



ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ

Βρυξέλλες, xxx  
COM(2005) yyy τελικό

## ΠΡΑΣΙΝΗ ΒΙΒΛΟΣ

**«Πρώθηση της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης: μια ευρωπαϊκή διάσταση για την πρόληψη του υπερβολικού βάρους, της παχυσαρκίας και των χρόνιων παθήσεων»**

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΑΣΙΝΗ ΒΙΒΛΟΣ «Προώθηση της υγιεινής και της σωματικής άσκησης: μια ευρωπαϊκή διάσταση για την πρόληψη του υπερβολικού βάρους, της παχυσαρκίας και των χρόνιων παθήσεων»

I.	Κατάσταση προόδου σε ευρωπαϊκό επίπεδο .....	4
II.	Υγεία και πλούτος.....	5
III.	Η διαδικασία διαβούλευσης.....	6
IV.	Δομές και μέσα σε κοινοτικό επίπεδο.....	7
IV.1.	Ευρωπαϊκή πλατφόρμα δράσης για τη διατροφή, τη σωματική άσκηση και την υγεία.....	7
IV.2.	Ευρωπαϊκό Δίκτυο για τη Διατροφή και τη Σωματική Άσκηση.....	8
IV.3.	Η υγεία στο πλαίσιο των πολιτικών της ΕΕ.....	8
IV.4.	Το πρόγραμμα δράσης για τη δημόσια υγεία.....	9
IV.5.	Ευρωπαϊκή Αρχή για την Ασφάλεια των Τροφίμων (EAAT).....	9
V.	Τομείς δράσης.....	10
V.1.	Ενημέρωση καταναλωτών, διαφήμιση και μάρκετινγκ.....	10
V.2.	Εκπαίδευση των καταναλωτών .....	11
V.3.	Έμφαση στα παιδιά και τους νέους.....	11
V.4.	Διαθεσιμότητα τροφίμων, σωματική άσκηση και εκπαίδευση σχετικά με την υγεία στο χώρο εργασίας.....	12
V.5.	Ανάπτυξη της πρόληψης και της θεραπείας του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας στο πλαίσιο των υγειονομικών υπηρεσιών .....	13
V.6.	Αντιμετώπιση του περιβάλλοντος που προκαλεί παχυσαρκία .....	13
V.7.	Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες .....	13
V.8.	Ενθάρρυνση μίας ενοποιημένης και ολοκληρωμένης προσέγγισης για την προώθηση της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης.....	14
V.9.	Συστάσεις για την πρόσληψη θρεπτικών ουσιών και την ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών για τη διατροφή με βάση τα τρόφιμα .....	14
V.10.	Συνεργασία εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	15
V.11.	Άλλα θέματα .....	16
VI.	Επόμενα βήματα .....	16

Παράρτημα 1: Figures and Tables

Παράρτημα 2: Relationship between diet, physical activity and health

## Παράρτημα 3: References

## ΠΡΑΣΙΝΗ ΒΙΒΛΟΣ

### «Προώθηση της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης: μια ευρωπαϊκή διάσταση για την πρόληψη του υπερβολικού βάρους, της παχυσαρκίας και των χρόνιων παθήσεων»

#### I. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΡΟΟΔΟΥ ΣΕ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

- I.1. Η ανθυγιεινή διατροφή και η έλλειψη σωματικής άσκησης είναι οι κύριες αιτίες παθήσεων που μπορούν να αποφευχθούν και πρόωρων θανάτων στην Ευρώπη, και η αυξανόμενη επικράτηση της παχυσαρκίας σε ολόκληρη την Ευρώπη αποτελεί σημαντικό παράγοντα ανησυχίας για τη δημόσια υγεία (βλ. παράρτημα 2 για τις βασικές πληροφορίες).
- I.2. Το Συμβούλιο κάλεσε την Επιτροπή να συμβάλει στην προώθηση υγιών τρόπων ζωής<sup>(i)1</sup> και να εξετάσει τρόπους για την προώθηση της καλύτερης διατροφής εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εφόσον κριθεί απαραίτητο με την υποβολή των κατάλληλων προτάσεων προς αυτή την κατεύθυνση<sup>2</sup>. Το Συμβούλιο επίσης κάλεσε τα κράτη μέλη και την Επιτροπή να δρομολογήσουν και να εφαρμόσουν πρωτοβουλίες με σκοπό την προώθηση της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης<sup>3</sup>.
- I.3. Η Κοινότητα διαθέτει σαφή αρμοδιότητα στον εν λόγω τομέα: το άρθρο 152 της Συνθήκης προβλέπει ότι, κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Κοινότητας, πρέπει να εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου. Αρκετοί τομείς της κοινοτικής πολιτικής αφορούν τη διατροφή και τη σωματική άσκηση, και το Συμβούλιο επιβεβαίωσε την ανάγκη να ενταχθεί η διατροφή και η σωματική άσκηση στο πλαίσιο των σχετικών πολιτικών σε ευρωπαϊκό επίπεδο<sup>4</sup>.
- I.4. Η δράση σε εθνικό επίπεδο μπορεί να συμπληρωθεί εποικοδομητικά σε κοινοτικό επίπεδο. Χωρίς να περιορίζεται το πεδίο των δράσεων που ίσως επιθυμούν να δρομολογήσουν τα κράτη μέλη, η κοινοτική δράση μπορεί να αξιοποιήσει συνέργειες και οικονομίες κλίμακας, να διευκολύνει τη δράση σε ολόκληρη την Ευρώπη, να συγκεντρώσει πόρους, να διαδώσει καλές πρακτικές και, κατά συνέπεια, να συμβάλει στο συνολικό αντίκτυπο των πρωτοβουλιών των κρατών μελών.
- I.5. Το Συμβούλιο τόνισε ότι ο χαρακτήρας της επιδημίας παχυσαρκίας που οφείλεται σε πολλαπλά αίτια απαιτεί προσεγγίσεις στις οποίες εμπλέκονται πολλαπλοί ενδιαφερόμενοι φορείς<sup>5</sup> -και η ευρωπαϊκή πλατφόρμα δράσης για τη διατροφή, τη σωματική άσκηση και την υγεία (βλ. τμήμα IV.1) αποτελεί εξέχον παράδειγμα- καθώς και δράση σε τοπικό, περιφερειακό, εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο<sup>6</sup>. Το Συμβούλιο επίσης επικρότησε την πρόθεση της Επιτροπής να υποβάλει την παρούσα Πράσινη

---

<sup>(i)</sup> Οι παραπομπές παρατίθενται στο Παράρτημα 3 στο τέλος του παρόντος εγγράφου.

Βίβλο και να παρουσιάσει το 2006 τα αποτελέσματα της δημόσιας διαβούλευσης που εγκαινιάστηκε με την Πράσινη Βίβλο<sup>7</sup>.

- I.6. Η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή τόνισε ότι η δράση σε κοινοτικό επίπεδο μπορεί να ενισχύσει τον αντίκτυπο των πρωτοβουλιών που εφαρμόζουν οι εθνικές αρχές, ο ιδιωτικός τομέας και οι ΜΚΟ<sup>8</sup>.
- I.7. Ορισμένα κράτη μέλη ήδη εφαρμόζουν εθνικές στρατηγικές ή σχέδια δράσης στον κλάδο της διατροφής, της σωματικής άσκησης και της υγείας<sup>9</sup>. Η κοινοτική δράση μπορεί να υποστηρίξει και να συμπληρώσει τις εν λόγω δραστηριότητες, να προωθήσει τον συντονισμό τους, καθώς και να συμβάλει στον προσδιορισμό και στη διάδοση των ορθών πρακτικών προκειμένου οι υπόλοιπες χώρες να επωφεληθούν από την κτηθείσα εμπειρία.

## II. ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΛΟΥΤΟΣ

- II.1. Πέρα από τον ανθρώπινο πόνο που προκαλεί, ιδιαίτερη σημασία έχουν οι οικονομικές συνέπειες της αυξανόμενης συχνότητας της παχυσαρκίας. Σύμφωνα με εκτιμήσεις στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η παχυσαρκία απορροφά ποσοστό μέχρι και 7% των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης<sup>10</sup>, και το εν λόγω ποσό θα αυξηθεί περαιτέρω λόγω των αυξανόμενων τάσεων παχυσαρκίας. Παρά το γεγονός ότι δεν διατίθενται λεπτομερή στοιχεία για όλα τα κράτη της ΕΕ, οι μελέτες τονίζουν το υψηλό οικονομικό κόστος της παχυσαρκίας: σύμφωνα με τις εκτιμήσεις που περιλαμβάνονται σε έκθεση που εκπόνησε η Εθνική Υπηρεσία Οικονομικού Ελέγχου του Ηνωμένου Βασιλείου το 2001, η παχυσαρκία στην Αγγλία από μόνη της είχε προκάλεσε 18 εκατ. ημέρες απουσιών λόγω ασθένειας και 30.000 πρόωρους θανάτους, που αντιστοιχούν σε ετήσια άμεση δαπάνη υγειονομικής περίθαλψης ύψους τουλάχιστον 500 εκατ. GBP. Το γενικότερο κόστος για την οικονομία, που περιλαμβάνει τη χαμηλότερη παραγωγικότητα και τη χαμένη παραγωγή, σύμφωνα με εκτιμήσεις ανέρχονται σε επιπλέον 2 δις. GBP ετησίως<sup>11</sup>. Η έκθεση του Υπουργού Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου για το 2004 σχετικά με τον αντίκτυπο της σωματικής άσκησης και τη σχέση της με την υγεία εκτιμά ότι το κόστος της έλλειψης σωματικής άσκησης ανέρχεται σε 8,2 δις. GBP ετησίως (συμπεριλαμβανομένων των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και του γενικότερου κόστους για την οικονομία, όπως π.χ. οι ημέρες απουσίας από την εργασία)<sup>12</sup>. Στην Ιρλανδία, το άμεσο κόστος της φροντίδας για την παχυσαρκία εκτιμάται σε περίπου 70 εκατ. ευρώ το 2002<sup>13</sup>. Στις ΗΠΑ, η υπηρεσία CDC εκτίμησε ότι οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης που συνδέονται με την παχυσαρκία ανέρχονται σε 75 δις. \$<sup>14</sup>. Σε ατομικό επίπεδο, σύμφωνα με τις μελέτες ο μέσος παχύσαρκος ενήλικας στις Ηνωμένες Πολιτείες προκαλεί ετήσιες ιατροφαρμακευτικές δαπάνες υψηλότερες κατά 37% από τις δαπάνες ενός μέσου ατόμου φυσιολογικού βάρους<sup>15</sup>. Οι εν λόγω άμεσες δαπάνες δεν λαμβάνουν υπόψη τη μειωμένη παραγωγικότητα λόγω ανικανότητας και πρόωρης θνησιμότητας.
- II.2. Ανάλυση του σουηδικού ινστιτούτου δημόσιας υγείας καταλήγει ότι στην ΕΕ το 4,5% των αναπροσαρμοσμένων ετών ζωής λόγω ανικανότητας (AEZA) χάνονται λόγω φτώχειας διατροφής, με επιπρόσθετα ποσοστά 3,7% και 1,4% λόγω παχυσαρκίας και έλλειψης σωματικής άσκησης – ποσοστά που ανέρχονται συνολικά σε 9,6%, σε σχέση με το 9% λόγω καπνίσματος<sup>16</sup>.

