 345).
- Programmi per perdere peso (342, 343) che utilizzano operatori sanitari con:
 - colloqui di persona o via telefono/internet, per un periodo di almeno quattro settimane;
 - un programma di auto-aiuto che include l'auto-monitoraggio.

Interventi

<p>Interventi esemplari</p>	<p><i>La Green Prescription</i>, in Nuova Zelanda, è rivolta alle persone fisicamente inattive che ricorrono alla cure primarie. Un breve colloquio con un professionista delle cure primarie comprende un confronto sui benefici effetti prodotti da un incremento dell'attività fisica e la condivisione di un accordo sui relativi obiettivi. L'obiettivo concordato viene quindi "prescritto" al paziente su un foglio verde e inviato via fax all'ente di promozione sportiva locale. Specialisti in attività fisico-motoria seguono con almeno tre telefonate il partecipante, che riceve trimestralmente una newsletter che illustra le opportunità per svolgere attività fisica offerte dall'ente di promozione sportiva locale. I risultati hanno mostrato un aumento del dispendio energetico totale di 975 kcal alla settimana tra le persone del gruppo di intervento e un aumento del dispendio energetico nel tempo libero di 247 kcal alla settimana. Il numero di minuti di attività fisica nel tempo libero è inoltre aumentato di 33,6 minuti alla settimana, e le persone del gruppo di intervento hanno riferito un aumento del benessere percepito. <i>Green Prescription</i> ha dimostrato di essere efficace nel modificare il comportamento rispetto l'attività fisica e nel modificare il livello di qualità della vita riferito, e presenta un favorevole rapporto costo-efficacia. Il successo del programma è avvalorato dal fatto che è stato condotto la prima volta nel 1995 ed ora è operativo in tutta la Nuova Zelanda (312, 313, 335, 361, 364).</p>
<p>Outcome</p>	<p>In cinque interventi sono stati riportati miglioramenti significativi nelle variabili psicosociali (301, 303, 307, 312, 313, 320, 331-333, 335, 340, 341, 361, 362, 364, 366).</p> <p>Diciotto interventi hanno riportato cambiamenti positivi del comportamento come, ad esempio, maggior consumo di frutta e verdura, minor consumo di grassi, e/o aumento dell'attività fisica (301-304, 307, 312-315, 317, 318, 320, 321, 328-333, 335, 340, 341-343, 345, 346, 348, 353-362, 364-367).</p> <p>In dieci interventi vi sono stati positivi cambiamenti fisici e clinici (298, 299, 302, 307, 317, 320, 321, 330-333, 337, 340-345, 350, 351, 353, 356, 362, 365-367).</p>
<p>Riepilogo</p>	<p>Gli interventi nel contesto delle cure primarie differiscono moltissimo nella loro intensità e perciò nella loro efficacia. Interventi che prevedono un contatto minimo con il paziente, come ad esempio un check-up di salute, una sola visita di consulenza o la diffusione di informazioni hanno tipicamente dimostrato di non essere efficaci. Tuttavia, la risposta del singolo individuo può variare in relazione alla "disponibilità" al cambiamento in cui si trova. In conclusione, questo contesto è efficace per modificare i fattori di rischio con interventi di discreta intensità che prevedono colloqui riguardanti le malattie croniche NT con <i>follow-up</i> da parte di personale qualificato e informazioni mirate. Il potenziale di questo contesto nei paesi a basso o medio sviluppo economico è in gran parte sconosciuto.</p>

Interventi

PERSONE ANZIANE

Visione di insieme

“... mantenere la salute e le capacità funzionali della popolazione anziana, in continua crescita, sarà un fattore cruciale per ridurre la domanda e il costo dei servizi sanitari.”

“Una prospettiva che consideri l'intero arco della vita è essenziale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili. Questo approccio ... incoraggia una sana alimentazione e la pratica regolare dell'attività fisica dalla giovinezza fino all'età avanzata.”

Diciassette interventi erano rivolti specificamente a persone anziane, tre dei quali erano dedicati a persone anziane in comunità svantaggiate e tre erano stati svolti in paesi a basso o medio sviluppo economico (308-381). La maggior parte degli interventi era incentrata sull'attività fisica.

Questi spaziavano da corsi per la promozione della salute, a corsi di attività fisica a domicilio o nella comunità, fino alla diffusione di informazioni sulla salute e all'aumento del consumo di frutta e verdura fresche.

Compendio delle evidenze scientifiche provenienti dalla revisione sistematica della letteratura

Interventi moderatamente efficaci

- Interventi di promozione dell'attività fisica in un contesto di gruppo utilizzando risorse sociali già esistenti o luoghi di ritrovo (371, 375, 379, 382, 383).
- Interventi che si svolgono a domicilio nei quali le persone anziane hanno una migliore accessibilità a frutta e verdura con l'utilizzo di servizi esistenti (370, 381).

Interventi esemplari

The Seattle Senior Farmers' Market Nutrition Program era rivolto a persone anziane costrette a casa e aveva lo scopo di aumentare il loro consumo di frutta e verdura fresche consegnando a domicilio cesti di frutta e verdura ogni due settimane. Dopo 5 mesi, i partecipanti al programma avevano aumentato il loro consumo quotidiano di frutta e verdura di 1,04 porzioni. Inoltre, il numero di persone che raggiungevano le cinque porzioni al giorno raccomandate di frutta e verdura era aumentato dal 22%, dato di partenza, al 39% al *follow-up*. Questo programma ha utilizzato servizi già esistenti, come ad esempio *Meals of Wheels*, per la distribuzione dei cesti (370, 381).

Il *Community Health Intervention Programme* (CHIPs) per le persone anziane ha avviato, in comunità svantaggiate in zone rurali del Sud Africa, due sedute alla settimana di corsi di attività fisica condotti da pari. Le sedute si sono svolte per un periodo di 20 settimane, dopo gli incontri, già esistenti, degli anziani della comunità.

Sono stati osservati miglioramenti significativi nell'equilibrio dinamico dei partecipanti, nella forza fisica e nella pressione arteriosa sistolica. Questo programma si è svolto, per più di sette anni, utilizzando una metodologia di sviluppo partecipato della comunità con *peer-leadership* (371).

Interventi

Outcome Dei quattro interventi che hanno misurato cambiamenti psicosociali, due programmi svolti a domicilio non hanno mostrato alcun miglioramento, un programma di gruppo ha mostrato un aumento del livello di qualità della vita e un programma che utilizzava internet ha mostrato una riduzione degli ostacoli percepiti (306, 368, 369, 375, 379, 383).

Nove interventi hanno mostrato vantaggiosi incrementi dei comportamenti fisicamente attivi ed entrambi gli interventi riguardanti l'alimentazione hanno mostrato miglioramenti (370, 382, 383).

Otto interventi hanno riportato cambiamenti fisici e clinici, compresi miglioramenti della pressione arteriosa e della forma fisica (306, 368, 369, 371-374, 376, 378, 381-383).

Riepilogo Mantenere e/o migliorare l'alimentazione e l'attività fisica delle persone anziane può migliorare significativamente lo stato di salute generale e la qualità della vita di una popolazione che sta globalmente invecchiando. I programmi di gruppo di attività fisica hanno riportato miglioramenti negli *outcome* psicosociali. Gli interventi sono risultati efficaci in tutti i contesti. Per osservare cambiamenti nei tassi di morbilità e mortalità delle malattie croniche NT sono necessarie ricerche a più lungo termine. I programmi per le persone anziane devono ridurre gli ostacoli occupandosi dell'accessibilità, ad esempio con la consegna a domicilio di frutta e verdura o conducendo programmi di attività fisica nei luoghi dove le persone anziane si incontrano regolarmente.

Interventi

AMBIENTI RELIGIOSI

Visione di insieme

“Messaggi costanti, coerenti, semplici e chiari dovrebbero essere preparati e diffusi... attraverso vari canali di comunicazione e nelle forme adeguate alla cultura locale, all'età e al genere. I comportamenti possono essere influenzati particolarmente entro ... istituzioni religiose.”

Dei 10 interventi compresi nella categoria ambienti religiosi, tutti tranne uno si erano svolti negli Stati Uniti d'America (384-389). La maggior parte dei programmi si era svolta in congregazioni Afro-Americane in comunità svantaggiate. I programmi spaziavano dall'attenzione a uno stile di vita salutare fino all'aumento del consumo di frutta e verdura, alla perdita di peso, alla prevenzione del diabete di tipo 2 e del cancro.

Compendio delle evidenze scientifiche provenienti dalla revisione sistematica della letteratura

Interventi efficaci

- Interventi culturalmente appropriati e multi-componente sull'alimentazione che:
 - sono stati progettati e realizzati in collaborazione con i leader religiosi ed i membri della congregazione, che utilizzano il sostegno pastorale e strategie spirituali (384-388, 390-392, 395, 396); e
 - includono sessioni di insegnamento di gruppo e strategie di auto-aiuto (384-387, 390, 396).

Interventi moderatamente efficaci

- Interventi culturalmente appropriati mirati alla perdita di peso, ad abitudini alimentari salutari e all'aumento dell'attività fisica (388, 391, 395).

Interventi

<p>Interventi esemplari</p>	<p>Il <i>Blak Churches for Better Health</i> è un intervento multi-componente che ha coinvolto 50 chiese di 10 contee in comunità svantaggiate, con almeno il 30% dei partecipanti provenienti da una minoranza della popolazione. L'obiettivo principale era l'aumento del consumo di frutta e verdura. Le informazioni raccolte dai focus group sono state utilizzate per rendere l'intervento culturalmente appropriato. Gli interventi a livello individuale e comunitario si sono basati sulle teorie sociali del cambiamento dei comportamenti. Ogni pastore individuava un coordinatore e anche da tre a sette membri per formare il <i>Nutrition Action Team</i>. Dopo due anni si è riscontrato un aumento di 0,85 porzioni giornaliere di frutta e verdura per partecipante e un aumento dal 22% al 33% della parte di popolazione campione che consumava cinque o più porzioni al giorno di frutta e verdura (384, 386, 387).</p> <p><i>Project Joy</i> è un intervento culturalmente appropriato e multi-componente rivolto a donne Afro-Americane di 40 anni e più. L'intervento, che si è svolto per più di un anno, si proponeva di incoraggiare uno stile di vita salutare per mezzo di gruppi di educazione alimentare, sessioni di attività fisica e strategie spirituali. Il gruppo di controllo ha utilizzato strategie di auto-aiuto basate sui materiali dell' American Heart Association. Il programma, fondato sulla teoria dell'apprendimento sociale, e le sessioni sono state progettate per migliorare l'auto-efficacia dei partecipanti. Al <i>follow-up</i>, nel gruppo d'intervento è stato riscontrato un significativo calo del peso medio (-0,499 Kg), della circonferenza-vita (-0,66 cm), della pressione arteriosa sistolica (-1,6 mmHg), dell'apporto calorico (-117 Kcal), dei grassi totali (-8 gr.) e del sodio (-145 mg.). Inoltre, le donne nel decile superiore per calo ponderale ad un anno di distanza hanno conseguito un ulteriore calo ponderale (8,99 Kg) con cambiamenti clinicamente significativi dei fattori di rischio (396).</p>
<p>Outcome</p>	<p>Cinque interventi hanno riportato vantaggiosi incrementi nelle conoscenze, nello stadio del cambiamento e/o nell'auto-efficacia (387, 389, 390, 393-395).</p> <p>Sette interventi hanno riportato cambiamenti del comportamento significativamente positivi rispetto l'attività fisica o il consumo di frutta e verdura (384, 396, 390, 385, 391, 392, 394).</p> <p>In un intervento sono stati riportati cambiamenti positivi relativi ad aspetti fisici e clinici (396).</p>
<p>Riepilogo</p>	<p>Sebbene il numero di interventi in contesti religiosi sia limitato, vi è una costante evidenza di cambiamenti positivi relativi ad aspetti psicosociali, comportamentali e fisici. L'utilizzo delle risorse sociali esistenti di una comunità religiosa sembra facilitare l'adozione di cambiamenti verso uno stile di vita salutare, soprattutto in comunità svantaggiate. Questo tipo di studi presenta anche grandi vantaggi rispetto ai costi, dato che gli stessi componenti della comunità religiosa possono assumersi le responsabilità dell'intervento all'interno della loro comunità.</p>



