

**Proposte
operative per la
ristorazione
ospedaliera**

**Proposte
operative per la
ristorazione
ospedaliera**

Proposte operative per la ristorazione collettiva ospedaliera, assistenziale, scolastica

**Un'iniziativa promossa dalla Regione Piemonte
Assessorato alla Tutela della salute e Sanità
Direzione Sanità Pubblica**

Renata Magliola
Michela Audenino
Marcello Caputo

Proposte operative per la ristorazione ospedaliera

Coordinamento:

Daniela Domeniconi
SC Dietetica e Nutrizione Clinica ASO Santa Croce e Carle di Cuneo

Gruppo di lavoro:

Marcello Caputo
SIAN ASL 17 di Fossano

Vilma Caudera
SC Dietetica e Nutrizione Clinica ASO San Giovanni Battista di Torino

Anna Demagistris
SC Dietetica e Nutrizione Clinica ASO San Giovanni Battista di Torino

Daniela Domeniconi
SC Dietetica e Nutrizione Clinica ASO Santa Croce e Carle di Cuneo

In collaborazione con:

❖ Rete delle SO di Dietetica e Nutrizione clinica del Piemonte

AO Santa Croce e Carle di Cuneo • AO San Giovanni Battista di Torino • AO Maggiore della Carità di Novara • Ospedale Cardinal Massaia ASL 19 di Asti • AO Mauriziano di Torino • AO San Giovanni Battista di Torino, presidio San Giovanni antica sede

❖ Rete delle SC di Igiene degli alimenti e della nutrizione del Piemonte



Editing e grafica:

Monica Bonifetto
Regione Piemonte, Direzione Sanità Pubblica

INDICE

	<i>pag.</i>
<i>Presentazione</i>	5
1. La malnutrizione ospedaliera	7
2. La ristorazione ospedaliera nella Regione Piemonte	9
3. Organizzazione del servizio di ristorazione	11
4. Aspetti nutrizionali del servizio di ristorazione	15
4.1. I fabbisogni nutrizionali	15
4.2. Il dietetico ospedaliero	19
Dieta iposodica	20
Diete ipocaloriche	20
Dieta ipoproteica	20
Dieta senza glutine	21
Dieta a ridotto apporto di fibre	21
Dieta di consistenza modificata	22
Dieta ad alta densità nutrizionale	22
Diete di rialimentazione	22
Specificità per pazienti pediatrici	23
Dieta priva di latte vaccino e derivati	23
5. Aspetti di qualità	24
6. Formazione	28
7. Attività di controllo	29
8. Bibliografia essenziale	30
Allegato	
<i>Screening di rischio nutrizionale per pazienti ricoverati</i>	31

PRESENTAZIONE

La Regione Piemonte ha costituito nel settembre 2005 un gruppo di lavoro multidisciplinare con il compito di produrre documenti di indirizzo per la ristorazione collettiva in ambiti apparentemente assai diversi tra loro (scuola, strutture riabilitative e assistenziali per anziani, ospedali). I documenti sono pubblicati separatamente, ma condividono le finalità, l'impianto generale e l'utilizzo di strumenti e linguaggi comuni all'interno dei sottogruppi di approfondimento dei tre ambiti.

L'obiettivo del presente documento, dedicato all'organizzazione del servizio di ristorazione delle strutture ospedaliere, è di fornire uno strumento di rapida lettura e consultazione, flessibile e adattabile alle differenti realtà delle strutture sanitarie. Sono state individuate le problematiche più significative, articolate in capitoli; per ogni capitolo sono evidenziate alcune raccomandazioni che hanno lo scopo di mettere a fuoco le criticità e le possibili soluzioni. Sono inoltre indicati i requisiti fondamentali del servizio di ristorazione, ma non vengono definiti specifici modelli di riferimento, in quanto la soluzione ottimale deve essere calata nel contesto locale.

Alcuni denominatori comuni caratterizzano i tre lavori: una mission esplicita e condivisa, la volontà di affrontare i nuovi scenari con un occhio di riguardo per le esperienze già condotte e la necessità di confrontarsi con un contesto in continua evoluzione organizzativa e tecnologica.

Questa pubblicazione rappresenta una naturale e significativa evoluzione del documento di Proposta operativa per la definizione del Dietetico Ospedaliero Regionale (marzo 2005), redatto dalla rete regionale delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica della Regione Piemonte. La voluta non esaustività del primo documento prevedeva un'ulteriore prosecuzione dei lavori, da programmare anche in collaborazione con professionalità o discipline non ancora coinvolte. La Direzione Sanità Pubblica ha attivato in modo lungimirante una rete di collaborazione realmente operativa dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione e delle Strutture Operative di Dietetica e Nutrizione Clinica, favorendo un graduale avvicinamento tra queste aree professionali. L'integrazione tra l'ambito igienistico-preventivo e quello clinico-nutrizionale ha permesso una nuova e più ampia visione delle problematiche trattate e costituisce uno dei punti di forza di questo lavoro.

Un'altra esigenza dichiarata e condivisa dai componenti del gruppo di lavoro è stata la necessità di considerare il nuovo concetto di sostenibilità delle produzioni e dei consumi alimentari: ogni individuo (sia coinvolto in quanto operatore professionale, sia in quanto consumatore) deve essere consapevole anche della ricaduta delle scelte alimentari sull'ambiente in senso lato; la richiesta di salubrità e sicurezza del cibo deve contemporaneamente valorizzare elementi quali la tradizione, la stagionalità, la scelta della filiera corta, l'eticità e, più in generale, la responsabilità sociale d'impresa.

In definitiva, lo spirito del documento è quello di fornire agli operatori sanitari e non una base comune di lavoro e di confronto da sperimentare con gli opportuni adattamenti nei propri contesti operativi e di tutelare il cliente/utente dei servizi di ristorazione collettiva assicurando una pari accessibilità a prestazioni nutrizionali eque e garantite.

*L'Assessore alla Tutela della salute e Sanità
Mario Valpreda*

1. LA MALNUTRIZIONE OSPEDALIERA

L'alimentazione è un bisogno primario: una buona alimentazione è essenziale per il benessere dell'organismo.

Lo stato nutrizionale influenza il decorso delle malattie e condiziona la qualità della vita. In particolare nel soggetto ospedalizzato è stato dimostrato che un deteriorato stato di nutrizione provoca un aumento dei tempi di degenza e di riabilitazione, riduce la qualità della vita del paziente e aumenta i costi a carico del Servizio Sanitario.

I dati della letteratura internazionale e l'esperienza italiana (progetto PIMAI e dati Piemonte) evidenziano che il 40-50% dei soggetti è a rischio di malnutrizione all'ingresso in ospedale, con percentuali più elevate per i pazienti più anziani. Durante la degenza lo stato nutrizionale peggiora in oltre un terzo dei soggetti.

Quali sono le cause? Alcune dipendono dal persistere della malattia e sono in parte irrisolvibili, altre sono la conseguenza di una scarsa attenzione all'alimentazione negli ospedali: scarso riconoscimento del problema, vitto e organizzazione del servizio di ristorazione sovente inadeguato ai bisogni dei pazienti.

La malnutrizione nel soggetto ospedalizzato, a causa delle conseguenze negative sulla morbilità, determina inoltre un notevole aggravio dei costi, ben documentato da molte esperienze internazionali.

Uno studio condotto dal Ministero della Salute svedese nel 2000 ha rilevato un aumento del tempo di degenza del 10-15% nei pazienti malnutriti, con un aumento dei costi annuali di ricovero ospedaliero che vanno dai 40-50 milioni di Euro per pazienti con malnutrizione lieve ai 100-150 milioni di Euro per i pazienti con malnutrizione severa (dati presentati al Congresso Espen, Bruxelles 2005).

In Danimarca il costo della malnutrizione in pazienti ricoverati è stato stimato essere di circa 67 milioni di Euro/anno.

Uno studio inglese del Kings Fund Centre ha evidenziato che nei pazienti chirurgici un adeguato trattamento nutrizionale rappresenta un risparmio di 560 Euro/paziente.

Fra i fattori che concorrono al peggioramento dello stato nutrizionale durante il ricovero gioca un ruolo determinante l'inadeguatezza del vitto ospedaliero, con conseguente elevato spreco di cibo.

Un'indagine condotta nei principali ospedali di Parigi nel 2004 ha rilevato che il 40% del cibo preparato per i pazienti viene gettato via, perché consumato parzialmente (non gradito o non adatto ai pazienti) o richiesto ma non servito per problemi organizzativi (pazienti già dimessi o in regime di digiuno).