- II.3. Πρόσφατη έκθεση του Ινστιτούτου Δημόσιας Υγείας και Περιβάλλοντος των Κάτω Χωρών (RIVM), ανέλυσε την μη ευνοϊκή διατροφική σύνθεση και την απώλεια της υγείας. Ένα από τα συμπεράσματα είναι ότι η υπερβολική πρόσληψη του «λανθασμένου» είδους λιπαρών, όπως τα κορεσμένα και τα τρανς-λιπαρά οξέα, αυξάνει τις πιθανότητες ανάπτυξης καρδιαγγειακών παθήσεων κατά 25%, ενώ η κατανάλωση ψαριών μία ή δύο φορές την εβδομάδα μειώνει τον εν λόγω κίνδυνο κατά 25%. Στις Κάτω Χώρες, κάθε χρόνο 38.000 περιπτώσεις καρδιαγγειακών παθήσεων σε ενηλίκους ηλικίας άνω των 20 ετών μπορεί να αποδοθεί σε ακατάλληλη διατροφή<sup>17</sup>.
- II.4. Συνεπώς, η αντιμετώπιση του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας δεν είναι σημαντική μόνον σε σχέση με τη δημόσια υγεία, αλλά επίσης θα μειώσει τις μακροπρόθεσμες δαπάνες των υγειονομικών υπηρεσιών και θα σταθεροποιήσει τις οικονομίες προσφέροντας τη δυνατότητα στους πολίτες να ζουν παραγωγικές ζωές μέχρι τα βαθιά τους γεράματα. Η παρούσα Πράσινη Βίβλος πρόκειται να διαπιστώσει εάν, συμπληρώνοντας τις δραστηριότητες των κρατών μελών, η δράση σε κοινοτικό επίπεδο μπορεί να συμβάλλει στη μείωση των κινδύνων για την υγεία, στον περιορισμό των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και στη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας των οικονομιών των κρατών μελών.

### III. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΔΙΑΒΟΥΛΕΥΣΗΣ

- III.1. Σύμφωνα με τις εξαγγελίες στο πλαίσιο της ανακοίνωσης «Καλύτερη υγεία, μεγαλύτερη ασφάλεια και περισσότερη εμπιστοσύνη για τους πολίτες: Μία στρατηγική για την υγεία και την προστασία των καταναλωτών»<sup>18</sup>, η Επιτροπή καταρτίζει σειρά κοινοτικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση των σημαντικότερων καθοριστικών παραγόντων για την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της διατροφής και της παχυσαρκίας. Σε αυτό το πλαίσιο, η παρούσα Πράσινη Βίβλος στοχεύει στη δρομολόγηση μίας ευρύτερης διαδικασίας διαβούλευσης και στην έναρξη εμπεριστατωμένης δημόσιας συζήτησης, με τη συμμετοχή των θεσμικών οργάνων της ΕΕ, των κρατών μελών και της κοινωνίας των πολιτών, με σκοπό τον προσδιορισμό της πιθανής συνεισφοράς σε κοινοτικό επίπεδο για την προώθηση της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης.
- III.2. Η Επιτροπή καλεί όλες τις ενδιαφερόμενες οργανώσεις να υποβάλουν απαντήσεις για τα θέματα που τίθενται στο πλαίσιο της παρούσας Πράσινης Βίβλου, το αργότερο μέχρι τις 15 Μαρτίου 2006, στην ακόλουθη διεύθυνση (κατά προτίμηση με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο):

European Commission  
Directorate-General Health and Consumer Protection  
Unit C4 – Health Determinants  
E-mail: [SANCO-C4-NUTRITIONGREENPAPER@cec.eu.int](mailto:SANCO-C4-NUTRITIONGREENPAPER@cec.eu.int)  
Postal address: L-2920 Luxembourg  
Fax: (+ 352) 4301.34975

Οι απαντήσεις αυτές δεν πρέπει να είναι επιστημονικά έγγραφα, αλλά συγκεκριμένες προτάσεις βάσει τεκμηριωμένων στοιχείων για τη χάραξη πολιτικής κυρίως σε επίπεδο ΕΕ. Συγκεκριμένα, αναμένονται απαντήσεις από οικονομικούς φορείς στο πλαίσιο του συγκεκριμένου τομέα ενδιαφέροντός τους (π.χ. διαφήμιση και μάρκετινγκ,

επισήμανση ...), από ενώσεις πασχόντων και ΜΚΟ του κλάδου της υγείας και της προστασίας των καταναλωτών.

- III.3. Εκτός εάν οι ενδιαφερόμενοι δηλώσουν ότι δεν συναινούν, οι υπηρεσίες της Επιτροπής θα θεωρήσουν ότι αυτοί δεν αντιτίθενται στη δημοσίευση ολόκληρων ή τμημάτων των απαντήσεών τους στον ιστοχώρο της Επιτροπής και/ή στην αναφορά τους στο πλαίσιο εκθέσεων με την ανάλυση των αποτελεσμάτων της διαδικασίας διαβούλευσης<sup>19</sup>.
- III.4. Λαμβάνοντας υπόψη τη φύση των ασθενειών που εξαρτάται από πολλαπλούς παράγοντες και η οποία συνδέεται με συνήθειες ανθυγιεινής διατροφής και έλλειψης σωματικής άσκησης, καθώς και την ανταπόκριση από πολλούς ενδιαφερόμενους που απαιτείται για την αντιμετώπισή τους, η παρούσα Πράσινη Βίβλος περιλαμβάνει ορισμένα θέματα που υπάγονται κυρίως στην αρμοδιότητα των κρατών μελών της ΕΕ (π.χ. εκπαίδευση, πολεοδομία)· συν τοις άλλοις, πρέπει να συμβάλει στον προσδιορισμό των πεδίων όπου η ΕΕ θα μπορούσε να παράσχει προστιθέμενη αξία π.χ. με την υποστήριξη της δικτύωσης μεταξύ των συντελεστών και με τη διάδοση των ορθών πρακτικών.

#### **IV. ΛΟΜΕΣ ΚΑΙ ΜΕΣΑ ΣΕ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**

##### **IV.1. Ευρωπαϊκή πλατφόρμα δράσης για τη διατροφή, τη σωματική άσκηση και την υγεία**

- IV.1.1. Προκειμένου να εδραιωθεί ένα κοινό φόρουμ δράσης, το Μάρτιο του 2005 δρομολογήθηκε η ευρωπαϊκή πλατφόρμα δράσης για τη διατροφή, τη σωματική άσκηση και την υγεία. Η πλατφόρμα συγκεντρώνει όλους τους ενδιαφερόμενους συντελεστές που δραστηριοποιούνται σε ευρωπαϊκό επίπεδο και οι οποίοι είναι πρόθυμοι να αναλάβουν δεσμευτικές και επαληθεύσιμες δεσμεύσεις με σκοπό την ανάσχεση και την ανατροπή των τωρινών τάσεων υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας. Στόχος της πλατφόρμας είναι να λειτουργήσει ως καταλύτης για την εθελοντική δράση σε ολόκληρη την ΕΕ από τις επιχειρήσεις, την κοινωνία των πολιτών και το δημόσιο τομέα. Η πλατφόρμα περιλαμβάνει τους βασικούς εκπροσώπους σε επίπεδο ΕΕ από τους τομείς των τροφίμων, της λιανικής πώλησης, των υπηρεσιών εστίασης, της διαφήμισης, των οργανώσεων καταναλωτών και των ΜΚΟ του τομέα της υγείας.
- IV.1.2. Η πλατφόρμα πρόκειται να παράσχει παράδειγμα συντονισμένης αλλά αυτόνομης δράσης από διάφορα μέρη της κοινωνίας. Προορίζεται να ενθαρρύνει άλλες πρωτοβουλίες σε εθνικό, περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο, και να συνεργαστεί με ανάλογους φορείς σε εθνικό επίπεδο. Παράλληλα, η πλατφόρμα μπορεί να συμβάλει στην ενσωμάτωση των λύσεων για το πρόβλημα της παχυσαρκίας σε μια ευρεία σειρά πολιτικών της ΕΕ. Η Επιτροπή θεωρεί την πλατφόρμα ως το πλέον υποσχόμενο μέσο μη νομοθετικής δράσης, καθώς κατέχει μοναδική θέση για την οικοδόμηση εμπιστοσύνης μεταξύ των κύριων συντελεστών. Τα πρώτα αποτελέσματα των δράσεων της πλατφόρμας είναι ενθαρρυντικά: η συμμετοχή των άλλων κοινοτικών πολιτικών είναι ισχυρή, τα μέλη της πλατφόρμας προβλέπουν γενικότερες δεσμεύσεις για το 2006 και μία κοινή συνεδρίαση με τους φορείς των ΗΠΑ θα συμβάλει στην ανταλλαγή ορθών πρακτικών. Επιπλέον, οι υπουργοί αθλητισμού συμφώνησαν να

παράσχουν υποστήριξη στην πλατφόρμα. Μια πρώτη αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της πλατφόρμας θα πραγματοποιηθεί στα μέσα του 2006<sup>20</sup>.