Conclusioni

<p>Caratteristiche condivise degli interventi efficaci</p>	<p>Le evidenze scientifiche esaminate e presentate in questo <i>report</i> - così come nel documento base <i>Evidence Tables to What Works</i> - dimostrano che esistono molti interventi efficaci che i decisori politici possono realizzare per migliorare le abitudini alimentari e i livelli di attività fisica delle popolazioni.</p> <p>In tutte le categorie, gli interventi multi-componente e adattati al contesto locale sono quelli di maggior successo. Gli interventi appropriati dal punto di vista culturale ed ambientale sono quelli che hanno molte più probabilità di risultare realizzabili e sostenibili. Inoltre, gli interventi che utilizzano risorse sociali esistenti di una comunità, come le scuole o gli incontri settimanali delle persone anziane, riducono gli ostacoli alla realizzazione.</p> <p>In tutti gli interventi di successo è implicita la partecipazione delle parti interessate lungo l'intero processo, ad esempio il coinvolgimento dei lavoratori nella progettazione e nella realizzazione di interventi nei luoghi di lavoro, dei leader di comunità negli interventi nelle comunità religiose e nelle comunità locali. Ascoltare ed imparare da queste popolazioni target assicura che gli interventi rispondano ai loro bisogni.</p>
<p>Lacune nelle conoscenze</p>	<p>I dati attuali sull'efficacia degli interventi per alimentazione e attività fisica sono, in generale, frutto di studi a breve termine. Gli <i>outcome</i> psicosociali possono essere ben colti entro un breve lasso di tempo. Tuttavia, gli <i>outcome</i> comportamentali, fisici e clinici hanno spesso bisogno di molto più tempo per manifestarsi e quindi l'impatto globale dell'intervento può non essere misurabile entro i tempi di <i>follow-up</i>.</p> <p>Inoltre, si sa ancora poco riguardo alla sostenibilità nel tempo e al rapporto costo-efficacia degli interventi per alimentazione e attività fisica.</p> <p>Infine, nella letteratura esaminata erano disponibili solo minime informazioni a proposito degli effetti non voluti degli interventi.</p>
<p>Implicazioni per i paesi a basso o medio sviluppo economico</p>	<p>Esistono ancora vaste lacune da colmare in merito alle evidenze scientifiche dell'efficacia degli interventi nei paesi a basso e medio sviluppo economico. Sono necessarie ulteriori evidenze scientifiche per formulare raccomandazioni conclusive. A tal fine, l'OMS ha sviluppato uno schema di riferimento e degli indicatori per aiutare i governi e i gruppi di questi paesi che ne hanno competenza a monitorare l'evoluzione della loro alimentazione e attività fisica (vedi <u>www.who.int/dietphysicalactivity/DPASindicators</u>).</p> <p>Ciò che è noto è che, perché gli interventi nei paesi a basso o medio sviluppo economico funzionino, dovrebbero essere sufficientemente adattati al contesto culturale e coinvolgere i membri delle comunità sia nel <i>formative assessment</i> che nella progettazione e realizzazione.</p>



Glossario e abbreviazioni

Ambiente costruito	Elementi attribuibili all'intervento umano nell'ambiente, in contrapposizione con l'ambiente naturale. L'ambiente costruito comprende tutto ciò che va dai Piani regolatori urbani, ai sistemi di trasporto urbano, ai singoli edifici e agli spazi che li circondano.
Auto-efficacia	Convinzione o credenza di un individuo rispetto alle proprie capacità di intraprendere un'azione in modo tale da influenzare gli eventi che si ripercuotono sulla sua vita.
BMI (Body Mass Index)	Indice di massa corporea. Un semplice indicatore del rapporto tra peso e altezza, utilizzato comunemente per classificare sovrappeso e obesità nella popolazione adulta e negli individui. Viene calcolato dividendo il peso, in chilogrammi, per il quadrato dell'altezza, in metri (kg/m ²).
Cambiamenti clinici	Variazioni nelle misurazioni utilizzate per la sorveglianza dei fattori di rischio delle malattie croniche NT. Ne sono esempi la glicemia e la colesterolemia. In questo documento, i cambiamenti nelle misurazioni cliniche e fisiche sono presentati come un insieme.
Cambiamenti del comportamento	Variazioni del comportamento rispetto l'alimentazione e/o l'attività fisica incluso il comportamento sedentario.
Cambiamenti fisici	Variazioni nelle misurazioni utilizzate per la sorveglianza dei fattori di rischio delle malattie croniche NT. Ne sono esempi il BMI, la circonferenza del giro-vita, la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la circonferenza all'ombelico. In questo documento, i cambiamenti nelle misurazioni cliniche e fisiche sono presentati come un insieme.
Cambiamenti psicosociali	Cambiamenti nelle conoscenze, negli atteggiamenti, nell'auto-efficacia, e nelle fasi del cambiamento rispetto ad alimentazione e attività fisica.
DPAS	Strategia globale per Alimentazione, Attività Fisica e salute (OMS, 2004)
Intervento esemplare	Un intervento che serve da archetipo o modello per un particolare contesto; un tipico esempio di buona pratica, che si è dimostrata efficace rispetto ad almeno un <i>outcome</i> , che si è svolta, di preferenza, in una comunità svantaggiata o in paesi a basso o medio sviluppo economico, e può essere considerata realizzabile o sostenibile.
Letteratura grigia	Materiale di documentazione non pubblicato commercialmente o disponibile al pubblico, come ad esempio relazioni tecniche o documenti aziendali interni.
MNT	Malattie non trasmissibili.
Porzione (frutta o verdura)	Per le verdure si intende una tazza a crudo di verdura in foglie (spinaci, insalata, ecc.), mezza tazza di altri vegetali cotti o crudi a pezzetti (pomodori, fagiolini, ecc.), o mezza tazza di succo vegetale. Per la frutta si intende uno frutto di medie dimensioni (banana, mela, kiwi, ecc.), mezza tazza di frutta a pezzetti, cotta o in scatola, o mezza tazza di succo di frutta (senza aromi artificiali).

Nota dei traduttori

La traduzione del documento *Interventions on diet and psysical activity: what works: summary report* ha cercato di conservare intatto il rigore dello scritto originale mantenendosi molto aderente al testo inglese.

Nella versione italiana sono preservate alcune parole in inglese, tale scelta è stata operata per più di una ragione:

- sono state mantenuti alcuni termini tecnici e espressioni in inglese - largamente usati anche nel linguaggio scientifico italiano - che identificano concetti, metodologie o procedure di lavoro appartenenti alle scienze epidemiologiche, sociologiche, psicologiche, dell'educazione, ecc.;
- sono stati mantenuti i titoli originali dei documenti OMS, a cui il testo fa menzione, perché universalmente noti col loro titolo inglese;
- sono stati mantenuti i titoli originali degli "interventi esemplari" citati nel testo.

Di seguito sono presentati i termini e le espressioni inglesi conservate e le loro traduzioni, talvolta accompagnate da cenni esplicativi.

Termini tecnici e metodologie	Traduzioni / note esplicative
Community-based participatory research	Ricerca partecipata centrata sulla comunità. Vi è una serie di definizioni di <i>ricerca partecipata</i> , così come vi è una serie di termini per descrivere questa "famiglia" di approcci di ricerca. "La <i>ricerca partecipata</i> è definita come un'indagine sistematica, con la collaborazione delle persone colpite dal problema in fase di studio, che ha il fine di educare e di intraprendere azioni o di realizzare il cambiamento" (Green Lawrence W. et alii, 2003). "La <i>Ricerca partecipata centrata sulla comunità</i> (in salute) è uno sforzo congiunto che coinvolge ricercatori e rappresentanti della comunità in tutte le fasi del processo di ricerca. Lo sforzo congiunto impegna i membri della comunità, con le loro conoscenze, nella comprensione dei problemi di salute e nella progettazione degli interventi (per risolverli), e investe i membri della comunità nei processi e nei prodotti della ricerca. Inoltre, tale collaborazione è utilizzata nella diffusione e nell'uso dei risultati della ricerca per migliorare la salute della comunità e ridurre le disparità di salute". (Centers for Disease Control and Prevention, http://www.cdc.gov/prc/program-research/research-projects/community-partnership.htm , page last reviewed: January 24, 2012).
Counselling	Letteralmente: consulenza, orientamento. "Il counselling è un processo che, attraverso il dialogo e l'interazione, aiuta le persone a risolvere e gestire problemi e a prendere decisioni; esso coinvolge un "cliente" e un "counsellor": il primo è un soggetto che sente il bisogno di essere aiutato, il secondo è una persona esperta, imparziale, non legata al cliente, addestrata all'ascolto, al supporto e alla guida" (OMS 1989).
Follow-up	Attività di controllo; periodo di osservazione; monitoraggio. Periodo di durata di uno studio, stabilito all'inizio dello studio stesso.

Formative assessment	Letteralmente: valutazione formativa e/o valutazione della formazione. La locuzione inglese comprende un insieme di metodologie e attività quantitative e qualitative, formali e informali, di valutazione partecipata su temi formativi. Nelle scienze dell'educazione "per <i>formative assessment</i> si intende l'insieme di tutte quelle attività che insegnanti e studenti realizzano al fine di raccogliere informazioni da poter utilizzare per modificare l'insegnamento e promuovere un migliore apprendimento" (Heritage M., 2010; 2008).
Outcome	Risultato, esito.
Peer-reviewed	Recensito da pari.
Quasi-experimental and community-controlled study	Studio quasi sperimentale che usa una popolazione di controllo per il confronto.
Randomized controlled study	Studio randomizzato controllato.
Titoli originali dei documenti OMS menzionati nel testo	Traduzioni
Evidence Tables to What Works	Tabelle delle Evidenze di <i>What Works</i> . Il documento è reperibile al link http://www.who.int/dietphysicalactivity/evidence-tables-WWW.pdf?ua=1
Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health (DPAS)	Strategia Globale per Alimentazione, Attività Fisica e Salute (OMS 2004).
Interventions on diet and physical activity: what works (What Works)	Interventi per alimentazione e attività fisica: cosa funziona (Cosa Funziona).
Methodology	Metodologia È il documento che approfondisce la metodologia utilizzata per redigere il presente documento ed è reperibile al link: http://www.who.int/dietphysicalactivity/methods-09.pdf?ua=1
NCD Action Plan	Piano d'azione per le Malattie Non Trasmissibili. È il "Piano d'azione OMS 2008-2013 per la strategia globale di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili" (OMS 2008).
Summary Report	Relazione Riassuntiva.