Analoghi risultati si sono ottenuti in indagini svolte presso ospedali di Danimarca e Regno Unito; in quest'ultimo Paese il costo dello spreco del vitto ospedaliero è stato quantificato in 200 milioni di euro/anno.

L'Audit Commission del governo inglese ha messo in luce le situazioni che più frequentemente causano un'insufficiente assunzione alimentare nei ricoverati:

- cibo caldo servito freddo;
- somministrazione di cibo scelto dal personale e non dal paziente, mancata fornitura del cibo scelto dal paziente per errori nella distribuzione;
- paziente incapace di utilizzare le posate, di aprire gli involucri o di portare il cibo alla bocca;
- pasti disturbati dalla visita medica o da esami diagnostici.

Un dato sorprendente rilevato dalla commissione riguardo al catering negli ospedali per acuti del 2001 è che non vi sia alcuna relazione tra la spesa sostenuta

dagli ospedali per il catering e la qualità del servizio offerto; gli autori concludono sottolineando l'importanza dell'efficacia organizzativa del servizio: non è sufficiente un buon finanziamento se non si associa un adeguato coinvolgimento di tutta la struttura ospedaliera che comprenda tutto il personale sanitario.

Nel novembre 2003 a Strasburgo il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, considerando gli effetti benefici di una corretta alimentazione, e ricordando l'elevata percentuale di pazienti denutriti negli ospedali europei, raccomanda che i governi degli stati membri (Austria, Belgio, Cipro, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Norvegia, Portogallo, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera e Regno Unito):

- redigano ed implementino raccomandazioni nazionali sull'alimentazione e sulla terapia nutrizionale negli ospedali pubblici e nelle strutture sanitarie private *sulla base di quanto definito nell'appendice annessa alla risoluzione*;
- promuovano l'applicazione di tali raccomandazioni nelle strutture pubbliche e private;
- promuovano la diffusione di tali raccomandazioni tra tutte le parti coinvolte: autorità pubbliche, personale ospedaliero, servizi di medicina primaria, pazienti, ricercatori e organizzazioni non governative attive in questo campo.

L'appendice annessa alla risoluzione ResAP(2003)3 affronta i seguenti argomenti:

- valutazione nutrizionale e trattamento della denutrizione in ambito ospedaliero;
- personale coinvolto nella terapia nutrizionale;
- metodi di ristorazione;
- alimentazione ospedaliera;
- aspetti economici.

È possibile scaricare il testo integrale dal sito internet del Consiglio d'Europa: <https://wcm.coe.int/rsi/CM/index.jsp> citando il riferimento ResAP(2003)3.

RACCOMANDAZIONI VALUTAZIONE DEL RISCHIO NUTRIZIONALE

La mancata attenzione allo stato nutrizionale del paziente è la prima causa di malnutrizione ospedaliera. È importante effettuare la valutazione del rischio nutrizionale secondo le seguenti modalità:

1. deve essere effettuata all'ingresso in ospedale (entro 24 ore) e ripetuta ogni settimana durante il ricovero, secondo modalità organizzative definite dal personale ospedaliero;
2. deve essere eseguita utilizzando un metodo validato;
3. si suggerisce l'impiego dell'NRS 2002 (scheda n. 1).

Nel 2002 la Società Europea di Nutrizione Parenterale ed Enterale ha emanato linee guida per l'esecuzione di tale procedura. La procedura della valutazione del rischio nutrizionale si articola in quattro punti:

1. valutazione del peso e dell'altezza (misurati o stimati) e calcolo dell'indice di massa corporea: $BMI = [\text{peso in kg} / (\text{altezza in metri})^2]$;
2. valutazione del calo ponderale negli ultimi 3 mesi;
3. valutazione dell'introito alimentare;
4. valutazione della gravità della malattia: il paziente è a rischio nutrizionale se è ricoverato in terapia intensiva, se ha subito traumi, ustioni, fratture, interventi di chirurgia maggiore, se ha sepsi o soffre di complicanze acute in corso di malattia cronica.

2. LA RISTORAZIONE OSPEDALIERA NELLA REGIONE PIEMONTE

Nei mesi di giugno-luglio 2003 la Regione Piemonte (Settore Igiene e Sanità Pubblica) in collaborazione con la Rete Regionale delle SC di Dietetica e Nutrizione Clinica ha condotto un'indagine conoscitiva sulla ristorazione nelle strutture ospedaliere pubbliche regionali, attraverso l'invio alle Direzioni Sanitarie di un questionario specifico. L'obiettivo dell'indagine è stato fotografare le realtà della ristorazione ospedaliera del Piemonte per conoscere:

- *la tipologia del servizio*: gestione diretta/appalto esterno, cucina interna/esterna alla struttura, cottura vitto con legume caldo/refrigerato, distribuzione vitto con carrelli multirazioni/vassoio personalizzato;
- *le caratteristiche nutrizionali della ristorazione*: numero e composizione pasti, composizione bromatologica dei menu del vitto comune, caratteristiche e composizione bromatologica delle diete "standard";
- modalità di prenotazione dai pasti.

Tutte le strutture interpellate (n. 62) hanno restituito il questionario correttamente compilato.

I risultati dell'indagine sono riportati nelle tabelle 1 e 2.

Tabella 1. Tipologia del servizio di ristorazione

Gestione del servizio	Appalto esterno 60%	Gestione diretta 40%
Sede cottura pasti	Interna 75%	Esterna 25%
Cottura pasti	Legume caldo 100%	
Modalità distribuzione pasti	Carrelli multiporzione 65%	Vassoio personalizzato 35%
Accessori pasto	Presenti 50%	Assenti 50%
Prenotazione pasti	Presente 96%	Assente 4%

Tabella 2. Caratteristiche nutrizionali del servizio di ristorazione

Menu codificato per il vitto comune		Presente	100%		
Composizione bromatologica*	Per il vitto comune	Presente	85%	Assente	15%
	Per le diete standard	Presente	86%	Assente	14%

*Composizione bromatologica: composizione in nutrienti (proteine, lipidi, carboidrati, calorie, minerali, vitamine)

In particolare per quanto riguarda le diete "standard" esiste una grande disomogeneità fra le strutture (anche a parità di dotazione posti letto e specialità) per quanto riguarda sia la tipologia sia le caratteristiche nutrizionali. A parità di problemi clinici, ai pazienti vengono forniti pasti anche profondamente differenti a seconda della struttura di ricovero.

Sulla rivista *Ristorazione collettiva* del giugno 2004 è comparsa un'indagine sulla ristorazione nelle strutture sanitarie pubbliche e private attuata a livello nazionale con interviste telefoniche. L'indagine è stata indirizzata a valutare principalmente gli aspetti gestionali ed economici del servizio di ristorazione

ospedaliera e la sua evoluzione negli anni. I dati nazionali ricalcano quelli della nostra Regione per quanto riguarda la gestione del servizio, la sede di cucinazione e la distribuzione del vitto.

Nella nostra Regione la prenotazione del pasto è possibile nel 96% delle strutture (pur con grandi variabili sul numero e tipo di portate) contro il 65% rilevato a livello italiano.

L'indagine da noi effettuata affronta anche aspetti più strettamente nutrizionali: sotto questo profilo la realtà piemontese è ancora carente e disomogenea: in molti ospedali non viene calcolato (e controllato) l'apporto nutrizionale del vitto comune e delle diete standardizzate e manca la disponibilità di diete adeguate per patologie di comune riscontro.

3. ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE

Lo scopo della ristorazione ospedaliera è fornire pasti che soddisfino i fabbisogni nutrizionali dei soggetti ricoverati.

Per raggiungere tale scopo occorre considerare le seguenti affermazioni:

- i fabbisogni nutrizionali vengono soddisfatti solamente se il paziente consuma i pasti serviti;
- è fondamentale che i pazienti possano scegliere i pasti e che i menu presentino scelte sufficienti per soddisfare i gusti, le abitudini e le necessità terapeutiche dei soggetti ricoverati;
- il servizio di distribuzione dei pasti deve tenere in considerazione anche le condizioni fisiche e mentali degli utenti;
- il cibo deve essere di elevata qualità, appetitoso e servito adeguatamente;
- il cibo deve essere accessibile anche al di fuori dell'orario predefinito dei pasti
- è molto importante l'incoraggiamento al consumo del pasto e l'eventuale aiuto da parte del personale di reparto.

La progettazione del servizio di ristorazione deve quindi essere necessariamente multidisciplinare e coinvolgere figure professionali appartenenti a: Direzione Generale, Direzione Sanitaria, Direzione Amministrativa, Economato, Ufficio Tecnico, Servizio di Nutrizione Clinica e Servizio Igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN).