## **IV.2. Ευρωπαϊκό Δίκτυο για τη Διατροφή και τη Σωματική Άσκηση**

IV.2.1. Οι υπηρεσίες της Επιτροπής το 2003 συγκρότησαν δίκτυο για τη διατροφή και τη σωματική άσκηση, αποτελούμενο από εμπειρογνώμονες από τα κράτη μέλη, την ΠΟΥ και τις ΜΚΟ από τους τομείς των καταναλωτών και της υγείας, με σκοπό την καθοδήγηση της Επιτροπής κατά την ανάπτυξη κοινοτικών δραστηριοτήτων για τη βελτίωση της διατροφής, τη μείωση και τη πρόληψη ασθενειών που συνδέονται με τη διατροφή, την προώθηση της σωματικής άσκησης και την καταπολέμηση του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας. Το δίκτυο θα συμμετέχει ενεργά στην ανάλυση της ανατροφοδότησης για την παρούσα Πράσινη Βίβλο.

## **IV.3. Η υγεία στο πλαίσιο των πολιτικών της ΕΕ**

IV.3.1. Η πρόληψη του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας συνεπάγεται μία ολοκληρωμένη προσέγγιση για την ενθάρρυνση της υγείας, μία προσέγγιση που συνδυάζει την προώθηση των υγιών τρόπων ζωής με ενέργειες που στοχεύουν στην αντιμετώπιση των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων και του φυσικού περιβάλλοντος, με δέσμευση για την επίδιωξη των στόχων για την υγεία μέσω άλλων κοινοτικών πολιτικών. Μία προσέγγιση αυτού του είδους ενδέχεται να απαιτεί κάλυψη από αρκετές κοινοτικές πολιτικές (π.χ. γεωργία, αλιεία, εκπαίδευση, αθλητισμός, καταναλωτές, επιχειρήσεις, έρευνα, κοινωνικές υποθέσεις, εσωτερική αγορά, περιβάλλον και οπτικοακουστικός τομέας), καθώς και τη δραστήρια υποστήριξή τους.

IV.3.2. Σε επίπεδο Επιτροπής, λειτουργούν σήμερα αρκετοί μηχανισμοί που σκοπό έχουν να εξασφαλίσουν ότι η υγεία λαμβάνεται υπόψη σε άλλους τομείς κοινοτικής πολιτικής:

- σε ό,τι αφορά τις κύριες προτάσεις πολιτικής από άλλες υπηρεσίες της Επιτροπής, ζητείται συστηματικά η γνώμη της Γενικής Διεύθυνση Υγείας και Προστασίας των Καταναλωτών·
- η διυπηρεσιακή ομάδα για την υγεία συζητά θέματα που αφορούν την υγεία με όλες τις αρμόδιες υπηρεσίες της Επιτροπής·
- η διαδικασία της Επιτροπής για την αξιολόγηση του αντίκτυπου, που θεσπίστηκε ως εργαλείο για τη βελτίωση της ποιότητας και της συνεκτικότητας της διαδικασίας χάραξης πολιτικής και που περιλαμβάνει την αξιολόγηση του αντίκτυπου για την υγεία.

Οι ερωτήσεις για τις οποίες η Επιτροπή ζητά συμβολές περιλαμβάνουν τις εξής:

- Ποιες είναι οι συγκεκριμένες συμβολές που πρέπει να προσφέρουν οι κοινοτικές πολιτικές, εφόσον υφίστανται, για την προώθηση της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης, καθώς και για τη δημιουργία περιβαλλόντων που καθιστούν τις υγιεινές επιλογές εύκολες επιλογές;
- Ποια είναι τα είδη των κοινοτικών ή εθνικών μέτρων που μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση της ελκυστικότητας, της διαθεσιμότητας, της δυνατότητας πρόσβασης και της οικονομικής προσιτότητας των φρούτων



και των λαχανικών;

- Σε ποιους τομείς που αφορούν τη διατροφή, τη σωματική άσκηση, την ανάπτυξη εργαλείων για την ανάλυση σχετικών διαταραχών, καθώς και τη συμπεριφορά των καταναλωτών, απαιτείται περισσότερη έρευνα;

#### **IV.4. Το πρόγραμμα δράσης για τη δημόσια υγεία**

IV.4.1. Η σημασία της διατροφής, της σωματικής άσκησης και της παχυσαρκίας αντικατοπτρίζεται στο πρόγραμμα δράσης για τη δημόσια υγεία<sup>21</sup> και στα ετήσια σχέδια εργασίας του. Στο πλαίσιο της ενημέρωσης για την υγεία, το πρόγραμμα υποστηρίζει δραστηριότητες που στοχεύουν στη συλλογή πιο συγκεκριμένων δεδομένων για την επιδημιολογία της παχυσαρκίας, καθώς και για θέματα συμπεριφοράς<sup>22</sup>. Το πρόγραμμα καθιερώνει συγκρίσιμη σειρά δεικτών για την κατάσταση της υγείας, που περιλαμβάνει τους τομείς της λήψης μέσω της διατροφής, της σωματικής άσκησης και της παχυσαρκίας.

IV.4.2. Στο πλαίσιο των καθοριστικών παραγόντων για την υγεία, το πρόγραμμα υποστηρίζει πανευρωπαϊκά σχέδια με στόχο την προώθηση υγιεινών συνηθειών διατροφής και της σωματικής άσκησης, συμπεριλαμβανομένων των διατομεακών και των ολοκληρωτικών προσεγγίσεων που ενθαρρύνουν την ενοποίηση των προσεγγίσεων για τους τρόπους ζωής, που ενοποιούν τα περιβαλλοντικά και τα κοινωνικοοικονομικά θέματα, που εστιάζονται σε βασικές ομάδες στόχους και βασικούς καθοριστικούς παράγοντες και συνδέουν τις εργασίες για διάφορους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας<sup>23</sup>.

IV.4.3. Η πρόταση της Επιτροπής για ένα νέο πρόγραμμα υγείας και προστασίας των καταναλωτών<sup>24</sup> εστιάζεται ιδιαίτερα στην προώθηση και πρόληψη, μεταξύ άλλων και στον τομέα της διατροφής και της σωματικής άσκησης, και προβλέπει μια νέα πτυχή δραστηριοποίησης για την πρόληψη συγκεκριμένων ασθενειών.

Οι ερωτήσεις για τις οποίες η Επιτροπή ζητά συμβολές περιλαμβάνουν τις εξής:

- Πως μπορεί να βελτιωθεί η διαθεσιμότητα και η συγκρισιμότητα των δεδομένων για την παχυσαρκία, συγκεκριμένα με σκοπό τον καθορισμό της ακριβούς γεωγραφικής και κοινωνικοοικονομικής κατανομής αυτής της πάθησης;
- Πως μπορεί να συμβάλει το πρόγραμμα στην αύξηση της ευαισθητοποίησης σχετικά με τις δυνατότητες συμβολής των υγιεινών συνηθειών διατροφής και της σωματικής άσκησης στη μείωση του κινδύνου για χρόνιες ασθένειες για τους αρμόδιους για τη λήψη αποφάσεων, τους επαγγελματίες του κλάδου της υγείας, τα μέσα ενημέρωσης και το ευρύτερο κοινό;
- Ποια είναι τα καταλληλότερα κανάλια διάδοσης των υφιστάμενων στοιχείων;

#### **IV.5. Ευρωπαϊκή Αρχή για την Ασφάλεια των Τροφίμων (EAAT)**

IV.5.1. Η Ευρωπαϊκή Αρχή για την Ασφάλεια των Τροφίμων μπορεί να συνεισφέρει ουσιαστικά στις υποστηρικτικές προτεινόμενες δράσεις για τη διατροφή (π.χ. για τις

συνιστώμενες προσλήψεις θρεπτικών ουσιών, ή για τις στρατηγικές επικοινωνίας που προορίζονται για τους επαγγελματίες του κλάδου της υγείας, τους υπεύθυνους της διατροφικής αλυσίδας και το ευρύ κοινό σχετικά με τον αντίκτυπο της διατροφής στην υγεία) με επιστημονικές συμβουλές και στήριξη (σε ό,τι αφορά το ρόλο της ΕΑΑΤ στη θέσπιση των κατευθυντήριων γραμμών για τη διατροφή βάσει των τροφίμων, βλ. τμήμα V.9 παρακάτω).

## V. ΤΟΜΕΙΣ ΔΡΑΣΗΣ

### V.1. Ενημέρωση καταναλωτών, διαφήμιση και μάρκετινγκ

V.1.1. Η πολιτική για τους καταναλωτές στόχο έχει να παράσχει στα άτομα τη δυνατότητα να προβαίνουν σε ενημερωμένες επιλογές σχετικά με τη διατροφή τους. Οι πληροφορίες για το θρεπτικό περιεχόμενο των προϊόντων είναι σημαντικό στοιχείο από αυτήν την άποψη. Οι σαφείς και συνεπείς διατροφικές πληροφορίες για τα τρόφιμα μπορούν, παράλληλα με τη σχετική «εκπαίδευση» των καταναλωτών, μπορούν να λειτουργήσουν ως θεμέλιο για μια ενημερωμένη επιλογή διατροφής. Σε σχέση με αυτόν τον στόχο, η Επιτροπή υπέβαλε πρόταση κανονισμού για την εναρμόνιση των διατάξεων σχετικά με τους ισχυρισμούς για τις θρεπτικές και υγιεινές ιδιότητες που διατυπώνονται για τρόφιμα<sup>25</sup>. Η εν λόγω πρόταση περιλαμβάνει την αρχή του καθορισμού διατροφικών περιγραμμάτων, με σκοπό να αποφευχθούν οι ισχυρισμοί για ορισμένα τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε ορισμένες θρεπτικές ουσίες (όπως το αλάτι, το λίπος, τα κορεσμένα λίπη και τα σάκχαρα) ότι ενδέχεται να είναι ωφέλιμα για τη διατροφή ή την υγεία. Η Επιτροπή επίσης εξετάζει τροποποιήσεις των ισχυουσών ρυθμίσεων για την επισήμανση των τροφίμων.