Titoli degli “interventi esemplari”	Traduzioni
Ciclovía	Pista, percorso ciclabile.
Agita São Paulo	Agita São Paulo.
1% or Less Campaign	Campagna 1% o meno.
CATCH “Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health”	CATCH, acrostico (in quanto to catch significa prendere, catturare) di “Studio su bambini e adolescenti per la salute del cuore”.
Pathways	Percorsi.
Know Your Body	Conosci il tuo corpo.
Treatwell 5-a-day	Trattar-bene 5-al-giorno.
Pasos Adelante o Steps Forward	Passi avanti.
Green Prescription	Ricetta verde.
Seattle Senior Farmers’ Market Nutrition Program	Programma di nutrizione di anziani di Seattle per mezzo di mercatini dei contadini.
Community Health Intervention Programmes (CHIPs)	Programmi d’intervento di comunità per la salute.
Black Churches for Better Health	Chiese dei neri per una salute migliore.
Project Joy	Progetto gioia.

Si riportano infine alcuni termini e espressioni che nel testo sono stati tradotti in italiano, ma di cui si ritiene utile riportare qui i termini originali inglesi, accompagnati da alcuni cenni esplicativi.

Termini e espressioni tradotti in italiano	Termini originali inglesi e/o note esplicative
Carico di malattia	Burden of disease “Il carico di malattia è una misura dello scarto tra lo stato di salute osservato di una popolazione e lo stato di salute atteso, corrispondente a quello in cui tutta la popolazione raggiunge l’aspettativa di vita prevista per la stessa popolazione senza i più importanti problemi di salute.” (Aggiornamento del Glossario O.M.S. della Promozione della Salute: nuovi termini (2006). Traduzione a cura di DoRS, Regione Piemonte).
Intervento multi-componente.	Multi-component intervention “Si definiscono multi-componente gli interventi che agiscono sui fattori determinanti del comportamento ai diversi livelli (individuale, interpersonale, ambientale) per migliorare l'alimentazione, l'attività fisica e i comportamenti sedentari” . [European trans-disciplinary research network on Determinants of Dietary and Physical Activity Choices DEDIPAC (first Joint Action JPI HDHL)]
Malattie croniche Non Trasmissibili (NT)	Chronic noncommunicable diseases (NCDs)
Politica/politiche	Policy/policies “Un insieme di idee o un piano delle cose fare in particolari situazioni, che sono state concordati ufficialmente da un gruppo di persone, una organizzazione aziendale, un governo o un partito politico.” (Cambridge Advanced Learner’s Dictionary)



BIBLIOGRAFIA

1. Resolution WHA57.17. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. In: Fifty-seventh World Health Assembly, Geneva, 17–22 May 2004. Resolutions and decisions, annexes. Geneva, World Health Organization, 2004.
2. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva, World Health Organization, 2005.
3. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916).
4. Andersen RE et al. Can inexpensive signs encourage the use of stairs? Results from a community intervention. *Annals of Internal Medicine*, 1998, 129(5):363–369.
5. Brownson RC et al. A community-based approach to promoting walking in rural areas. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, 27(1):28–34.
6. Brownson RC et al. Promoting physical activity in rural communities: walking trail access, use, and effects. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 18(3):235–241.
7. Buscher LA, Martin KA, Crocker S. Point-of-purchase messages framed in terms of cost, convenience, taste, and energy improve healthful snack selection in a college foodservice setting. *Journal of the American Dietetic Association*, 2001, 101(8):909–913.
8. Coleman, KJ, Gonzalez EC. Promoting stair use in a US-Mexico border community. *American Journal of Public Health*, 2001, 91(12):2007–2009.
9. Curran S et al. Process evaluation of a store-based environmental obesity intervention on two American Indian Reservations. *Health Education Research*, 2005, 20(6):719–729.
10. Dowse GK et al. Changes in population concentrations and other cardiovascular risk factors after five years of the non-communicable disease intervention programme in Mauritius. *British Medical Journal*, 1995, 311:1255–1259.
11. Dunt D, Day N, Pirkis J. Evaluation of a community-based health promotion program supporting public policy initiatives for a healthy diet. *Health Promotion International*, 1999, 14(4):317–327.
12. Faskunger J et al. Effect of an environmental barrier to physical activity on commuter stair use. *Scandinavian Journal of Nutrition/Näringsforskning*, 2003, 47(1):26–28.
13. French SA et al. A pricing strategy to promote low fat snack choices through vending machines. *American Journal of Public Health*, 1997, 87:849–851.
14. French SA et al. Pricing and promotion effects on low fat vending snack purchases: the CHIPS Study. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:112–117.
15. Gomez LF, Mateos JC, Cabrera G. Leisure-time physical activity among women in a neighbourhood in Bogota, Colombia: prevalence and socio-demographic correlates. *Cadernos de Saúde Pública*, 2004, 20(4):1103–1109.
16. Horgen KB, Brownell KD. Comparison of price change and health message interventions in promoting healthy food choices. *Health Psychology*, 2002, 21(5):505–512.
17. Kristal AR et al. Evaluation of a supermarket intervention to increase consumption of fruits and vegetables. *American Journal of Health Promotion*, 1997, 11(6):422–425.
18. Marshall AL et al. Can motivational signs prompt increases in incidental physical activity in an Australian health-care facility? *Health Education Research*, 2002, 17(6):743–749.
19. Oja P, Vuori I, Paronen O. Daily walking and cycling to work: their utility as health-enhancing physical activity. *Patient Education and Counseling*, 1998, 33(Suppl. 1):S87–S94.

20. Dombos OT et al. Collaboration between the health and transport sectors in promoting physical activity: examples from European countries. Hepa Europe European Network For The Promotion Of Health-Enhancing Physical Activity, Report 2006.
21. Palmer J, Leontos C. Nutrition training for chefs: taste as an essential determinant of choice. *Journal of the American Dietetic Association*, 1995, 95(12):1418–1421.
22. Russell WD, Hutchinson J. Comparison of health promotion and deterrent prompts in increasing use of stairs over escalators. *Perceptual and Motor Skills*, 2000, 91(1):55–61.
23. Stahl T et al. The importance of policy orientation and environment on physical activity participation: a comparative analysis between Eastern Germany, Western Germany and Finland. *Health Promotion International*, 2002, 17(3):235–246.
24. Staunton CE, Hubsmith D, Kallins W. Promoting safe walking and biking to school: the Marin County success story. *American Journal of Public Health*, 2003, 93(9):1431–1434.
25. Steenhuis I et al. The effectiveness of nutrition education and labelling in Dutch supermarkets. *American Journal of Health Promotion*, 2004, 18:221–224.
26. Steenhuis I et al. Process evaluation of two environmental nutrition programmes and an educational nutrition programme conducted at supermarkets and worksite cafeterias in the Netherlands. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2004, 17(2):107–115.
27. Twiss J et al. Community gardens: lessons learned from California Healthy Cities and Communities. *American Journal of Public Health*, 2003, 93(9):1435–1438.
28. Usitalo U et al. Fall in total cholesterol concentration over five years in association with changes in fatty acid composition of cooking oil in Mauritius: cross sectional survey. *British Medical Journal*, 1996, 313(7064):1044–1046.
29. Wright L, Montezuma R. Reclaiming public space: the economic, environmental, and social impacts of Bogota's transformation. In: *Cities for People Conference, Walk21*, 9-11 Jun 2004, Copenhagen, Denmark (<http://eprints.ucl.ac.uk/110>).
30. Ciclovías Unidas de las Américas (www.cicloviasunidas.org).
31. Bauman A et al. Evaluation of the national 'Push Play' campaign in New Zealand—creating population awareness of physical activity. *New Zealand Medical Journal*, 2003, 116(1179):U534.
32. Bauman AE et al. Impact of an Australian mass media campaign targeting physical activity in 1998. *American Journal of Preventive Medicine*, 2001, 21(1):41–47.
33. Bhalla V et al. Changes in levels of major cardiovascular risk factors in the multi-ethnic population in Singapore after 12 years of a national non-communicable disease intervention programme. *Singapore Medical Journal*, 2006, 47(1):841–850.
34. Carter BJ et al. Using media messaging to promote healthful eating and physical activity among urban youth. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 2005, 37(2):98–99.
35. Chew F, Palmer S. Television health promotion in four countries. *Nutrition*, 2005, 21(5):634–638.
36. Craig CL et al. Proximal impact of Canada on the Move: the relationship of campaign awareness to pedometer ownership and use. *Canadian Journal of Public Health*, 2006, 97(Suppl. 1): S21–S27, S22–S29.
37. Craig CL, Tudor-Locke C, Bauman A. Twelve-month effects of Canada on the Move: a population-wide campaign to promote pedometer use and walking. *Health Education Research*, 2007, 22(3):406–413.
38. Dixon H et al. Public reaction to Victoria's "2 Fruit 'n' 5 Veg Every Day" campaign and reported consumption of fruit and vegetables. *Preventive Medicine*, 1998, 27(4):572–582.
39. Foerster SB et al. California's "5-a-day? for better health" campaign: an innovative population-based effort to effect large scale dietary change. *American Journal of Preventive Medicine*, 1995, 11(2):124–131.

40. Goodman RM, Wheeler FC, Lee PR. Evaluation of the heart to heart project: lessons from a community-based chronic disease prevention project. *American Journal of Health Promotion*, 1995, 9(6):443–455.
41. Huhman M et al. Effects of a mass media campaign to increase physical activity among children: Year-1 results of the VERB campaign. *Pediatrics*, 2005, 116(2):277–284.
42. Kelder SH et al. Community-wide youth nutrition education: long-term outcomes of the Minnesota Heart Health Program. *Health Education Research*, 1995, 10(2):119–131.
43. Larsson I, Lissner L. The 'Green Keyhole' nutritional campaign in Sweden: do women with more knowledge have better dietary practices? *European Journal of Clinical Nutrition*, 1996, 50(5):323–328.
44. Matsudo V et al. Promotion of physical activity in a developing country: the Agita São Paulo experience. *Public Health Nutrition*, 2001, 5(1A):1–10.
45. Matsudo S et al. Physical activity promotion: Experiences and evaluation of the Agita Sao Paulo Program using the ecological mobile model. *Journal of Physical Activity and Health*, 2004, 1:81–97.
46. Matsudo SM et al. The Agita Sao Paulo Program as a model for using physical activity to promote health. *Pan American Journal of Public Health*, 2003, 14(4):265–272.
47. Miles A et al. Using the mass-media to target obesity: an analysis of the characteristics and reported behaviour change of participants in the BBC's 'Fighting Fat, Fighting Fit' campaign. *Health Education Research*, 2001, 16(3):357–372.
48. Nafziger AN et al. The Otsego-Schoharie healthy heart program: prevention of cardiovascular disease in the rural US. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2001, 29(Suppl. 56):S21–S32.
49. Nishtar S et al. The National Action Plan for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases and Health Promotion in Pakistan? *Cardiovascular diseases. Journal of the Pakistan Medical Association*, 2004, 54 (Suppl. 3):S14–S25.
50. Nishtar S et al. Newspaper articles as a tool for cardiovascular prevention programs in a developing country. *Journal of Health Communication*, 2004, 9(4):355–369.
51. Nishtar S. et al. Posters as a tool for disseminating health related information in a developing country: a pilot experience. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2004, 54(9):456–460.
52. Plotnikoff RC et al. Characteristics of participants visiting the Canada on the move website. *Canadian Journal of Public Health*, 2006, 97(Suppl. 1):S28–S35, S30–S38.
53. Reger B et al. Wheeling Walks: A community campaign using paid media to encourage walking among sedentary older adults. *Preventive Medicine*, 2002, 35:285–292.
54. Reger B, Wootan MG, Booth-Butterfield S. Using mass media to promote healthy eating: A community-based demonstration project. *Preventive Medicine*, 1999, 29(5):414–421.
55. Reger-Nash B et al. BC Walks: Replication of a Communitywide Physical Activity Campaign. *Preventing Chronic Disease*, 2006, Epub 15 Jun.
56. Sarraf-Zadgan N et al. Isfahan Healthy Heart Program: A comprehensive integrated community-based program for cardiovascular disease prevention and control. *Acta Cardiologica*, 2003, 58(4):309–320.
57. Spence JC et al. Perceived neighbourhood correlates of walking among participants visiting the Canada on the Move website. *Canadian Journal of Public Health*, 2006, 97(Suppl. 1):S36–S40, S39–S44.
58. Tudor-Smith C et al. Effects of the Heartbeat Wales programme over five years on behavioural risks for cardiovascular disease: quasi-experimental comparison of results from Wales and a matched reference area. *British Medical Journal*, 1998, 316(7134):818–822.
59. van der Feen de Lille JC et al. Fat Watch: a nationwide campaign in The Netherlands to reduce fat intake? process evaluations. *Nutrition and Health*, 1998, 2(2):107–117.
60. van Wechem SN et al. Fat Watch: a nationwide campaign in The Netherlands to reduce fat intake? effect evaluation. *Nutrition and Health*, 1998, 12(2):119–130.