Sarebbe inoltre auspicabile la partecipazione di associazioni di ristorazione collettiva, di tecnologi alimentari, di associazioni di pazienti e del volontariato.

Per una gestione efficace è necessaria una stretta cooperazione tra gli operatori del servizio di ristorazione ed il personale sanitario medico, infermieristico ed assistenziale; è fondamentale che siano chiaramente definiti i ruoli specifici e le responsabilità di tutti gli operatori coinvolti nelle varie fasi della ristorazione.

Sistemi di ristorazione

Esistono diverse modalità di preparazione e di distribuzione dei pasti. La scelta del sistema migliore deve essere frutto di considerazioni di tipo economico, organizzativo, logistico relative alla specificità della struttura.

Presupponendo per ogni sistema la stessa accuratezza nell'applicazione del sistema HACCP, vengono presi in esame i singoli sistemi, sottolineandone vantaggi e svantaggi.

Preparazione dei pasti

1. **Cucina convenzionale in loco:** è la classica "gestione casalinga" ancora utilizzata soprattutto in piccole realtà.

Vantaggi:

- rapido passaggio del cibo dal luogo di produzione al luogo di somministrazione, con ridotta possibilità di sviluppo microbico e miglior conservazione delle caratteristiche organolettiche;

- distribuzione del pasto nelle vicinanze della cucina con possibilità di feedback immediato sul gradimento e su eventuali disservizi. Possibilità di correzione in fieri del disservizio;
- maggiore scambio di informazioni, minore “disumanizzazione” del ciclo produttivo.

Svantaggi:

- può esserci una lievitazione dei costi rispetto ad organizzazioni complesse che si avvantaggiano di un utilizzo ottimale delle diverse figure professionali comunque indispensabili a garantire tutti gli aspetti di qualità del servizio.

2. **Cucina centralizzata:** è il centro di cottura, solitamente gestito da grandi aziende di ristorazione collettiva, che mediante una rete distributiva trasporta i pasti alle varie strutture.

Vantaggi:

- ottimizzazione dell’impiego del personale e abbattimento dei costi;
- maggiore professionalità a disposizione;
- possibilità di fornire un servizio anche a strutture decentrate che non potrebbero permettersi una cucina;
- possibilità di investimenti in strutture, tecnologie ed impianti moderni ed efficienti (abbattitore, macchine sottovuoto, controlli microbiologici).

Svantaggi:

- aumento dei problemi di gestione e di trasporto;
- tempi maggiori tra la preparazione dei pasti e il loro consumo con difficoltà di mantenere la catena del freddo e del caldo;
- difficoltà a mantenere le caratteristiche organolettiche degli alimenti con conseguente limitazioni nella scelta del menu;
- spersonalizzazione del rapporto “utente/operatore del servizio”.

Distribuzione dei pasti

1. **Distribuzione tradizionale “fresco-caldo”:** è il classico trasporto del cibo dalla cucina (centralizzata o in loco) ai reparti con carrello riscaldato e refrigerato (a seconda dell’alimento).

Vantaggi:

- praticità, rapidità;
- costi ridotti.

Svantaggi:

- nei trasporti prolungati è insito uno scadimento delle qualità organolettiche di alcuni alimenti (es. pasta o alimenti con un contenuto ridotto di AW);
- la stretta correlazione tra cottura e trasporto rapido non permette interruzioni o contrattamenti che possano protrarre i tempi di distribuzione in maniera tale da favorire una proliferazione batterica incontrollata;
- la preparazione dei pasti effettuata in tempi ripetuti della giornata (colazione, pranzo, cena), comporta un impiego continuo di personale fisso in cucina;
- il sistema richiede una sorveglianza continua con controlli accurati della temperatura. Infatti, ad esempio, se la località dove verrà consumato il cibo si trova a distanza elevata rispetto al luogo della preparazione, i tempi di trasporto, le modalità di trasporto (contenitori isotermitici) e la distribuzione dovranno essere accuratamente monitorati per evitare gravi rischi di proliferazione batterica. Il tempo intercorrente tra preparazione e

somministrazione non deve comunque superare le 2 ore se conservato in isoterma.

2. **Distribuzione con legame freddo “surgelato”**: il cibo preparato in maniera convenzionale viene sottoposto ad abbattimento della temperatura fino a -18°C in un tempo rapido (3 ore) e confezionato in idonei contenitori. Infine viene stoccato in congelatori a -20°C . Al momento del consumo i contenitori vengono fatti rinvenire a temperatura di consumo.

Vantaggi:

- produzione di grandi quantità di cibo precotto, con possibilità di ottimizzare le risorse e i costi;
- possibilità di concentrare in minori sessioni lavorative la preparazione dei cibi con risparmio di tempo.

Svantaggi:

- alti consumi energetici;
- necessità di discreto investimento economico in attrezzature per il rinvenimento economico dei pasti;
- tecniche complesse gestibili solo da personale specializzato;
- trasporto effettuabile solo con automezzi refrigerati;
- solo con alcuni alimenti è possibile utilizzare tale metodica. Ciò comporta qualche limitazione nella scelta dei menu.

3. **Distribuzione del tipo “cook and chill”**: il cibo preparato in maniera convenzionale viene sottoposto a raffreddamento rapido, con abbattitore, fino a 10°C al cuore del prodotto, entro 90 minuti circa. Dopo un eventuale porzionamento (in locali a temperatura modificata di 12°C e con chiusura quasi ermetica in carrelli neutri) viene stoccato e conservato sopra il punto di congelamento tra 0°C e 3°C . Il prodotto può essere conservato per un massimo di 3-5 giorni (compreso il giorno della preparazione/abbattimento). Viene quindi trasportato mediante automezzi refrigerati, a non più di 4°C , sul luogo del consumo. Qui, immediatamente prima del consumo, viene portato ad una temperatura di almeno 70°C (con rigenerazione a vapore, irradiazione, conduzione, induzione o microonde) e servito. Solitamente si utilizza uno specifico carrello refrigerante/riscaldante, che prima mantiene una temperatura di 3°C e poi porta l'alimento a 73°C circa.

Vantaggi:

- cibo dalla qualità organolettica e dal sapore migliore rispetto al freddo “surgelato”. Produzione di grandi quantità di cibo con possibilità di ottimizzare le risorse e i costi;
- possibilità di concentrare in minori sessioni lavorative la preparazione dei cibi con risparmio di tempo.

Svantaggi:

- costi piuttosto elevati sulla strumentazione, sui carrelli e sul trasporto;
- tecniche gestibili da personale opportunamente preparato.

RACCOMANDAZIONI

- Ogni degente deve poter prenotare i pasti secondo i suoi gusti, nei limiti delle sue esigenze cliniche.
- La prenotazione del pasto deve essere flessibile e consentire la possibilità di una variazione dell'ordinazione anche a breve distanza dalla distribuzione.
- Gli orari di distribuzione dei pasti non dovrebbero discostarsi troppo da quelli consueti. Devono essere chiaramente definiti e rispettati: ad esempio la colazione dovrebbe essere servita tra le 7 e le 8, il pranzo tra le 12 e le 13, la cena tra le 19 e le 20. Questi orari consentirebbero di distribuire eventuali spuntini con congruo intervallo.
- In qualsiasi momento deve essere a disposizione del degente la possibilità di consumare cibi e bevande. Tale possibilità deve essere garantita da un'organizzazione flessibile che preveda una disponibilità in loco di spuntini di varia natura forniti anche mediante distributori automatici.
- Va previsto un locale per il consumo dei pasti, diverso dalla stanza di degenza, per permettere ai pazienti che possono abbandonare il letto di pranzare con un miglior confort anche di tipo psicologico e per sottolineare l'importanza che viene attribuita al pasto. Per alcune tipologie di pazienti, ad esempio i pazienti oncologici e i pediatrici, e previa autorizzazione, sarebbe auspicabile prevedere la possibilità di poter far pranzare i degenti insieme ad eventuali parenti/amici.
- Occorre prevedere, oltre all'acqua, la fornitura di stoviglie ed accessori necessari al consumo del pasto (posate, bicchieri, tovagliolo) e adeguati al livello di autonomia fisica e mentale del degente. Occorre inoltre prevedere un aiuto per le persone in difficoltà.
- I cibi forniti debbono essere "sicuri", occorre cioè evitare che dal loro consumo possano emergere rischi microbiologici, chimici e fisici (ingestione di residui quali lische di pesce, noccioli, ecc.).
- Informazioni sulla giornata alimentare devono essere disponibili in maniera comprensibile e chiara anche mediante l'uso di simboli e disegni.
- Al fine di favorire scelte consapevoli, le ricette non devono utilizzare denominazioni di fantasia ma indicare gli ingredienti principali.
- Per prevenire intolleranze o allergie è altresì importante l'indicazione di tutti gli ingredienti dei piatti in menù per consentire ai pazienti l'individuazione di eventuali allergeni.

