

AZIONE DI INTERVENTO: Ambiente di lavoro

“RIDUZIONE DEL SALE NELLA DIETA”: “CENSIMENTO E CREAZIONE” DI MENSE OSPEDALIERE E SANITARIE CHE CONSENTONO UNA DIETA IPOSONDICA ALL’INTERNO DEI RISTORANTI AZIENDALI.

AZIENDE OSPEDALIERE E SANITARIE DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Sulla base delle evidenze scientifiche e delle raccomandazioni OMS, UE, Ministero della Salute (Piano Nazionale per la Prevenzione, 2015-2018), in materia di prevenzione delle malattie non trasmissibili, viene proposto, un progetto di intervento diretti agli utenti delle mense ospedaliere e sanitarie, per ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili con approccio per determinanti.

“La riduzione del consumo di sale: un obiettivo possibile”

Sono stati presentati di recente, al ministero della Salute, i risultati di due progetti Ccm finalizzati a determinare, nella popolazione adulta, nei bambini e nei soggetti ipertesi, i livelli urinari di sodio e potassio (quali indicatori del consumo di sale e di frutta e verdura) e l’efficacia di un programma di comunità volto a favorire la riduzione del consumo di sale. Dai dati del primo progetto Ccm raccolti nella popolazione generale adulta, nell’ambito dell’Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey, è emerso un consumo giornaliero di sale di 10,8 g negli uomini e di 8,4 g nelle donne, ben al di sopra delle raccomandazioni Oms che suggeriscono un consumo *pro die* inferiore ai 5 g. Dalle analisi condotte su un campione di soggetti ipertesi, infine, è emerso che, anche in questa popolazione a rischio, oltre il 90% degli uomini e l’80% delle donne consuma più di 5 g al giorno di sale. Con il secondo progetto Ccm “Meno sale più salute”, a tre anni di distanza dagli Accordi tra il Ministero e le Associazioni dei panificatori per la riduzione del sale nel pane, è stato esaminato un altro campione rappresentativo di popolazione adulta nel quale è stata registrata una riduzione del 12% del consumo di sale nella alimentazione (negli uomini da 10,8 g a 9,5 g, nelle donne da 8,4 g a 7,4 g). “Meno sale più salute”, inoltre, ha realizzato in un’area della Campania un programma di intervento di comunità finalizzato alla riduzione del consumo di sale nella popolazione e ne ha dimostrato fattibilità e replicabilità. L’eccessivo consumo di sale nella dieta, costituisce un fattore di rischio per lo sviluppo delle MCV. La quantità di sale che viene assunta è solitamente alta a causa della lavorazione e trasformazione degli alimenti. Gli effetti dell’introito del sodio nella dieta sullo sviluppo di ipertensione arteriosa sono noti, infatti è stato dimostrato che basta una piccola diminuzione dell’assunzione di sale per avere un beneficio sulla diminuzione della pressione arteriosa sia nei soggetti ipertesi che normotesi. (Sung Kya Ha. Dietary salt intake and hypertension. *Electrolyte Blood Press* 2014; 12:7-18).

Inoltre, riducendo l’introito di sale a 3 grammi al giorno, si può ipotizzare di ridurre da 60.000 a 120.000 il numero di nuovi casi di malattie coronariche, da 32.000 a 66.000 gli eventi ictali, da 54.000 a 99.000 l’IMA e di ridurre il numero di decessi per ogni causa da 44.000 a 92.000. Alcuni Paesi, tra cui il Giappone, la Gran Bretagna, la Finlandia ed il Portogallo hanno ridotto l’introito di sale nella popolazione attraverso un’azione combinata di regolamenti nella produzione alimentare, educazione pubblica e collaborazione con le industrie alimentari. (Bibbings-Domingo K et al. Project effect of dietary salt reduction on future cardiovascular disease. *N Engl.J Med.* 2010;362:590-9).

L'Unione Europea, a partire dal 2009 ha dato l'avvio al progetto "National Salt Implementing the EU Framework for salt reduction initiatives", in modo tale da supportare le iniziative nazionali per la diminuzione del sale coordinandone le azioni e divulgando informazioni utili.

Approccio teorico e metodologico:

1. Report di documentazione (linea guida valutate AGREE II e revisioni sistematiche) dell'impatto salute genico sul corretto uso del sale nella dieta, utilizzando metodica EBP, attraverso:

a. la Banca Dati del **NIEBP** Network Italiano Evidence Based Prevention:

Riduzione dell'introduzione di sale nella dieta:

Dalla consultazione dei database italiani e del motore di ricerca generalista, non sono state reperite linee guida italiane validate (es. secondo il modello SNLG)

Si è provveduto quindi alla consultazione così dei database internazionali determinando il reperimento di una sola linea guida relativa alla popolazione adulta ed ai bambini. A questa si devono aggiungere le due *guide* prodotte dai CDC di Atlanta, una relativa alla popolazione lavorativa e l'altra alla popolazione scolastica.

Vista l'esiguità del materiale, visto che la linea guida riguarda esclusivamente comportamenti sani da raccomandare e non interventi per promuovere comportamenti da raccomandare e visto che i lavori del CDC non sono delle vere e proprie linee guida, si è provveduto alla consultazione di database specifici per la ricerca della letteratura secondaria non reperendo alcun materiale.