61. van Wechem SN et al. Results of a community-based campaign to reduce fat intake. *Nutrition and Health*, 1997, 11(3):207–218.
62. Wardle J et al. Mass education for obesity prevention: the penetration of the BBC's 'Fighting Fat, Fighting Fit' campaign. *Health Education Research*, 2001, 16(3):343–355.
63. Warm DL et al. The Heartbeat Award Scheme: An evaluation of catering practices. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 1997, 10(3):171–179.
64. Young DR et al. Associations between changes in physical activity and risk factors for coronary heart disease in a community-based sample of men and women: the Stanford Five-City Project. *American Journal of Epidemiology*, 1993, 138(4):205–216.
65. Anderson AS et al. The impact of a school-based nutrition education intervention on dietary intake and cognitive and attitudinal variables relating to fruits and vegetables. *Public Health Nutrition*, 2005, 8(6):650–656.
66. Auld GW et al. Outcomes from a school-based nutrition education program using resource teachers and cross-disciplinary models. *Journal of Nutrition Education*, 1998, 30(5):268–280.
67. Baranowski T et al. Squire's Quest! Dietary outcome evaluation of a multimedia game. *American Journal of Preventive Medicine*, 2003, 24(1):52–61.
68. Baranowski T et al. The Fun, Food and Fitness Project (FFFP): the Baylor GEMS pilot study. *Ethnicity & Disease*, 2003, 13(1 Suppl. 1):S30–S39.
69. Baranowski T et al. Gimme 5 fruit, juice, and vegetables for fun and health: outcome evaluation. *Health Education & Behavior*, 2000, 27(1):96–111.
70. Bartholomew JB, Jowers EM. Increasing frequency of lower-fat entrees offered at school lunch: an environmental change strategy to increase healthful selections. *Journal of the American Dietetic Association*, 2006, 106(2):248–252.
71. Bayne-Smith M et al. Improvements in heart health behaviors and reduction in coronary artery disease risk factors in urban teenaged girls through a school-based intervention: the PATH program. *American Journal of Public Health*, 2004, 94(9):1538–1543.
72. Beech BM et al. Child- and parent-targeted interventions: the Memphis GEMS pilot study. *Ethnicity & Disease*, 2003, 13(1 Suppl. 1):S40–S53.
73. Bere E et al. Outcome and process evaluation of a Norwegian school-randomized fruit and vegetable intervention: Fruits and Vegetables Make the Marks (FVMM). *Health Education Research*, 2006, 21(2):258–267.
74. Bere E, Klepp KI. Correlates of fruit and vegetable intake among Norwegian school children: parental and self reports. *Public Health Nutrition*, 2004, 7(8):991–998.
75. Bere E, Veierod MB, Klepp KI. The Norwegian School Fruit Programme: evaluating paid vs. no-cost subscriptions. *Preventive Medicine*, 2005, 41(2):463–470.
76. Bere E et al. Free school fruit? sustained effect 1 year later. *Health Education Research*, 2006, 21(2):268–275.
77. Birnbaum AS et al. Are differences in exposure to a multicomponent school-based intervention associated with varying dietary outcomes in adolescents? *Health Education & Behavior*, 2002, 29(4):427–443.
78. Caballero B et al. Pathways: a school-based, randomized controlled trial for the prevention of obesity in American Indian schoolchildren. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2003, 78(5):1030–1038.
79. Cullen KW et al. Squire's Quest: intervention changes occurred at lunch and snack meals. *Appetite*, 2005, 45(2):148–151.
80. Cullen KW et al. Goal setting is differentially related to change in fruit, juice, and vegetable consumption among fourth-grade children. *Health Education & Behavior*, 2004, 31(2):258–269.
81. Davis SM et al. Pathways curriculum and family interventions to promote healthful eating and physical activity in American Indian schoolchildren. *Preventive Medicine*, 2003, 37:S24–S34.

82. Dollahite J et al. Impact of a school-based community intervention program on nutrition knowledge and food choices in elementary school children in the rural Arkansas delta. *Journal of Nutrition Education*, 1998, 30(5):289–301.
83. Dwyer JT et al. Improving school breakfasts: effects of the CATCH Eat Smart program on the nutrient content of school breakfasts. *Preventive Medicine*, 1996, 25(4):413–422.
84. Edmundson E et al. The effects of the child and adolescent trial for cardiovascular health upon psychosocial determinants of diet and physical activity behavior. *Preventive Medicine*, 1996, 25(4):442–454.
85. Engels HJ et al. Promoting healthful diets and exercise: efficacy of a 12-week after-school program in urban African Americans. *Journal of the American Dietetic Association*, 2005, 105(3):455–459. | 14
86. Eriksen K et al. Effect of a fruit and vegetable subscription in Danish Schools. *Public Health Nutrition*, 2003, 6(1):57–63.
87. Fardy PS et al. Health promotion in minority adolescents: A healthy people 2000 pilot study. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 1995, 15(1):65–72.
88. Fardy PS et al. Coronary disease risk factor reduction and behavior modification in minority adolescents: the PATH program. *Journal of Adolescent Health*, 1996, 18(4):247–253.
89. Fitzgibbon ML et al. A community-based obesity prevention program for minority children: rationale and study design for Hip-Hop to Health Jr. *Preventive Medicine*, 2002, 34:289–297.
90. Fitzgibbon ML et al. Two-year follow-up results for Hip-Hop to Health Jr: a randomized controlled trial for overweight prevention in pre-school minority children. *Journal of Pediatrics*, 2005, 146:618–625.
91. Foerster SB et al. The California Children's 5-a-day - Power Play! campaign: evaluation of large scale social marketing initiative. *Family & Community Health*, 1998, 21(1):46–64.
92. French SA et al. An environmental intervention to promote lower-fat food choices in secondary schools: outcomes of the TACOS Study. *American Journal of Public Health*, 2004, 94(9):1507–1512.
93. French SA et al. School-based programmes to promote and increase availability of lower fat foods increases sales of lower fat foods to students. *Evidence-Based Healthcare and Public Health*, 2005, 9(2):141–142.
94. Frenn M et al. Addressing health disparities in middle school students' nutrition and exercise. *Journal of Community Health Nursing*, 2003, 20(1):1–14.
95. Frenn M, Malin S, Bansal NK. Stage-based interventions for low fat diet with middle school students. *Journal of Pediatric Nursing*, 2003, 18(1):36–45.
96. Frenn M et al. Changing the tide: an Internet/video exercise and low fat diet intervention with middle-school students. *Applied Nursing Research*, 2005, 18(1):13–21.
97. Friel S et al. Evaluation of the Nutrition Education at Primary School (NEAPS) programme. *Public Health Nutrition*, 1999, 2(4):549–555.
98. Gittelsohn J et al. Pathways: lessons learned and future directions for school-based interventions among American Indians. *Preventive Medicine*, 2003, 37:S107–S112.
99. Going S et al. The effects of the Pathways Obesity Prevention Program on physical activity in American Indian children. *Preventive Medicine*, 2003, 37:S62–S69.
100. Gortmaker SL et al. Impact of a school-based interdisciplinary intervention on diet and physical activity among urban primary school children: eat well and keep moving. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1999, 153(9):975–983.
101. Harrell JS et al. Effects of a school-based intervention to reduce cardiovascular disease risk factors in elementary-school children: the Cardiovascular Health in Children (CHIC) study. *Journal of Pediatrics*, 1996, 128(6):797–805.
102. Harrell JS et al. School-based interventions improve heart health in children with multiple cardiovascular disease risk factors. *Pediatrics*, 1998, 102(2):371–380.

103. Harrell JS et al. A public health vs a risk-based intervention to improve cardiovascular health in elementary school children: The cardiovascular health in children study. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:1529–1535.
104. Harris KJ et al. Reducing elementary school children's risks for chronic diseases through school lunch modifications, nutrition education, and physical activity interventions. *Journal of Nutrition Education*, 1997, 29:196–202.
105. Harris KJ et al. Formative, process, and intermediate outcome evaluation of a pilot school-based 5-A-Day for Better Health Project. *American Journal of Health Promotion*, 1998, 12(6):378–381.
106. Hoelscher DM et al. School-based health education programs can be maintained over time: results from CATCH Institutionalization study. *Preventive Medicine*, 2004, 38(5):594–606.
107. Hoelscher DM et al. How the CATCH eat smart program helps implement the USDA regulations in school cafeterias. *Health Education & Behavior*, 2003, 30(4):434–446.
108. Hopper CA et al. The effects of a family fitness program on the physical activity and nutrition behaviors of third-grade children. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 2005, 76(2):130–139.
109. Jimenez MM et al. Comparison of the dietary intakes of two different groups of children (grades 4 to 6) before and after the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project. *Journal of the American Dietetic Association*, 2003, 103(9):1191–1194.
110. Kain J et al. School-based obesity prevention in children; methodology and evaluation of a controlled study. *International Journal of Obesity*, 2004, 28(4):483–493.
111. Kelder S et al. The CATCH Kids Club: a pilot after-school study for improving elementary students' nutrition and physical activity. *Public Health Nutrition*, 2005, 8(2):133–140.
112. Kelder SH et al. Tracking of Physical and Physiological Risk Variables among Ethnic Subgroups from Third to Eighth Grade: The Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health Cohort Study. *Preventive Medicine*, 2002, 34:324–333.
113. Kuczmarski MF, Aljadir L. Gem No. 364. Using food calendars to self-monitor: Got 5? Nutrition for kids program. *Journal of Nutrition Education & Behavior*, 2003, 35(5):269–270.
114. Long JD, Stevens KR. Using technology to promote self-efficacy for healthy eating in adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 2004, 36(2):134–139.
115. Luepker RV et al. The child and adolescent trial for cardiovascular health (CATCH). *Journal of Nutritional Biochemistry*, 1998, 9:525–534.
116. Lytle LA et al. Influencing healthful food choices in school and home environments: Results from the TEENS study. *Preventive Medicine*, 2006, 43:8–13.
117. Lytle LA et al. School-based approaches to affect adolescents' diets: results from the TEENS study. *Health Education & Behavior*, 2004, 31(2):270–287.
118. Lytle LA et al. Changes in nutrient intakes of elementary school children following a school-based intervention: results from the CATCH Study. *Preventive Medicine*, 1996, 25(4):465–477.
119. Macaulay AC et al. The Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project: intervention, evaluation, and baseline results of a diabetes primary prevention program with a native community in Canada. *Preventive Medicine*, 1997, 26(6):779–790.
120. Manios Y, Kafatos A. Health and nutrition education in elementary schools: changes in health knowledge, nutrient intakes and physical activity over a six year period. *Public Health Nutrition*, 1999, 2(3A):445–448.
121. Manios Y, Kafatos A, Mamalakis G. The effects of a health education intervention initiated at first grade over a 3 year period: physical activity and fitness indices. *Health Education Research*, 1998, 13:593–606.
122. Manios Y et al. Evaluation of a health and nutrition education program in primary school children of Crete over a three-year period. *Preventive Medicine*, 1999, 28(2):149–159.