4. ASPETTI NUTRIZIONALI DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE

4.1. I fabbisogni nutrizionali

Non sono stati rilevati riferimenti condivisi per i fabbisogni nutrizionali specifici per la popolazione ospedalizzata che non necessita di dietoterapia e cui viene fornito un vitto definito “comune” (indicato *in tutte quelle condizioni patologiche che non richiedano particolare trattamento dietetico*).

Considerando che l'alimentazione fornita dalle strutture ospedaliere deve comunque assicurare la correttezza nutrizionale, deve cioè soddisfare le esigenze nutrizionali di tutti i degenti, sono stati utilizzati come riferimento i Livelli di Assunzione Raccomandati di Energia e Nutrienti per la popolazione italiana (LARN) della Società Italiana di Nutrizione Umana, revisione 1996, e le Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN), revisione 2003, che costituiscono i documenti di riferimento nazionali per una sana ed equilibrata alimentazione.

Per le caratteristiche nutrizionali delle diete standard si è fatto riferimento alle raccomandazioni delle Linee Guida Nazionali ed Internazionali relative alle patologie di più comune riscontro.

La giornata di un soggetto ospedalizzato è scandita da impegni prestabiliti come visite mediche, esami, digiuni o spostamenti dai reparti per vari motivi; tutti questi “impegni” possono incidere negativamente con lo svolgimento di una normale giornata alimentare per cui è possibile che il paziente non riesca a consumare entro gli orari previsti i 3 pasti “regolari”, oppure può accadere che, anche se consegnati ad orari consoni, i pasti non siano consumati nella loro totalità a causa di sazietà precoce, dell'anoressia che frequentemente si associa alle patologie più gravi o del non gradimento di alcune preparazioni.

Si verifica quindi con elevata frequenza che l'apporto nutrizionale con i pasti “regolari” non riesca a coprire i fabbisogni. Un tentativo di ovviare alle ingesta carenti può essere l'impiego di “spuntini”.

RACCOMANDAZIONI

IL VITTO COMUNE DEI PAZIENTI ADULTI

Le caratteristiche nutrizionali delle diete per situazioni patologiche verranno dettagliate nella sezione specifica per il dietetico ospedaliero.

Composizione bromatologia

Calorie: 1900-2300.

Proteine: circa 15% delle calorie totali.

Lipidi: circa 30-35% delle calorie totali.

Glucidi: la percentuale rimanente.

Il calcolo nutrizionale non comprende i fuori pasto ordinabili separatamente (spuntini).

La giornata alimentare

Dovrà essere così articolata:

- colazione: 20% calorie totali giornaliere;
- pranzo: 40% calorie totali giornaliere;
- cena: 40% calorie totali giornaliere.

I singoli pasti devono prevedere una equilibrata ripartizione tra i vari principi nutritivi rispettando le percentuali precedentemente espresse

Il menu

- Deve prevedere ricette standardizzate, a composizione bromatologica definita, ripetibili e che consentano il raggiungimento degli apporti nutrizionali sopraindicati.
- Deve essere articolato almeno su 15 giorni e prevedere il cambio stagionale.
- Giornalmente devono essere previsti 2 menu con piatti ricettati e un numero minimo di piatti fissi per ogni portata.

Lo spuntino

- È opportuno predisporre la fornitura e l'allestimento (a livello di reparto o centralizzato) di alimenti vari facilmente consumabili e gestibili dal paziente stesso. Tali alimenti potrebbero anche essere forniti con i distributori automatici di cibo e bevande presenti nella struttura sanitaria.
- È necessario che la varietà e qualità di quanto distribuito vengano concordate in occasione della stesura del capitolato d'appalto.
- Ogni paziente deve poter comporre il proprio spuntino, che avrà caratteristiche nutrizionali variabili a seconda del tipo di alimentazione prescritta, scegliendo un alimento per ognuno di questi gruppi:

a. *alimenti in forma liquida/morbida:*

- bevande non caloriche (abbinabili a zucchero o dolcificante): tè normale o decaffeinato, caffè liofilizzato normale o decaffeinato o surrogato (ad esempio orzo liofilizzato o altro in caso di celiachia), tisane, brodi, bevande liofilizzate (ad esempio cacao), acqua gasata e non;
- bevande caloriche: succhi di frutta vari, sciroppi, bibite;
- bevande nutrizionali: latte UHT, intero, scremato, variamente aromatizzato, di soia o delattosato, di riso, ecc.;
- alimenti "al cucchiaio": creme o budini UHT a base di latte normale, creme o budini UHT a base di latte di soia, mousse di frutta, omogeneizzati di frutta, yogurt.

b. *alimenti "da forno":* pane, (panini o pancarrè) grissini, fette biscottate crackers, tortine o piccole brioches (variamente declinabili secondo i tipi di diete: versione per celiaco o ipoproteica), piccole porzioni di fiocchi di cereali, barrette di snack, ecc.;

c. *alimenti calorici-proteici:* marmellate, miele, formaggini, cioccolato in tavolette o spalmabile, paté vari, in monoconfezioni, di tonno o prosciutto ecc.

Esempio di giornata alimentare per il vitto comune dei pazienti adulti

Colazione

Latte vaccino
Bevanda tipo caffè
Zucchero/miele
Fette biscottate
Marmellata, burro

Alternative e piatti fissi

Latte delattosato, yogurt
Tè, orzo
Dolcificanti acalorici
Pane, biscotti

Pranzo e cena

Primo proposto in due scelte con parmigiano (uno asciutto e uno in minestra)

Secondo proposto in due scelte (uno di carne e uno di pesce)

Contorno proposto in due scelte (una cotta e una cruda)

Dessert

Panetteria

Acqua minerale

Eventuali condimenti

Alternative e piatti fissi

Pasta o riso in bianco, minestra, semolino, brodo

Pollo lesso, polpette, pesce, prosciutto, formaggio

Purè, verdure bollite

Frutta fresca, frutta cotta, frullato, budino, yogurt

Pane comune, pane integrale, grissini

Olio, limone, aceto, maionese, ketchup, salse

Non sono state indicate le grammature dei singoli componenti del vitto al fine di permettere una elaborazione più varia dei menu. Le ricette dei piatti che compongono i differenti menu devono essere disponibili per calcolare gli apporti nutritivi e giungere ad una composizione della giornata alimentare nutrizionalmente adeguata.

IL VITTO COMUNE DEI PAZIENTI PEDIATRICI

Valgono le stesse raccomandazioni espone nel paragrafo precedente con le seguenti specificazioni.

Composizione bromatologia

Calorie: da 1200-1300 per l'età di 18-36 mesi fino a 2000-2200 per l'età di 11-15 anni.

Il calcolo nutrizionale non comprende i fuori pasto ordinabili separatamente (spuntini).

La giornata alimentare

Dovrà essere così articolata:

- colazione: 15% calorie totali giornaliere;
- pranzo: 40% calorie totali giornaliere;
- merenda: 15% calorie totali giornaliere;
- cena: 30% calorie totali giornaliere.

Deve essere presente almeno una merenda ad orario prestabilito composta da alimenti codificati dal menu. Altre ulteriori merende potranno essere composte utilizzando gli alimenti previsti per lo spuntino.

Per i lattanti ed i divezzini (0-12 mesi) deve essere disponibile un servizio adibito alla produzione dei pasti lattei (ad esempio Banca del latte), dei pasti di primo svezzamento e di diete speciali per la primissima infanzia prescritte dal pediatra.

Esempio di giornata alimentare per il vitto comune dei pazienti pediatrici

Colazione

Latte vaccino
Bevanda tipo caffè
Zucchero/miele
Fette biscottate
Marmellata/burro

Alternative e piatti fissi

Latte delattosato, yogurt, latte di soia arricchito in calcio
Tè, orzo, cacao
Dolcificanti acalorici
Pane, biscotti, biscotti per l'infanzia, cereali, crackers
Miele, formaggino

Pranzo e cena

Primo proposto in due scelte con parmigiano (uno asciutto e uno in minestra)
Secondo proposto in due scelte (uno di carne e uno di pesce)
Contorno proposto in due scelte (una cotta e una cruda)
Dessert
Panetteria
Acqua minerale
Eventuali condimenti

Alternative e piatti fissi

Pasta o riso in bianco e al pomodoro, pastina micron in crema di patate e carote, minestra in brodo vegetale, semolino, brodo
Pollo lesso, polpette, pesce, omogeneizzati ai gusti vari, prosciutto, formaggio morbido e a pasta dura
Purè, verdure bollite, patate, carote
Frutta cruda, frutta cotta, frullato, budino, yogurt, gelato, sorbetto, omogeneizzato di frutta, composta di frutta
Pane comune, pane integrale, grissini, crackers
Olio, limone, aceto, maionese, ketchup, salse

Non sono state indicate le grammature dei singoli componenti del vitto al fine di permettere una elaborazione più varia dei menu. Le ricette dei piatti che compongono i differenti menu devono essere disponibili per calcolare gli apporti nutritivi e giungere ad una composizione della giornata alimentare nutrizionalmente adeguata.