Linee guida internazionali

Evidenze dei comportamenti sani da raccomandare

1. WHO Guideline: Sodium intake for adults and children Geneva, World Health Organization (WHO), 2012.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77985/1/9789241504836_eng.pdf

Valutazione della qualità delle LG (attraverso lo strumento AGREE II)

Obiettivi, Coinvolgimento, Rigore Metodol., Chiarezza, Applicabilità, Conflitti, Totale:

91,7% 86,1% 89,6% 97,2% 43,8% 100% 83,3%

Evidenze degli interventi per promuovere comportamenti da raccomandare

Guide CDC

1. CDC Under Pressure. Strategies for Sodium Reduction in Worksites

http://www.cdc.gov/salt/pdfs/sodium_reduction_worksites.pdf






ATTORI

1. Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Direzione Sanità Pubblica Regione Emilia Romagna, Gruppo Operativo HPH, Direzione Generale, Direzioni sanitarie, Direzione Amministrativa, Economato, Ufficio Tecnico, Gruppo tecnico di area vasta, Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione e delle Strutture Operative di Dietetica e Nutrizione Clinica, Imprese di Ristorazione collettiva, Associazioni di pazienti.

POPOLAZIONE-TARGET

2. Cittadini/utenti assistenza ospedaliera, Personale dipendente utente dei ristoranti aziendali.

ANALISI DEI BISOGNI

-  Favorire e documentare la partecipazione attiva dell'utente alle scelte che lo riguardano (*ogni individuo, sia coinvolto in quanto operatore professionale, sia in quanto consumatore, deve essere consapevole anche delle ricadute delle scelte alimentari sullo stile di vita*)
-  Valutare il fabbisogno educativo dell'utente e dei familiari durante e alla dimissione, la capacità e la prontezza di imparare, i risultati/esiti delle valutazioni effettuate (*consentire il perdurare dell'azione correttiva sulla salubrità del cibo anche nella vita quotidiana: azione educativa del progetto*)
-  Migliorare la sicurezza e la salubrità del cibo distribuito all'utente
-  Ottimizzare l'attività assistenziale
- 

2. OBIETTIVI SPECIFICI

Obiettivo specifico di intervento preventivo: uso corretto del sale nella dieta, e definizione delle motivazioni di implementazione del progetto sui beneficiari.

Azione di riprogettazione dei processi: elaborare e distribuire un piano informativo recante informazioni sanitarie ed istruzioni operative dirette ai rappresentanti e referenti istituzionali del progetto, agli operatori del settore ristorazione aziendale, ai cittadini-utenti.

Predisporre uno strumento atto a promuovere e documentare il flusso informativo verso il paziente, i suoi familiari ed il medico curante.

Azioni di valorizzazione delle relazioni (comunicazione): tra gli attori coinvolti.

Definire modalità di comunicazione tra rappresentanti e referenti istituzionali, operatori del settore di ristorazione aziendale e cittadini-utenti.

Migliorare la soddisfazione dell'utente e ridurre i reclami relativi all'ambito relazionale.

RISCHI

- a. Non aderenza dell'Impresa di Ristorazione al Progetto.
- b. Non aderenza dell'Azienda Ospedaliera e Sanitaria al Progetto.

MANAGEMENT

- a. Corresponsione alle Imprese di Ristorazione aderenti di un bollino di qualità di Impresa Etica e Sociale.
- b. Censimento delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie aderenti e pubblicazione su un albo apposito della Regione Emilia Romagna.

INVENTARIO RISORSE

1. Risorse umane:
 - Gruppo tecnico di area vasta, gruppo/i tecnico/i di dipartimento/area/U.O., 1 consulente medico e tecnico di igiene e sicurezza degli alimenti

MESSA IN OPERA

1. Costituzione gruppo tecnico di area vasta
2. Costituzione gruppi tecnici aziendali
3. Formazione per i professionisti coinvolti nella sperimentazione
4. Sperimentazione

ATTIVITA' PRINCIPALI

Elaborare menù, organoletticamente piacevoli, utilizzando prodotti a Km zero e a basso contenuto di Sodio secondo le indicazioni ministeriali e WHO riportate, (<2g/die).

INDICATORI

- N° di ristoranti aziendali che adottano la sperimentazione rispetto a quelli attesi.
- N° aree funzionali o dipartimenti o strutture organizzative aziendali che adottano la sperimentazione integrata rispetto a quelle attese, presso le aziende ospedaliere e sanitarie dell'area vasta.
- N° dimessi a cui viene consegnata la relazione di un piano informativo recante informazioni sanitarie ed istruzioni operative rispetto a quello atteso.




STANDARD

- Almeno 1 area funzionale o dipartimento o struttura organizzativa per ciascuna azienda dell'area vasta
- 100% dei dimessi

SOSTENIBILTA'

- la sostenibilità è consentita da programmi di formazione biennali degli operatori della ristorazione aziendale in tema di sicurezza ed igiene degli alimenti e delle indicazioni WHO su regimi dietetici a basso contenuto di Sodio.
- censimento e riconoscimento biennale delle aziende ospedaliere e sanitarie che adottano il programma con iscrizione su apposito albo della Regione Emilia-Romagna.

CRONOLOGIA DEL PROGETTO

- Settembre 2015:
 -  costituzione gruppo tecnico di area vasta
 -  costituzione gruppi tecnici aziendali
 -  inizio lavori
- Dicembre 2015: inizio sperimentazione
- Inserimento della sperimentazione tra gli obiettivi di budget 2015 di ciascuna azienda (con riferimento alle aree funzionali / dipartimenti/ strutture organizzative individuate per la sperimentazione)

- Maggio 2016 verifica e presentazione dei risultati parziali, da parte del gruppo tecnico di area vasta, alle Direzioni Aziendali e Infermieristiche

Fine 2016 valutazione complessiva

Progettazione ed elaborazione

Dott.ssa Ilaria Morghen

HPH member

Dipartimento Emergenze A.O. U. di Ferrara

Scienze della Prevenzione

Scuola di Alta Formazione per la Prevenzione e la Promozione della Salute

Università del Piemonte Orientale A. Avogadro

Collaboratrice Laboratorio Marketing e Comunicazione della Salute F.I.A.S.O.