123. Manios Y et al. Health and nutrition education in primary schools of Crete: changes in chronic disease risk factors following a 6-year intervention programme. *British Journal of Nutrition*, 2002, 88(3):315–324.
124. McKenzie TL et al. Effects of the CATCH Physical Education Intervention: Teacher Type and Lesson Location. *American Journal of Preventive Medicine*, 2001, 21(2):101–109.
125. Nader PR et al. The effect of adult participation in a school-based family intervention to improve children's diet and physical activity: the child and adolescent trial for cardiovascular health. *Preventive Medicine*, 1996, 25(4):455–464.
126. Nader PR et al. Three-year maintenance of improved diet and physical activity: The CATCH cohort. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1999, 153(7):695–704.
127. Naylor PJ et al. Action Schools! BC: A socioecological approach to modifying chronic disease risk factors in elementary school children. *Preventing Chronic Disease: Public Health Research, Practice and Policy*, 2006, 3(2):156.
128. Naylor PJ et al. Lessons learned from Action Schools! BC? an 'active school' model to promote physical activity in elementary schools. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 2006, 9(5):413–423.
129. Nicklas TA et al. Outcomes of a high school program to increase fruit and vegetable consumption: Gimme 5! a fresh nutrition concept for students. *Journal of School Health*, 1998, 68(6):248–253.
130. Nicklas TA et al. Development of a school-based nutrition intervention for high school students: Gimme 5. *American Journal of Health Promotion*, 1997, 11(5):315–322.
131. Nicklas TA, O'Neil CE. Process of conducting a 5-a-day intervention with high school students: Gimme 5 (Louisiana). *Health Education & Behavior*, 2000, 27(2):201–212.
132. O'Neil CE, Nicklas TA. Gimme 5: An innovative, school based nutrition intervention for high school students. *Journal of the American Dietetic Association*, 2002, 102(3 Suppl. 1):S93–S96.
133. Osganian SK et al. Changes in the nutrient content of school lunches: results from the CATCH Eat Smart Food service Intervention. *Preventive Medicine*, 1996, 25(4):400–412.
134. Paradis G et al. Impact of a diabetes prevention program in body size, physical activity, and diet among Kanien'keha:ka (Mohawk) children 6 to 11 years old: 8 year results from the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project. *Pediatrics*, 2005, 115(2):333–339.
135. Payne J, Capra S, Hickman I. Residential camps as a setting for nutrition education of Australian girls. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2002, 26(4):383–388.
136. Perry CL et al. Changing fruit and vegetable consumption among children: the 5-a-Day Power Plus program in St. Paul, Minnesota. *American Journal of Public Health*, 1998, 88(4):603–609.
137. Perry CL et al. A randomized school trial of environmental strategies to encourage fruit and vegetable consumption among children. *Health Education & Behavior*, 2004, 31(1):65–76.
138. Perry CL et al. Effects of the Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health (CATCH) on fruit and vegetable intake. *Journal of Nutrition*, 1998, 30(6):354–360.
139. Prell HC et al. A school-based intervention to promote dietary change. *Journal of Adolescent Health*, 2005, 36(6):515–529.
140. Reger B et al. 1% or less: a community-based nutrition campaign. *Public Health Reports*, 1998, 113(5):410–419.
141. Reynolds KD et al. Increasing the fruit and vegetable consumption of fourth-graders: results from the high 5 project. *Preventive Medicine*, 2000, 30(4):309–319.
142. Reynolds KD et al. Methods, results, and lessons learned from process evaluation of the high 5 school-based nutrition intervention. *Health Education & Behavior*, 2000, 27(2):177–186.
143. Rinderknecht K, Smith C. Social cognitive theory in an after-school nutrition intervention for urban Native American youth. *Journal of Nutrition Education & Behavior*, 2004, 36(6):298–304.
144. Ritenbaugh C et al. A lifestyle intervention improves plasma insulin levels among Native American high school youth. *Preventive Medicine*, 2003, 36:309–319.

145. Robinson TN et al. Dance and reducing television viewing to prevent weight gain in African-American girls: the Stanford GEMS pilot study. *Ethnicity & Disease*, 2003, 13 (1 Suppl. 1):S65–S77.
146. Sahota P et al. Randomised controlled trial of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *British Medical Journal*, 2001, 323(7320):1029–1032.
147. Sahota P et al. Evaluation of implementation and effect of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *British Medical Journal*, 2001, 323(7320):1027–1029.
148. Saksvig BI et al. A pilot school-based healthy eating and physical activity intervention improves diet, food knowledge, and self-efficacy for native Canadian children. *Journal of Nutrition*, 2005, 135(10):2392–2398.
149. Sallis JF et al. Environmental interventions for eating and physical activity: a randomized controlled trial in middle schools. *American Journal of Preventive Medicine*, 2003, 24(3):209–217.
150. Salmon J et al. Reducing sedentary behaviour and increasing physical activity among 10-year old children: overview and process evaluation of the ‘Switch-Play’ intervention. *Health Promotion International*, 2005, 20:7–17.
151. Schinke SP et al. Reducing cancer risk among Native American adolescents. *Preventive Medicine*, 1996, 25(2):146–155.
152. Schofield L, Mummery WK, Schofield G. Effects of a controlled pedometer-intervention trial for Low-Active Adolescent Girls. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2005, 37:1414–1420.
153. Shi-Chang X et al. Creating health-promoting schools in China with a focus on nutrition. *Health Promotion International*, 2004, 19(4):409–418.
154. Simon C et al. ICAPS: a multilevel program to improve physical activity in adolescents. *Diabetes & Metabolism*, 2006, 32(1):41–49.
155. Simon C et al. Intervention centred on adolescents’ physical activity and sedentary behaviour (ICAPS): concept and 6-month results. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2004, 28(Suppl. 3):S96–S103.
156. Teufel NI et al. Pathways family intervention for third-grade American Indian children. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1999, 69(Suppl.):S803–S809.
157. Steckler A et al. Pathways process evaluation results: a school-based prevention trial to promote healthful diet and physical activity in American Indian third, fourth and fifth grade students. *Preventive Medicine*, 2003, 37(6):S80–S90.
158. Stevens J et al. The impact of the Pathways intervention on psychosocial variables related to diet and physical activity in American Indian schoolchildren. *Preventive Medicine*, 2003, 37(6):S70–S79.
159. Story M et al. 5-a-Day Power Plus: Process evaluation of a multicomponent elementary school program to increase fruit and vegetable consumption. *Health Education & Behavior*, 2000, 27(2):187–200.
160. Story M et al. An after-school obesity prevention program for African-American girls: the Minnesota GEMS pilot study. *Ethnicity & Disease*, 2003, 13(1 Suppl. 1):S54–S64.
161. Trevino RP et al. Bienestar: a diabetes risk-factor prevention program. *Journal of School Health*, 1998, 68:62–67.
162. Trevino RP et al. Impact of the Bienestar school-based diabetes mellitus prevention program on fasting capillary glucose levels: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2004, 158(9):911–917.
163. van Beurden E et al. Can we skill and activate children through primary school physical education lessons? “Move it Groove it”? a collaborative health promotion intervention. *Preventive Medicine*, 2003, 36:493–501.
164. Wang LY et al. Economic analysis of a school-based obesity prevention program. *Obesity Research*, 2003, 11(11):1313–1324.

165. Warren JM et al. Evaluation of a pilot school programme aimed at the prevention of obesity in children. *Health Promotion International*, 2003, 18(4):287–296.
166. Webber LS et al. Cardiovascular risk factors among children after a 2 1/2-year intervention? The CATCH study. *Preventive Medicine*, 1996, 25:432–441.
167. Wechsler H et al. Promoting the selection of low fat milk in elementary school cafeterias in an inner-city Latino community: Evaluation of an intervention. *American Journal of Public Health*, 1998, 88(3):427–433.
168. Wiecha JL et al. Diffusion of an integrated health education program in an urban school system: Planet Health. *Journal of Pediatric Psychology*, 2004, 29(6):467–474.
169. Williams CL et al. “Healthy-start”: outcome of an intervention to promote a heart healthy diet in preschool children. *Journal of the American College of Nutrition*, 2002, 21(1):62–71.
170. Williams CL et al. Cardiovascular risk reduction in preschool children: The “Healthy Start” project. *Journal of the American College of Nutrition*, 2004, 23(2):117–123.
171. Yin Z et al. An after-school physical activity programme for obesity prevention in children? The Medical College of Georgia FitKid Project. *Evaluation and the Health Professions*, 2005, 28: 67–89.
172. Aldana SG et al. The effects of a worksite chronic disease prevention program. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2005, 47(6):558–564. 275
173. Armitage CJ, Conner M. Efficacy of a minimal intervention to reduce fat intake. *Social Science & Medicine*, 2001, 52(10):1517–1524.
174. Backman DR, Carman JS, Aldana SG. Fruits and vegetables and physical activity at the worksite: business leaders and working women speak out on access and environment. Sacramento, CA, California Department of Health Services (www.dhs.ca.gov/cdic/CPNS/ca5aday/default.htm, accessed May 2008).
175. Beresford SA et al. Seattle 5-a-Day Work-Site Project: process evaluation. *Health Education & Behavior*, 2000, 27(2):213–222.
176. Beresford SA et al. Seattle 5-a-Day Worksite Program to increase fruit and vegetable consumption. *Preventive Medicine*, 2001, 32(3):230–238.
177. Biener L et al. Impact of the Working Well Trial on the worksite smoking and nutrition environment. *Health Education & Behavior*, 1999, 26(4):478–494.
178. Braeckman L et al. Effects of a low-intensity worksite-based nutrition intervention. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 1999, 49(8):549–555.
179. Brug J et al. The impact of a computer-tailored nutrition intervention. *Preventive Medicine*, 1996, 25(3):236–242.
180. Buller DB et al. Randomized trial testing the effect of peer education at increasing fruit and vegetable intake. *Journal of the National Cancer Institute*, 1999, 91(17):1491–1500.
181. Buller D et al. Implementing a 5-a-day peer health educator program for public sector labor and trades employees. *Health Education & Behavior*, 2000, 27(2):232–240.
182. Byers T et al. The costs and effects of a nutritional education program following work-site cholesterol screening. *American Journal of Public Health*, 1995, 85(5):650–655.
183. Campbell MK et al. Effects of a tailored health promotion program for female blue-collar workers: health works for women. *Preventive Medicine*, 2002, 34(3):313–323.
184. Chan CB, Ryan DA, Tudor-Locke C. Health benefits of a pedometer-based physical activity intervention in sedentary workers. *Preventive Medicine*, 2004, 39:1215–1222.
185. Cook C et al. Changing risk behaviours for non-communicable disease in New Zealand working men? is workplace intervention effective? *New Zealand Medical Journal*, 2001, 114(1130):175–178.
186. Dishman RK et al. Worksite physical activity interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15(4):344–361.