V.1.2. Σε ό,τι αφορά τη διαφήμιση και το μάρκετινγκ, πρέπει να εξασφαλιστεί ότι οι καταναλωτές δεν παραπλανώνται και ιδίως ότι δεν υπάρχει εκμετάλλευση της ευπιστίας των ευάλωτων καταναλωτών και, ιδιαίτερα των παιδιών, που συν τοις άλλοις δεν έχουν εξοικείωση με τα μέσα ενημέρωσης. Αυτό αφορά συγκεκριμένα τη διαφήμιση τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα λίπους, αλατιού και σακχάρων, όπως τα πρόχειρα εδέσματα υψηλής ενεργειακής πυκνότητας και τα ζακχαρούχα αναψυκτικά, καθώς και η εμπορική προώθηση των λόγω προϊόντων στα σχολεία<sup>26</sup>. Η αυτορρύθμιση της βιομηχανίας θα μπορούσε να αποτελέσει το μέσο επιλογής στον εν λόγω κλάδο καθώς προσφέρει αρκετά πλεονεκτήματα σε σχέση με τη νομοθετική ρύθμιση σε ό,τι αφορά την ταχύτητα και την ευελιξία. Ωστόσο, θα πρέπει να εξεταστούν και άλλες εναλλακτικές λύσεις εφόσον η αυτορρύθμιση δεν παρουσιάσει ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Οι ερωτήσεις για τις οποίες η Επιτροπή ζητά συμβολές περιλαμβάνουν τις εξής:

- Κατά την παροχή πληροφοριών στον καταναλωτή σχετικά με τις θρεπτικές ιδιότητες, ποια είναι τα κύρια θρεπτικά συστατικά και οι κατηγορίες προϊόντων που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και για ποιο λόγο;
- Ποιο είναι το απαιτούμενο είδος εκπαίδευσης προκειμένου να κατανοήσουν πλήρως οι καταναλωτές τις πληροφορίες που περιλαμβάνουν οι ετικέτες τροφίμων και ποιος πρέπει να την παράσχει;

- Αποτελούν οι εθελοντικοί κωδικοί («αυτορρύθμιση») κατάλληλο μέσο για τον περιορισμό της διαφήμισης και της εμπορικής προώθησης τροφίμων υψηλής ενεργειακής πυκνότητας και χαμηλής περιεκτικότητας σε μακροθρεπτικές ύλες; Ποιες θα ήταν οι εναλλακτικές λύσεις προς εξέταση σε περίπτωση αποτυχίας της αυτορρύθμισης;
- Πως συντελείται ο καθορισμός, η εφαρμογή και η παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας της αυτορρύθμισης; Ποια είναι τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν προκειμένου να εξασφαλιστεί η μη εκμετάλλευση της ευπιστίας των ευάλωτων καταναλωτών που συν τοις άλλοις δεν έχουν εξοικείωση με τα μέσα ενημέρωσης, μέσω των δραστηριοτήτων διαφήμισης, μάρκετινγκ και προώθησης;

## V.2. Εκπαίδευση των καταναλωτών

- V.2.1. Η βελτίωση των γνώσεων του κοινού για τη σχέση μεταξύ διατροφής και υγείας, την πρόσληψη ενέργειας και την απόδοση, τη διατροφή που μειώνει τον κίνδυνο χρόνιων ασθενειών, καθώς και τις υγιεινές επιλογές τροφίμων, αποτελεί προϋπόθεση για την επιτυχία οποιασδήποτε διατροφικής πολιτικής, είτε σε εθνικό είτε σε κοινοτικό επίπεδο. Πρέπει να αναπτυχθούν ολοκληρωμένα, συνεκτικά, απλά και σαφή μηνύματα, τα οποία πρέπει να διαδοθούν μέσω πολλαπλών καναλιών σε μορφές κατάλληλες για τον τοπικό πολιτισμό, την ηλικία και το φύλο. Η εκπαίδευση των καταναλωτών επίσης θα συμβάλλει στην εδραίωση της εξοικείωσης με τα μέσα ενημέρωσης και θα προσφέρει στους καταναλωτές τη δυνατότητα να κατανοήσουν καλύτερα την αναγραφή των θρεπτικών ιδιοτήτων στην επισήμανση.

Οι ερωτήσεις για τις οποίες η Επιτροπή ζητά συμβολές, με σκοπό τον προσδιορισμό των καλών πρακτικών, περιλαμβάνουν τις εξής:

- Με ποιον τρόπο μπορούν καλύτερα οι καταναλωτές να κάνουν συνειδητές επιλογές και να προβαίνουν σε αποτελεσματικές ενέργειες;
- Πως μπορούν να συμβάλλουν οι συμπράξεις δημόσιου – ιδιωτικού τομέα στην εκπαίδευση των καταναλωτών;
- Στον τομέα της διατροφής και της σωματικής άσκησης, ποια πρέπει να είναι τα κύρια μηνύματα προς τους καταναλωτές και με ποιον τρόπο και από ποιον πρέπει να παρέχονται;

## V.3. Έμφαση στα παιδιά και τους νέους

- V.3.1. Οι σημαντικές επιλογές τρόπου ζωής που προκαθορίζουν τους κινδύνους για την υγεία των ενηλίκων πραγματοποιούνται κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία· συνεπώς, η καθοδήγηση των παιδιών προς υγιείς συμπεριφορές είναι ζωτικής σημασίας. Τα σχολεία αποτελούν βασικό ρυθμιστικό παράγοντα για την προαγωγή της υγείας, και μπορούν να συμβάλλουν στην προστασία της υγείας των παιδιών με την προώθηση υγιούς διατροφής και σωματικής άσκησης. Επίσης, υπάρχουν όλο και περισσότερες ενδείξεις ότι η υγιεινή διατροφή συν τοις άλλοις βελτιώνει τη συγκέντρωση και την ικανότητα μάθησης. Επιπλέον, τα σχολεία έχουν τη δυνατότητα να ενθαρρύνουν τα παιδιά να κάνουν καθημερινά σωματική άσκηση<sup>27</sup>. Τα σχετικά μέτρα πρέπει να εξεταστούν στο κατάλληλο επίπεδο.

- V.3.2. Προκειμένου να αποφευχθεί η έκθεση των παιδιών σε αντικρουόμενα μηνύματα, πρέπει να στηριχθούν οι προσπάθειες των γονέων και των σχολείων για την εκπαίδευση σε σχέση με την υγεία από προσπάθειες των μέσων ενημέρωσης τις υγειονομικές υπηρεσίες, την κοινωνία των πολιτών και τους σχετικούς τομείς της βιομηχανίας (θετικά πρότυπα συμπεριφοράς ...), (για το μάρκετινγκ για τα παιδιά, βλ. τμήμα V.1).

Οι ερωτήσεις για τις οποίες η Επιτροπή ζητά συμβολές, με σκοπό τον προσδιορισμό των καλών πρακτικών, περιλαμβάνουν τις εξής:

- Ποια είναι καλά παραδείγματα για τη βελτίωση της θρεπτικής αξίας των σχολικών γευμάτων και με ποιον τρόπο μπορούν οι γονείς να ενημερωθούν για τους τρόπους βελτίωσης της θρεπτικής αξίας των σπιτικών γευμάτων;
- Ποια είναι η καλή πρακτική για την παροχή σωματικής άσκησης στα σχολεία σε τακτική βάση;
- Ποια είναι η καλή πρακτική για την ανάπτυξη υγιεινών επιλογών διατροφής στα σχολεία, ιδίως όσον αφορά την υπερβολική πρόσληψη πρόχειρων εδεσμάτων υψηλής ενεργειακής πυκνότητας και ζαχαρούχων αναψυκτικών;
- Πώς μπορούν τα μέσα ενημέρωσης, οι υγειονομικές υπηρεσίες, η κοινωνία των πολιτών και οι σχετικοί τομείς της βιομηχανίας να στηρίξουν τις προσπάθειες των σχολείων για εκπαίδευση στον τομέα της υγείας; Ποιο ρόλο μπορούν να διαδραματίσουν οι δημόσιες - ιδιωτικές συμπράξεις σχετικά;

#### V.4. Διαθεσιμότητα τροφίμων, σωματική άσκηση και εκπαίδευση σχετικά με την υγεία στο χώρο εργασίας

- V.4.1. Οι χώροι εργασίας αποτελούν περιβάλλον με μεγάλες δυνατότητες για την προώθηση της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης. Οι καντίνες που προσφέρουν υγιεινές επιλογές διατροφής και οι εργοδότες που ενθαρρύνουν περιβάλλοντα που διευκολύνουν τη σωματική άσκηση (π.χ. παροχή εγκαταστάσεων ντους και αποδυτηρίων) μπορούν να συμβάλλουν ουσιαστικά στην προώθηση της υγείας στο χώρο εργασίας.

Οι ερωτήσεις για τις οποίες η Επιτροπή ζητά συμβολές, με σκοπό τον προσδιορισμό των καλών πρακτικών, περιλαμβάνουν τις εξής:

- Με ποιον τρόπο μπορούν οι εργοδότες να προσφέρουν υγιεινές επιλογές στην καντίνα του χώρου εργασίας, καθώς και στη βελτίωση της θρεπτικής αξίας των γευμάτων της καντίνας;
- Ποια μέτρα μπορούν να ενθαρρύνουν και να διευκολύνουν τη σωματική άσκηση κατά τη διάρκεια των διαλειμμάτων, καθώς και κατά τη διαδρομή προς και από την εργασία;

## V.5. Ανάπτυξη της πρόληψης και της θεραπείας του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας στο πλαίσιο των υγειονομικών υπηρεσιών

V.5.1. Οι υγειονομικές υπηρεσίες και οι επαγγελματίες του κλάδου της υγείας διαθέτουν μεγάλες δυνατότητες να βελτιώσουν την κατανόηση των πασχόντων για τις σχέσεις μεταξύ διατροφής, σωματικής άσκησης και υγείας, και για την πρόκληση των απαιτούμενων αλλαγών στον τρόπο ζωής. Οι πάσχοντες μπορούν να δεχθούν σημαντικά ερεθίσματα γι' αυτές τις αλλαγές εφόσον οι επαγγελματίες του κλάδου της υγείας συμπεριλάβουν στο πλαίσιο των τακτικών επαφών τους πρακτικές συμβουλές για τους πάσχοντες και τις οικογένειές τους σχετικά με τα οφέλη της βέλτιστης διατροφής και των αυξημένων επιπέδων σωματικής άσκησης. Συν τοις άλλοις, πρέπει να προβλεφθούν δυνατότητες θεραπείας της παχυσαρκίας<sup>28</sup>.