4.2. Il dietetico ospedaliero

La popolazione degente in una struttura ospedaliera, da un punto di vista medico nutrizionale, può avere tre differenti esigenze:

- di un *vitto comune* rappresentato da un insieme di menu fruibili in tutte le situazioni patologiche che non richiedono un trattamento dietetico (vedi paragrafo precedente);
- di schemi dietoterapeutici adatti a specifiche patologie (*diete standard*) con caratteristiche bromatologiche precodificate. Le diete standard devono essere codificate sulla scorta delle caratteristiche nutrizionali e non della patologia in cui possono essere impiegate;
- di schemi dietoterapeutici ricettati individualmente (*diete ad personam*), per soggetti con problematiche nutrizionali complesse, che necessitano di schemi individuali. Le diete *ad personam* vengono prescritte dal curante, calcolate dal dietista ed allestite utilizzando grammature, alimenti e modalità di preparazione specifici.

Il dietetico ospedaliero è la raccolta di diete standardizzate a composizione bromatologica nota, che devono essere disponibili in una struttura ospedaliera.

Il dietetico riportato di seguito rappresenta *il livello minimo* che deve essere presente in tutte le strutture di ricovero ospedaliero per la popolazione adulta e pediatrica: i presidi ospedalieri ad alta complessità dovranno prevedere diete standard aggiuntive a seconda della tipologia di specialità presenti nella struttura.

RACCOMANDAZIONI LE DIETE STANDARD

Le diete standard sono destinate a soggetti con patologie specifiche per le quali siano indicate modificazioni dietetiche, ma che non richiedono formulazioni dietetiche individuali. Vengono allestite, quando possibile, con i piatti dell'alimentazione comune (menu del giorno e/o piatti fissi), opportunamente adattati e combinati a seconda dell'esigenza di modifica bromatologica (ad esempio per la dieta iposodica sono previsti i medesimi piatti dell'alimentazione comune con la sola omissione del sale nella preparazione); questa modalità di allestimento delle diete standard garantisce una maggiore accettazione della restrizione dietetica da parte del paziente, che si sente meno discriminato, e consente inoltre una migliore organizzazione a livello di cucina.

Le diete standard che tutte le strutture ospedaliere per la popolazione adulta devono poter fornire sono:

- *dieta iposodica;*
- *diete ipocaloriche;*
- *dieta ipoproteica;*
- *dieta senza glutine;*
- *dieta a ridotto apporto di fibre;*
- *dieta di consistenza modificata;*
- *dieta ad alta densità nutrizionale;*
- *diete di rialimentazione.*

Nei reparti pediatrici deve essere inoltre disponibile la dieta priva di latte vaccino e derivati.

Dieta iposodica

Nella normale alimentazione il contenuto di sodio è largamente in eccesso rispetto ai fabbisogni. La restrizione di sodio si ottiene riducendo la quantità di sale da cucina (cloruro di sodio) aggiunto ai cibi durante la cottura e limitando o escludendo alimenti particolarmente ricchi di sodio, rappresentati soprattutto da prodotti conservati, prevalentemente di origine industriale (formaggi, salumi).

Indicazioni

La dieta iposodica è indicata nella terapia dell'ipertensione essenziale, dell'insufficienza epatica con ascite, della gestosi gravidica, delle cardiopatie con scompenso, degli edemi.

Caratteristiche nutrizionali

Dieta normocalorica con contenuto in sodio di 1600 mg (pari a 4 g di cloruro di sodio) derivante dalla quantità contenuta negli alimenti.

L'apporto in sodio può essere aumentato con l'aggiunta di sale da cucina come condimento. A questo scopo è da prevedere la fornitura di cloruro di sodio in dosi da 1 grammo; considerando che 1 g di cloruro di sodio apporta 400 mg di sodio è possibile modulare la dieta iposodica a diversi livelli di restrizione.

Diete ipocaloriche

La dieta ipocalorica prevede la riduzione dell'apporto energetico giornaliero garantendo il fabbisogno di proteine, vitamine e minerali. Nella formulazione di una dieta ipocalorica occorre individuare la restrizione energetica alla quale è necessario sottoporre il paziente.

Indicazioni

Le diete ipocaloriche sono indicate nei pazienti con malattie metaboliche (obesità, sovrappeso, diabete, dislipemie).

Caratteristiche nutrizionali

Le diete ipocaloriche sono bilanciate poiché mantengono la fisiologica ripartizione calorica tra proteine, lipidi e glucidi e garantiscono i fabbisogni in proteine, vitamine e minerali. Sono previsti 3 livelli di restrizione calorica: kcal 1200, kcal 1500, kcal 1800.

Queste diete sono caratterizzate, oltre che dal contenuto calorico ridotto, da una riduzione nell'apporto di zuccheri semplici con relativo aumento dei glucidi a lento assorbimento.

Dieta ipoproteica

Il corretto utilizzo metabolico delle proteine alimentari richiede un adeguato introito calorico e la presenza di tutti gli aminoacidi essenziali; è quindi indispensabile che la dieta ipoproteica fornisca sufficienti calorie e che le proteine ad alto valore biologico (di origine animale) costituiscano almeno il 50% delle proteine fornite.

Indicazioni

La dieta ipoproteica è indicata per i pazienti affetti da insufficienza renale cronica e nelle fasi di scompenso acuto delle epatopatie con encefalopatia porto-sistemica. Nell'insufficienza renale cronica è anche necessaria la restrizione dell'apporto in fosforo.

Caratteristiche nutrizionali

Dieta normocalorica con contenuto proteico e fosforico ridotto.
Proteine g 40, fosforo inferiore a 700 mg.

Dieta senza glutine

Il glutine è una proteina presente nei seguenti cereali: frumento, orzo, segale, avena. Non contengono glutine: mais, riso, tapioca e le farine che derivano da questi cereali. I derivati del frumento possono essere utilizzati come addensanti in molti cibi industriali, che possono quindi contenere glutine. È necessario garantire che i cibi utilizzati nella dieta senza glutine ne siano assolutamente privi.

Indicazioni

La dieta senza glutine è indicata per i pazienti affetti da morbo celiaco e per pazienti con dermatite erpetiforme, patologie croniche causate dall'intolleranza al glutine.

Caratteristiche nutrizionali

Dieta normocalorica, normoproteica, equilibrata che prevede l'uso di alimenti naturali senza glutine e di alimenti dietetici speciali privi di glutine.

Le fasi di preparazione e di cottura del cibo devono seguire procedure specifiche, atte ad evitare contaminazioni anche con sole tracce di glutine.

Il menu deve prevedere tutte le scelte dell'alimentazione comune con l'impiego di alimenti privi di glutine in sostituzione di alimenti che lo contengano (es. pane, pasta, prodotti da forno).

Dieta a ridotto apporto di fibre

Le fibre presenti negli alimenti contribuiscono ad aumentare i residui fecali e stimolano la peristalsi intestinale. Un'adeguata preparazione intestinale è essenziale per l'esecuzione di alcuni test diagnostici strumentali dove l'intestino deve risultare il più possibile privo di residui fecali.

Nelle patologie gastroenteriche caratterizzate da diarree acute o nelle riacutizzazioni di diverticoliti del colon/sigma la riduzione temporanea della massa fecale può migliorare la sintomatologia.

Nelle diarree acute è utile associare la restrizione nell'apporto di lattosio a causa del frequente deficit di lattasi che può essere presente.

Indicazioni

La dieta con ridotto apporto di fibre è indicata in alcuni casi di diarrea acuta, di riacutizzazione di diverticolite intestinale, nella preparazione di alcune indagini diagnostiche sull'apparato digerente, nella fase di preparazione alla chirurgia colica.

Caratteristiche nutrizionali

Dieta normocalorica normoproteica con contenuto ridotto di fibra e di lattosio. Può risultare carente l'apporto in vitamine e minerali e pertanto va utilizzata per brevi periodi.