187. Elbel R et al. A pilot study evaluating a peer led and professional led physical activity intervention with bluecollar employees. *Work*, 2003, (21):199–210.
188. Elliot DL et al. The PHLAME firefighter's study: feasibility and findings. *American Journal of Health Behavior*, 2004, 28(1):13–23.
189. Emmons KM et al. The Working Healthy Project: a worksite health-promotion trial targeting physical activity, diet and smoking. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 1999, 41(7):545–555.
190. Glanz K et al. Impact of work site health promotion on stages of dietary change: the Working Well Trial. *Health Education & Behavior*, 1998, 25(4):448–463.
191. Glasgow RE et al. Take Heart: results from the initial phase of a work-site wellness program. *American Journal of Public Health*, 1995, 85(2):209–216.
192. Glasgow RE et al. Take Heart II: replication of a worksite health promotion trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 1997, 20:143–159.
193. Griffin-Blake CS, DeJoy DM. Evaluation of social-cognitive versus stage-matched, self-help physical activity interventions at the workplace. *American Journal of Health Promotion*, 2006, (20)3:200–209.
194. Harrell JS et al. An occupation based physical activity intervention program: improving fitness and decreasing obesity. *AAOHN: Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 1996, 44(8):377–384.
195. Hartman TJ et al. Effects of a low fat, worksite intervention on blood lipids and lipoproteins. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 1995, 37(6):690–696.
196. Hunt MK et al. Results of employee involvement in planning and implementing the Treatwell 5-a-Day worksite study. *Health Education & Behavior*, 2000, 27(2):223–231.
197. Hunt MK et al. Process tracking results from the Treatwell 5-a-Day Worksite Study. *American Journal of Health Promotion*, 2000, 14(3):179–187.
198. Holdsworth M, Haslam C, Raymond NT. Does the heartbeat award scheme change employees' dietary attitudes and knowledge? *Appetite*, 2000, 35(2):179–188.
199. Irvine AB et al. The effectiveness of an interactive multimedia program to influence eating habits. *Health Education Research*, 2004, 19(3):290–305.
200. Kao YH, Lu CM, Huang YC. Impact of a transtheoretical model on the psychosocial factors affecting exercise among workers. *Journal of Nursing Research*, 2002, 10(4):303–310.
201. Kristal AR et al. Mediating factors in dietary change: understanding the impact of a worksite nutrition intervention. *Health Education & Behavior*, 2000, 27(1):112–125.
202. Lassen A et al. Successful strategies to increase the consumption of fruits and vegetables: results from the Danish '6 a day' Work-site Canteen Model Study. *Public Health Nutrition*, 2004, 7(2):263–270.
203. Oenema A, Brug J. Feedback strategies to raise awareness of personal dietary intake: results of a randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 2003, 36(4):429–439.
204. Osteras H, Hammer S. The effectiveness of a pragmatic worksite physical activity program on maximal oxygen consumption and the physical activity level in healthy people. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 2006, (10):51–57.
205. Patterson RE et al. Components of the Working Well Trial intervention associated with adoption of healthful diets. *American Journal of Preventive Medicine*, 1997, 13(4):271–276.
206. Pegus C et al. Effect of the Heart At Work program on awareness of risk factors, self-efficacy, and health behaviors. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2002, 44(3):228–236.
207. Pingle SR, Deshpande AK, Malik JS. Impact of intervention strategies for risk factor modification. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2001, 5(2):91–95.

208. Plotnikoff RC et al. Efficacy of an E-mail intervention for the promotion of physical activity and nutrition behavior in the workplace context. *American Journal of Health Promotion*, 2005, 19(6):422–429.
209. Pohjonen T, Ranta R. Effects of worksite physical exercise intervention on physical fitness, perceived health status, and work ability among home care workers: five year follow-up. *Preventive Medicine*, 2001, 32(6):465–475.
210. Polacsek M et al. Move & Improve: A Worksite Wellness Program in Maine. *Preventing Chronic Disease*, 2006, 3(3)A101, Epub Jun 15.
211. Proper KI et al. Effect of individual counseling on physical fitness and health: A randomized control trial in a workplace setting. *American Journal of Preventive Medicine*, 2003, (24) 3:218–226.
212. Simmons D et al. A pilot diabetes awareness and exercise programme in a multiethnic workforce. *New Zealand Medical Journal*, 1996, (109):373–376.
213. Sorensen G et al. Work site-based cancer prevention: primary results from Working Well Trial. *American Journal of Public Health*, 1996, 86(7):939–947.
214. Sorensen G et al. The effects of a health promotion-health protection intervention on behavior change: the WellWorks Study. *American Journal of Public Health*, 1998, 88(11):1685–1690.
215. Sorensen G, Stoddard A, Macario E. Social support and readiness to make dietary changes. *Health Education & Behavior*, 1998, 25(5):586–598.
216. Sorensen G et al. A comprehensive worksite cancer prevention intervention: behaviour change results from a randomised controlled trial. *Cancer Causes and Control*, 2002, 13(6):493–502.
217. Sorensen G et al. Increasing fruit and vegetable consumption through worksites and families in the Treatwell 5-a-day study. *American Journal of Public Health*, 1999, 89(1):54–60.
218. Steenhuis I et al. The impact of educational and environmental interventions in Dutch worksite cafeterias. *Health Promotion International*, 2004, 19(3):335–343.
219. Strychar IM et al. Impact of receiving blood cholesterol test results on dietary change. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14(2):103–110.
220. Tilley BC et al. Nutrition Intervention for High-Risk Auto Workers: Results of the Next Step Trial. *Preventive Medicine*, 1999, 28:284–292.
221. van Wier MF et al. ALIFE@Work: a randomized controlled trial of a distance counseling lifestyle programme for weight control among an overweight working population. *BMC Public Health*, 2006, 24(6):140.
222. Aldana SG et al. Effects of an intensive diet and physical activity modification program on the health risks of adults. *Journal of the American Dietetic Association*, 2005, 105(3):371–381.
223. Anderson ES et al. A computerized social cognitive intervention for nutrition behavior: direct and mediated effects on fat, fiber, fruits, and vegetables, self-efficacy, and outcome expectations among food shoppers. *Annals of Behavioral Medicine*, 2001, 23(2):88–100.
224. Anderson JV et al. 5-a-Day fruit and vegetable intervention improves consumption in a low income population. *Journal of the American Dietetic Association*, 2001, 101(2):195–202.
225. Armitage CJ. Evidence that implementation intentions reduce dietary fat intake: a randomized trial. *Health Psychology*, 2004, 23(3):319–323.
226. Auslander W et al. A controlled evaluation of staging dietary patterns to reduce the risk of diabetes in African-American Women. *Diabetes Care*, 2002, 25(5):809–814.
227. Aziz KU et al. Efficacy of CVD risk factor modification in a lower-middle class community in Pakistan: the Metroville Health Study. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 2003, 15(1):30–36.
228. Backman DR, Gonzaga GC. Media, festival, farmers/flea market, and grocery store interventions (www.dhs.ca.gov/cdic/CPNS/ca5aday/default.htm, accessed May 2008).
229. Block G et al. A randomized trial of the Little by Little CD-ROM: demonstrated effectiveness in increasing fruit and vegetable intake in a low-income population. *Preventing Chronic Disease*, 2004, 1(3):A08.

230. Brown BJ, Hermann JR. Cooking classes increase fruit and vegetable intake and food safety behaviors in youth and adults. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 2005, 37(2):104–105.
231. Burke V et al. Physical activity and nutrition programs for couples: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2003, 56(5):421–432.
232. Burke V et al. Changes in cognitive measures in a randomized controlled trial of a health promotion program for couples targeting diet and physical activity. *American Journal of Health Promotion*, 2004, 18(4):300–311.
233. Burney J, Haughton B. EFNEP: A nutrition education program that demonstrates cost-benefit. *Journal of the American Dietetic Association*, 2002, 102(1):39–45.
234. Campbell MK et al. A tailored multimedia nutrition education pilot program for low-income women receiving food assistance. *Health Education Research*, 1999, 14(2):257–267.
235. Carson JS, Hedl JJ. Smart Shoppers Tours: Outcome evaluation. *Journal of Nutrition Education*, 1998, 30(5):323–331.
236. Coates RJ et al. The Women's Health Trial Feasibility Study in Minority Populations: Changes in dietary intakes. *American Journal of Epidemiology*, 1999, 149(12):1104–1112.
237. Connell D, Goldberg JP, Foltz SC. An intervention to increase fruit and vegetable consumption using audio communications: in-store public service announcements and audiotapes. *Journal of Health Communication*, 2001, 6(1):31–43.
238. Cox DN et al. Take Five, a nutrition education intervention to increase fruit and vegetable intakes: Impact on consumer choice and nutrient intakes. *British Journal of Nutrition*, 1998, 80(2):123–131.
239. De Bourdeaudhuij I, Brug J. Tailoring dietary feedback to reduce fat intake: an intervention at the family level. *Health Education Research*, 2000, 15(4):449–462.
240. de Nooijer J et al. Do implementation intentions help to turn good intentions into higher fruit intakes? *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 2006, 38(1):25–29.
241. Delichatsios HK et al. Randomized trial of a “talking computer” to improve adults’ eating habits. *American Journal of Health Promotion*, 2001, 15(4):215–224.
242. Devine CM, Farrell TJ, Hartman R. Sisters in health: experiential program emphasizing social interaction increases fruit and vegetable intake among low-income adults. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 2005, 37(5):265–270. 334
243. Diehl HA. Coronary risk reduction through intensive community-based lifestyle intervention: The Coronary Health Improvement Project (CHIP) experience. *American Journal of Cardiology*, 1998, 82(Suppl.) :T83–T87.
244. Dunn PC et al. At-home nutrition education for parents and 5- to 8-year-old children: The HomePlate pilot study. *Journal of the American Dietetic Association*, 1998, 98(7):807–809.
245. Dzator JA et al. A randomized trial of interactive group sessions achieved greater improvements in nutrition and physical activity at a tiny increase in cost. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2004, 57(6):610–619.
246. Elder JP et al. Results of language for health: cardiovascular disease nutrition education for Latino English-as-a-second-language students. *Health Education & Behavior*, 2000, 27(1):50–63.
247. Englert et al. Rationale and design of the Rockford CHIP, a community-based coronary risk reduction program: results of a pilot phase. *Preventive Medicine*, 2004, 38(4):432–441.
248. Evans AE, Sawyer-Morse. The right bite program: a theory-based nutrition intervention at a minority college campus. *Journal of the American Dietetic Association*, 2002, 102(3 Suppl.):S89–S93.
249. Fitzgibbon ML, Gapstur SM, Knight SJ. Results of Mujeres Felices por ser Saludables: a dietary/breast health randomized clinical trial for Latino women. *Annals of Behavioral Medicine*, 2004, 28(2):95–104.
250. Foley RM, Pollard CM. Food Cent\$? Implementing and evaluating a nutrition education project focusing on value for money. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 1998, 22(4):494–501.