Οι ερωτήσεις για τις οποίες η Επιτροπή ζητά συμβολές περιλαμβάνουν τις εξής:

- Ποια είναι τα απαιτούμενα μέτρα, και σε ποιο επίπεδο, για την εξασφάλιση της δυναμικότερης ένταξης των παρεμβάσεων για την προώθηση της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης στο πλαίσιο των υγειονομικών υπηρεσιών;

## V.6. Αντιμετώπιση του περιβάλλοντος που προκαλεί παχυσαρκία

V.6.1. Η σωματική άσκηση μπορεί να ενταχθεί στη καθημερινή ρουτίνα (π.χ. περπάτημα ή ποδηλασία αντί της χρήσης μηχανοκίνητων μέσων μεταφοράς για τη μετάβαση στο σχολείο ή την εργασία). Οι πολιτικές μεταφορών και πολεοδομίας μπορούν να εξασφαλίσουν ότι το περπάτημα, η ποδηλασία και άλλες μορφές άσκησης είναι εύκολες και ασφαλείς και καλύπτουν μη μηχανοκίνητους τρόπους μεταφοράς. Η παροχή ασφαλών διαδρομών προς το σχολείο για ποδηλάτες και πεζούς θα μπορούσε να αποτελέσει μέσο για την αντιμετώπιση των ιδιαίτερα ανησυχητικών τάσεων υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας στα παιδιά.

Οι ερωτήσεις για τις οποίες η Επιτροπή ζητά συμβολές περιλαμβάνουν τις εξής:

- Με ποιους τρόπους μπορεί η σωματική άσκηση να ενταχθεί στην καθημερινή ρουτίνα;
- Ποια είναι τα απαιτούμενα μέτρα για την ενθάρρυνση της ανάπτυξης περιβαλλόντων που ευνοούν τη σωματική άσκηση;

## V.7. Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες

V.7.1. Η επιλογή τροφίμων καθορίζεται και από τις ατομικές προτιμήσεις και από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες<sup>29</sup>. Η κοινωνική θέση, το εισόδημα και η εκπαίδευση αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για τη διατροφή και τη σωματική άσκηση. Ορισμένες γειτονιές μπορεί να αποθαρρύνουν τη σωματική άσκηση, να στερούνται εγκαταστάσεις αναψυχής και να επηρεάζουν τους μειονεκτούντες περισσότερο απ' ό,τι τα άτομα που έχουν τα οικονομικά μέσα ή πρόσβαση σε μέσα μεταφοράς. Τα χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης και η μειωμένη πρόσβαση στις σχετικές πληροφορίες μειώνουν τις δυνατότητες για ενημερωμένες επιλογές.

Οι ερωτήσεις για τις οποίες η Επιτροπή ζητά συμβολές περιλαμβάνουν τις

εξής:

- Ποια είναι τα μέτρα, και σε ποιο επίπεδο, για την προώθηση της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης στις ομάδες πληθυσμού και στα νοικοκυριά που ανήκουν σε ορισμένες κοινωνικοοικονομικές κατηγορίες, και ποιοι οι τρόποι να αποκτήσουν οι εν λόγω ομάδες υγιέστερους τρόπους ζωής;
- Ποιος είναι ο τρόπος αντιμετώπισης της «συσσώρευσης ανθυγιεινών συνηθειών» που διαπιστώνεται συχνά σε ορισμένες κοινωνικοοικονομικές ομάδες;

## **V.8. Ενθάρρυνση μίας ενοποιημένης και ολοκληρωμένης προσέγγισης για την προώθηση της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης**

V.8.1. Μία συνεκτική και ολοκληρωμένη προσέγγιση με σκοπό να καταστούν διαθέσιμες, οικονομικά προσιτές και ελκυστικές οι υγιεινές επιλογές, συνεπάγεται την εξέταση του ενδεχομένου της ενσωμάτωσης της διατροφής και της σωματικής άσκησης σε όλες τις σχετικές πολιτικές σε τοπικό, περιφερειακό, εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, τη δημιουργία των απαιτούμενων περιβαλλόντων υποστήριξης, καθώς και την ανάπτυξη και εφαρμογή των κατάλληλων μέσων για την αξιολόγηση του αντίκτυπου άλλων πολιτικών στη διατροφική υγεία και τη σωματική άσκηση<sup>30</sup>.

V.8.2. Ο επιπολασμός χρόνιων νοσημάτων που αφορούν τη διατροφή και τη σωματική άσκηση ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό μεταξύ ανδρών και γυναικών, μεταξύ ηλικιακών ομάδων και μεταξύ κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων. Επιπλέον, οι συνήθειες διατροφής και σωματικής άσκησης είναι συχνά εδραιωμένες στις τοπικές και τις περιφερειακές παραδόσεις. Ως εκ τούτου, οι προσεγγίσεις με σκοπό την προώθηση της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης πρέπει να είναι ευαίσθητες ως προς το φύλο, τις κοινωνικοοικονομικές και τις πολιτισμικές διαφορές, καθώς και να περιλαμβάνουν προοπτική για όλη τη διάρκεια του βίου.

Οι ερωτήσεις για τις οποίες η Επιτροπή ζητά συμβολές περιλαμβάνουν τις εξής:

- Ποια είναι τα σημαντικότερα στοιχεία μιας ενοποιημένης και ολοκληρωμένης προσέγγισης για την προώθηση της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης;
- Ποιος είναι ο ρόλος σε εθνικό και κοινοτικό επίπεδο;

## **V.9. Συστάσεις για την πρόσληψη θρεπτικών ουσιών και την ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών για τη διατροφή με βάση τα τρόφιμα**

V.9.1. Η έκθεση της ΠΟΥ/ ΟΤΓ<sup>31</sup> παρέχει γενικές συστάσεις για την πρόσληψη θρεπτικών ουσιών από τον πληθυσμό και τους στόχους σωματικής άσκησης σε σχέση με την πρόληψη σοβαρών μη μεταδοτικών ασθενειών.

V.9.2. Το σχέδιο Eurodiet<sup>32</sup> πρότεινε ποσοτικούς στόχους για τον πληθυσμό σχετικά με τις θρεπτικές ουσίες και τόνισε την ανάγκη να μεταφραστούν οι εν λόγω στόχοι σε κατευθυντήριες γραμμές διατροφής με βάση τα τρόφιμα (food-based dietary guidelines -FBDG). Οι εν λόγω κατευθυντήριες γραμμές πρέπει να βασίζονται στις συνηθισμένες

διατροφικές συνήθειες και να λαμβάνουν υπόψη τους κοινωνικοοικονομικούς και τους πολιτιστικούς παράγοντες.

- V.9.3. Η Επιτροπή κάλεσε την Ευρωπαϊκή Αρχή για την Ασφάλεια των Τροφίμων (ΕΑΑΤ) να εκσυγχρονίσει τις συμβουλές για την ενέργεια, τις μακροθρεπτικές ύλες και τις διατροφικές ίνες. Στη συνέχεια, η ΕΑΑΤ πρόκειται επίσης να παράσχει συμβουλές για τις τιμές αναφοράς του πληθυσμού για την πρόσληψη μικροϊχνοστοιχείων στη διατροφή και, εφόσον ενδείκνυται, άλλες βασικές ουσίες με διατροφική ή φυσιολογική αξία στο πλαίσιο μιας ισορροπημένης διατροφής. Επιπλέον, η ΕΑΑΤ θα παράσχει συμβουλές σχετικά με το μετασχηματισμό των διατροφικών συμβουλών με βάση τα θρεπτικά συστατικά σε καθοδήγηση για τη συμβολή των διάφορων τροφίμων σε μια συνολική διατροφή, η οποία θα συνέβαλε στη διατήρηση της καλής υγείας μέσω της βέλτιστης διατροφής.

Οι ερωτήσεις για τις οποίες η Επιτροπή ζητά συμβολή περιλαμβάνουν τις εξής:

- Με ποιον τρόπο μπορούν οι κοινωνικές και πολιτιστικές διαφορές και οι διάφορες περιφερειακές και εθνικές διατροφικές συνήθειες να ληφθούν υπόψη στο πλαίσιο των κατευθυντήριων γραμμών διατροφής με βάση τα τρόφιμα σε ευρωπαϊκό επίπεδο;
- Με ποιον τρόπο μπορούν να κλείσουν τα ανοίγματα μεταξύ των προτεινόμενων διατροφικών στόχων και των τάσεων πραγματικής κατανάλωσης;
- Με ποιον τρόπο μπορούν να κοινοποιηθούν κατευθυντήριες γραμμές διατροφής στους καταναλωτές;
- Με ποιον τρόπο μπορούν να συμβάλουν τα συστήματα βαθμολόγησης διατροφικών περιγραμμάτων όπως αναπτύχθηκαν πρόσφατα στο ΗΒ σε τέτοιες εξελίξεις<sup>33</sup>;

## V.10. Συνεργασία εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης

- V.10.1. Πραγματοποιούνται αναλύσεις σε ευρωπαϊκό επίπεδο σε ό,τι αφορά τη συνολική ανάμειξη του Codex Alimentarius<sup>34</sup> στον κλάδο της διατροφής. Στο πλαίσιο των αιτημάτων της συνολικής στρατηγικής της ΠΟΥ για τη διατροφή, τη σωματική άσκηση και την υγεία, η ΕΕ υποστηρίζει την άποψη ότι πρέπει να εξεταστεί γενικά ο τρόπος με τον οποίο τα θέματα διατροφής πρέπει να εντάσσονται στο πλαίσιο του Codex, με παράλληλη διατήρηση της ισχύουσας εντολής του Codex.

- V.10.2. Η διατροφή, το διαιτολόγιο και η σωματική άσκηση πρέπει να αποτελέσουν το αντικείμενο στενής συνεργασίας μεταξύ των νομοθετών και των συντελεστών στην ΕΕ και σε άλλες χώρες όπου τα αυξανόμενα επίπεδα υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας δημιουργούν ανησυχίες<sup>35</sup>.