Dieta di consistenza modificata

Prevede cibi di consistenza morbida ed omogenea, che devono essere facilmente masticabili e deglutibili. Devono essere previste modalità di preparazione e di cucinazione che evitino che i cibi rilascino piccoli pezzi che potrebbero perdersi nella bocca con rischio di aspirazione nelle vie aeree in caso di disfagia.

Indicazioni

È indicata nei pazienti con deficit della masticazione (es. anziani, anoressici) e in pazienti che presentino problemi meccanici o funzionali di deglutizione di grado lieve.

Pazienti con disfagia di grado elevato andranno gestiti con diete specifiche.

Caratteristiche nutrizionali

Dieta normocalorica, equilibrata con consistenza del cibo semisolida.

Dieta ad alta densità nutrizionale

Lo scopo di questa dieta è quello di facilitare il mantenimento di un buon stato nutrizionale e/o di prevenire la malnutrizione nei soggetti con scarso appetito o sazietà precoce. La sua caratteristica è di fornire molte calorie e proteine in un volume ridotto.

Indicazioni

La dieta è indicata per i pazienti inappetenti che non presentino difficoltà di masticazione e di deglutizione.

Caratteristiche nutrizionali

Dieta normocalorica normoproteica, con pasti caratterizzati dal piccolo volume. I piatti principali, a pranzo e cena, devono essere arricchiti in proteine e calorie per fornire più di 300 kcal ognuno; l'apporto calorico di un dessert deve essere di almeno 300 kcal; l'alimentazione deve essere frazionata durante la giornata: gli spuntini, disponibili almeno due volte al giorno, devono fornire almeno 150 kcal ognuno.

Diete di rialimentazione

Nel periodo post-operatorio o dopo digiuno prolungato è opportuno iniziare l'alimentazione con gradualità, utilizzando alimenti semplici da deglutire e di facile digeribilità, confezionati limitando gli alimenti ricchi di fibra e di lattosio. L'alimentazione deve essere di piccolo volume e frazionata.

Indicazioni

Sono indicate nelle rialimentazioni dopo digiuno prolungato (es. interventi chirurgici, sospensione dell'alimentazione per patologie gastro-enteriche, ecc.)

Caratteristiche nutrizionali

Devono essere previsti almeno 3 livelli con quote caloriche e proteiche gradualmente aumentate. Nei livelli 1 e 2 è utile che le proteine del pasto siano rappresentate prevalentemente da derivati animali, per il loro maggiore valore biologico.

L'apporto di lattosio deve essere inizialmente ridotto.

Specificità per pazienti pediatrici

La tipologia di diete standard è la stessa descritta per gli adulti, con l'eccezione della dieta priva di latte vaccino.

Per i pazienti pediatrici occorre prevedere un maggiore utilizzo di diete *ad personam*.

Dieta priva di latte vaccino e derivati

La dieta prevede l'esclusione del latte vaccino, dei suoi derivati e delle proteine di origine bovina sotto forma sia di alimenti sia di componenti di piatti o prodotti da forno (es. purea di patate, biscotti).

Indicazioni

Per pazienti affetti da allergia alle proteine del latte vaccino e in fase iniziale per pazienti con grave intolleranza al lattosio.

Caratteristiche nutrizionali

Dieta normocalorica, normoproteica, prevede l'impiego di alimenti naturali privi di latte vaccino e di carni bovine. È necessaria l'integrazione con alimenti dietetici speciali e l'integrazione con calcio (es. acqua minerale ricca in calcio).

Le procedure di preparazione e di cottura del cibo devono seguire procedure specifiche atte ad evitare contaminazioni con latte vaccino e suoi derivati.

5. ASPETTI DI QUALITÀ

Il servizio di ristorazione ospedaliera deve essere inteso come un sistema complesso che ha bisogno di riferimenti chiari per garantire la necessaria qualità ad un'attività che può avere importanti riflessi sullo stato di salute dell'utente. I punti qualificanti del servizio devono essere individuati ed esplicitati nelle condizioni contrattuali relative alla fornitura di servizi e/o prodotti agroalimentari ed in modo particolare nel capitolato d'appalto, che rappresenta lo strumento principale per la definizione della qualità del servizio di ristorazione.

Il servizio di ristorazione, oltre a garantire la qualità e la sicurezza dei pasti serviti, deve considerare le implicazioni sociali, relazionali, ambientali, etiche legate al consumo del pasto e testimoniare con appropriate scelte negli acquisti e nell'organizzazione del servizio la comprensione delle forti relazioni esistenti tra salute, alimentazione, ambiente e rapporto con il territorio. La Pubblica Amministrazione, nell'ambito della responsabilità sociale d'impresa, è chiamata a svolgere un ruolo attivo nella promozione del consumo di prodotti sostenibili. Esistono pregevoli esperienze in tal senso di introduzione di criteri ecologici e sociali nelle procedure di acquisto di beni e servizi da parte delle Pubbliche Amministrazioni.

Un esempio sono gli acquisti pubblici verdi (*Green Public Procurement*), acquisti cioè che perseguono obiettivi di sostenibilità ambientale con scelte di prodotti provenienti da agricoltura biologica o da lotta integrata, eco-certificati, o del commercio equo e solidale e che considerano inoltre, nei processi, l'impatto dei mezzi di trasporto, la quantità e la tipologia degli imballaggi, la quantità e il tipo di smaltimento dei rifiuti.

Un altro esempio interessante che coniuga aspetti di sostenibilità ambientale, legame con il territorio e sostegno all'economia locale è l'utilizzo di prodotti locali attraverso convenzioni con fornitori di zona, in un processo definito "filiera corta" che, accorciando le distanze tra luogo di produzione e consumo, determina un minor utilizzo di sistemi di trasporto, imballaggio, energia, minor numero di passaggi, con evidenti effetti sull'ambiente. Scelte di questo tipo attivano processi di tipo partecipativo, percorsi di salvaguardia dell'ambiente e sostegno all'economia locale e inoltre determinano una maggiore responsabilità e controllo sociale con ricadute in termini di salute sulla collettività. Si verrebbe così a determinare un'importante azione di prevenzione e promozione della salute, che è poi il compito principale di una struttura sanitaria territoriale.

Nel servizio di ristorazione ospedaliera le diverse figure professionali, specialmente quelle con funzioni di responsabilità, devono lavorare tenendo conto del principio di qualità e di convivialità; con il primo s'intende l'insieme delle proprietà e delle caratteristiche che conferiscono a un prodotto la capacità di soddisfare esigenze espresse o implicite del proprio cliente/utente; con il secondo s'intende invece l'attenzione che il gestore deve porre verso tutti quegli elementi che porteranno lo stesso cliente/utente a sentirsi come a casa.

È fondamentale, per ridurre il rischio di discrezionalità, definire standard qualitativi oggettivamente misurabili nel capitolato d'appalto o nelle condizioni contrattuali relative alla fornitura di servizi e/o prodotti. Occorre aver chiaro cosa si vuole ottenere considerando i punti di forza e di debolezza delle precedenti gestioni, dando valore ad alcuni elementi di qualità per poter ottenere scelte realmente più vantaggiose e non solamente più economiche.

In genere in un capitolato vengono descritti i criteri generali del servizio (caratteristiche merceologiche dei prodotti, aspetti igienico-sanitari, dietetico-nutrizionali, organizzativi ecc.).

Alcuni di questi aspetti devono essere particolarmente presidiati sia in occasione della stesura dei capitolati di appalto sia in ambito di organizzazione e controllo generale del Servizio:

- *igienico-sanitari:*

gli aspetti igienico-sanitari rappresentano un requisito intrinseco della qualità di un servizio di ristorazione. Sono definiti da norme di legge che non è il caso di ripetere integralmente ma che è indispensabile considerare nella definizione dei parametri strutturali tecnologici ed organizzativi specifici dell'attività. L'Ente responsabile del servizio dovrà indicare in maniera specifica caratteristiche dei locali di lavorazione, lay-out, attrezzature e processi tecnologici utilizzati, piani di autocontrollo mirati a contenere i rischi chimici, fisici e soprattutto microbiologici. I principi generali di sicurezza alimentare introdotti dalla normativa comunitaria nota come "pacchetto igiene" devono essere considerati il riferimento principale. In particolare i Regolamenti CE 178/2002 e 852/2004 introducono e ribadiscono concetti fondamentali per garantire la sicurezza delle produzioni alimentari:

- approccio globale ed integrato alla sicurezza;
- applicazione del principio di precauzione;
- responsabilità primaria agli operatori del settore alimentare;
- messa in atto di sistemi di tracciabilità e rintracciabilità;
- decisioni basate sull'analisi del rischio;
- applicazione dei principi HACCP;
- garanzia di informazione al consumatore/utente.