251. Frable PJ, Dart L, Bradley PJ. Healthy Weigh (El camino saludable) phase I: a retrospective critical examination of program evaluation. *Preventing Chronic Disease*, 2006, 3(3):A98.
252. Goulet J et al. Effect of a nutritional intervention promoting the Mediterranean food pattern on plasma lipids, lipoproteins and body weight in healthy French-Canadian women. *Atherosclerosis*, 2003, 170(1):115–124.
253. Haire-Joshu D et al. A community outreach partnership to improve the diet of African Americans. *American Journal of Health Behavior*, 2001, 25:140–146.
254. Haire-Joshu D et al. Improving dietary behavior in African Americans: the Parents As Teachers High 5, Low Fat Program. *Preventive Medicine*, 2003, 36(6):684–691.
255. Hartman TJ et al. Results of a community-based low-literacy nutrition education program. *Journal of Community Health*, 1997, 22(5):325–341.
256. Havas S et al. Factors associated with fruit and vegetable consumption among women participating in WIC. *Journal of the American Dietetic Association*, 1998, 98(10):1141–1148.
257. Havas S et al. Final results of the Maryland WIC 5-A-Day Promotion Program. *American Journal of Public Health*, 1998, 88(8):1161–1167.
258. Hopper CA et al. The effects of a family fitness program on the physical activity and nutrition behaviors of third-grade children. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 2005, 76(2):130–139.
259. Howard-Pitney B et al. The Stanford Nutrition Action Program: a dietary fat intervention for low-literacy adults. *American Journal of Public Health*, 1997, 87(12):1971–1976.
260. Kellar I, Abraham C. Randomized controlled trial of a brief research-based intervention promoting fruit and vegetable consumption. *British Journal of Health Psychology*, 2005, 10(Pt 4):543–558.
261. Kiyu A et al. Evaluation of the Healthy Village program in Kapit district, Sarawak, Malaysia. *Health Promotion International*, 2006, 21(1):13–18.
262. Kristal AR et al. A randomized trial of a tailored, self-help dietary intervention: The puget sound eating patterns study. *Preventive Medicine*, 2000, 31(4):380–389.
263. Kuller LH et al. Women's Healthy Lifestyle Project: A randomised clinical Trial. *Circulation*, 2001, 103:32–44.
264. Leslie E et al. Engagement and retention of participants in a physical activity website. *Preventive Medicine*, 2005, 40(1):54–59.
265. Lutz SF et al. Innovative newsletter interventions improve fruit and vegetable consumption in healthy adults. *Journal of the American Dietetic Association*, 1999, 99(6):705–709.
266. Marcus AC et al. Increasing fruit and vegetable consumption among callers to the CIS: results from a randomized trial. *Preventive Medicine*, 1998, 27(5 Pt 2):S16–S28.
267. Marcus AC et al. A randomized trial of a brief intervention to increase fruit and vegetable intake: a replication study among callers to the CIS. *Preventive Medicine*, 2001, 33(3):204–216.
268. Maskens A. Potential use of the Web to improve dietary habits? the ECP Diet Web-I Project. IARC Scientific Publications, 2002, 156:15–16.
269. McCoy MR et al. Evaluating an internet weight loss program for diabetes prevention. *Health Promotion International*, 2005, 20(3):221–228.
270. McKay HG et al. The diabetes network internet-based physical activity intervention: a randomized pilot study. *Diabetes Care*, 2001, 24(8):1328–1334.
271. Merom D et al. Process evaluation of the New South Wales Walk Safely to School Day. *Health Promotion Journal of Australia*, 2005, 16(2):100–106.
272. Miller SL, Reber RJ, Chapman-Novakofski K. Prevalence of CVD risk factors and impact of a two-year education program for premenopausal women. *Women's Health Issues*, 2001, 11(6):486–493.
273. Mohan V et al. Community Empowerment? A successful model for prevention of non-communicable diseases in India? the Chennai Urban Population Study (CUPS-17). *Journal of the Association of Physicians of India*, 2006, 54:858–862.

274. Napolitano MA et al. Evaluation of an internet-based physical activity intervention: a preliminary investigation. *Annals of Behavioral Medicine*, 2003, 25(2):92–99.
275. O’Loughlin J et al. Coeur en santé St-Henri? a heart health promotion programme in Montreal, Canada: design and methods for evaluation. *Journal of Epidemiology*, 1995, 49:495–502.
276. Papadaki A, Scott JA. The Mediterranean Eating in Scotland Experience project: Evaluation of an Internetbased intervention promoting the Mediterranean diet. *British Journal of Nutrition*, 2005, 94(2):290–298.
277. Pate RR et al. Evaluation of a community-based intervention to promote physical activity in youth: lessons from Active Winners. *American Journal of Health Promotion*, 2003, 17(3):171–182.
278. Ronda G et al. The Dutch Heart Health community intervention ‘Hartslag Limburg’: results of an effect study at individual level. *Health Promotion International*, 2004, 19(1):21–31.
279. Ronda G et al. The Dutch heart health community intervention ‘Hartslag Limburg’: results of an effect study at organizational level. *Public Health*, 2005, 119(5):353–360.
280. Rovniak LS et al. Enhancing theoretical fidelity: an e-mail-based walking program demonstration. *American Journal of Health Promotion*, 2005, 20(2):85–95.
281. Rowley KG et al. Improvements in circulating cholesterol, antioxidants, and homocysteine after dietary intervention in an Australian Aboriginal community. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2001, 74(4):442–448.
282. Sadler MJ et al. Healthy Heart Store Tours? A useful communication tool? *Nutrition Bulletin*, 2003, 28(2):179–186.
283. Sauer ML et al. The Kate B. Reynolds smoking education lifestyle fitness improvement program: Preventing and reducing chronic disease in low-income North Carolina communities. *North Carolina Medical Journal*, 2006, 67(4):317–323.
284. Simkin-Silverman LR et al. Lifestyle intervention can prevent weight gain during menopause: results from a 5-year randomized clinical trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 2003, 26(3):212–220.
285. Simkin-Silverman LR et al. Prevention of cardiovascular risk factor elevations in healthy premenopausal women. *Preventive Medicine*, 1995, 24(5):509–517.
286. Spittaels H, De Bourdeaudhuij I, Vandelanotte C. Evaluation of a website-delivered computer-tailored intervention for increasing physical activity in the general population. *Preventive Medicine*, 2006, Epub Dec 29.
287. Staten LK et al. Pasos Adelante: the effectiveness of a community-based chronic disease prevention program. *Preventing Chronic Disease*, 2005, 2(1):A18.
288. Stevens VJ et al. Randomized trial of a brief dietary intervention to decrease consumption of fat and increase consumption of fruits and vegetables. *American Journal of Health Promotion*, 2002, 16(3):129–134.
289. Stevens VJ et al. One-year results from a brief, computer-assisted intervention to decrease consumption of fat and increase consumption of fruits and vegetables. *Preventive Medicine*, 2003, 36(5):594–600.
290. Tate DF, Wing RR, Winnett RA. Using Internet technology to deliver a behavioral weight loss program. *Journal of the American Medical Association*. 2001, 285(9):1172–1177.
291. Tufano JT, Karras BT. Mobile eHealth interventions for obesity: a timely opportunity to leverage convergence trends. *Journal of Medical Internet Research*, 2005, 7(5):e58.
292. Wen LM et al. Promoting physical activity in women: evaluation of a 2-year community-based intervention in Sydney, Australia. *Health Promotion International*, 2002, 17(2):127–137.
293. Winkleby MA et al. Predicting achievement of a low fat diet: a nutrition intervention for adults with low literacy skills. *Preventive Medicine*, 1997, 26(6):874–882.
294. Wylie-Rosett J et al. Computerized weight loss intervention optimizes staff time: the clinical and cost results of a controlled clinical trial conducted in a managed care setting. *Journal of the American Dietetic Association*, 2001, 101:1155–1162.

295. Yajima S et al. Effectiveness of a community leaders' programme to promote healthy lifestyles in Tokyo, Japan. *Health Promotion International*, 2001, (3):235–43.
296. Yancey AK et al. Challenges in improving fitness: results of a community-based, randomized, controlled lifestyle change intervention. *Journal of Women's Health*, 2006, 15(4):412–429.
297. INTERVENT Lifestyle Management and Chronic Disease Risk Reduction Programs. Abstracts presented at national/international scientific meetings: 1998–2006 (www.interventusa.com/research/2006%20JUNE%20ABSTRACT%20SUMMARY%20LISTING.pdf).
298. Aittasalo M et al. A randomized intervention of physical activity promotion and patient self-monitoring in primary health care. *Preventive Medicine*, 2006, 42(1):40–46.
299. Albright CL et al. Incorporating physical activity advice into primary care: Physician-delivered advice within the activity counseling trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 18(3):225–234.
300. Anderson GL et al. Implementation of the Women's Health Initiative study design. *Annals of Epidemiology*, 2003, 13(9 Suppl.):S5–S17.
301. Baker AH, Wardle J. Increasing fruit and vegetable intake among adults attending colorectal cancer screening: the efficacy of a brief tailored intervention. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2002, 11(2):203–206.
302. Becker DM et al. Impact of a community-based multiple risk factor intervention on cardiovascular risk in black families with a history of premature coronary disease. *Circulation*, 2005, 111(10):1298–1304.
303. Beresford SA et al. A dietary intervention in primary care practice: the Eating Patterns Study. *American Journal of Public Health*, 1997, 87(610):616.
304. Bowen DB et al. Results of an adjunct dietary intervention program in the Women's Health Initiative. *Journal of the American Dietetic Association*, 2002, 102(11):1631–1637.
305. Beresford SA et al. Low fat dietary pattern and risk of colorectal cancer: the Women's Health Initiative Randomised Controlled Dietary Modification Trial. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 295(6):643–654.
306. Buijs R et al. Promoting participation: evaluation of a health promotion program for low income seniors. *Journal of Community Health Nursing*, 2003, 20(2):93–107.
307. Calfas KJ et al. A controlled trial of physician counseling to promote the adoption of physical activity. *Preventive Medicine*, 1996, 25(3):225–233.
308. Cavani V et al. Effects of a 6-week resistance training program on functional fitness of older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 2002, 10:443–452.
309. Delichatsios H et al. EatSmart: Efficacy of a multifaceted preventive nutrition intervention in clinical practice. *Preventive Medicine*, 2001, 33(2):91–98.
310. Dowell AC et al. Prevention in practice: results of a 2-year follow-up of routine health promotion interventions in general practice. *Family Practice*, 1996, 13(4):357–362.
311. Eakin EG et al. Physical activity promotion in primary care: bridging the gap between research and practice. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, 27(4):297–303.
312. Elley CR et al. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 2003, 326(7393):793.
313. Elley R et al. Cost-effectiveness of physical activity counselling in general practice. *New Zealand Medical Journal*, 2004, 117(1207):U1216.
314. Emmons KM et al. Cancer prevention among working class, multiethnic adults: results of the healthy directions-health centers study. *American Journal of Public Health*, 2005, 95(7):1200–1205.
315. Emmons KM et al. Project PREVENT: a randomized trial to reduce multiple behavioral risk factors for colon cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2005, 14(6):1453–1459.
316. Ettner SL. The relationship between continuity of care and the health behaviors of patients: does having a usual physician make a difference? *Medical Care*, 1999, 37(6):547–555.