Οι ερωτήσεις για τις οποίες η Επιτροπή ζητά συμβολές περιλαμβάνουν τις εξής:

- Υπό ποιες προϋποθέσεις πρέπει η Κοινότητα να δρομολογήσει την ανταλλαγή εμπειριών και τον προσδιορισμό των βέλτιστων πρακτικών μεταξύ των χωρών εντός και εκτός της ΕΕ; Εφόσον το πράξει, με ποια μέσα;

## V.11. Άλλα θέματα

Οι ερωτήσεις για τις οποίες η Επιτροπή ζητά συμβολές περιλαμβάνουν τις εξής:

- Υπάρχουν θέματα που δεν καλύπτει η παρούσα Πράσινη Βίβλος και τα οποία πρέπει να αναλυθούν κατά την εξέταση της ευρωπαϊκής διάστασης της προώθησης της διατροφής, της σωματικής άσκησης και της υγείας;
- Ποια από τα θέματα που καλύπτει η παρούσα Πράσινη Βίβλος πρέπει να αποτελέσει πρώτη προτεραιότητα και ποια θεωρούνται λιγότερο επείγοντα;

## VI. ΕΠΟΜΕΝΑ ΒΗΜΑΤΑ

- VI.1. Οι υπηρεσίες της Επιτροπής θα προβούν σε προσεκτική ανάλυση όλων των συμβολών που θα παραληφθούν στο πλαίσιο της διαδικασίας διαβούλευσης που δρομολογήθηκε με την παρούσα Πράσινη Βίβλο. Προβλέπεται η δημοσίευση έκθεσης με τη σύνοψη όλων των συμβολών στον ιστοχώρο της Επιτροπής μέχρι τον Ιούνιο του 2006.
- VI.2. Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της διαδικασίας διαβούλευσης, η Επιτροπή θα προβεί σε προβληματισμό για την πλέον κατάλληλη δράση συνέχειας, και θα εξετάσει οποιαδήποτε μέτρα που ενδέχεται να πρέπει να προταθούν, καθώς και τα μέσα για την εφαρμογή τους. Θα διενεργηθεί η απαιτούμενη αξιολόγηση αντίκτυπου, ανάλογα με το είδος του επιλεγμένου μέσου.



## ANNEX 1

### Figures and Tables

<b>Table 1</b>		
<b>Prevalence estimates of diabetes mellitus</b>		
	<b>estimate 2003</b>	<b>estimate 2025</b>
<b>Country</b>	prevalence (%)	prevalence (%)
Austria	9.6	11.9
Belgium	4.2	5.2
Cyprus	5.1	6.3
Czech Republic	9.5	11.7
Denmark	6.9	8.3
Estonia	9.7	11.0
Finland	7.2	10.0
France	6.2	7.3
Germany	10.2	11.9
Greece	6.1	7.3
Hungary	9.7	11.2
Ireland	3.4	4.1
Italy	6.6	7.9
Latvia	9.9	11.1
Lithuania	9.4	10.8
Luxembourg	3.8	4.4
Malta	9.2	11.6
Netherlands	3.7	5.1
Poland	9.0	11.0
Portugal	7.8	9.5
Slovakia	8.7	10.7
Slovenia	9.6	12.0
Spain	9.9	10.1
Sweden	7.3	8.6
United Kingdom	3.9	4.7
<i>source: Diabetes Atlas, 2<sup>nd</sup> edition, International Diabetes Foundation 2003</i>		

Fig. 2: Deaths in 2000 attributable to selected risk factors (European region)  
(source: World Health Report 2002)

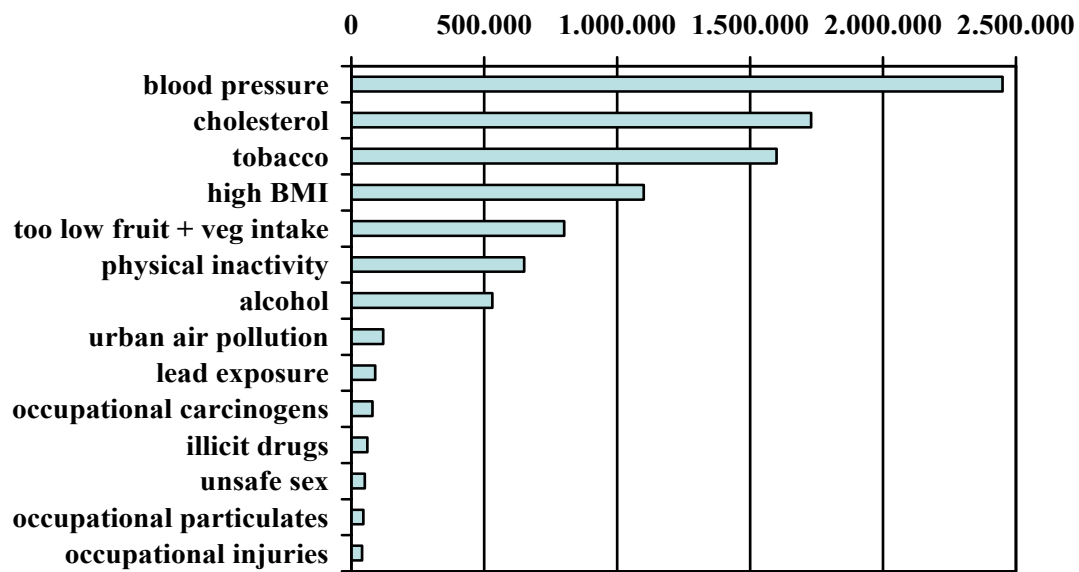


Table 2 - Overweight and obesity among adults in the European Union							
		Males			Females		
Country	Year of Data Collection	%BMI <sup>1</sup> 25-29.9	%BMI $\geq$ 30	%Com-bined BMI $\geq$ 25	%BMI 25-29.9	%BMI $\geq$ 30	%Combined BMI $\geq$ 25
Austria	1999	40	10	50	27	14	41
Belgium	1994-7	49	14	63	28	13	41
Cyprus	1999-2000	46	26.6	72.6	34.3	23.7	58
Czech Republic	1997/8	48.5	24.7	73.2	31.4	26.2	57.6
Denmark	1992	39.7	12.5	52.2	26	11.3	37.3
England <sup>2</sup>	2003	43.2	22.2	65.4	32.6	23.	55.6
Estonia ( <i>self reported</i> )	1994-8	35.5	9.9	45.4	26.9	15.3	42.2
Finland	1997	48	19.8	67.8	33	19.4	52.4
France ( <i>self reported</i> )	2003	37.4	11.4	48.8	23.7	11.3	35
Germany	2002	52.9	22.5	75.4	35.6	23.3	58.9
Greece	1994-8	51.1	27.5	78.6	36.6	38.1	74.7
Hungary	1992-4	41.9	21	62.9	27.9	21.2	49.1
Ireland	1997-99	46.3	20.1	66.4	32.5	15.9	48.4
Italy ( <i>self reported</i> )	1999	41	9.5	50.5	25.7	9.9	35.6
Latvia	1997	41	9.5	50.5	33	17.4	50.4
Lithuania	1997	41.9	11.4	53.3	32.7	18.3	51
Luxembourg		45.6	15.3	60.9	30.7	13.9	44.6
Malta	1984	46	22	68	32	35	67
Netherlands	1998-2002	43.5	10.4	53.9	28.5	10.1	38.6

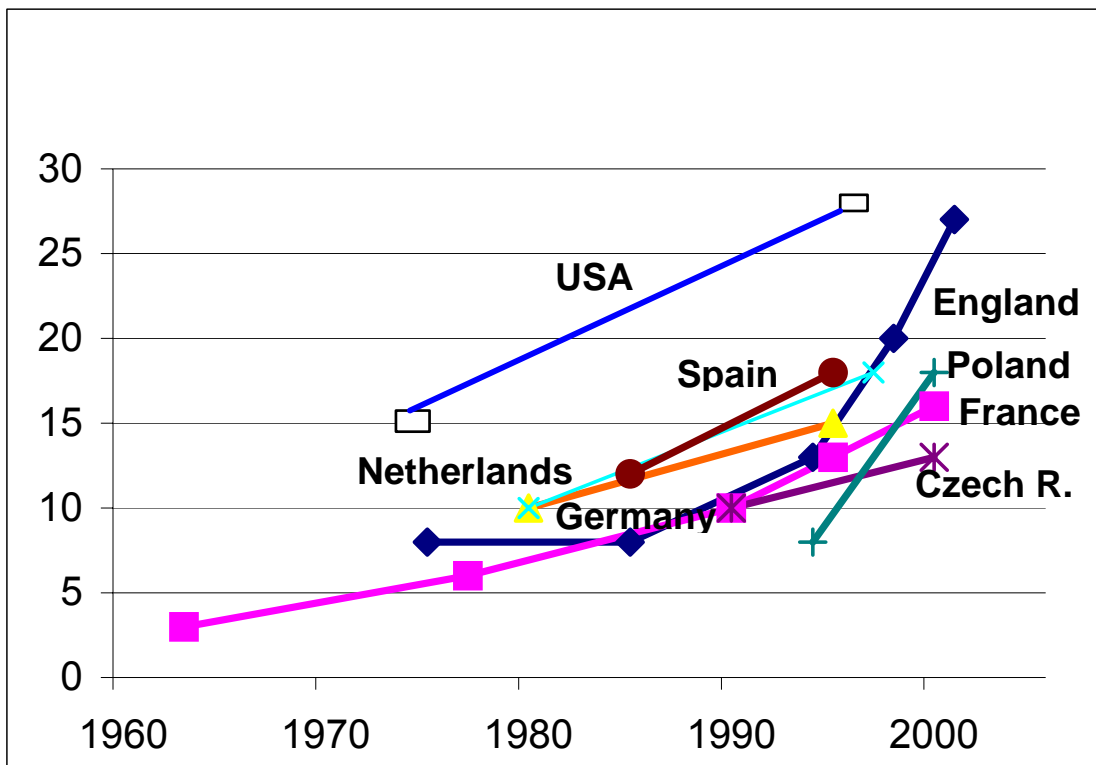
<sup>1</sup> BMI = Body Mass Index: a person's weight in kg divided by (height in metres)<sup>2</sup>; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

<sup>2</sup> Data from Health Survey for England, which does not include data for Scotland, Wales and Northern Ireland