A titolo di esempio vale la pena di citare quanto previsto dall'art. 14 del Regolamento CE 178/2002 in merito alla nuova definizione di alimento a rischio:

«Gli alimenti a rischio non possono essere immessi sul mercato:

- se sono dannosi per la salute;
- se sono inadatti per il consumo umano.

Per la definizione di alimento a rischio si considerano:

- A. le condizioni d'uso normali dell'alimento da parte del consumatore in ciascuna fase della produzione della trasformazione e della distribuzione;
- B. le informazioni messe a disposizione del consumatore comprese le informazioni riportate in etichetta o altre informazioni generalmente accessibili al consumatore sul modo di evitare specifici effetti nocivi per la salute da un alimento o categoria di alimenti.

Per determinare se un alimento è dannoso si considerano:

gli effetti immediati, a breve e lungo termine sulla salute della persona che consuma l'alimento ed anche su quella dei discendenti, gli effetti tossici cumulativi di un alimento, [...] la particolare sensibilità, sotto il profilo della salute, di una specifica categoria di consumatori, nel caso in cui l'alimento sia destinato ad essa».

Solo questa definizione rende evidenti oneri e responsabilità di chi deve garantire alimenti sicuri al consumatore finale. La piena comprensione dei principi generali della nuova legislazione europea e il rispetto delle norme specifiche nazionali/regionali devono essere sempre evidenti e non possono prescindere da un costante riferimento al contesto specifico in cui si opera;

- *merceologici:*

oltre alle considerazioni fatte in premessa sulle caratteristiche dei prodotti/servizi in relazione agli aspetti di sostenibilità ambientale e rapporto con il territorio, è utile sottolineare come sia spesso inutile dettagliare minuziosamente alcuni parametri descrittivi delle caratteristiche di prodotto

quando questi sono impliciti e definiti da norme di settore o classificazioni merceologiche. È necessario garantirsi il diritto di ottenere certificazioni della categoria di prodotto ad ogni consegna e, a richiesta, referti analitici giustificanti la rispondenza del prodotto alla qualità dichiarata. Quello che serve in sintesi è integrare gli aspetti definiti da norme con esplicite richieste di requisiti aggiuntivi documentabili in modo da ottenere e verificare livelli sempre maggiori di qualità;

- *dietetico-nutrizionali:*
 - una corretta procedura deve prevedere fondamentali interazioni tra: cuoco, responsabile autocontrollo, economo, responsabile del personale, dietista e medico nutrizionista per garantire un coordinamento efficace di tale attività e integrare obiettivi e parametri interdisciplinari (gastronomico, sicurezza igienica, nutrizionale, economico-organizzativo);
 - la composizione delle ricette, le scelte di combinazione dei diversi piatti nell'arco della giornata e le frequenze di consumo devono essere valutate dal Servizio di Dietetica;
 - controllo del rispetto dei "capitolati d'appalto" affinché i prodotti per la ristorazione siano confacenti a quanto stabilito;
 - rispetto delle grammature nell'elaborazione dei piatti del menu standard e delle diete speciali;
 - promozione e applicazione dei criteri di manipolazione e preparazione degli alimenti che garantiscano la sicurezza degli apporti nutrizionali, riducendo al minimo le perdite di nutrienti e di sostanze protettive e conservando queste ultime nel modo migliore possibile;
 - evitare la presenza, nella pianificazione dei menu, di "nomi di fantasia" ma utilizzare gli ingredienti principali della ricetta per l'identificazione del piatto proposto;
- *organizzativi:*

alcuni aspetti legati all'organizzazione del servizio incidono notevolmente sulla qualità percepita del pasto servito:

 - i criteri sensoriali della composizione del pasto devono prevedere un'accettabile palatabilità e gusto, all'insegna della varietà delle risorse della gastronomia locale e delle tradizioni, e tenere in considerazione l'aspetto visivo (disposizione del cibo dei piatti e colore);
 - deve essere assicurata, nel rispetto dei requisiti di sicurezza igienico-sanitari, una temperatura ragionevole e ottimale al momento del consumo dei cibi. A tal fine bisogna considerare che esposizioni di pochi minuti a temperatura ambiente per ripristinare una giusta temperatura di consumo non incidono in maniera significativa sulla sicurezza del prodotto;
 - occorre rendere sistematica la prenotazione individuale reale e garantire la corrispondenza tra pasto prenotato e servito. La prenotazione individuale non va confusa con la predisposizione da parte del personale dei reparti di degenza di ordinazioni cumulative ritenute confacenti dagli utenti; con questo sistema, tra l'altro, non si possono identificare i pazienti fruitori delle ordinazioni, con prevedibili ricadute in termini di sprechi;
 - la fase della prenotazione richiede la disponibilità di personale adeguatamente addestrato e culturalmente preparato anche a guidare il paziente nella scelta sulla base di indirizzi nutrizionali. Questa fase diventa ancora più delicata in presenza di situazioni cliniche che rendono opportuno o necessario un regime dietetico particolare;
 - formalizzazione del dietetico (pianificazione menu e possibili alternative) e comunicazione ufficiale al personale medico e infermieristico, agli utenti e ai parenti attraverso strumenti di informazione, come opuscoli specifici, a supporto delle fasi di prenotazione e distribuzione;

- è importante prevedere nell'erogazione del servizio la disponibilità di accessori adeguati e completi per il consumo il più possibile confortevole del pasto: posate, bicchieri, tovaglioli e bevande;
- occorre porre attenzione anche al contesto in cui il pasto si somministra e si consuma (suoni/rumori, luminosità, tinteggiatura degli ambienti, grado di pulizia, microclima), all'insieme degli atteggiamenti e dei comportamenti degli operatori coinvolti nelle fasi di prenotazione e distribuzione con l'utenza afferente al servizio e al tempo dedicato al consumo del pasto in termini di disponibilità del personale e di effettivi orari di distribuzione dei cibi.

L'obiettivo che bisogna porsi è migliorare sempre e cercare di raggiungere livelli di qualità sempre più elevati cui corrisponde una maggiore soddisfazione dell'utenza. Devono essere quindi previste procedure di monitoraggio delle prestazioni, dei consumi e di soddisfazione dell'utenza attraverso questionari di gradimento che "misurino" tutto il processo produttivo del servizio di ristorazione ed evidenzino eventuali punti di debolezza e le relative responsabilità. Anche il sistema sanzionatorio deve risultare finalizzato alla risoluzione delle problemi puntando all'obiettivo finale piuttosto che all'incremento delle multe.

RACCOMANDAZIONI

Ogni struttura ospedaliera dovrebbe istituire una *Commissione/Gruppo di lavoro Ristorazione* avente funzioni di controllo e miglioramento continuo della qualità, costituita da figure professionali appartenenti a: Direzione Sanitaria, Direzione Amministrativa o Economato, Ufficio Tecnico, Servizio di Nutrizione Clinica, con il compito di:

- progettare/ristrutturare il servizio di ristorazione in base alle esigenze della propria struttura e alle eventuali criticità rilevate;
- orientare servizi e acquisti verso scelte di sostenibilità ambientale comunicandole all'utenza;
- partecipare alla stesura del capitolato di gara e valutarne le offerte in caso di appalto esterno del servizio;
- programmare un'attività di controllo e revisione periodica con relazione almeno annuale, sugli aspetti organizzativi, igienici, nutrizionali ed economici;
- istituire e/o partecipare a programmi di valutazione della qualità percepita dagli utenti e di riorganizzazione del servizio in maniera condivisa e partecipata.

Per problematiche specifiche può essere attivata una consulenza con il SIAN.

6. FORMAZIONE

Per il successo di un programma di miglioramento della ristorazione e della cura nutrizionale è fondamentale un programma di educazione e formazione per tutto il personale coinvolto, al fine di creare un senso di responsabilità ed appartenenza per il servizio. Devono anche essere previsti chiari canali di comunicazione attraverso i quali tutto il personale interagisce e contribuisce a migliorare il servizio di ristorazione.

La formazione deve affrontare aspetti generali e aspetti specifici in relazione ai compiti e ai ruoli degli operatori.

RACCOMANDAZIONI

Il *programma* di formazione deve essere:

- concordato ed approvato dalla Commissione di Ristorazione Ospedaliera;
- obbligatorio e continuo, attuato entro 6 mesi dall'assunzione del personale e ripetuto almeno ogni 2 anni.