317. Field K et al. Strategies for reducing coronary risk factors in primary care: which is most cost effective? *British Medical Journal*, 1995, 310:1109–1112.
318. Fries E et al. Randomized trial of a low-intensity dietary intervention in rural residents: The rural physician cancer prevention project. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 28(2):162–168.
319. Fries E et al. A self-help intervention to change patient dietary behavior in rural communities. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 2005, 12(4):180–183.
320. Green BB et al. Effectiveness of telephone support in increasing physical activity levels in primary care patients. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 22(3):177–183.
321. Herbert JR et al. A dietitian-delivered group nutrition program leads to reductions in dietary fat, serum cholesterol, and body weight: the Worcester-Area Trial for Counselling in Hyperlipidaemia (WATCH). *Journal of the American Dietetic Association*, 1999, 99(5):544–552.
322. Hillsdon M et al. Advising people to take more exercise is ineffective: a randomized controlled trial of physical activity promotion in primary care. *International Journal of Epidemiology*, 2002, 31(4):808–815.
323. Hopkins S et al. Differences in eating pattern labels between maintainers and non-maintainers in the women's health initiative. *Journal of Nutrition Education & Behavior*, 2001, 33(5):278–283.
324. Howard BV et al. Low fat dietary pattern and risk of colorectal cancer: the Women's Health Initiative Randomised Controlled Dietary Modification Trial. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 295 (6):639–649.
325. Howard BV et al. Low fat dietary pattern and risk of cardiovascular disease: the Women's Health Initiative Randomised Controlled Dietary Modification Trial. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 295(6):655–666.
326. Hunt JR et al. Physician recommendations for dietary change: their prevalence and impact in a population-based sample. *American Journal of Public Health*, 1995, 85(5):722–726.
327. Hunt MK et al. Process evaluation of a clinical preventative nutrition intervention. *Preventive Medicine*, 2001, 33(2 Pt 1):82–90.
328. Huxley RR et al. Effect of dietary advice to increase fruit and vegetable consumption on plasma flavonol concentrations: results from a randomised controlled intervention trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58(4):288–289.
329. Jacobs AD et al. Effects of a tailored follow-up intervention on health behaviors, beliefs, and attitudes. *Journal of Women's Health (2002)*, 2004, 13(5):557–568.
330. Jilcott SB et al. Implementing the WISEWOMAN program in local health departments: Staff attitudes, beliefs, and perceived barriers. *Journal of Women's Health*, 2004, 13(5):598–606.
331. John JH et al. Effects of fruit and vegetable consumption on plasma antioxidant concentrations and blood pressure: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2002, 359:1969–1974.
332. John JH et al. Does stage of change predict outcome in a primary-care intervention to encourage an increase in fruit and vegetable consumption? *Health Education Research*, 2003, 18(4):429–438.
333. John JH, Ziebland S. Reported barriers to eating more fruit and vegetables before and after participation in a randomised controlled trial: a qualitative study. *Health Education Research*, 2004, 19(2):165–174.
334. Kearney MH et al. Influences on older women's adherence to a low fat diet in the Women's Health Initiative. *Psychosomatic Medicine*, 2002, 64(3):450–457.
335. Kerse N et al. Is physical activity counseling effective for older people? A cluster randomized, controlled trial in primary care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2005, 53(11):1951–1956.
336. Langer RD et al. The women's health initiative observational study: Baseline characteristics of participants and reliability of baseline measures. *Annals of Epidemiology*, 2003, 13(9 Suppl.):S107–S121.
337. Langham S et al. Costs and cost effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: the Oxcheck study. *British Medical Journal*, 1996, 312:1265–1268.

338. Lazovich D et al. Implementing a dietary intervention in primary care practice: a process evaluation. *American Journal of Health Promotion*, 2000, 15(2):118–125.
339. Lobb R et al. Implementation of a cancer prevention program for working class, multiethnic populations. *Preventive Medicine*, 2004, 38(6):766–776.
340. Long BJ et al. A multi-site field test of the acceptability of physical activity counseling in primary care: Project PACE. *American Journal of Preventive Medicine*, 1996, 12(2):73–81.
341. Marcus BH et al. Training physicians to conduct physical activity counseling. *Preventive Medicine*, 1997, 26(3):382–388.
342. Mayer-Davis EJ et al. Pilot study of strategies for effective weight management in type 2 diabetes: Pounds Off with Empowerment (POWER). *Family & Community Health*, 2001, 24(2):27–35.
343. Mayer-Davis EJ et al. Pounds off with empowerment (POWER): a clinical trial of weight management strategies for black and white adults with diabetes who live in medically underserved rural communities. *American Journal of Public Health*, 2004, 94(10):1736–1742.
344. Neumark SD, Kaufmann NA, Berry EM. Physical activity within a community-based weight control program: program evaluation and predictors of success. *Public Health Reviews*, 1995, 23(3):237–251.
345. Ockene IS et al. Effect of training and a structured office practice on physician-delivered nutrition counseling: the Worcester-Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH). *American Journal of Preventive Medicine*, 1996, 12(4):252–258.
346. O'Halloran P et al. Effect of health lifestyle pattern on dietary change. *American Journal of Health Promotion*, 2001, 16(1):27–33.
347. Patterson RE. Dietary adherence in the women's health initiative dietary modification trial. *Journal of the American Dietetic Association*, 2004, 104(4):654–658.
348. Patterson RE et al. Changes in food sources of dietary fat in response to an intensive low fat dietary intervention: early results from the Women's Health Initiative. *Journal of the American Dietetic Association*, 2003, 103(4):454–460.
349. Prentice RL et al. Low fat dietary pattern and risk of invasive cancer: the Women's Health Initiative Randomised Controlled Dietary Modification Trial. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 295(6):629–642.
350. Pritchard DA, Hyndman J, Taba F. Nutritional counselling in general practice: a cost-effective analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1999, 53:311–316.
351. Redman S et al. Is the Australian National Heart Foundation programme effective in reducing cholesterol levels among general practice patients? *Health Promotion International*, 1995, 10(4):293–303.
352. Ritenbaugh C et al. The Women's Health Initiative dietary modification trial: Overview and baseline characteristics of participants. *Annals of Epidemiology*, 2003, 13(9 Suppl.):S87–S97.
353. Rosamond WD et al. Cardiovascular disease risk factor intervention in low-income women: The North Carolina WISEWOMAN Project. *Preventive Medicine*, 2000, 31:370–379.
354. Sacerdote C et al. Randomized controlled trial: Effect of nutritional counselling in general practice. *International Journal of Epidemiology*, 2006, 35(2):409–415.
355. Salminen M et al. Effects of a controlled family-based health education/counseling intervention. *American Journal of Health Behavior*, 2005, 29(5):395–406.
356. Staten LK et al. Provider counseling, health education, and community health workers: The Arizona WISEWOMAN project. *Journal of Women's Health*, 2004, 13(5):547–556.
357. Steptoe A et al. Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomised trial. *British Medical Journal*, 1999, 319(7215):943–947.
358. Steptoe A et al. Behavioural counselling to increase consumption of fruit and vegetables in low income adults: randomized trial. *British Medical Journal*, 2003, 326(7394):855.

359. Steptoe A et al. The impact of behavioral counseling on stage of change in fat intake, physical activity, and cigarette smoking in adults at increased risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 2001, 91(2):265–269.
360. Stolley MR, Fitzgibbon ML. Effects of an obesity prevention program on the eating behavior of African American mothers and daughters. *Health Education & Behavior*, 1997, 24(2):152–164.
361. Swinburn et al. The green prescription: a novel way of increasing uptake of physical activity. *New Zealand Public Health Report*, 1998, 5(4):25–26.
362. van Sluijs EM et al. Feasibility and acceptability of a physical activity promotion programme in general practice. *Family Practice*, 2004, 21(4):429–436.
363. Walker Z et al. Health promotion for adolescents in primary care: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 2002, 325(7363):524.
364. Green Prescription online (www.sparc.org.nz/getting-active/green-prescription/overview).
365. Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Study Group. Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: final results of the OXCHECK study. *British Medical Journal*, 1995, 310(6987):1099–1104.
366. PACE online (www.paceproject.org), accessed May 2007.
367. WISEWOMAN online (www.cdc.gov/wisewoman/).
368. Hageman PA, Walker SN, Pullen CH. Tailored versus standard internet-delivered interventions to promote physical activity in older women. *Journal of Geriatric Physical Therapy* (2001), 2005, 28(1):28–33.
369. Jette AM et al. A home-based exercise program for nondisabled older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1996, 44:644–649.
370. Johnson DB et al. Increasing fruit and vegetable intake in homebound elders: The Seattle Seniors Farmers' Market Nutrition Pilot Program. *Preventing Chronic Disease*, 2004, 1(1):1–9.
371. Kolbe-Alexander TL, Lambert EV, Charlton KE. Effectiveness of a community based low intensity exercise program for older adults. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 2006, 10:21–29.
372. Li IC. The effectiveness of a health promotion programme for the low-income elderly in Taipei, Taiwan. *Journal of Community Health*, 2004, 29(6):511–525.
373. Martel GF et al. Strength training normalizes resting blood pressure in 65- to 73-year-old men and women with high normal blood pressure. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1999, 47:1215–1221.
374. Miszko TA et al. Effect of strength and power training on physical function in community-dwelling older adults. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 2003, 58:171–175.
375. Munro JF et al. Cost-effectiveness of a community based exercise programme in over 65 year olds: cluster randomised trial. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2004, 58:1004–1010.
376. Nelson ME et al. The effects of multidimensional home-based exercise on functional performance in elderly people. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 2004, 59:154–160.
377. Ourania M et al. Effects of a physical activity program. The study of selected physical abilities among elderly women. *Journal of Gerontological Nursing*, 2003, 29:50–55.
378. Phelan EA et al. Outcomes of a community-based dissemination of the health enhancement program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2002, 50:1519–1524.
379. Schaller KJ. Tai Chi Chih: an exercise option for older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 1996, 22:12–17.
380. Shin Y. The effects of a walking exercise program on physical function and emotional state of elderly Korean women. *Public Health Nursing*, 1999, 16:146–154.
381. Smith LT et al. Qualitative assessment of participant utilization and satisfaction with the Seattle Senior Farmers' Market Nutrition Pilot Program. *Preventing Chronic Disease*, 2004, 1(1):A06.

382. Stewart AL et al. Physical activity outcomes of CHAMPS II: a physical activity promotion program for older adults. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 2001, 56:M465–M470.
383. Wilcox S et al. Results of the first year of active for life: translation of 2 evidence-based physical activity programs for older adults into community settings. *American Journal of Public Health*, 2006, 96(7):1201–1209.
384. Campbell MK et al. Fruit and vegetable consumption and prevention of cancer: the Black Churches United for Better Health project. *American Journal of Public Health*, 1999, 89(9):1390–1396.
385. Campbell MK et al. Improving multiple behaviors for colorectal cancer prevention among African American church members. *Health Psychology*, 2004, 23(5):492–502.
386. Campbell MK et al. The North Carolina Black Churches United for Better Health Project: intervention and process evaluation. *Health Education & Behavior*, 2000, 27(2):241–253.
387. Campbell MK et al. Stages of change and psychosocial correlates of fruit and vegetable consumption among rural African-American church members. *American Journal of Health Promotion*, 1998, 12(3):185–191.
388. Fitzgibbon ML et al. Results of a faith-based weight loss intervention for black women. *Journal of the National Medical Association*, 2005, 97(10):1393–1402.
389. Kennedy BM et al. A pilot church-based weight loss program for African-American adults using church members as health educators: a comparison of individual and group intervention. *Ethnicity & Disease*, 2005, 15(3):373–378.
390. Resnicow K et al. Body and Soul. A dietary intervention conducted through African-American churches. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, 27(2):97–105.
391. Resnicow K et al. Results of the healthy body healthy spirit trial. *Health Psychology*, 2005, 24(4):339–348.
392. Resnicow K et al. A motivational interviewing intervention to increase fruit and vegetable intake through Black churches: results of the Eat for Life trial. *American Journal of Public Health*, 2001, 91(10):1686–1693.
393. Samuel-Hodge CD et al. A church-based diabetes self-management education program for African Americans with type 2 diabetes. *Preventing Chronic Disease*, 2006, 3(3):A93.
394. Simmons D et al. Tale of two churches: differential impact of a church-based diabetes control programme among Pacific Islands people in New Zealand. *Diabetic Medicine*, 2004, 21(2):122–128.
395. Wilcox S et al. Increasing physical activity among church members: community-based participatory research. *American Journal of Preventive Medicine*, 2007, 32(2):131–138.
396. Yanek LR et al. Project Joy: Faith based cardiovascular health promotion for African American women. *Public Health Report*, 2001, 116(Suppl. 1):68–81.