Poland (self report)	1996	n/a	10.3	n/a	n/a	12.4	n/a
Portugal (urban)	Published 2003	n/a	13.9	n/a	n/a	26.1	n/a
Slovakia	1992-9	49.7	19.3	69	32.1	18.9	51
Slovenia (self reported)	2001	50	16.5	66.5	30.9	13.8	44.7
Spain	1990-4	47.4	11.5	58.9	31.6	15.3	46.9
Sweden (adjusted)	1996-7	41.2	10	51.2	29.8	11.9	41.7

*Age range and year of data in surveys may differ. With the limited data available, prevalences are not standardised. Self reported surveys may underestimate true prevalence. Sources and references are from the IOTF database (© International Obesity Task Force, London – March 2005)*

Fig. 2: Rising prevalence of overweight in children aged 5-11 (source: IOTF)



## ANNEX 2 - Relationship between diet, physical activity and health

1. The relationship between diet, physical activity and health has been scientifically established, in particular regarding the role of lifestyles as determinants of chronic non-communicable diseases and conditions such as obesity, heart disease, type 2 diabetes, hypertension, cancer and osteoporosis<sup>36</sup>.
2. Particularly alarming is the increase in the prevalence of **diabetes** (*cf table 1, Annex 1*). Type-2-diabetes, which accounts for over 90% of diabetes cases worldwide, is related to obesity, a sedentary lifestyle and diets high in fat and saturated fatty acids. Both prevention and treatment of type-2 diabetes need to focus on lifestyle changes (weight loss, physical activity, diets low in fat and saturated fatty acids)<sup>37</sup>.
3. **Cardiovascular diseases** (CVD) are together with cancer the most important causes of death and disease in Europe. Stopping smoking, increasing physical activity levels and adopting healthier diets are the most important factors in the primary prevention of CVD. The key recommendations for CVD prevention are maintenance of normal body weight, moderate physical activity of 30 minutes or more every day and avoidance of excess consumption of saturated fatty acids and salt.
4. Dietary factors are estimated to account for approximately 30% of all **cancers** in industrialized countries<sup>38</sup>, making diet second only to tobacco as a theoretically preventable cause of cancer. Consumption of adequate amounts of fruits and vegetables, and physical activity, appear to be protective against certain cancers. Body weight and physical inactivity together are estimated to account for approximately one-fifth to one-third of several of the most common cancers<sup>39</sup>.
5. **Osteoporosis** is a disease in which the density of bones is reduced, increasing the risk of fracture. Around the world, it affects one in three women and one in five men over the age of fifty. Although genetic factors will determine whether an individual is at heightened risk of osteoporosis, lifestyle factors can influence the acquisition of bone mass in youth and the rate of bone loss later in life. The joint WHO/FAO expert consultation<sup>40</sup> concludes that dietary and lifestyle recommendations developed for the prevention of other chronic diseases may prove helpful to reduce osteoporosis risk.
6. The *World Health Report 2002*<sup>41</sup> describes in detail how a few **major risk factors** account for a significant proportion of all deaths and diseases in most countries (*cf figure 1, Annex 1*). Six out of the seven most important risk factors for premature death (blood pressure, cholesterol, Body Mass Index, inadequate fruit and vegetable intake, physical inactivity, excessive alcohol consumption) relate to diet and physical activity (the odd one out being tobacco). Unhealthy diets and lack of physical activity are therefore the leading causes of avoidable illness and premature death in Europe.
7. The **underlying determinants** of the risk factors for the major chronic diseases portrayed above are largely the same. Dietary risk factors include shifts in the diet structure towards diets with a higher energy density (calories per gramme) and with a greater role for fat and added sugars in foods; increased saturated fat intake (mostly from animal sources) and excess intake of hydrogenated fats; reduced intakes of complex carbohydrates and dietary fibre; reduced fruit and vegetable intakes; and increasing portion sizes of food items. Other important lifestyle-related risk factors,

apart from smoking and excessive alcohol consumption, include reduced levels of physical activity. Of particular concern is the increasingly unhealthy diet and physical inactivity of adolescents and children.

8. As relatively few risk factors cause the majority of the chronic disease burden, the related morbidity and mortality is to a great extent preventable. It is estimated that up to 80% of cases of coronary heart disease, 90% of type 2 diabetes cases, and one-third of cancers can theoretically be avoided if the whole population followed current guidelines on diet, alcohol, physical activity and smoking. Addressing lifestyle factors such as nutrition and physical activity therefore has an enormous potential for the prevention of severe morbidity and mortality.
9. **Obesity** (BMI<sup>42</sup> >30) is a risk factor for many serious illnesses including heart disease, hypertension, stroke, type-2-diabetes, respiratory disease, arthritis and certain types of cancer. The rising prevalence of obesity across Europe (*cf. Annex 1, table 2*), particularly among young people (*cf. Annex 1, fig. 2*), has alarmed health experts, the media and the population at large, and is a major public health concern.
10. Evidence from population surveys suggests that obesity levels in the EU have risen by between 10-40% over the past decade, and current data suggest that the range of obesity prevalence in EU countries is from 10% to 27% in men and up to 38% in women<sup>43</sup>. In some EU countries more than half the adult population is overweight<sup>44</sup> (BMI >25), and in parts of Europe<sup>45</sup> the combination of reported overweight and obesity in men exceeds the 67% prevalence found in the USA's most recent survey<sup>46</sup>. Despite efforts by individuals the loss of health to the population as a whole due to unhealthy diets and inactivity is extraordinarily high: a small increase in Body Mass Index (BMI), e. g. from 28 to 29, will increase the risk of morbidity by around 10 %<sup>47</sup>.
11. The number of EU children affected by overweight and obesity is estimated to be rising by more than 400,000 a year, adding to the 14 million-plus of the EU population who are already overweight (including at least 3 million obese children); across the entire EU25, overweight affects almost 1 in 4 children<sup>48</sup>. Spain, Portugal and Italy report overweight and obesity levels exceeding 30% among children aged 7-11. The rates of the increase in childhood overweight and obesity vary, with England and Poland showing the steepest increases<sup>49</sup>.
12. The factors underlying the onset of obesity are widely known (high intake of energy dense micronutrient poor foods or sedentary lifestyles are the most convincing factors determining obesity risk; high intake of sugars sweetened soft drinks and fruit juices, heavy marketing of energy dense foods or adverse socioeconomic conditions are also probable determining factors. High intake of non starch polysaccharides and regular physical activity are convincing factors lowering obesity risk; breastfeeding and home or school environments supporting healthy food choices for children are also probable lowering factors). It should however be borne in mind that for some people it is going to be harder to maintain a healthy weight than for others because they are genetically disposed to storing fat, or because they have genetic dysfunctions which make it difficult for them to control the feeling of hunger. In fact, even if some scientists<sup>50</sup> estimate that 40-70% of the variation in fat mass between individuals is determined by genetic factors, environmental factors remain important and determine the expression of these genes in individuals; addressing the "obesogenic environment" (*cf section V.6*) therefore has a strong potential to curb obesity<sup>51</sup>.

13. While the effects of diet and **physical activity** on health often interact, particularly in relation to obesity, there are additional health benefits from physical activity that are independent of nutrition and diet. Likewise, there are significant nutritional risks that are unrelated to obesity.
14. Weight gain in an individual is the result of an excess of energy consumed as food over energy expenditure. There is a strong tendency for excess weight to continue to accumulate from childhood through to middle age. It is therefore important to achieve an optimum body weight throughout life through proper diet and daily physical activity. In addition to promoting overall feelings of wellbeing and apart from weight management aspects, physical exercise has also independent positive effects on the prevention of diseases such as cardiovascular disease, type II diabetes, osteoporosis and depression, and contributes to maintaining muscular strength in older age.
15. To maintain cardiovascular health, the recommended daily amount of exercise is at least 30 minutes for most of the days of the week. There is no general agreement on the level of physical activity needed to prevent weight gain, but a total of one hour on most days of the week is probably needed. However, all physical activity increases energy consumption and contributes to weight management<sup>52</sup>.
16. A 2003 Eurobarometer survey<sup>53</sup> showed that around 60 % of Europeans (EU 15) had no vigorous physical activity at all in a typical week, and more than 40 % did not even have moderate physical activity in a typical week. Europe-wide, only about one third of schoolchildren appear to be meeting recognised physical activity guidelines<sup>54</sup>. Exercising seems to be more common among people who claim they eat healthily and do not smoke, which is in line with the generally observed “clustering of good habits”.
17. The **WHO Global Strategy on diet, physical activity and health** was adopted by the World Health Assembly in May 2004<sup>55</sup> as an outcome of a global consultation process and consensus-building exercise. The Global Strategy underlines the importance of achieving a balanced diet reducing the consumption of fats, free sugars and salt, of increasing the intake of fruits, vegetables, legumes, grains and nuts, and of performing moderate physical activity during at least 30 minutes a day.
18. The Community has actively supported the WHO Global Strategy process since its beginning. The Global Strategy can serve as an extremely valuable input in the development of a comprehensive Community action on nutrition and physical activity, and active use should be made of the scientific evidence underpinning it<sup>56</sup> when building the rationale for a broad Community strategy in this area.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3 – References