I *contenuti* devono comprendere:

- aspetti generali da estendere anche a tutto il personale sanitario:
 - sull'organizzazione della ristorazione nella struttura ospedaliera di appartenenza;
 - sul ruolo della nutrizione nella cura dei degenti ospedalieri;
 - sulla sicurezza igienica del cibo;
- aspetti specifici:
 - il personale addetto alla preparazione/cottura del cibo dovrà essere formato sulle peculiarità della sicurezza igienica e del catering per pazienti ricoverati rispetto alla normale ristorazione;
 - il personale che prenota i pasti dovrà essere formato in merito al Dietetico, alle modalità di scelta dei piatti, alla conoscenza dei menu del vitto comune e delle diete standard;
 - il personale che distribuisce il vitto dovrà essere formato sulla sicurezza igienica in relazione al sistema distributivo adottato dalla struttura, sulle modalità di incoraggiamento al pasto, sulla gestione delle criticità per errori di forniture;
 - il personale che ritira i vassoi al termine del consumo dovrebbe essere istruito a segnalare i casi di consumo insufficiente dei pasti e a quantificare gli scarti.

7. ATTIVITÀ DI CONTROLLO

La ristorazione ospedaliera deve essere considerata parte della terapia dei pazienti e come tale l'efficacia della sua fornitura deve essere sottoposta alla stessa analisi critica riservata ad altre forme di trattamento. Nell'era della medicina basata sull'evidenza, la ristorazione deve essere valutata non solo in termini di costo, ma anche in termini di efficacia clinica.

RACCOMANDAZIONI

Attribuire alla Commissione/Gruppo di lavoro Ristorazione istituita nell'azienda il compito di:

- progettare/ristrutturare il servizio di ristorazione in base alle esigenze della propria struttura ed alle eventuali criticità rilevate;
- programmare un'attività di controllo e revisione periodica con relazione periodica, almeno annuale, sugli aspetti organizzativi, igienici, nutrizionali ed economici;
- istituire e/o partecipare a programmi di valutazione della qualità percepita dagli utenti e di riorganizzazione del Servizio in maniera condivisa e partecipata.

Per problematiche specifiche può essere attivata una consulenza con il SIAN.

8. Bibliografia essenziale

- Alpers DH, Stenson WF, Bier DM. *Manual of Nutritional Therapeutics*. Little, Brown and Company, 1995.
- Atti del Congresso Nazionale ADI *La nutrizione ospedaliera e la ristorazione sul territorio*. Milano, 20-21 febbraio 1998.
- Benvenuti C, Cassatella C. *Ristorazione collettiva: tra qualità e convivialità*. Atti del 15° Congresso Nazionale ANDID. Bagni di Tivoli, 9-12 aprile 2003, pp. 97-100.
- Butterworth CE. *The skeleton in the hospital closet*. Nutr Today 1974; 9: 4.
- Demagistris A, Bianco B, Cardinali L, Caudera V et al. *Incidence of nutritional risk in a university hospital*. Clin Nutr 2003; 22(S1): S97.
- Focus group Socio sanitaria: ieri, oggi e domani*. Ristorazione Collettiva 2004; 19-24.
- Food and Nutritional Care in Hospitals. *How to Prevent Undernutrition. Report and recommendations of the Committee of Experts on Nutrition, Food safety and Customer Protection*. Council of Europe Publishing, Strasbourg, 2002.
- Kyle UG, Pirlich M, Schuetz T et al. *Prevalence of malnutrition in 1760 patients at hospital admission: a controlled population study of body composition*. Clin Nutr 2003; 22: 473-481.
- Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana*. Revisione 2003. www.inran.it/documentazione.
- Livelli di Assunzione Raccomandati di Energia e Nutrienti per la Popolazione Italiana*. LARN SINU, revisione 1996. EDRA Medical Publishing & New Media, Milano, 1998.
- Lucchin L, Canali F, Trovato R, Tornifoglia D, Kob K. *Aspetti evolutivi della ristorazione ospedaliera*. In: *Aggiornamenti in Nutrizione Clinica*. Il Pensiero Scientifico Editore, Torino, 1994; 2: 57-69.
- Mc Whirter Jp, Pennington CR. *Incidence and recognition of malnutrition in hospitals*. BMJ 1994; 308: 954-958.
- Pirlich M, Schütz T, Plauth M, Lochs H et al. *Prevalence of malnutrition in hospitalized medical patients: impact of underlying disease*. Dig Dis 2003; 21: 245-251.
- Risoluzione ResAP(2003)3 del Consiglio d'Europa di Strasburgo, novembre 2003, scaricabile dal sito <https://wcm.coe.int/rsi/CM/index.jsp> citando il riferimento ResAP(2003)3.
- Testolin G, Simonetti P. *La qualità nutrizionale degli alimenti nella ristorazione ospedaliera*. In: *Aggiornamenti in Nutrizione Clinica*. Il Pensiero Scientifico Editore, Torino, 1994; 2: 19-22.

Allegato

SCREENING DI RISCHIO NUTRIZIONALE PER PAZIENTI RICOVERATI

ESPEN: Società Europea di Nutrizione Parenterale ed Enterale

(da *Clinical Nutrition* 2003; 22 [4]: 415-421)

1. Si intende per *rischio nutrizionale* la presenza di una alterazione dello stato di nutrizione
2. e/o il rischio di una sua alterazione durante il ricovero ospedaliero.

Tabella 1. *Screening* iniziale

		Si	No
1	BMI (kg/m ²) < 20,5?		
2	Il paziente è dimagrito negli ultimi 3 mesi?		
3	Il paziente ha ridotto l'alimentazione nell'ultima settimana?		
4	Il paziente ha malattia grave?		

Si: se ad una di queste domande la risposta è sì, attuare lo *screening* della tabella 2.
No: se a tutte le domande la risposta è no, rivalutare il paziente ogni settimana; se il paziente è programmato per un intervento di chirurgia maggiore, la terapia nutrizionale può ridurre il rischio associato alla malnutrizione.

Tabella 2. *Screening* finale

Alterazione dello stato di nutrizione		Gravità di malattia (*)	
Assente Score 0	Normale stato di nutrizione	Assente Score 0	Patologie con normali richieste nutrizionali
Lieve Score 1	- Perdita di peso > 5% negli ultimi 3 mesi oppure - Riduzione delle ingestie, nella settimana precedente, con introito compreso tra il 50 e il 75% dei fabbisogni	Lieve Score 1	Frattura di femore Pazienti cronici, soprattutto se con complicazioni acute; cirrosi, BPCO Dialisi cronica Diabete Oncologici
Moderato Score 2	- Perdita di peso > 5% negli ultimi 2 mesi oppure - Riduzione delle ingestie, nella settimana precedente, con introito compreso tra il 25 e il 60% dei fabbisogni oppure - BMI compreso tra 18,5 e 20,5 e alterazione delle condizioni generali	Moderato Score 2	Interventi di chirurgia addominale maggiore e toracica Stroke Polmonite acuta Emblastosi
Grave Score 3	- Perdita di peso > 5% nell'ultimo mese oppure > 15% negli ultimi 3 mesi oppure - Riduzione delle ingestie, nella settimana precedente, con introito inferiore al 25% dei fabbisogni oppure - BMI < 18,5 e alterazione delle condizioni generali	Grave Score 3	Trauma cranico Trapianto midollo osseo Pazienti in terapia intensiva

Score + Score = Score totale

Età: se età ≥ 70 anni aggiungere 1 al totale precedente dello score
SCORE TOTALE CORRETTO PER ETÀ:

Azione:
Score < 3: rivalutazione settimanale del paziente; se il paziente è programmato per un intervento di chirurgia maggiore, la terapia nutrizionale può ridurre il rischio associato alla malnutrizione
Score ≥ 3: il paziente è a rischio nutrizionale ed è necessaria una terapia nutrizionale

(*) **Prototipi per la gravità di malattia**

- **Score 1:** paziente con patologia cronica, ricoverato per complicazioni. Il paziente è debole, ma in grado di deambulare. Le richieste proteiche sono aumentate, ma, nella maggior parte dei casi, possono essere soddisfatte con nutrizione orale e/o supplementi.
- **Score 2:** paziente allettato, ad esempio come nel post-operatorio di chirurgia maggiore. Le richieste proteiche sono aumentate, ma possono essere soddisfatte per via orale/supplementi, anche se spesso è necessaria la nutrizione artificiale.
- **Score 3:** paziente in terapia intensiva, con ventilazione assistita, ecc. Le richieste proteiche sono aumentate, ma non possono essere soddisfatte nemmeno con la nutrizione artificiale. L'obiettivo nutrizionale è di ridurre significativamente il catabolismo proteico e le perdite azotate.

Finito di stampare nel mese di febbraio 2007
presso il Centro Stampa della Regione Piemonte