- 
- <sup>1</sup> Council Conclusions of 2 December 2003 on healthy lifestyles: education, information and communication (2004/C 22/01) - Official Journal of the European Union C 22/1 of 27.1.2004  
[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/ev\\_20050602\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf)
- <sup>2</sup> Council Resolution of 14 December 2000 on health and nutrition (2001/C 20/01) - Official Journal of the European Communities C 20/1 of 23.1.2001
- <sup>3</sup> Council conclusions on obesity, nutrition and physical activity (adopted on 03.06.2005)  
[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/ev\\_20050602\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf)
- <sup>4</sup> Council conclusions on obesity, op. cit.
- <sup>5</sup> actions which include e. g. the food industry, the advertising industry, the retailers, the caterers, NGOs and consumer organisations, local, regional and national Governments, schools and the media
- <sup>6</sup> Council conclusions on obesity, op. cit.
- <sup>7</sup> Council conclusions on obesity, op. cit.
- <sup>8</sup> Opinion of the European Economic and Social Committee on Obesity in Europe – role and responsibilities of civil society partners, SOC/201, September 2005  
[http://eescopinions.esc.eu.int/EESCopinionDocument.aspx?identifier=ces\soc\soc201\ces1070-2005\\_ac.doc&language=EN](http://eescopinions.esc.eu.int/EESCopinionDocument.aspx?identifier=ces\soc\soc201\ces1070-2005_ac.doc&language=EN)
- <sup>9</sup> Member States launched in recent years a number of initiatives to promote healthy nutrition and physical activity. Some Member States like Ireland (<http://www.healthpromotion.ie/topics/obesity/>) and Spain (<http://www.msc.es/home.jsp>) established National Strategies to counter obesity, involving Public Administrations, independent experts, the food industry, the physical activity sector, NGOs etc. in multi-sectorial actions aimed at promoting healthier diets and physical activity. France launched in 2001 a four year national healthy nutrition plan (<http://www.sante.gouv.fr/>), covering a wide range of measures at the inter-sectorial level, with the objective to reduce the prevalence of obesity and overweight. More recently, in March 2005 the Slovenian Parliament approved a National Nutrition Policy Programme for 2005–2010 (<http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>). The Netherlands integrated obesity as one of the priorities of its national health care prevention policy (<http://www.minvws.nl/>). Nutrition and physical activity are also mentioned as an important area for public health action in the United Kingdom's White Paper Choosing health: making healthier choices easier, released in November 2004 ([http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT\\_ID=4094550&chk=aN5Cor](http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4094550&chk=aN5Cor)). Germany established a national platform for nutrition and physical activity (<http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/>).
- <sup>10</sup> Obesity – preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, World Health Organization, 1998 (Technical Report Series, No. 894)
- <sup>11</sup> National Audit Office (2001), *Tackling obesity in England*. [http://www.nao.org.uk/publications/nao\\_reports/00-01/0001220.pdf](http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/00-01/0001220.pdf).
- <sup>12</sup> Chief Medical Officer (2004) At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. London: Department of Health <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/09/81/04080981.pdf>
- <sup>13</sup> Obesity - the Policy Challenges: the Report of the National Taskforce on Obesity. Dublin 2005
- <sup>14</sup> Finkelstein, E. A. et al., (2004). State-level estimates of annual medical expenditures attributable to obesity. *Obesity Research*, 12, 18-24
- <sup>15</sup> Finkelstein EA, et al., (2003), National Medical Spending Attributable To Overweight And Obesity: How Much, And Who's Paying?, *Health Affairs*, Vol. 10, No.1377; quoted from: Ad Hoc Group on the OECD Health Project,



---

Workshop on the Economics of Prevention, 15 October 2004, Cost-effectiveness of Interventions to prevent or treat Obesity and type-2 diabetes, A preliminary review of the literature in OECD countries, SG/ADHOC/HEA(2004)12, 2004

<sup>16</sup> Determinants of the burden of disease in the European Union. Stockholm, National Institute of Public Health, 1997; quoted from: Food and health in Europe: a new basis for action. WHO Regional Publications European Series, No. 96 <http://www.euro.who.int/document/E82161.pdf>

<sup>17</sup> The RIVM report 'Measuring Dutch meals: Healthy diet and safe food in the Netherlands' recommends increasing fish consumption from the average consumption (1998) of 2 to 3 times per month to 1 or 2 times per week. It should be noted that in the Netherlands, consumption of fish (per capita consumption: 20.5 kg/head/year) is at the mid point for EU25; Austria, Germany, Ireland, the United Kingdom, Belgium and Luxemburg and all of the new Member States apart from Malta, Cyprus and Estonia are below the Dutch level of consumption. Three Member States (Hungary, Slovakia and Slovenia) are at only one third of the Dutch consumption level. <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270555008.html>

<sup>18</sup> COM (2005) 115 [http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005\\_0115en01.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf)

<sup>19</sup> A report on the contributions received will be published on the Commission's website at the following address: [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/green\\_paper/consultation\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/green_paper/consultation_en.htm)

<sup>20</sup> Further information on the work of the Platform is available at the following internet address: [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/platform/platform\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm)

<sup>21</sup> More information on the scope of the Public Health Action Programme, the conditions for participation in the calls launched under the Programme, and on projects financed so far can be found at the following internet address: [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_programme/programme\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm).

<sup>22</sup> i. a. the Working Party 'Lifestyle and other Health Determinants' aims at improving the availability of comparable information on nutritional habits and physical activity levels in Europe. Its Scientific Secretariat can be contacted at [public.health@mailbox.tu-dresden.de]

<sup>23</sup> Numerous Commission financed projects in particular under the former Cancer, Health Promotion and Health Monitoring Programmes have developed activities in the field of nutrition, physical activity and health. An overview of these initiatives is set out in the *Status report on the European Commission's work in the field of nutrition in Europe, 2002* ([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/nutrition\\_report\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_report_en.pdf))

<sup>24</sup> [http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005\\_0115en01.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf)

<sup>25</sup> Proposal for a regulation of the European Parliament and of the Council on nutrition and health claims on foods COM (2003) 424 final; 16/07/2003

<sup>26</sup> cf Gerard Hastings et al: Review of research into the effects of food promotion to children - Final Report Prepared for the Food Standards Agency; 22 September 2003 <http://www.foodstandards.gov.uk/multimedia/pdfs/foodpromotiontochildren1.pdf>

<sup>27</sup> cf also Universität Paderborn, et al. (2004): "Study on young people's lifestyles and sedentariness and the role of sport in the context of education and as a means of restoring the balance" <http://europa.eu.int/comm/sport/documents/lotpaderborn.pdf>

<sup>28</sup> these include dietary therapy (instruction on how to adjust a diet to reduce the number of calories eaten), physical activity, behaviour therapy (acquiring new habits that promote weight loss), drug therapy (to be used in high BMI patients or patients with obesity-related conditions together with appropriate lifestyle modifications and under regular medical control), and surgery (in extremely high BMI patients or patients with severe obesity-related conditions, used to modify the stomach and/or intestines to reduce the amount of food that can be eaten)

<sup>29</sup> Food and health in Europe: a new basis for action, WHO regional publications. European series No. 96, 2004

---

<sup>30</sup> Information and communication technologies can play an important role in health promotion by providing sound and high-quality information on lifestyle and diet. This can be done, for example, through personal devices highlighting individualised health information that can give feedback, guidelines, forewarning, and can help to avoid acute events resulting from unhealthy lifestyles. A number of Community supported projects have developed information systems relating to health and diet, such as VEPSY UPDATED (<http://www.vepsy.com/index.htm>) and MYHEART (<http://www.hitech-projects.com/euprojects/myheart/>)

<sup>31</sup> Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.* The recommendations include: Achieve energy balance for weight control; Substantially increase levels of physical activity across the life span; Reduce energy intake from fat and shift consumption from saturated fats and trans-fatty acids towards unsaturated fats; Increase consumption of fruit and vegetables as well as legumes, whole grains and nuts; Reduce the intake of “free” sugars; Reduce salt (sodium) consumption from all sources and ensure that salt is iodized.

<sup>32</sup> EURODIET core report, *op. cit.*  
([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/report01\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/report01_en.pdf))

<sup>33</sup> cf Mike Rayner et al: Nutrient profiles: Options for definitions for use in relation to food promotion and children’s diets; Final report; British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of Public Health, University of Oxford; October 2004

<http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/nutrientprofilingfullreport.pdf>

<sup>34</sup> The Codex Alimentarius Commission was created in 1963 by the Food and Agriculture Organisation (FAO) and the World Health Organisation (WHO) to develop food standards, guidelines and related texts such as codes of practice under the Joint FAO/WHO Food Standards Programme. The main purposes of this Programme are protecting health of the consumers and ensuring fair trade practices in the food trade, and promoting coordination of all food standards work undertaken by international governmental and non-governmental organizations. [http://www.codexalimentarius.net/web/index\\_en.jsp](http://www.codexalimentarius.net/web/index_en.jsp)

<sup>35</sup> In this context, the scope for more proactive EU-US cooperation will be examined, and a major review of best practices in EU and US will be organised early 2006 with relevant US administration counterparts. Also, the broad regulatory EU-US dialogue which has started in this field will be intensified. Moreover, a plenary meeting of the European Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health will be convened together with representatives of the US Administration, the American food industry and consumer organisations.

<sup>36</sup> cf *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, 2003 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>)  
<sup>37</sup> cf *Diabetes action now: an initiative of the World Health Organisation and the International Diabetes Federation*, 2004

<sup>38</sup> Doll R, Peto R. Epidemiology of cancer. In: Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA, eds. Oxford textbook of medicine. Oxford, Oxford University Press, 1996:197—221; quoted from: *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, *op. cit.*

<sup>39</sup> Weight control and physical activity. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2002 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 6); quoted from: *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, *op. cit.*

<sup>40</sup> *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, *op. cit.*

<sup>41</sup> World Health Organization. *The World Health Report: 2002: Reducing risks, promoting healthy life*, Geneva: World Health Organisation, 2002

<sup>42</sup> BMI = Body Mass Index: a person’s weight in kg divided by (height in metres)<sup>2</sup>; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

<sup>43</sup> International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, March 2005

<sup>44</sup> The European Health Report, World Health Organisation, 2002

<sup>45</sup> Finland, Germany, Greece, Cyprus, the Czech Republic, Slovakia and Malta

<sup>46</sup> International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, *op. cit.*

<sup>47</sup> Fogel, R. W. (1994), ‘Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term process on the making of economic policy’, *The American Economic Review*, 84(3): 369–395; quoted from: Suhrcke M. et al, The contribution of health to the economy in the European Union, [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_overview/Documents/health\\_economy\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/health_economy_en.pdf)

<sup>48</sup> Childhood Obesity Report, International Obesity Task Force (IOTF), May 2004

---

49 International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, *op. cit.*  
50 G Barsh, IS Farooqi and S O’Rahilly: Genetics of body weight regulation; Nature 2000;404:644-651  
51 DIABESITY project funded under the EU’s 6<sup>th</sup> RTD Framework Programme:  
http://www.eurodiabetes.org/  
52 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*  
53 European Commission (2003) Physical Activity. Special Eurobarometer 183-6/ Wave 58.2- European  
Opinion Research Group (EEIG).  
http://europa.eu.int/comm/public\_opinion/archives/ebs/ebs\_183\_6\_en.pdf)  
54 Health Behaviour in School-Aged Children survey, 2001/2002  
55 http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\_files/WHA57/A57\_R17-en.pdf  
56 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit.*